

**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Casa de Oswaldo Cruz**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde**

ANDREA BAPTISTA FREITAS BRAGA

“O QUE TEM DE SER TEM FORÇA”:  
NARRATIVA SOBRE A DOENÇA E A INTERNAÇÃO DE PEDRO BAPTISTA,  
LEPROSO, MEU AVÔ (1933-1955)

Rio de Janeiro  
2006

ANDREA BAPTISTA FREITAS BRAGA

“O QUE TEM DE SER TEM FORÇA”:  
NARRATIVA SOBRE A DOENÇA E A INTERNAÇÃO DE PEDRO BAPTISTA,  
LEPROSO, MEU AVÔ (1933-1955)

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
História das Ciências e da  
Saúde/Fiocruz, como requisito  
parcial para a obtenção do Grau de  
Mestre. Área de concentração:  
História das Ciências.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> ÂNGELA PORTO

Rio de Janeiro  
2006

B813 BRAGA, Andréa Baptista Freitas

“O que tem de ser tem força”: narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955) / Andréa Baptista Freitas Braga. – Rio de Janeiro: [s.n.], 2006.  
198f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz, 2006.  
Bibliografia: f. 168-185.

1. Hanseníase. 2. História. 3. Saúde Pública. 4. Hospitalização. 5. Baptista, Pedro. 6. Brasil. I.Título.

CDD 616.998

ANDREA BAPTISTA FREITAS BRAGA

“O QUE TEM DE SER TEM FORÇA”:  
NARRATIVA SOBRE A DOENÇA E A INTERNAÇÃO DE PEDRO BAPTISTA,  
LEPROSO, MEU AVÔ (1933-1955)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde/Fiocruz, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre. Área de concentração: História das Ciências

Aprovada em junho de 2006.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa.Dra. Ângela de Araújo Porto (orientadora)  
(COC/Fiocruz)

---

Ana Teresa Venâncio  
(COC/Fiocruz)

---

Yara Nogueira Monteiro  
(Instituto de Saúde/São Paulo)

Rio de Janeiro  
2006



*À Maria Lygia Baptista Braga, minha mãe, in memoriam.*

*Para Altamir, meu pai, Marcelo, meu amigo de todas as horas e  
Paulo, meu companheiro, homens que me tornaram possível.*

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Ângela Porto, por ter compartilhado os dois anos intensos do mestrado. O primeiro, foi dividido entre as matérias e a coordenação do projeto “*Abrigando a Prevenção: adolescentes em situação de risco social e as DST/HIV/AIDS*”, apoiado pelo Ministério da Saúde, em parceria, com a ONG Logos Sagrado. O segundo, marcado pela total dedicação à fisioterapia para a recuperação do meu joelho machucado. Essas intensidades apertaram os prazos, exigiram leituras urgentes, mas não comprometeram na exigência e na dedicação, meu muito obrigada.

À Laurinda Maciel, por estar presente, atenta aos meus erros e acertos, generosa em dividir comigo seu conhecimento sobre lepra. Mesmo vivendo o período da qualificação do doutorado, em nenhum momento deixou de ler os meus textos e também contribuir para a construção desta dissertação.

Aos professores Robert Wegner, Lorelai Kury, Gilberto Hochman e Flávio Edler, do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, pelas leituras e pelos debates instigantes que promoveram. Desafios que muito contribuíram para o meu amadurecimento intelectual.

A Aragarino Cabrero dos Reis, Márcio Rocha e Carlos Henrique Santoro, pelo incentivo ao mestrado e pelos diversos trabalhos que me permitiram realizar sobre a Aeronáutica Brasileira.

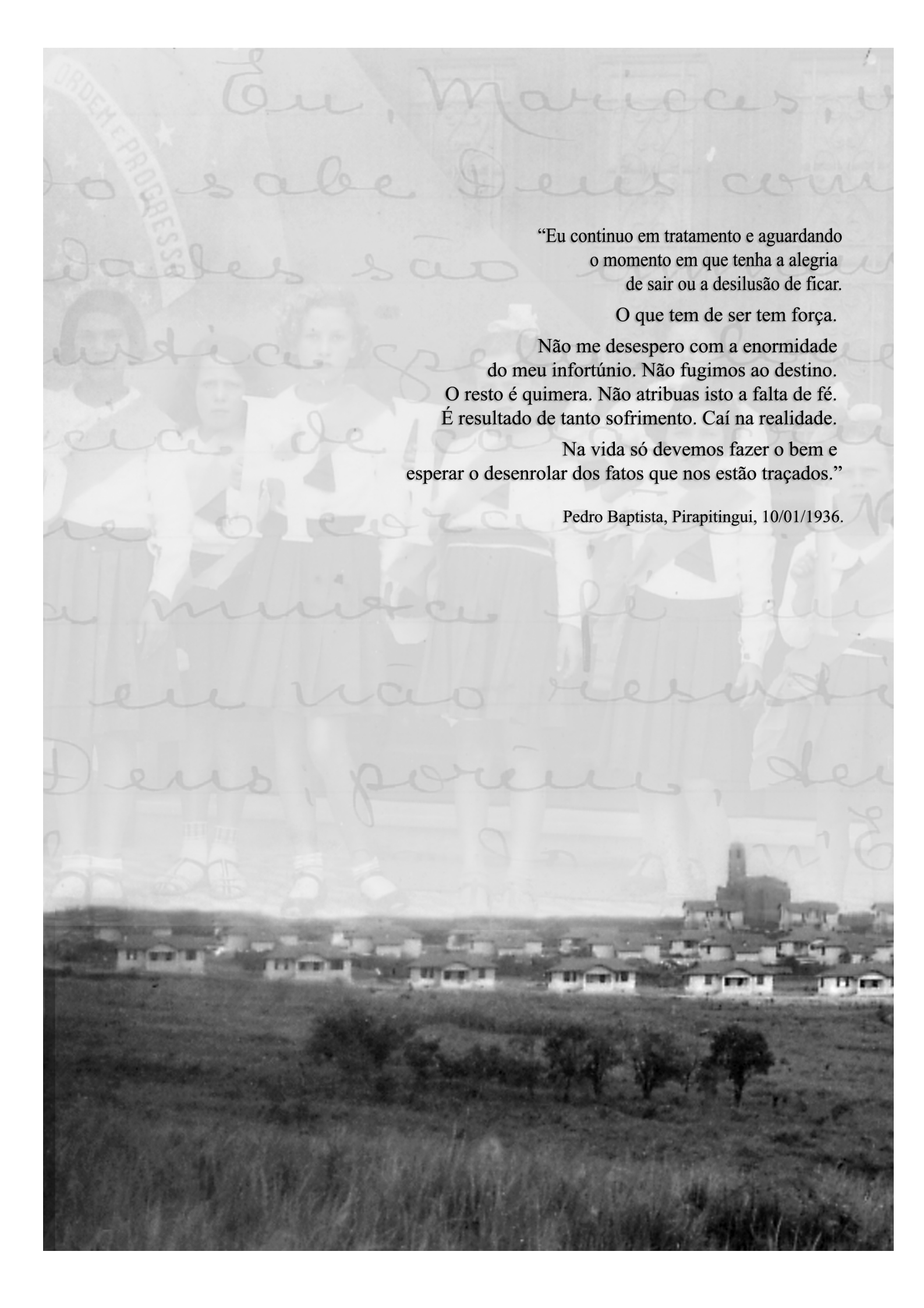
Aos irmãos Belisário, Valesca, Junior, Ana Paula e Ana Carolina, por compartilharem a vida. Aos meus sobrinhos, Giovanna e Leonardo, que durante três meses não dormiram na casa de sua tia, apesar dos constantes pedidos. E ao meu enteado Victor, pelo carinho e apoio sempre.

Às amigas e irmãs, Sônia Hartmann, Valéria Frazão e Carla Toledo, sem as quais nem sei quem sou.

À amiga Mônica Pinheiro Fernandes, pelas inúmeras vezes que respondeu aos telefonemas e *emails* angustiados. Aos amigos, companheiros de trabalho e de militância por direitos humanos, Maurício Camilo e Jaciléa Santos; sem eles, o primeiro ano no mestrado, teria sido impossível.

À Lídia Soares Pessoa, pela generosa acolhida na casa de seus pais em Mutum, onde foi possível reproduzir o Acervo Pessoal de Pedro Baptista. E a Cláudio José de Souza por ter guardado tão carinhosa e cuidadosamente esse acervo por tantos anos.

À Fundação Oswaldo Cruz pelos seis meses de bolsa que viabilizaram, principalmente, minha pesquisa no Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, em São Paulo.



“Eu continuo em tratamento e aguardando  
o momento em que tenha a alegria  
de sair ou a desilusão de ficar.

O que tem de ser tem força.

Não me desespero com a enormidade  
do meu infortúnio. Não fugimos ao destino.  
O resto é quimera. Não atribuas isto a falta de fé.  
É resultado de tanto sofrimento. Caí na realidade.

Na vida só devemos fazer o bem e  
esperar o desenrolar dos fatos que nos estão traçados.”

Pedro Baptista, Pirapitingui, 10/01/1936.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p. 008
CAPÍTULO I. LEPROSA: “A FILHA MAIS VELHA DA MORTE” - CONCEITUAÇÃO DA DOENÇA	p. 018
1.1– Leprosia: doença infecto-contagiosa	p. 018
1.1.1– <i>Leprosia: conceituações sobre a doença e sua profilaxia</i>	p. 021
1.2– Leprosia e leproso: estigma e identidade deteriorada	p. 030
1.3– Narrativa da doença: discussão bibliográfica e teórica	p. 039
1.3.1– <i>A escrita epistolar</i>	p. 047
1.3.2– <i>O acervo pessoal Pedro Baptista</i>	p. 050
CAPÍTULO II. “AS MÃOS NÃO SE ALCANÇAVAM”: A REDE ASILAR DO ESTADO DE SÃO PAULO	p. 055
2.1– A profilaxia da leprosa e o Estado de São Paulo: “exemplo a ser imitado”	p. 056
2.2– A rede asilar paulista	p. 063
2.2.1– <i>O modelo conhecido como “tripé”: asilo, dispensário e     preventório</i>	p. 067
2.2.2– <i>Asilo-Colônia Santo Ângelo : “aqui renasce a esperança”</i>	p. 072
2.2.2.1- <i>Asilo-Colônia Santo Ângelo após sua inauguração</i>	p. 075
2.2.3– <i>Asilo-Colônia Pirapitingui</i>	p. 080
2.2.4– <i>Sanatório Padre Bento</i>	p. 085
2.2.5– <i>Asilo-Colônia Cocais</i>	p. 087
2.2.6– <i>Asilo-Colônia Aimorés</i>	p. 088
2.3– A vida asilar	p. 089
CAPÍTULO III. “O QUE TEM DE SER TEM FORÇA”: A INTERNAÇÃO E A NARRATIVA DA DOENÇA DE PEDRO BAPTISTA	p. 099
3.1 – Apresentação Biográfica	p. 100
3.2 – O Prontuário	p. 108
3.2.1– <i>N.º 8.537: documentos sobre controle e tratamento da doença</i>	p. 112
3.2.2– <i>Memorando: a vigilância do Estado na vida do doente internado</i>	p. 117
3.2.3– <i>Documentos que relatavam eventos ligados à vida pessoal ou     social de Pedro Baptista</i>	p. 119
3.3 – Retratos de uma vida asilar	p. 124
3.3.1– <i>Intensidades fotográficas</i>	p. 124
3.3.2– <i>Asilo-Colônia Pirapitingui</i>	p. 128
3.3.2.1– A presença das crianças	p. 133
3.3.2.2– Pedro Baptista, presidente	p. 136
3.3.2.3– A presença da igreja	p. 137
3.3.3- <i>Asilo-Colônia Santo Ângelo</i>	p. 139
3.4 – Narrativa da doença de Pedro Baptista	p. 142
CONSIDERAÇÕES FINAIS	p. 154
FONTES	p. 159
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p.163
APÊNDICES	p.168
ANEXOS	p.186

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig. 1.	Notificação de doentes de lepra – Pedro Baptista	p. 015
Fig. 2.	Notificação de doentes de lepra – Pedro Baptista	p. 015
Fig. 3.	Pedro Baptista	p. 036
Fig. 4.	Silvio, Pedro e Nelson – 16/6/1935 – Verso da fotografia	p. 054
Fig. 5.	Silvio, Pedro e Nelson – 16/6/1935	p. 054
Quadro n.º 1. Inspectoria de Profilaxia da Lepra		p. 071
Fig. 6.	Jornal “O Combate”	p. 077
Fig. 7.	Casas em madeira – Pirapitingui	p. 081
Fig. 8.	Casas em madeira – Pirapitingui	p. 081
Fig. 9.	Construção Pavilhão Protestante – Pirapitingui	p. 083
Fig. 10.	Construção Pavilhão Protestante – Pirapitingui	p. 083
Fig. 11.	Construção Pavilhão Protestante – Pirapitingui	p. 083
Fig. 12.	Construção Pavilhão Protestante – Pirapitingui	p. 083
Fig. 13.	Construção Pavilhão Protestante – Pirapitingui	p. 083
Fig. 14.	Igreja – Pirapitingui	p. 084
Fig. 15.	Vista do Asilo-Colônia Pirapitingui – 1936	p. 084
Fig. 16.	Salão de Bailes – Pirapitingui	p. 084
Fig. 17.	Avelina, Esther e Chiquinha	p. 086
Fig. 18.	Jornal “Diário da Noite”	p. 091
Fig. 19.	Item “Observações”	p. 094
Fig. 20.	Carnaval 1936 – Pirapitingui	p. 096
Fig. 21.	Carnaval 1936 – Pirapitingui	p. 096
Fig. 22.	Jogo de Cestobol – Pirapitingui	p. 096
Fig. 23.	Pedro Baptista – 1921	p. 107
Fig. 24.	Pedro Baptista – 1951	p. 107
Fig. 25.	“Memorando” – Prontuário n.º 8.537 – Pedro Baptista	p. 111
Fig. 26.	“Ficha de Observações” – Prontuário n.º 8.537 – Pedro Baptista	p. 113
Fig. 27.	“Item V – Laudo para Alta Hospitalar” – Prontuário n.º 8.537 – Pedro Baptista	p. 115
Fig. 28.	“Memorando” – Prontuário n.º 8.537 – Pedro Baptista	p. 118
Fig. 29.	Jovaura, Bennio, Cláudio Nery, Mardro – 1934	p. 127
Fig. 30.	Jovaura, Bennio, Cláudio Nery, Mardro – 1934 – verso	p. 127
Fig. 31.	Maria Lygia – 1941 – verso	p. 127
Fig. 32.	Maria Lygia – 1941	p. 127
Fig. 33.	Jovaura – aos 20 anos	p. 127
Fig. 34.	Jovaura – aos 20 anos – verso	p. 127
Fig. 35.	“Grupo de pessoas de saúde”	p. 129
Fig. 36.	Inauguração da Torrefação de Café de Pirapitingui – verso	p. 130
Fig. 37.	Inauguração da Torrefação de Café de Pirapitingui	p. 130
Fig. 38.	Funerais Mário Azevedo	p. 130
Fig. 39.	Funerais Mário Azevedo	p. 130
Fig. 40.	Cirurgia de Apêndice – 1935 – Pirapitingui	p. 131
Fig. 41.	Fotografia na véspera da cirurgia	p. 131
Fig. 42.	Grupo de Meninas – Açude – Pirapitingui	p. 133
Fig. 43.	Grupo de Meninos – Açude – Pirapitingui	p. 133
Fig. 44.	Ditinho – Pirapitingui	p. 135
Fig. 45.	Grupo de Meninas Uniformizadas – Pirapitingui	p. 135
Fig. 46.	Aniversário Padre Telesphoro	p. 136
Fig. 47.	Aniversário Pedro Baptista	p. 136
Fig. 48.	Interior Igreja – Pirapitingui	p. 138
Fig. 49.	Igreja – Pirapitingui	p. 138
Fig. 50.	Vista do Asilo-Colônia Pirapitingui	p. 138
Fig. 51.	Desfile de Banda de Música	p. 138
Fig. 52.	Solenidade na Igreja	p. 138
Fig. 53.	Time de futebol infanto-juvenil	p. 138
Fig. 54.	“Facies leonino”	p. 139
Fig. 55.	Asilo-Colônia Santo Ângelo – 1949	p. 141
Fig. 56.	Asilo-Colônia Santo Ângelo – 1949	p. 141
Fig. 57.	Asilo-Colônia Santo Ângelo – 1949	p. 141
Fig. 58.	Chico Xavier	p. 141
Fig. 59.	Chico Xavier – verso	p. 141

## RESUMO

Essa dissertação analisa a rede asilar paulista de combate à lepra, constituída como parte integrante de um projeto de políticas públicas no período do isolamento compulsório (1929-1967), tendo como foco principal a trajetória de vida de Pedro Baptista, internado nos leprosários paulistas entre 1934 e 1955. Apresenta a conceituação da lepra como doença infecto-contagiosa e a discussão sobre a política de isolamento dos doentes; esta política foi fundamentada através das resoluções aprovadas nas Conferências Internacionais de Lepra, ocorridas entre 1897 e 1958. Investiga ainda o estigma sobre a lepra e o leproso através da perspectiva histórica desenvolvida no decorrer do trabalho. O Asilo-Colônia Santo Ângelo foi o leprosário modelo da rede asilar paulista; esta se solidificou através da implantação do modelo conhecido como “tripé”, que se organizava no asilo, dispensário e preventório. A partir do Acervo Pessoal Pedro Baptista, constituído por cartas e fotografias, e de seu prontuário de internação, foi possível recuperar a trajetória de vida e analisar sua relação com a doença e com a instituição asilar.

## ABSTRACT

This dissertation analyses the Sao Paulo state's network to struggle the leprosy's colonies, formed as an integrated part into a public political project over the compulsory isolation period (1929-1967), having as its main focus the life path of Pedro Baptista, interned at Sao Paulo's leprosy colonies between 1934 and 1955. Analyses the leprosy disease as an infecto-contagious illness and the discussion over the isolation of its patients; this policy was fundamented based on the approved resolutions of the International Leprosy Congresses carried-out between 1897 and 1958. It also investigates the stigma over the leprosy and leper through the historical perspective developed across this work. The Santo Ângelo leper colony was considered the modelar institution on Sao Paulo state's asilar network that became more solid through the implementation of a model known as a 'tripod', which was organized as being: asile, "dispensario" and "preventorio". Based on Pedro Baptista's private collection, formed by letters and fotografies, allied by to his medical record it was possible to recover his life's path and analyse his relationship with the disease as well as to the state's network institution.

## INTRODUÇÃO

“Sou bem nascido, Menino,  
Fui como os demais, feliz.  
Depois, veio o mau destino  
E fez de mim o que quis.”<sup>1</sup>  
Manuel Bandeira. “*Epígrafe*”.

No longo processo da história da lepra<sup>2</sup>, elementos se repetem, tais como: a existência social limítrofe e estigmatizada, a segregação, a interferência da esfera pública na experiência privada da doença.

Segundo Ivone Marques Dias, o *Mycobacterium leprae* descoberto por Gerhard Hansen, em 1872, “é um agente patogênico que provoca danos à humanidade há milhares de anos”<sup>3</sup>.

Na Bíblia, suas primeiras referências são em Levítico; classificado como livro histórico do Antigo Testamento, foi composto no VI século a.C., sendo sua autoria atribuída ao sacerdote Esdras. Nos capítulos 13 e 14, há uma diversificada descrição de manchas na pele que podem ou não ser consideradas lepra e para cada uma dessas identificações, está designada a atitude a ser tomada por parte do sacerdote; quando ocorrer a confirmação da doença, é recomendado o isolamento do doente. O texto afirma que todo aquele que a mancha ou ferida se confirmar em lepra será considerado imundo: “Mas quando nele aparecer a carne viva, então será declarado imundo por juízo do sacerdote, e será considerado na classe dos imundos. Porque a carne viva se salpicada de lepra, é imunda”<sup>4</sup>.

A lepra, como doença infecto-contagiosa, foi uma das primeiras a ser investigada pela microbiologia do final do século XIX e início do século XX, no entanto, o bacilo da

---

<sup>1</sup> BANDEIRA, Manuel. *Poesia e Prosa*. Rio de Janeiro: Editora Aguilar, 1958, vol. I, p. 9.

<sup>2</sup> No Brasil, a partir da Portaria n.º 165, de 14 de maio de 1976, a doença conhecida como lepra, causada pelo *Mycobacterium leprae*, passou a ser designada por Hanseníase, e, seus doentes, de hansenianos e, seu estudo, de hansenologia, com o objetivo de agir sobre o preconceito que a palavra lepra e correlatos suscitavam. Para manter a coerência com o período estudado nesta dissertação, anos 30 a 60, será mantido, respectivamente, o uso dos termos lepra, leprosos e leprologia. Brasil, Diário Oficial da União. Portaria n.º 165/BSB de 14 de maio de 1976, publicada em 16 de maio de 1976, p. 8301, seção I, item 6.1.

<sup>3</sup> DIAS, Ivone Marques. “Alguns aspectos sobre a lepra na Idade Média em Portugal” *In*: RIBEIRO, Maria Eurydice de Barros (org.). *A Vida na Idade Média*. Brasília: Ed. UnB, 1997, pp. 95-121.

<sup>4</sup> Bíblia Sagrada – Antigo e Novo Testamento, Edição Barsa, 1966, p. 84.



lepra não se reproduzia *in vitro*, não atendendo aos postulados de Koch<sup>5</sup>. Essa especificidade do *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen desencadeou as mais complexas discussões científicas sobre o contágio e a profilaxia da doença. No primeiro congresso internacional sobre lepra, em 1897, ficou determinado que a única forma de conter o avanço da doença era o isolamento e a vigilância dos doentes.

As Conferências Internacionais de Lepra, na primeira metade do século XX, reuniam a elite médica dos países, ou ainda colônias, onde a doença era endêmica, para discutir tratamento, profilaxia e políticas públicas. No Brasil, as resoluções dos congressos eram publicadas nas principais revistas médicas do país, assim como, os debates sobre a questão do isolamento como profilaxia de combate à doença.

Entre 1929 e 1967, a internação dos doentes de lepra em São Paulo foi compulsória. À confirmação do diagnóstico seguia-se o isolamento dos doentes em leprosários. Ao todo, São Paulo possuiu cinco instituições desse tipo, inauguradas entre 1928 a 1933 (ver Apêndice n.º 1), e que, em 1942, por exemplo, abrigavam quase 9.000 doentes.

O objetivo dessa dissertação é analisar o impacto da internação compulsória na vida de Pedro Baptista, utilizando as cartas e fotografias enviadas para a família ao longo do período transcorrido nos leprosários da rede asilar paulista. Uma hipótese levantada é a de que a implementação de políticas públicas na área da saúde tem relação direta com a existência privada da doença, em função das práticas adotadas núcleos familiares podem ser afetados, gerando ausências, silêncios, não-ditos.

O primeiro capítulo desta dissertação, “Lepra: ‘a filha mais velha da morte’” – conceituação da doença”, é dividido em três partes. A primeira delas apresentará a conceituação da lepra como doença infecto-contagiosa e contextualizará as políticas públicas para o seu combate no Brasil na primeira metade do século XX.

A segunda parte analisará as diversas representações sobre a lepra, a origem do nome, a tradição bíblica, o uso da doença como metáfora e a questão do estigma e da identidade deteriorada proposta pelo clássico trabalho de Erving Goffman<sup>6</sup>.

A terceira discutirá a produção bibliográfica e teórica sobre a narrativa da doença e como os acervos particulares foram se constituindo em documentos legítimos da pesquisa

---

<sup>5</sup> “(...) postulados por Koch: isolamento do microrganismo em culturas puras, inoculação em animais de experiência e produção de uma doença cujos sintomas e lesões fossem idênticas ou equiparáveis às da doença típica no homem.” BENCHIMOL, Jaime Larry. “Adolpho Lutz: um esboço biográfico”. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol.10, n.º 1, pp.13-83., jan./abr. 2003.

<sup>6</sup> GOFFMAN, Erving. *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4.ª Edição. Rio de Janeiro: LTC, 1988 [1963].

histórica. Possui duas subdivisões: a primeira apresenta a escrita epistolar como registro de memória para análise da experiência social da doença; e a segunda, apresenta o acervo pessoal de Pedro Baptista.

O segundo capítulo, “‘As mãos não se alcançavam’: a rede asilar do Estado de São Paulo”, também é dividido em três partes. A primeira delas apresentará as discussões sobre a profilaxia da lepra no Estado de São Paulo e de que forma o modelo isolacionista tornou-se a sustentação das políticas públicas no combate à lepra. Será analisada, ainda, a criação da Inspectoria de Profilaxia da Lepra e algumas de suas estratégias para a consolidação da rede asilar paulista.

A segunda parte analisará a constituição desta rede cujo paradigma é o Asilo-Colônia Santo Ângelo. O projeto de sua construção foi elaborado pelo arquiteto Adelardo Cauby, com a participação do Serviço Sanitário daquele Estado. Foi projetado em 1917, a construção iniciou dois anos depois e foi inaugurado em 1928. O longo período decorrido entre sua idealização até a inauguração, mobilizou discussões entre a direção do Serviço Sanitário, a classe médica e a imprensa, sobre o que representava o leprosário modelo na estrutura de profilaxia da lepra para aquele Estado.

Esta parte subdivide-se em seis itens onde serão apresentados, em cada um deles, as instituições que compõem a rede asilar paulista. De modo geral, as informações se referem às construções e sua primeira organização administrativa, para possibilitar a observação dos processos que justificavam a construção destes asilos e sob qual perspectiva eram inseridos na rede asilar.

A terceira parte do segundo capítulo analisará as rotinas e práticas sociais da vida asilar, utilizando alguns depoimentos de doentes internados entre os anos 30 e 60. O conceito de “instituição total” elaborado por Erving Goffman<sup>7</sup> também será utilizado para a compreensão da instituição asilar paulista, considerada modelo por autoridades nacionais e internacionais em leprologia.

O terceiro capítulo, “‘O que tem de ser tem força’: a internação e a narrativa da doença de Pedro Baptista”, é dividido em quatro partes. A primeira delas apresentará biograficamente Pedro Baptista através de uma organização cronológica, com o objetivo de recuperar sua trajetória como doente de lepra internado na rede asilar paulista. Nesta apresentação biográfica, foram utilizados documentos de seu acervo pessoal sob a custódia de Cláudio José de Souza. Tal acervo é composto por cartas, fotografias, entrevistas com

---

<sup>7</sup> *Idem. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2005 [1961].*

dois de seus filhos ainda vivos e seu prontuário médico encontrado no Arquivo Estadual de Hanseníase do Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, em São Paulo.

A segunda analisará o prontuário de Pedro Baptista e está subdividida em três itens. O primeiro discutirá os documentos que registraram o controle e o tratamento da doença; o segundo, os documentos que expressaram a interferência do Estado na vida do doente e o terceiro item tratará dos documentos relacionados às decisões de Pedro Baptista quanto a sua vida pessoal.

A terceira parte, intitulada “Retratos da vida asilar”, analisará de que forma as fotografias foram utilizadas para a construção da imagem de si de Pedro Baptista e quais representações do universo asilar foram por ele apresentadas à família. Esta parte se subdividirá em três itens: “Intensidades fotográficas”, “Asilo-Colônia Pirapitingui” e “Asilo-Colônia Santo Ângelo”. O primeiro apresentará teórica e metodologicamente a utilização da fotografia. O segundo analisará séries fotográficas enviadas por Pedro Baptista para a família e o terceiro item realizará a mesma análise a partir do acervo de fotografias enviadas de Santo Ângelo.

A quarta e última parte do capítulo três analisará as representações sobre a doença elaboradas por Pedro Baptista, a partir de 1933, quando saiu de Mutum, onde residia com a mulher e filhos, até os momentos finais da sua vida, em 1955.

Para tanto, será necessário o desenvolvimento de três perspectivas distintas e complementares entre si. A primeira, objetiva delimitar a definição clínica da lepra e discutir a construção social da doença, analisando as práticas adotadas pelas diversas instâncias governamentais para profilaxia da lepra baseada no isolamento. Para essa discussão, foi fundamental a obra de Heraclides-Cesar de Souza Araújo, “A História da Lepra”, por reproduzir vasta documentação dos debates médicos e políticos do final do século XIX e início do XX sobre a lepra. A partir do entendimento da doença, será apresentada a discussão sobre seu estigma e narrativa. Nessa construção serão referências a obra de Erving Goffman e a de Ângela de Castro Gomes<sup>8</sup>.

É fundamental para esta dissertação a crescente valorização dos acervos pessoais e a compreensão de que esses conjuntos de documentos constituídos pelas famílias revelam não somente sobre uma trajetória de vida, mas relacionam, inventariam, preservam sobre o contexto social no qual a pessoa viveu. Por meio da correspondência de Pedro Baptista,

---

<sup>8</sup> GOMES, Ângela de Castro. “Escrita de si, escrita da história: A título de prólogo”. In: \_\_\_\_\_ . *Escrita de si, escrita da história*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

além da construção de sua biografia, será possível aprender sobre a instituição asilar e as práticas sociais dos internados. Na produção historiográfica sobre arquivos pessoais podemos “*destacar o que há de social na produção deste tipo de memória dos indivíduos, localizando neste tipo de fonte um campo estratégico para a exploração de um tema ‘clássico’ nas ciências sociais, qual seja, o da relação entre indivíduo e sociedade*”<sup>9</sup>.

A segunda perspectiva desenvolvida nesta dissertação será a constituição da rede asilar no Estado de São Paulo. Iniciada sua construção a partir dos anos 20, a rede asilar foi produto da transformação da saúde pública como questão social relevante para o desenvolvimento do Estado de São Paulo e da nação brasileira. O sistema político adotado pela República era fundamentado no federalismo, o que conferia autonomia aos estados, no entanto, em 1922, 16 estados (eram 21 à época) assinaram acordos com o governo federal para a implementação de serviços de profilaxia e combate às endemias rurais, São Paulo e o Rio Grande do Sul não assinaram este acordo<sup>10</sup>. Em 1925, São Paulo adotou o regulamento federal para o combate à lepra, mas revogou essa medida com a promulgação da lei de 1929, que organizou o modelo conhecido como “tripé”, constituído por asilo, dispensário e preventório.

A contribuição da segunda parte desta dissertação será o entendimento do leprosário enquanto “instituição total”, com o objetivo de compreender tanto o contexto histórico e político do período de internação de Pedro Baptista, como as representações e as práticas culturais da instituição asilar paulista.

Pedro Baptista viveu nos leprosários de São Paulo entre os anos 1934 a 1955. Saiu de casa para a capital do Estado<sup>11</sup> na busca de um diagnóstico para sua doença, em 1933. Iniciou tratamento médico em Belo Horizonte, o primeiro diagnóstico que informou para a

---

<sup>9</sup> HEYMANN, Luciana Quillet. “Indivíduo, Memória e Resíduo Histórico: Uma Reflexão sobre Arquivos Pessoais e o caso Filinto Müller”. *Revista Estudos Históricos. Indivíduo, biografia, história*. Rio de Janeiro, n.º 2, pp. 51-74, 1997.

<sup>10</sup> “Distrito Federal, Minas Gerais, Paraná e Maranhão já tinham feito convênios em 1919, seguiram-nos o Rio de Janeiro, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Alagoas, Bahia, Ceará, Pará, Amazonas, Santa Catarina e Mato Grosso. Em 1922, não tinham firmado convênios para o saneamento rural os estados de Goiás, Sergipe e Piauí; dois estados importantes com forte tradição autonomista estavam fora desses convênios: São Paulo e Rio Grande do Sul. No caso de São Paulo, o estado tinha realizado uma reforma nos seus próprios serviços de saúde pública ainda em 1917, e dispensou a ajuda federal até o final da Primeira República.” Ver também: CASTRO SANTOS, Luís. “O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. *Dados*, vol. 28, n.º 2, 1985 e MERHY, Emerson. *A Saúde Pública como Política*. São Paulo: HUCITEC, 1992. Apud HOCHMAN, Gilberto. “Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930)”. *Estudos Históricos. Os Anos 20*. Rio de Janeiro, n.º 11, pp.40-61, 1993.

<sup>11</sup> Residia com a esposa e quatro filhos na cidade de Mutum, Minas Gerais.

família dizia sofrer de sífilis e todos os sintomas eram fruto do estado avançado da doença. Não desconsiderando por completo este diagnóstico, Pedro descrevia características específicas da lepra como o mal perfurante plantar<sup>12</sup>, além de manchas e dormências.

Desde 1918, o isolamento de leprosos, em Minas Gerais, era obrigatório e regulamentado pelo decreto n.º 5.010, de 18 de junho<sup>13</sup>. A questão do isolamento dos doentes sempre suscitava o problema da infra-estrutura para sua implementação. Três anos mais tarde, seriam tomadas as primeiras providências para a construção de leprosários e seria lançada a pedra fundamental da primeira colônia de leprosos do Estado: a Colônia Santa Isabel, situada a 50 quilômetros de Belo Horizonte. Suas obras foram efetivamente iniciadas em janeiro de 1926. No ano seguinte, foi aprovada uma reforma do código sanitário, decreto n.º 8.116, de 31 de dezembro, de autoria da Secretária de Segurança e Assistência Pública, de Minas Gerais. Os artigos 246 a 310 eram referentes à lepra e organizavam as medidas necessárias para o isolamento dos doentes de lepra. A transferência de doentes para a Colônia Santa Isabel, em 23 de dezembro de 1931, marcou sua inauguração.

No ano de 1931 ocorreu, também, a reorganização dos serviços de lepra do Estado organizados sob o Centro de Estudos e Profilaxia da Lepra que extinguiu órgãos anteriores e reunia os serviços do Estado de combate à doença, tais como: O Dispensário Central, o Hospital de Sabará, a Colônia Santa Isabel e pequenas unidades de atendimento à saúde. Foi fundada a Sociedade Mineira de Proteção aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra que multiplicou-se por diversos municípios do Estado, tendo como primeira realização a construção, a instalação e a manutenção do Preventório São Tarcísio, em Belo Horizonte. Mais dois leprosários foram construídos, Leprosário “Santa Fé” em Três Corações, e o de “Padre Damião”, em Ubá.

Não é possível inferir se Pedro Baptista mentiu para a família ou se o primeiro diagnóstico foi mesmo sífilis e, caso já soubesse ser doente de lepra, por que o médico em Belo Horizonte não o internou? Não foi possível pesquisar como se organizou o processo de isolamento compulsório em Minas Gerais, pois, esse tema muito me desviaria do objetivo desta dissertação. Pedro chegou a integrar uma comissão metodista que visitou a Colônia Santa Isabel, em 1933, e observou que muito o condeou os doentes de Mutum:

---

<sup>12</sup> Sintoma neurológico ocasionado pela inflamação do nervo, causando perda progressiva de sensibilidade ao calor e ao toque, alterando a capacidade articular e circulatória da planta dos pés, levando à formação de ulceração.

<sup>13</sup> SOUZA ARAÚJO, H. C. *História da Lepra no Brasil*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956, 3 vol, p. 260.

*“aproximaram-se de mim umas mulheres, uma menina e uns homens que me olhavam e não me podiam falar, sufocados pelas lágrimas. Conheci-os e chorei com eles. Eram os doentes de Mutum. Jamais poderei te descrever cena tão dolorosa”*<sup>14</sup>.

Por quase um ano trabalhou como pastor-ajudante, atuando em cidades do interior do Estado de São Paulo. Para sua permanência no corpo de pastores da Igreja foi exigido um exame e um atestado de saúde. Apesar de residir com sua família em Minas Gerais, Pedro Baptista era natural de São Paulo e sua internação foi compulsória à identificação de sua doença em ambulatório na cidade de São Paulo, em novembro de 1934 (Figura n.º 1 e 2).

Pedro dedicou-se à formação de pastor metodista e assumiu o discurso religioso para a cura de sua doença: *“Vivo inteiramente preocupado como serviço do Mestre. Estou muito edificado. Tenho me fortalecido na fé e aumentado em confiança em Deus. Era um homem morto moral, física e espiritualmente. Deus teve dó de mim e me levantou.”*<sup>15</sup>. Segundo Charles Rosenberg, na perspectiva do paciente, o diagnóstico de uma doença causa impacto sobre o passado e sobre o futuro, assim como estrutura uma nova narrativa que oscila entre a saúde e a doença, a recuperação e a morte<sup>16</sup>.

A terceira perspectiva centra-se no período de internação nos leprosários da rede asilar paulista desenvolvida na última parte desta dissertação. Serão utilizadas duas fontes documentais, o acervo pessoal sob a custódia da família e o prontuário encontrado no Arquivo Estadual de Hanseníase, do Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

---

<sup>14</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Belo Horizonte, 31 de outubro de 1934. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

<sup>15</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Rio Paranaíba, 17 de abril de 1934. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

<sup>16</sup> ROSENBERG, Charles. “Introduction: Framing Disease: Illness, society and history”. In: *Framing Disease, Studies in Cultural History*. ROSENBERG, Charles e GOLDEN, Janet (orgs). New Brunswick e New Jersey: Rutgers University Press, 1992, pp. xiii-xxvi.

Figura n.º 1

**SERVIÇO SANITÁRIO DO ESTADO DE S. PAULO**  
INSPETORIA DE PROFILAXIA DA LEPROSA

**CONFIDENCIAL**

Notificação de doentes de Lepra 8537

---

Nome *Pedro Baptista*  
Idade *37 a* Sexo *Mas* Cór. *B*  
Estado Civil *Cas* Nacional. *B* Profissão *Professor*  
Residência *Rua Marques Urval 272 em Taubaté*

Fôrma clinica da lepra {  
Nervosa? *muscular*  
Tuberosa? \_\_\_\_\_  
Mista? \_\_\_\_\_  
Frustra? \_\_\_\_\_

Tempo da molestia *quasi 2 annos no proximo*  
*São Paulo 27 de Novembro de 1934*

*Arquivado no pront. do doente*  
*12/12/34*

O NOTIFICANTE,  
*[Signature]*  
Residência e Consultorio: *Rua Paulista 10*

Figura n.º 2

**OBSERVAÇÕES**

*Deseja internar-se em leprosário*

Ficha de Notificação de doente de Lepra de Pedro Baptista, emitida em 27 de novembro de 1934. No item observações no verso da ficha, encontra-se escrito: "Deseja internar-se em leprosário".  
Fonte: Prontuário n.º 8.537. Pedro Baptista. Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

Esses dois conjuntos de documentos serão utilizados para recuperar a trajetória de vida de Pedro Baptista. A contingência de se asilar por causa da lepra e seu afastamento do núcleo familiar geraram um grande silêncio sobre sua história. A doença além de retirar Pedro da família, o retirou da sua própria vida, causou uma “*perda da vida futura (...) e foi levado de roldão pelo inopinado acontecimento da moléstia*”<sup>17</sup>. Essas palavras utilizadas por Ângela Porto para analisar o poema “Epígrafe”, de Manuel Bandeira, falam também sobre o doente Pedro Baptista. Na escrita de si elaborada no primeiro período de internação, Pedro utilizou as cartas e fotografias para criar uma imagem de si não identificada com o lugar de leproso, ou mesmo de doente. Mostrava-se ativo, trabalhando, inserido nas redes sociais do leprosário, sempre descrevendo como era admirado e respeitado. No entanto, nas últimas trocas de cartas com os filhos adultos, ao dar conselhos sobre a vida profissional deles escreveu que ele mesmo teria sido vitorioso, se não tivesse sido necessária a sua internação. Traduzia nessas palavras a vida que não pode viver em função de estar internado num leprosário no interior de São Paulo.

Na análise da vida asilar, serão utilizados, como referência, outros relatos de vida registrados nos seguintes documentários: “Lepra: O Espetáculo do Medo” (sobre o Asilo-Colônia Pirapitingui), dirigido por Ítalo Tronca, produzido pelo Centro de Comunicação da UNICAMP, em 1987; e “Os Melhores Anos de Nossas Vidas” (sobre o Asilo-Colônia Santo Ângelo), dirigido por Andréa Pasquini, realizado em 2002, ambos foram consultados no Arquivo de Imagem em Movimento da Casa de Oswaldo Cruz.

Para Cláudio Bertolli Filho, em seu livro “História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950”, diz que colocar o doente no centro da vida cotidiana é enfrentar, também, o isolamento e a estigmatização gerados pela relação da sociedade médica e geral, com a doença<sup>18</sup>.

Ivone Marques Dias definiu a sociedade contemporânea como hedonista, a qual a degenerescência incomoda e por isso sua escolha em estudar o tema da lepra provocava um estranhamento em seu círculo profissional. Seu artigo analisa a doença no período medieval e a forma como a lepra era adjetivada de horrenda e desagradável de ser

---

<sup>17</sup> PORTO, A., “*A vida inteira que podia ter sido e que não foi*”: trajetória de um poeta tísico. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1997, p. 120.

<sup>18</sup> BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, p. 25.



contemplada por suas mutilações, deformidades e a *facies leonino*<sup>19</sup>. Sua estética agredia “aos olhos e à sensibilidade, que favoreceu uma gama de usos metafóricos e incandesceu o imaginário coletivo de todas as gentes na Idade Média”<sup>20</sup>.

“*O que tem de ser tem força*”: narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955) propõe dar voz ao doente que era pra mim desconhecido, pois, no momento inicial da pesquisa sabia apenas da existência das cartas para a família, de que havia tido lepra e morrido em São Paulo. Não possuía nenhum conhecimento sobre o isolamento compulsório naquele estado ou da elaboração de Pedro sobre sua doença por meio da religião, de sua vaidade, de sua força nas redes políticas que criou na instituição asilar e das conseqüências de seu afastamento da família.

Para a recuperação do Acervo Pessoal Pedro Baptista foram realizadas três viagens a Minas Gerais. O acervo foi digitalizado e tratado para a reprodução nesta dissertação.

As fotografias, por integrarem a narrativa da doença de Pedro Baptista, serão reproduzidas no corpo da dissertação e, em apêndice, serão disponibilizadas tabelas que organizam informações relevantes, indicadas no corpo do texto e tendo o número arábico de referência. Na inviabilidade de anexar o prontuário com suas 48 páginas, foi organizada uma tabela de demonstração dos documentos que o compõe, o que não exclui de serem reproduzidos alguns documentos no corpo do texto da dissertação.

---

<sup>19</sup> “Por volta de 1948, já com o auxílio da moderna radiologia, Moller-Christensen, paleopatologista dinamarquês, conseguiu determinar as lesões patognômicas da lepra. Por volta de 1952, ele e seus colaboradores descreviam a *facies leprosa* (síndrome de Bergen), que compreende a atrofia do septo nasal, a reabsorção do bloco inferior da chanfradura nasal, a atrofia dos processos alveolares do maxilar superior acompanhada muitas vezes da perda dos incisivos, modificações do palato ósseo.” DIAS, I. M., *op. cit.*, p. 98.

<sup>20</sup> *Ibid*, pp.104-105.

## CAPÍTULO I. LEPROSA: “A FILHA MAIS VELHA DA MORTE”- CONCEITUAÇÃO DA DOENÇA

Este capítulo apresentará os temas fundamentais para a análise da trajetória de vida de Pedro Baptista: a doença, a narrativa da doença e a valorização dos arquivos pessoais como fonte documental. Apresentará, também, o acervo pessoal de Pedro Baptista.

O título deste capítulo foi inspirado em um artigo de Oswaldo Cruz intitulado: “Uma questão de higiene social”<sup>21</sup>. Segundo Arthur Neiva<sup>22</sup>, tal artigo inaugurou a discussão sobre a forma de isolamento, pois dividiu os higienistas da época entre a proposta de isolar os doentes em ilhas ou em leprosários no continente. Oswaldo Cruz iniciou o artigo chamando a atenção, entre tantos problemas sanitários, para a prioridade de se combater a tuberculose, a sífilis, o alcoolismo e a lepra<sup>23</sup>, apresentando-a como: “a filha mais velha da morte”.

### 1.1- Lepra: doença infecto-contagiosa.

A conceituação da lepra como doença infecto-contagiosa foi elaborada a partir da descoberta de seu agente etiológico, *Mycobacterium leprae*<sup>24</sup>, identificado por Gerhard H.

---

<sup>21</sup> *O Imparcial*, n.º 211, 3 de julho de 1913. Apud SOUZA-ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, p. 117.

<sup>22</sup> NEIVA, Arthur. *Considerações sobre o problema da Lepra. A lição de São Paulo – Suas iniciativas e grande exemplo. Discurso do representante do Estado da Bahia, pronunciado na Câmara dos Deputados na sessão de 28 de outubro de 1937*. Rio de Janeiro, 1940, p. 21.

<sup>23</sup> De modo geral, esta era a agenda dos sanitaristas da década de 1910 no Brasil, da qual Oswaldo Cruz fazia parte.

<sup>24</sup> Também é denominado bacilo de Hansen.

Armauer Hansen, em 1872; a divulgação desta descoberta foi feita no ano seguinte e ratificada em publicação de 1874.

Em 1895, dr. Wolf Havelburg escreveu artigo sobre a anatomia, a patologia e o diagnóstico diferencial da lepra nervosa, apresentado no relatório à Irmandade de S. S. Candelária<sup>25</sup>, em julho daquele mesmo ano. Dois anos antes, em 1893, Dr. Havelburg foi nomeado chefe do laboratório do Hospital dos Lázaros, em São Cristóvão, Rio de Janeiro, que à época, foi um dos primeiros centros de referência sobre a doença no país. Segundo o autor, a lepra era uma doença com inúmeras classificações<sup>26</sup>, no entanto, a principal foi a que a dividiu em maculosa e tuberculosa, conforme os sintomas que predominavam; a maculosa podia se subdividir em “*maculosa alba, m. nigra, anesthesica, atrophica, mutilans, etc*”<sup>27</sup>. Dr. Havelburg explicava que essas classificações para a identificação da doença não se faziam mais necessárias, pois era diagnosticada como lepra toda doença onde era encontrado o bacilo específico e a análise bacteriológica das ulcerações da pele apresentassem os bacilos (bacilo de Hansen ou *Mycobacterium leprae*). Considerava os poros das glândulas sudoríferas o ponto de entrada da infecção.

Entretanto, o primeiro diagnóstico da doença é sempre clínico e a partir do reconhecimento da mancha característica da lepra, seguia-se para a investigação laboratorial. As classificações clínicas da doença continuaram tendo sua importância e passaram a ser elaboradas com a complexificação do saber médico sobre ela. No artigo publicado pela Revista Brasileira de Leprologia, em 1939, foi apresentada a seguinte proposta para a classificação da lepra:

“A classificação primária das formas de lepra obedecerá, fundamentalmente, ao critério clínico das lesões, a que corresponde sempre uma particular estrutura anatomo-patológica, e subsidiariamente à imuno-biologia e à bacteriologia. Dest’arte estabelecer-se-ão três formas fundamentais, que representam a observação morfológica dos 3 tipos estruturais encontrados na lepra: duas dela são formas polares, segundo a feliz denominação de RABELO FILHO, e uma pode constituir verdadeiro tipo de transição entre elas.”<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> Instituição responsável pelo Hospital dos Lázaros, no Rio de Janeiro.

<sup>26</sup> O autor referiu-se a longa elaboração sobre a doença, no período anterior à descoberta do bacilo.

<sup>27</sup> HAVELBURG, Wolf. “Estudos sobre a anatomia pathologia e o diagnostico diferencial da lepra nervosa” *Apud* SOUZA-ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, p. 40.

<sup>28</sup> “Classificação de Lepra”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo, 1939, pp.215-217. *Apud* DINIZ, Orestes. *Profilaxia da Lepra*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Medicina Militar, 1960, p. 46.

As três formas propostas pela Revista Brasileira de Leprologia eram a lepromatosa, a inflamatória simples e a forma tuberculóide. Contudo, as formas clínicas da lepra, conhecidas até os dias de hoje, foram definidas pelo Congresso de Madri, em 1953: *indeterminada* – ocorrem máculas hipocrônicas, caracterizando-se mais por formigamento, mas podendo evoluir para a anestesia, e comprometer as glândulas sudoríparas e as sebáceas e causar perda de cabelo - apresenta um conjunto de características, mas não houve a definição por uma das formas clínicas da doença; *tuberculóide* – causa lesões, perda de pelos, é a forma não bacilífera da doença; *lepromatosa* – é a forma mais grave e invasiva da doença caso não tratada, podendo chegar à face leonina, auto-amputação, perda de visão e comprometimento de outros órgãos, altamente contagiante pela eliminação de bacilos (atualmente é conhecida como virchoviana); e *dimorfa* – considerada instável, desenvolve características das duas últimas modalidades citadas.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde classifica a doença para fins de tratamento como os tipos paubacilar (indeterminada e tuberculóide, com poucos bacilos) e multibacilar (virchoviana e dimorfa, com muitos bacilos, forma mais agressiva e contagiosa da doença).

Apesar da imunologia contemporânea reconhecer que a transmissão da doença ocorre pelas vias áreas superiores de um paciente multibacilar que não está em tratamento para uma pessoa suscetível à doença, muitas questões epidemiológicas não se encontram completamente esclarecidas. Sabe-se que a lepra é uma doença crônica, não hereditária, não transmissível sexualmente, cujo período de incubação é de dois a cinco anos e que a única medida preventiva é o tratamento<sup>29</sup>, pois ainda não foi possível o desenvolvimento de uma vacina.

O dr. Orestes Diniz analisou que a introdução do tratamento com sulfonas foi um dos maiores eventos na terapêutica da lepra<sup>30</sup> ao transformar o *status* de incurabilidade da doença. A sulfonoterapia<sup>31</sup> foi desenvolvida pelo dr. Guy Henry Faget, no leprosário de *Carville*, nos Estados Unidos e utilizada a partir de 1941. Foi trazida experimentalmente

---

<sup>29</sup> Segundo a dr.<sup>a</sup> Tadiana Alves Moreira, de 20 a 30% dos pacientes abandonam o tratamento PQT e “isso dificulta a cura. A única medida para prevenir a doença é o tratamento.” O paciente, em tratamento, não transmite mais o bacilo a partir da primeira etapa da medicação. Uma das grandes dificuldades encontradas é garantir ao doente o acesso ao serviço de saúde. O paciente em tratamento não transmite o bacilo a partir da primeira etapa da medicação. ALVES MOREIRA, Tadiana. “Panorama sobre a hanseníase: quadro atual e perspectivas”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 10, suplemento 1, pp. 291-307, 2003.

<sup>30</sup> DINIZ, O., *op. cit.*, p. 56.

<sup>31</sup> As medicações tinham o nome de promin, diasone ou promizole.

para o Brasil em 1944, tornando-se rotineira nos anos 50 e 60. A terapêutica da lepra anterior à descoberta das sulfonas era baseada no óleo de chalmoogra que agia nos sintomas da doença, fazendo-os eventualmente regredir, mas não atuava em seu agente etiológico. A planta era originária da Índia e no tratado ayurveda *Susruth Samhita*, de 600 a.C., há citação sobre a utilização do óleo de chalmoogra, sinais, sintomas e formas da lepra.

A partir da década 70, a Organização Mundial de Saúde recomendou o tratamento com poliquimioterapia<sup>32</sup>, mas somente em 1991 foi adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde em todo o país.

### 1.1.1– Lepra: conceituações sobre a doença e sua profilaxia

A identificação do agente etiológico da lepra inaugurou novo debate sobre sua conceituação e profilaxia. As Conferências Internacionais de Lepra passaram a ser noticiadas na literatura médica e tornaram-se referência para a adoção de tratamentos e no desenvolvimento de políticas públicas no enfrentamento da doença.

A 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional de Lepra foi realizada em Berlin, em 1897, e foi seu presidente, o dr. Rudolf Virchow. Foi reconhecida a incurabilidade da doença e a ausência de tratamento impunha o isolamento do doente, como forma de impedir a propagação da doença. A partir da descoberta do *Mycobacterium leprae*, Hansen demonstrou que a doença era contagiosa. Dr. Virchow declarou “*não conhecer nenhum caso concludente que provasse o contágio*”<sup>33</sup>, pois era partidário da compreensão hereditária da doença. A comunidade científica se dividia entre os que defendiam o contágio e os que aceitavam a hereditariedade<sup>34</sup>.

Assim como o dr. Virchow, Daniel C. Danielssen e Carl W. Boeck considerados por ele os primeiros a realizarem um trabalho verdadeiramente científico sobre a doença em 1847, também acreditavam na hereditariedade da lepra. Danielssen e Boeck

---

<sup>32</sup>“**Poliquimioterapia (PQT) é composto por dois ou três medicamentos: paubacilar – PB (dapsona+rifampicina) e multibacilar – MB (clofazimina+rifampicina+dapsona). Estas drogas são apresentadas em formas de cartelas MB ou PB. Para evitar que o bacilo fique resistente às drogas, é usado mais de um medicamento.**” SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Respostas para as principais dúvidas sobre hanseníase*. 2.<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro, 2003, p. 9.

<sup>33</sup> *Apud* MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da Maldição Divina a exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Vol. I. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1995.

<sup>34</sup> É considerada hereditária uma doença que passa de uma geração para outra através de material genético. SARNO, Euzenir Nunes. Entrevista. “A Hanseníase no laboratório”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol 10, suplemento 1, pp. 297-290, 2003.

distinguiram duas formas clínicas da doença, em vigor até os dias de hoje: lepromatosa e tuberculóide<sup>35</sup>.

Na 2.<sup>a</sup> Conferência, realizada em Bergen, Noruega, em 1909, foi confirmada a contágiosidade de indivíduo para indivíduo e determinou-se como deliberação a internação compulsória, que incluía o isolamento dos doentes, a separação dos filhos dos leprosos, os exames periódicos das pessoas que estiveram em contato íntimo e prolongado com o doente, assim como a importância do desenvolvimento de pesquisa.

Na Conferência seguinte (ver Apêndice n.º 2), foram ratificadas as decisões dos encontros anteriores, propondo o desenvolvimento de campanhas sanitárias para informar à população sobre a contágiosidade da doença e que fossem “*destruídas as noções vindas do passado, por força das quais se acreditava na hereditariedade*”<sup>36</sup>.

No Brasil, entre 1900 e 1920, duas medidas marcaram as ações profiláticas em relação à lepra. A primeira delas foi um novo regulamento sanitário organizado, em 1904, por Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública. Tal regulamento estabelecia a notificação compulsória das seguintes doenças: lepra, peste, febre amarela, cólera, varíola, difteria, infecção puerperal nas maternidades, oftalmia dos recém-nascidos nas maternidades, creches e estabelecimentos análogos, tifo, febre tifóide, tuberculose, impudismo, escarlatina e beribéri<sup>37</sup>. E a outra, em 1920, com a criação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas<sup>38</sup>.

Segundo Gilberto Hochman, os debates e as legislações na área da saúde que ocorriam no Brasil nesse período se davam ao mesmo tempo que no âmbito internacional. As mudanças na geopolítica mundial, ocasionadas pela Primeira Guerra, colocaram a saúde na agenda das relações nacionais e internacionais, devido à imigração, ao controle sanitário das importações e exportações, higiene, entre outros. As características invasivas e indiscriminadas das epidemias e endemias ampliaram as esferas das ações na área da saúde. As políticas de combate e profilaxia das doenças deixaram de ser locais para

---

<sup>35</sup> Sobre esse tema ver também: MACIEL, L., *op. cit.*, p.110. DINIZ, O., *op. cit.*, p. 20.

<sup>36</sup> DINIZ, O., *op. cit.*, p. 28.

<sup>37</sup> CUNHA, Vivian da Silva. *O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2005, p. 3.

<sup>38</sup> “A década de 1920 foi marcada pela maior atuação do governo federal na causa da lepra, por meio da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e da inclusão da doença, pelos regulamentos sanitários entre as enfermidades de notificação compulsória. O departamento criou a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, que tinha como atividade principal a divulgação sobre a situação real da lepra no país.” SANTOS, Vicente S. M. dos. “Pesquisa Documental sobre a História da Hanseníase no Brasil”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol 10, suplemento 1, pp. 415-426, 2003, p. 421.

atuarem nacional e internacionalmente mediadas pela organização competente para tanto: o Estado. O autor compreende Estado como “*um locus de poder autônomo, diferenciado e não-redutível a um simples resultado e/ou instrumento das condições, preferências e demandas sociais, ou a uma neutralidade social*”<sup>39</sup>. No Brasil, a epidemia de gripe espanhola, em 1918, foi decisiva para a reflexão sobre a intervenção do governo federal na profilaxia e combate das doenças.

O livro “A História da Lepra” de Heraclides-Cesar de Souza Araújo, em três volumes, tornou-se obra de referência ao trazer discursos proferidos em congressos, relatórios, artigos para jornais, entre tantos outros documentos sobre a doença no país desde o período colonial até os anos 40 e 50. Esses documentos nos permitem analisar as representações sobre o isolamento de leprosos dos membros atuantes na elite médica brasileira, nas primeiras décadas do século XX, comprometidos com a produção de conhecimento científico sobre a doença. Esse período é relevante por ter sido o momento do debate sobre a idéia do tipo de isolamento, a definição da população alvo (doentes e seus descendentes), o lugar mais adequado, as estratégias de controle, entre outras que precederam a implementação do isolamento compulsório no país.

Os pesquisadores brasileiros se dividiam entre o isolamento radical e o tratamento que não interferisse no cotidiano do doente. Em 1916, Dr. Emílio Ribas<sup>40</sup>, no 1.º Congresso Médico Paulista, apresentou o artigo: “*Lepra, sua freqüência no Estado de São Paulo – Meios prophylacticos aconselháveis*”. Estas propostas foram discutidas pelo Congresso e transformadas em normas a serem seguidas. Defendia, por exemplo, o isolamento domiciliar para quem tivesse meios econômicos, sociais e intelectuais para se submeter à vigilância médica; e a internação para doentes sem recursos. O 1.º Congresso Médico Paulista foi notícia do Jornal do Comércio, em 8 de dezembro de 1916, onde se lê o seguinte:

“Ontem, a higiene apaixonou os ânimos. Na secção respectiva, veio à baila a lepra. Não há mister informar aos leitores, por obvio, que o entusiasmo atingiu ao auge na discussão das memórias. Há uma porção de médicos que deseja salvar o Estado ou a Pátria com a indicação da profilaxia do mal de S. Lazaro. Si o Governo quisesse executar as medidas profiláticas lembradas em cada uma das

---

<sup>39</sup> HOCHMAN, Gilberto. “Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre a saúde pública e a construção do Estado (Brasil 1910-1930)”. *Estudos Históricos. Os Anos 20*. Rio de Janeiro, n.º 11, pp.40-61, 1993.

<sup>40</sup> Esteve à frente da Saúde Pública do Estado de São Paulo por mais de vinte anos.

memórias, chegaria talvez a conclusão de que os alvitres, inteiramente iguais em alguns pontos, divergem em outros extraordinariamente. Os leprosários hão de ser instalados em ilhas ou no continente? O Sr. Emilio Ribas, com uma grande convicção, não se mostra muito favorável à hospitalização insular, condenado-a ‘*in limie*’<sup>41</sup> no caso particular de São Paulo, para o qual se lembrou da Ilha dos Porcos.”<sup>42</sup>

Na sessão de encerramento do Congresso, em 10 de dezembro de 1916, na leitura das moções aprovadas constou o seguinte relato:

“Posta a votos a moção dos Drs. Eduardo Rabello, Rodrigues Doria e outros, sobre a profilaxia da lepra, pediu a palavra o Dr. H. C. de Souza-Araújo, para declarar que subscrevia a moção, apesar das conclusões do trabalho do Dr. Emilio Ribas serem contrárias às do orador na memória apresentada sobre o mesmo assunto. Explicou que a discordância entende apenas com a localização das leproserias. Na forma de suas conclusões, a profilaxia mais eficiente da lepra no nosso país será a que fizer em colônias agrícolas.”<sup>43</sup>

Esse debate registrado nos anais do 1.º Congresso Paulista de Medicina deixou claro o empenho dos médicos ali reunidos sobre o combate à lepra estar associado ao isolamento, de acordo com o que foi recomendado pelos primeiros congressos internacionais. A proposta do leprosário era defendida também pelo longo período de evolução da doença, às vezes décadas, gerando seqüelas incapacitantes e afetando a integridade física do doente. Era necessário criar um espaço que comportasse uma longa permanência do leproso e não somente locais para a assistência médica.

Carlos Chagas, primeiro diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920<sup>44</sup>, acreditava que optar pelo isolamento compulsório seria uma atitude imprudente, pois considerava problema maior gerar uma prática onde as pessoas contaminadas mais se escondessem do que fossem notificadas. Belisário Penna, como diretor do Serviço de Profilaxia Rural<sup>45</sup>, entre 1920 e 1922, reconheceu a dimensão da doença para o país e propunha a criação de um município ao norte e outro ao sul para o isolamento dos doentes. Arthur Neiva e Heraclídes-Cesar de Souza Araújo defendiam o isolamento insular, assim como Oswaldo Cruz.

---

<sup>41</sup> No início.

<sup>42</sup> “PRIMEIRO Congresso Médico Paulista”. *Jornal do Comércio*, São Paulo, 8 de dezembro de 1916. *Apud* SOUZA-ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, p. 209.

<sup>43</sup> *Ibid*, p. 209 .

<sup>44</sup> BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 1, p. 1, Decreto n.º 3.987, de 02 de janeiro de 1920.

<sup>45</sup> Belisário Penna implementou o Serviço de Profilaxia Rural em 15 estados brasileiros.



Dr. Eduardo Rabello, em 1920, foi designado para elaborar o regulamento da Inspetoria da Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas do Departamento de Saúde Pública e exerceu a chefia deste órgão até 1926. Na primeira metade da década de 20, esteve à frente da cátedra de dermatologia e sifilografia, da direção nacional da luta contra a lepra e doenças venéreas e atuou para a criação da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Era personalidade de destaque tanto pelo lugar que ocupava na medicina quanto no governo federal.

O editorial da Revista Brasil Medico, de 24 de julho de 1920, criticou o regulamento ao publicar que para a tuberculose era absurdo considerar-se o isolamento obrigatório, pois sua profilaxia não se objetivava individual, mas social, pois “*visava o incremento da resistência da raça*”<sup>46</sup>; e segundo o editorial, a higiene moderna proferia quanto aos leprosos que seria necessário a internação de todos em colônias.

Eduardo Rabello reconheceu a importância do que foi publicado na revista considerada por ele, como a mais importante do país e, em 12 de agosto de 1920, respondeu ao editorial, na sessão da Academia Nacional de Medicina<sup>47</sup>. Explicou que sua decisão frente ao isolamento que propunha era recomendado pela 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional de Lepra, cujos pressupostos determinavam a notificação compulsória, a vigilância e o isolamento, “*como os praticados na Noruega*”, para todas as nações cujos municípios possuíssem médicos em número suficiente. Assinalou que a vigilância e o isolamento como praticados na Noruega incluíam o isolamento domiciliar para os doentes que tinham condição de fazê-lo, devidamente submetidos às normas ditadas pela autoridade sanitária competente. Seriam hospitalizados os doentes sem recursos ou em estágio muito avançado da doença. Observou que o orçamento da Inspetoria não possuía verba para a criação de uma infra-estrutura voltada para o isolamento obrigatório. Eduardo Rabello justificou também que não chegou a essa conclusão sozinho, primeiro foi resultado de longa discussão com a Comissão Brasileira de Profilaxia da Lepra<sup>48</sup> e segundo, que

---

<sup>46</sup> Brasil Médico, Ano 34, 1920, Editorial de 24 de julho de 1920, p. 481 *Apud* SOUZA-ARAÚJO, H.C., *op. cit.*, p. 264.

<sup>47</sup> “Sessão da Academia Nacional de Medicina de 12-8-1920”. Boletim, 1920, pp, 428 a 439. *Apud* SOUZA-ARAÚJO, H.C., *op. cit.*, pp. 265-271.

<sup>48</sup> Atuou entre os anos 1915 a 1919 e foram seus membros: Emílio Gomes, Alfredo Porto e Henrique Autran, pela Academia Nacional de Medicina; Eduardo Rabello, Werneck Machado e Guedes Mello, pela Sociedade de Medicina e Cirurgia; Fernando Terra, Juliano Moreira e Adolpho Lutz pela Sociedade Brasileira de Dermatologia; Sampaio Vianna, Oscar da Silva Araújo e Oscar D’Utra e Silva, pela Sociedade Médica dos Hospitais e Paulo Silva Araújo, Henrique de Baurepaire Rouan Aragão e Belmiro Valverde pela Associação Médico-Cirúrgica. O presidente da Comissão foi Carlos Pinto Seidl. Ver: CUNHA, V., *op. cit.*, pp. 39-40 e SOUZA-ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, pp.124-158.

foram consideradas as medidas profiláticas adotadas pelo Conselho de Higiene Pública da França, em 1914, assim como a *Société de Policie Sanitaire* e pela Conferência Sul Americana de Higiene e Microbiologia, reunida em Buenos Aires, em 1917.

Essas discussões chegavam aos jornais da época e mobilizavam a sociedade para as questões do isolamento de doentes e das crenças sobre a doença: se era ou não hereditária, se era transmissível por um vetor, se o funcionamento de um leprosário contaminaria a região através de seus esgotos, entre tantas outras.

Com o objetivo de assistir ao doente e apoiar a campanha de defender a sociedade contra a lepra, Alice Tibiriçá fundou em São Paulo, em 1926, a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Atuava na melhoria de vida do doente internado e tinha por objetivo interferir e combater as políticas públicas do estado de São Paulo; Alice acreditava na educação sanitária e no tratamento ambulatorial. Várias sociedades foram fundadas em outras cidades do Estado de São Paulo, assim como em outros estados. A ascensão do dr. Francisco Salles Gomes Junior à direção do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo representou um desafio político para Alice, que enfrentou reportagens caluniosas publicadas no “Correio de São Paulo”, jornal utilizado pelo Departamento de Profilaxia da Lepra para a publicação de suas diretrizes políticas.

Com o objetivo de ampliar a assistência aos doentes e organizar a ação das diversas sociedades que atuavam na defesa contra a lepra, Alice Tibiriçá propôs a fundação da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, realizada em 24 de fevereiro de 1932. No mandato de Alice Tibiriçá como presidente da Federação, a sede desta funcionou em São Paulo.

Em 1933, Alice Tibiriçá organizou no Rio de Janeiro um evento que ficou conhecido como a “*Conferência para a uniformização da Campanha Contra a Lepra*” (entre 24 de setembro e 2 de outubro). Nesta conferência foi formada uma comissão que levaria ao governo federal as resoluções tomadas que eram as seguintes: construção de leprosários com infra-estrutura voltada para o bem estar dos doentes e que se configurasse num padrão, a publicação de revista nacional de leprologia, a realização de um censo dos doentes e, por último, a parceria com outros serviços essenciais para o bom funcionamento dos leprosários como a engenharia sanitária, por exemplo.

Em 1935, Alice Tibiriçá saiu da presidência da Federação, a sede desta foi transferida para o Rio de Janeiro, iniciando o período da gestão de Eunice Weaver. A transferência da sede para o Rio de Janeiro, então capital federal, representou uma

proximidade com o poder extremamente articulado pelas redes de sociabilidade de Eunice Weaver. Como presidente da Federação, Weaver tornou-se um nome de destaque na campanha contra a lepra. Com subvenção federal dedicou-se a cuidar dos filhos sãos dos doentes internados construindo creches e preventórios em todo o país. Este período foi marcado pela forte colaboração entre a Federação e o governo federal, participando intensamente do plano executado pelo Ministério da Educação e Saúde para o combate da doença.

O “Plano Nacional de Combate a Lepra” foi realizado entre 1935 a 1938 e priorizou a edificação de leprosários através do seu “plano de construções”, que visava a criação dessas instituições em todos os estados da União, a realização do censo dos doentes e a reforma administrativa dos serviços de lepra. Projetava-se a construção de 38 leprosários e a criação de 22.486 leitos para o isolamento das formas contagiantes da doença, assim como leprosos indigentes, mendicantes e mutilados<sup>49</sup>. Por dificuldades de verbas a maioria das instituições foram inauguradas no início da década de 40. O nome à frente deste processo foi o de Gustavo Capanema<sup>50</sup>. A partir de 1937, o regime implementado pelo Estado Novo permitiu a centralização das decisões pelo governo federal e reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, com o objetivo de ampliar sua infra-estrutura de atendimento, tais como: centros e postos de saúde, hospitais gerais, sanatórios, leprosários etc.

A 4.<sup>a</sup> Conferência Internacional de Lepra, realizada no Cairo, em 1938, foi organizada pela *International Leprosy Association*<sup>51</sup>. Os temas oficiais debatidos foram: a classificação clínica da lepra, os métodos de tratamento e métodos de profilaxia em vários países. Todas as formas de isolamento, inclusive de crianças infectadas, foram mantidas. Apesar de valorizar a participação das organizações voluntárias para o cuidado dos filhos dos doentes e para a reabilitação de doentes com alta hospitalar, a 4.<sup>a</sup> Conferência recomendou que a campanha contra a lepra fosse de competência dos governos federais.

---

<sup>49</sup> BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130. *Apud* CUNHA, V., *op. cit.*, p. 92.

<sup>50</sup> Foi Ministro da Educação e Saúde entre 1934 e 1945. “Seu ministério tinha, entre outras atribuições, a de formular um projeto cívico-pedagógico para engendrar um ‘novo homem brasileiro’. A reforma do Estado, da sociedade e do homem eram projetos que deveriam caminhar juntos. Educação, saúde e cultura eram pilares para a execução deste ideário.” CYTRYNOWICZ, Roney. “Imagens, políticas e leituras do Arquivo Capanema”. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. VIII, pp. 472-475, jul-ago. 2001.

<sup>51</sup> Fundada em 1931, no Congresso Internacional de Manila, organizado por Leonard Rogers. Folha da Manhã, 17 de julho de 1937, Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

“sin desconocer el Congreso el interés de los organismos voluntarios, emite el concepto terminante de que la lucha contra la Lepra es esencialmente de la responsabilidad de los gobiernos; por lo tanto, la lucha antileprosa debe integrar los programas de higiene pública de los países afectados. Excita, asimismo, a dicho gobiernos para que vigoricen los trabajos de experimentación tendientes a mejorar los métodos de dominio de la lepra.”<sup>52</sup>

Um dos objetivos dessa recomendação era enfraquecer a participação das sociedades beneméritas e religiosas que, para os membros da Conferência, contribuíram para a divulgação da lepra como única e terrível e que perpetuavam o estigma sobre a doença.

Desde de 1937, a lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, organizou a ação federal em educação e saúde em todo país e determinou que caberia ao governo ações próprias e ações supletivas em educação e saúde<sup>53</sup>. Ação própria era aquela que respondia à necessidade de ação nacional sobre assuntos da educação e da saúde e ação supletiva quando o governo federal intervinha diretamente no estado suprimindo deficiências estratégicas e logísticas da esfera estadual. Esta lei determinou também a realização de Conferências Nacionais para viabilizar as ações federais em todo país.

A I Conferência Nacional de Saúde<sup>54</sup> foi realizada em 1941 e uma de suas diretrizes foram os planos e as metas do Serviço Nacional de Lepra criado no mesmo ano, pelo Decreto-lei nº 3.171, de 02 de abril de 1941. O item c, do 1.º artigo determinava o seguinte:

“estabelecer a coordenação das repartições estaduais e municipais e das instituições de iniciativa particular, que se destinem à realização de quaisquer atividades concernentes ao problema da saúde, animá-las, fiscalizá-las, orientá-las e assisti-las tecnicamente, e ainda estudar os critérios a serem adotados para a concessão de auxílios e subvenções federais para a realização dessas atividades, e controlar a aplicação dos recursos concedidos.”<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> OBREGÓN TORRES, Diana. *Batallas contra la Lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia*. Medellín: EAFIT, 2002, p. 280.

<sup>53</sup> Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. *Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Publica*. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 15 de janeiro de 1937.

<sup>54</sup> Realizada entre 10 a 15 de novembro de 1941, no Rio de Janeiro.

<sup>55</sup> Decreto-lei nº 3171, de 02 de abril de 1941. *Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério Educação e Saúde, e da outras providências*. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 31 de dezembro de 1941. Artigo c, Parágrafo 1.

As políticas públicas de profilaxia e combate à lepra contribuíram para a construção da saúde como um bem público e para a justificativa da intervenção federal que se consolidaria na rede de leprosários existente em 1942. Ao todo foram construídas 41 instituições (ver Apêndice n.º 3).

Entre a 4.<sup>a</sup> Conferência e a 5.<sup>a</sup>, realizada em Havana em 1948, foi desenvolvido o tratamento com sulfona que negativava clinicamente a doença. A profilaxia deixava de ter como única opção o isolamento para dar ênfase ao tratamento. A Revista Brasileira de Leprologia, no artigo “*Conclusões do 5.º Congresso Internacional de Lepra, Reunido em Cuba, Abril de 1948*”, registrou a declaração de Ernest Muir sobre o isolamento compulsório ter sido um dos maiores erros da medicina moderna<sup>56</sup>. Deliberaram sobre o fim do isolamento e para a atuação de retirar do doente o estigma de maldito, pois o ocultamento da lepra e o não acesso ao tratamento médico aumentariam a possibilidade de contágio da doença.

Na Conferência seguinte, em 1953, o tratamento ambulatorial foi adotado como prática profilática e recomendou-se o controle dos comunicantes e ações de educação sanitária. Determinou-se, inclusive, que os casos clínicos tuberculóide e indeterminado fossem tratados somente em ambulatórios. Os leprosários deveriam atuar para a “*reintegração da saúde física e moral em sua mais ampla acepção*”<sup>57</sup>. E os preventórios seriam desativados, pois os filhos dos doentes, separados ao nascer, caso não pudessem ser recolocados no meio familiar, deveriam ser encaminhados para órgão competente de proteção à infância.

O dr. Orestes Diniz participou da Comissão de Epidemiologia e Profilaxia, da 7.<sup>a</sup> Conferência realizada em Tóquio, em 1958. Essa comissão determinou que o tratamento se realizaria fora dos leprosários e que a lepra seria reintegrada aos serviços gerais de saúde pública, sendo tratada como qualquer outra doença infecto-contagiosa. Como plano fundamental para seu combate era necessária a educação de estudantes de medicina, médicos, enfermagem, pessoal técnico, pacientes, ex-pacientes e suas famílias, assim como, o público em geral. Além das providências educativas, seriam tomadas também providências médicas, o tratamento seria administrado pelos dispensários, centros de saúde, instituições aptas a fazê-lo, os leprosários seriam reservados para os pacientes que requisitassem cuidados especiais ou internados voluntariamente. Social e legalmente, a

---

<sup>56</sup> “*Conclusões do 5.º Congresso Internacional de Lepra, Reunido em Cuba, Abril de 1948*”. *Revista Brasileira de Leprologia*, vol. XVI, Set. 1948, n.º 3.

<sup>57</sup> DINIZ, O., *op. cit.*, p. 35.

segregação não deveria mais ser imposta ao doente, pleiteava-se que esse “anacronismo fosse abolido”<sup>58</sup>.

Em 7 de maio de 1962, com o Decreto n.º 968, o isolamento deixou ser compulsório e prática profilática no Brasil, com exceção de São Paulo. Somente a partir de 1967, com a publicação de uma norma interna assinada pelo novo diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo, Dr. Abraão Rotberg, o estado passou a adotar o tratamento ambulatorial, em vigência até os dias de hoje; a internação é apenas hospitalar e episódica, se restringindo às medidas clínicas para casos mais graves nos estágios avançados da doença. Os leprosários foram sendo desativados e transformados em hospitais gerais, o Asilo-Colônia de Aimorés, em Bauru, transformou-se no Instituto Lauro de Souza Lima, referência internacional no estudo da doença.

## 1.2- Lepra e leproso: estigma e imagem deteriorada

“Das previsões de Moisés, decretando leis severas contra o ‘zarath’ do Povo de Israel, até as medidas adoptadas pelo parlamento da Noruega, com o regime da hospitalização obrigatória dos leprosos, 20 séculos contemplam extáticos a disseminação da lepra. Há dois milênios que o flagelo deformante da humanidade vem produzindo a sua obra mutilante e cegadora, tecendo armas triunfantes com os recursos postos em prática para combatê-lo. As populações pré-históricas do Egito, da Palestina e das Índias foram as primeiras que pagaram tributo à morfêia. A Itália, no regresso das tropas de Pompéia, recebeu leprosos oriundos da Síria e do Egito. Celso, no século I; Empiricus, no IV; Egino, no VII século, fazem estudos sobre a lepra. No decorrer do 1.º século da era cristã, a lepra invade a Lombardia, Gallícia, Espanha e a Inglaterra.”<sup>59</sup>

Campos Seabra, “A Prophylaxia da Lepra”.

O artigo do dr. Campos Seabra, “A Prophylaxia da Lepra”, apresentado no 1.º Congresso Paulista de Medicina, atribui à doença extensa ancestralidade. E compara as doenças bíblicas e a do Egito “pré-histórico” com a que levou o Parlamento da Noruega a pensar políticas públicas, no final do século XIX.

---

<sup>58</sup> *Ibid*, p. 39.

<sup>59</sup> SEABRA, Campos. “Annaes do 1.º Congresso Medico Paulista”, Dezembro de 1916, Vol. III, p. 45-55. *Apud* SOUZA-ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, p. 183.

A projeção da doença com passado, presente e futuro foi exercício próprio da revolução microbiana no processo de elaboração das novas identidades das doenças<sup>60</sup>. Voltava-se ao passado para contrapô-lo às descobertas do presente e para afirmar a construção de um futuro certo: a identificação do agente etiológico de cada doença e a vitória dos remédios elaborados nos laboratórios.

Segundo Diana Obregón, é comum considerar a lepra como corte permanente na cultura ocidental desde tempos imemoriais<sup>61</sup>. Na Colômbia, atualmente, assim como em outros países, as palavras lepra e leproso ainda são utilizadas como sinônimos para o pior de uma situação ou de uma pessoa.

A palavra lepra tem uma história igualmente longa. Segundo Abraão Rotberg, no III século a.C., 72 sábios hebreus se reuniram para a tradução dos *Neviim* e *Ketuvim* (*Números* e *Levítico*, livros sagrados judaicos integrantes do Pentateuco) do hebraico para o grego, onde a palavra hebraica “*tsara’ath*” foi traduzida para o grego como lepra, cujo significado é descamação, esfoliação, sendo indicada como sinônimo para “impureza” e “desonra”<sup>62</sup>. No processo de tradução da Bíblia para o latim, o termo lepra foi mantido e o imaginário cristão foi associando à lepra a herança estigmatizante do antigo termo hebraico. A lepra bíblica além de ser utilizada para diversas doenças que se manifestavam na pele, era identificada também em roupas, paredes da casa, entre outros e para cada um desses eventos eram estipulados longos ritos de purificação, presididos pela autoridade do sacerdote.

Na discussão sobre essa imagem ancestral da lepra e do leproso, Diana Obregón dialoga com Saul N. Brody, Zachary Gussow e George S. Tracy. Brody afirma que a identificação do leproso como símbolo de depravação e pecado é contínua desde a

---

<sup>60</sup> Entre 1880 e 1910, foram identificados mais de 20 micróbios e as doenças causadas por eles, trazendo questões sobre transmissão, prevenção e tratamento. Esse processo de identificação intensa, conhecido como revolução microbiana, transformou a identidade de muitas doenças, assim como, influenciou as práticas da medicina e da saúde pública. As doenças eram definidas de acordo com seu agente etiológico específico. Valorizava-se a profissão do médico e a utilização de novas tecnologias no tratamento de doenças. Surgiam e consolidam-se instituições de estudo e pesquisa, como o Instituto Pasteur e o, então, Instituto Oswaldo Cruz. Os laboratórios alemães afirmavam-se como parte da formação médica. Ver: BRANDT, Allan M. E GARDNER, Martha. “The Golden Age of Medicine?” In: COOTER, Roger and PICKSTONE, John. *Companion To Medicine In the 20<sup>th</sup>*. London and NY: ROUTLEDGE, 1993, pag. 21-38. ROSEN, George.. “A Era Bacteriológica e suas conseqüências”. In: *Uma História da Saúde Pública*. 2.<sup>a</sup> Edição. São Paulo: UNESP-HUCITEC/ABRASCO, 1994, pp. 219-252. CUNNINGHAM, Andrew e PERRY, Willians. “Transforming Plague: the Laboratory and the identity of infectious disease”. In: *The Laboratory Revolution*. Cambridge: Medicine Cambridge Press, 1992, pp. 209-244.

<sup>61</sup> OBREGÓN TORRES, D., *op. cit.*, pp. 23-25.

<sup>62</sup> ROTBERG, A. “O pejorativo "lepra" e a grande vítima de grave erro médico-social-histórico: a indefesa América Latina”. *Revista de História*, jan-mar, 1975, pp. 293-305.

Antiguidade até nossos dias. Para Gussow e Tracy, não. Analisam o estigma como produção do colonialismo do século XIX, pois, sendo a enfermidade endêmica na maioria dos continentes colonizados, associou-se os doentes a tudo que é “inferior” ou “incivilizado”. Essa condição inferior, essa identificação do leproso como aquele que deve ser cuidado, pois sua doença o incapacita para fazê-lo, seria herança também da redescoberta da lepra no século XIX; nesse sentido, instituições de caridade tornaram-se fortes aliadas no enfrentamento da doença. Na Inglaterra, com o objetivo de cuidar dos leprosos, foram fundadas a Missão Britânica para Leprosos (1874) e o Fundo Nacional da Lepra (1889), para os missionários a salvação da alma dos “leprosos indigentes” era prioridade máxima<sup>63</sup>.

Para George Joseph, apesar da fundação da Missão ter sido posterior a identificação do *Mycobacterium leprae* por Hansen, os missionários fundamentaram sua atuação nas definições bíblicas e medievais da doença, associando a lepra à contaminação moral, degradação do corpo e ambientes insalubres<sup>64</sup>. A orientação espiritual vinha dos atos de Jesus ao falar da Missão dos Apóstolos, em Evangelho Segundo São Mateus (10:1,8): “*Curai os enfermos, ressuscitai os mortos, limpai os leprosos, expeli os demônios*”<sup>65</sup>. Joseph não desassocia a evangelização dos objetivos sociais e políticos do imperialismo, pois aprender a ler em inglês para encontrar apoio espiritual na Bíblia Sagrada, inseria o doente na civilização ocidental, e, socialmente, instaurava a separação entre o doente integrado à Missão e o outro, não evangelizado, que negava sua salvação através do cristianismo.

“Esse trecho [Mateus 10, 1 8] nos permite verificar que a ‘lepra’ merece menção especial, não sendo inserida juntamente com as demais doenças; os ‘enfermos’ eram para ser ‘curados’, porém os ‘leprosos’ deveriam ser ‘limpos’.”<sup>66</sup>

Lenita Claro cita o trabalho de Ilse Volinn para entender a origem do estigma da lepra<sup>67</sup>. Volinn pesquisa a epidemia no século XIX no Havaí e questiona porque a varíola,

---

<sup>63</sup> Ver: <http://www.leprosyhistory.org/portuguese/help.htm>. Acessado em 9/3/2006.

<sup>64</sup> JOSEPH, D. George. "Essentially Christian, eminently philanthropic": The Mission to Lepers in British India. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol 10, suplemento 1, pp. 247-295, 2003.

<sup>65</sup> *Ibid*, p.267.

<sup>66</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 17

<sup>67</sup> CLARO, Lenita Barreto Lorena. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p.23.



também com evidência milenar, não se tornou objeto de estigma como a lepra, essa diferença estaria na natureza das doenças. Explica, então, que a varíola, apesar de marcar a pele, era de natureza aguda e fulminante, os que sobreviviam saíam com uma imagem de vitoriosos; enquanto, que a lepra era progressiva, crônica e deformante. Com as palavras de Sérgio Carrara, podemos dizer que a lepra é uma doença com “*alta visibilidade social e intensa evocação simbólica*”<sup>68</sup>. Para o autor, a lepra estava inserida no campo da dermatologia, assim como a sífilis, mas o estudo da doença desenvolveu, igualmente, uma trajetória própria, constituindo a disciplina da leprologia.

Essa “*evocação simbólica*” é um processo inerente às doenças cujos tratamentos e causas ainda não levam – ou levavam –, à cura ou a seu entendimento. Num primeiro momento, a doença é identificada com o que há de obscuro na sociedade (medos, corrupção, decadência), até chegar no processo que a própria “doença passa a adjetivar”, transformando-se em metáfora e através da metáfora construída, o “horror” é atribuído a outras coisas: “*Os sentimentos relacionados com o mal são projetados numa doença. E a doença (assim enriquecida de significado) é projetada no mundo*”<sup>69</sup>. Susan Sontag afirma que o indivíduo acometido de um doença terrível entra em outro mundo, o mundo da doença, e a partir daí vive uma espécie de exílio; cita Schopenhauer para dizer que a “*a vontade se exhibe com um corpo organizado e que a presença da enfermidade significa que a própria vontade está enferma*”<sup>70</sup>.

Diana Obregón ao analisar “A Doença como Metáfora”, de Susan Sontag, observa a distinção elaborada por esta autora entre a linguagem científica e a metafórica: “*Sontag se detiene donde comienza la ciencia: para ella, el lenguaje científico no es metafórico, y la ciencia es verdad pura e simple*”<sup>71</sup>. Para Sontag, a linguagem científica não é metafórica, quer “acalmar” a imaginação para centrar-se na dimensão biológica para “desadjetivar”. Obregón encerra a discussão apresentando a perspectiva da construção social da doença, ou seja, a aprendizagem sobre uma doença e o contexto social em que ela se constitui são inseparáveis, tanto em sua produção, como em seu conteúdo.

---

<sup>68</sup> CARRARA, Sérgio. *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p.14.

<sup>69</sup> SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, p. 76.

<sup>70</sup> *Ibid*, p. 58.

<sup>71</sup> OBREGÓN TORRES, D., *op. cit.*, p.27.

Esse lugar desprivilegiado ocupado pelo leproso e toda a adjetivação atribuída à lepra pode ser analisado pela clássica proposta de Erving Goffman<sup>72</sup>, em seu estudo sobre estigma e a deterioração da identidade social do estigmatizado.

O termo estigma tem sua origem entre os gregos - para os quais o autor faz a ressalva de possuírem profundo conhecimento do imagético-, era a designação das marcas feitas nos corpos para identificar escravos, criminosos ou traidores e determinar a exclusão dessas pessoas dos lugares públicos.

Goffman conceitua identidade social como o processo pelo qual o indivíduo é reconhecido em seu aspecto e seus atributos. Sendo a sociedade uma composição de categorias, são atitudes comuns e reconhecidas que constroem a identificação imediata de um grupo sobre si. Cada vez que um estranho chega a um novo grupo é perscrutado para nele achar-se os signos e símbolos (“expectativa normativa”) que poderão identificá-lo para inserção ou rejeição no grupo. Goffman elabora a identidade social mediante duas perspectivas: a *identidade social virtual*, aquilo que é visto pelo outro, o que é identificado no indivíduo e, a *identidade social real*, o que o indivíduo prova possuir, seus atributos e categorias efetivos.

Na construção do conceito contemporâneo de estigma é preciso entender que este não se constitui por uma linguagem de atributos, mas sim, uma linguagem de relações, pois, o valor social dos atributos podem mudar de uma sociedade para outra. Goffman considera três tipos de estigmas: as deformidades físicas, as culpas de caráter individual (vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio etc.) e tribais, de raça ou religião (podem ser transferidos através de gerações). Esses conceitos que o autor apresenta no capítulo “Estigma e Identidade Social” trazem mais uma definição importante: em contraponto ao indivíduo estigmatizado ele define os “normais” - aqueles que não possuem marcas negativas ou que não se afastam das expectativas “normatizantes” do grupo. A partir dessa conceituação utiliza correntemente a expressão “nós, os normais” para diferenciar o lugar social discriminado pelos “normais” frente ao estigmatizado<sup>73</sup>.

“Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de

---

<sup>72</sup> GOFFMAN, 1988, *op. cit.*, p. 11.

<sup>73</sup> “A noção de ‘ser humano normal’ pode ter sua origem na abordagem médica da humanidade, ou nas tendências das organizações burocráticas em grande escala, como a Nação-Estado, de tratar todos os seus membros como iguais em alguns aspectos.” *Ibid*, p. 16 *et seq.*

discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construimos uma teoria do estigma, uma ideologia pra explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social.”<sup>74</sup>

Entretanto, o indivíduo estigmatizado tem a mesma perspectiva de vida que os normais, deseja “*um destino agradável e uma oportunidade legítima*”, mas a pressão dos normais pode extrapolar o limite suportável pelo estigmatizado em seu processo de inserção na vida social, no grupo. Goffman afirma que o estigmatizado nunca é aceito e que o grupo não está disposto a recebê-lo em bases iguais, a não ser em condições especiais tais como, familiares que conviveram com o estigma a vida inteira e também tiveram que lutar por uma aceitação, ou nas associações para o enfrentamento do estigma, pessoas que comungam da mesma crença política mesmo não sendo portadoras da mesma necessidade especial e com uma grande capacidade de escuta. Porque a vergonha sempre surge quando um indivíduo percebe que possui um atributo que o faz rejeitado pelo grupo. Então, torna-se tema central para o estigmatizado a aceitação.

Para tanto, o estigmatizado se esforça em dominar áreas de atividades restritas à sua deficiência, como, por exemplo, as práticas esportivas. Pode também romper com a realidade e “*tentar obstinadamente empregar uma interpretação não convencional do caráter de sua identidade social*”<sup>75</sup>. Ou, resignar-se compreendendo o sofrimento como caminho para aprender sobre a vida e sobre as outras pessoas. Porque para o estigmatizado é muito complexo o processo da auto-estima e, socialmente, está a mercê da fantasia sobre aquilo “que os outros estão pensando dele”, pois, “*o cego, o doente, o surdo, o aleijado nunca podem estar seguros sobre qual será a atitude de um novo conhecido, se ele será receptivo ou não, até que se estabeleça contato*”<sup>76</sup>. Pois, em público, é pouco provável que o estigmatizado não sinta que está em “*exibição*”, pois estando entre os normais – as situações mistas–, é “*compreensível que nem todas as coisas caminhem suavemente*”.

As tensões inerentes às situações mistas levam os estigmatizados a estar entre iguais a si e nesse contexto, acabam por viver num mundo incompleto. As pessoas com estigma que possuem maiores recursos para ter acesso a diferentes oportunidades, podem

---

<sup>74</sup> *Ibid*, p.15.

<sup>75</sup> *Ibid*. p.20.

<sup>76</sup> *Ibid*. p. 23.

se transformar em líderes de seus infortúnios e pleitear melhores condições de vida para si e para o grupo no qual se insere. Goffman faz a diferença entre a história de uma categoria de pessoas com um estigma e a história do próprio estigma, sua origem, sua difusão e declínio como atributo, pois se está sempre sob as representações de uma sociedade em particular. Teremos a oportunidade de observar a atuação de Pedro Baptista nos leprosários em que viveu.

Outra questão imposta ao estigmatizado é a experiência do isolamento ou da falta de uma habilidade que o faça viver em sociedade, ou quando passa por um grande processo de hospitalização, encarado como um período para “adaptação”, mas que considerada retrospectivamente na vida do indivíduo estigmatizado pode revelar um momento de crise e não de aprendizado sobre sua nova condição de vida.

A dinâmica do estigma não ocorre pela existência dos indivíduos estigmatizados e normais, o “normal” e o “estigmatizado” não são “pessoas”, são perspectivas inerentes às situações sociais, e enquanto processo social os indivíduos podem participar de ambos os papéis – normal ou estigmatizado – em “algumas conexões ou fases da vida”. Há sempre uma manipulação de informação por parte do estigmatizado para o “encobrimento” do que visualmente o expõe em situações sociais.

Podemos identificar, a exemplo do que nos diz Goffman, em algumas fotografias de Pedro Baptista, essa atitude de ocultar características que o identificam com o que o estigmatiza, no caso da lepra, as mãos em garra (Figura n.º 3).

Figura n.º 3



Esta foto foi tirada em 1949, no Asilo-Colônia Santo Ângelo, em São Paulo. Podemos observar que Pedro se apoiou na cadeira, de forma a dar uma “posição normal” às mãos já comprometidas neurologicamente pela doença.

No documentário<sup>77</sup>, “Os Melhores Anos de Nossas Vidas”, Andréa Pasquini registrou depoimentos de residentes remanescentes do que foi o Asilo-Colônia Santo Ângelo. A história de uma jovem que ainda reside no antigo leprosário é o exemplo do estigma que não está em um traço físico, mas que foi “herdado” pelas relações sociais, familiares ou culturais. Daniela, com idade entre 20 e 30 anos, filha de um ex-paciente internado, relatou que era discriminada tanto na escola, onde não era convidada para participar de atividades em grupo, como na busca de emprego, pois foi recusada em alguns trabalhos, quando revelava seu lugar de residência. Uma moça que nunca desenvolveu a doença e que vive numa conjuntura de cura da lepra e de larga difusão pelos meios de comunicação de massa do tratamento da doença.

Não é tema da presente dissertação analisar a relação de ex-doentes e seus familiares em sua reinserção social ou o período de abertura dos leprosários, entre os anos 60 e 80, e a volta para a sociedade dos ex-internos, processo para o qual a leitura de Erving Goffman muito contribuiria; e sim, utilizar as categorias organizadas por ele para entender as dinâmicas sociais do internado como indivíduo estigmatizado.

No período da internação compulsória entre os anos 1929 e 1967, o doente ao ser internado nos asilos-colônia, perdia a caderneta de saúde obrigatória para o trabalho e passava a viver segregado da sociedade. Essa segregação era uma marca, um estigma, como a imputada pelos gregos para demarcar aqueles que estariam aptos ao convívio social ou não. A maior contribuição de Goffman para pensar este trabalho está nas dimensões que o estigmatizado atravessa para elaborar-se como pessoa íntegra. O autor analisa os diversos processos vividos pelos estigmatizados na construção de uma identidade socialmente aceita. Uma característica é a necessidade do doente não perder o vínculo com o que é estabelecido como “normal” pela sociedade; ou na linguagem dos internados: os que eram “de saúde”.

Na correspondência do paciente Pedro Baptista encontramos esse processo de construção da auto-imagem, com negação da doença, a busca de identificação com atividades realizadas pelas pessoas “normais”, valorização de si mesmo como líder e representante daquela categoria junto às autoridades. Nos discursos da escrita de si elaborada em seu período

---

<sup>77</sup> Para Michel Pollak, o documentário, ou como chama filme-testemunho, transformou-se em elemento essencial como lugar de expressão para memórias anteriormente excluídas e que sua proibição ou veiculação redefinem e negociam com a memória coletiva e nacional. POLLAK, M., *op. cit.*, p. 11.

de internação e, a conseqüente ausência da convivência familiar. Em poucos momentos Pedro se assume como doente, fala em cura (nos anos 1930), fala em futuro próximo, até que as cartas silenciam.

“Continuo revestido de alta confiança em que Deus me curará. Sim, quando eu não mereça, por amor a ti, dos meus filhos e dos muitos crentes que oram por mim. Ele me curará. Não me demorarei aqui, se Deus quiser. Eu sairei para o trabalho do Senhor Permaneças aos pés de Jesus e ensines nossos filhos a rogar a Deus por mim.”<sup>78</sup>

O entendimento do estigma da lepra objetiva a compreensão da relação do doente com o mundo que o cercava, suas estratégias, suas situações limítrofes, os campos sociais nos quais era possível sua atuação, como por exemplo, o envio de cartas aos jornais, a compreensão da doença pelo doente, a recuperação da dinâmica asilar.

A identificação da lepra como uma doença milenar não é privilegiada na elaboração deste trabalho. No entanto, a análise trazida por Diana Obregón da lepra e do leproso que se inserem nas políticas imperialistas do final do século XIX, e na ascensão da classe médica como autoridade política e cultural no século XX. São pontos de vista que vem ao encontro da forma como pretendo conceituar a doença nesta dissertação.

Para Jacques Revel e Jean-Pierre Peter, a experiência da doença é lugar privilegiado para o entendimento da dimensão das dinâmicas sociais administrativas, religiosas, políticas e a própria imagem da sociedade em si. Em função do impacto (desestruturante ou reestruturante) da doença as “*articulações essenciais de grupo, as linhas de força e as tensões que o transpassam*” ficam mais claras<sup>79</sup>. É que o homem doente provoca sempre a clínica médica, pois esta quer vê-lo apenas enquanto doença. Discutem três formas de discurso: o religioso que considera a morte o início e o sofrimento do caminho para Deus; o discurso médico que ao objetivar o corpo não considera a morte um fim, pois a própria morte fala sobre o doente e sua doença; e o discurso histórico, o homem – sujeito – identificado pela teoria científica, tornou-se objeto de estudo.

Nas representações sobre a lepra na sociedade paulista dos anos 1920 e 1930, a doença e o doente são vistos como ameaça social e a idéia da segregação está plenamente

---

<sup>78</sup> Carta de Pedro para Maricas. Pirapitingui, 22 de janeiro de 1935. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

<sup>79</sup> REVEL, J. e PETER, J. “O Corpo: o homem doente e sua história”. In: Le Goff, J. e Nora, P. *História Novos Objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editores, 1976, pp.141-159.

difundida na sociedade, como podemos identificar nestes trechos dos jornais da cidade de São Paulo:

“São dignos de toda a piedade, não resta dúvida, mas devemos nos defender de toda forma de seu contato, pois é sabido que nesses desgraçados prevalece a crença que contaminando sete pessoas ficarão limpos da lepra!...”<sup>80</sup>

“Um fato gravíssimo. Revoltados os morféticos do Bairro de Bom Sucesso invadem a cidade de Pindamonhangaba. Os estudantes reagem e a polícia intervêm, sendo os lázaros escorraçados. Numa estrada um dos desgraçados mordeu uma criança.”<sup>81</sup>

### 1.3- Narrativa da doença: discussão bibliográfica e teórica

Em “Entre médicos y curanderos”, Diego Armus observa a valorização da história cultural como instrumento de análise na produção e reprodução da experiência histórica e como modo de organizar a discussão sobre o passado. Afirma que a doença é objeto de pesquisa relativamente novo para a história cultural, enumerando diversos profissionais da área da história e das ciências sociais que passaram a trabalhar nessa perspectiva e definir a doença como conceito além da “bactéria ou do vírus”. Cita Charles Rosemberg - “Framing Disease: Illness, Society e History” -, como um dos primeiros a propor a discussão sobre a construção da doença como acordo e consenso entre grupos sociais e políticos envolvidos em seu evento (biológico e social).

A doença, com tais estudos históricos citados, deixou de ser elaborada somente pelo saber médico para tornar-se um conjunto de construções e práticas discursivas, envolvendo desde a histórica intelectual e institucional da medicina até os processos de reconstrução da identidade do indivíduo doente. Essa renovação historiográfica se contrapôs à tradicional história da medicina que valorizava a biografia de médicos famosos e suas descobertas maravilhosas, assim como a celebração vitoriosa da medicina e da profissão médica.

Na Introdução do livro “Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas”, Luiz Fernando Dias Duarte propõe o recorte “pessoa, corpo e doença” para

---

<sup>80</sup> A LEPRA – Os perigos a que está exposta a população. *O Combate*. São Paulo, 15 de abril de 1930.

<sup>81</sup> *Folha da Manhã*. São Paulo, 6 de julho de 1927.

discutir o fenômeno do adoecimento. Tem por objetivo divulgar os métodos da análise antropológica, desenvolvendo trabalhos através da metodologia qualitativa que valoriza o discurso, a significação, os valores e as qualidades dos fenômenos observados, a atitude do pesquisador de aprender com o objeto estudado. Essa “estratégia antropológica” se pretende mais “holística” e esse pressuposto metodológico envolve: o “entranhamento”<sup>82</sup> simbólico radical de todas as experiências humanas, o desafio da inseparabilidade da cultura, a convivência com os “relativismos” e a desconstrução da idéia de “naturalidade” fundada pelo saber biomédico.

Duarte analisa a produção antropológica em dois períodos. Dos anos 1960 a 1980, os temas centravam-se em torno de elucidar e denunciar a oposição “natureza versus cultura”, questionando a objetividade/realismo imposto pela Biomedicina. É o momento da afirmação progressiva da posição “construtivista” ou “nominalista”. O segundo período, iniciado na década de 80, investiu na superação das dicotomias – razão/emoção, corpo/espírito –, e trouxe para o centro da discussão a “cultura versus a experiência individual”: *“Curiosamente, o corpo volta ao primeiro plano não mais apenas como o organismo natural determinante: é agora o ente do controvertido estatuto que serve de palco ativo da experiência ou vivência dos sujeitos.”*<sup>83</sup>.

A representação maior desse processo é a “pessoa” e todos os seus “efeitos concomitantes”: a racionalização e o afastamento do sensível; a fragmentação dos domínios e a universalização dos saberes, a interiorização e “psicologização” dos sujeitos; a “autonomização” da esfera pública e a institucionalização do liberalismo em sentido lato; a “intimização” da família; a “autonominação” dos sentidos; e a elaboração de uma estética e uma sexualidade<sup>84</sup>.

As produções que focam na experiência direcionam-se para uma “antropologia das emoções”, configurada, às vezes, como etnopsicologia ou antropologia da dor, fortemente vinculada às problemáticas da saúde/doença. Essas tendências das representações da cultura ocidental moderna sobre saúde/doença evidenciam o grau de complexidade das

---

<sup>82</sup> Sobre a idéia do “entranhamento”, o autor continua com a seguinte explicação: “Avulta, nessa reflexão, a ênfase no fato de que o horizonte simbólico da ‘cultura ocidental moderna’ subjaz a qualquer esforço de conhecimento ou compreensão antropológica e que a percepção controlada desse fundamento é a via-régia do trabalho de nossa disciplina. O nosso ‘relativismo’ possível é, assim, ‘relativo’ ele próprio, situacional.” DUARTE, Luiz Fernando Dias. “Investigação Antropológica sobre Doença, sofrimento e Perturbação: uma introdução”. In: \_\_\_\_\_ e LEAL, Ondina (organizadores). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, p. 9-27.

<sup>83</sup> *Ibid*, p. 17 et seq.

<sup>84</sup> *Ibid*, p. 19.



análises e Duarte propõe, então, as seguintes distinções metodológicas: 1- existem testemunhos que não trazem como tema central o indivíduo, é o caso das sociedades tribais, onde o todo é mais valorizado do que a trajetória de vida; 2- testemunhos de sociedades com intervenções mais profundas, como o islamismo e as sociedades orientais, pois reproduzem sua cultura sobre outras formas culturais organizadas; 3- culturas onde a valorização do individualismo chegou ao máximo, mas de forma fragmentada, como no caso das culturas industrializadas ocidentais; e 4- as sociedades latino-americanas com a cultura do individualismo extremamente heterogênea.

A compreensão da proposta de Duarte do adoecimento por meio das relações entre “pessoa, corpo e doença” configurou uma metodologia para possibilidade de recortes biográficos no estudo da doença. Contribui para pensarmos a valorização da experiência individual na construção da história social da lepra, pois, para o autor, o sujeito é uma expressão das tensões existentes na sociedade e o corpo o “palco ativo dessa experiência”.

Segundo Claudine Herzlich, a valorização do tema saúde/doença no campo da pesquisa da Sociologia ocorreu algumas décadas após a Segunda Guerra Mundial, sendo predominante o modelo biomédico. Cita Talcott Parsons por ter definido o estudo da doença não considerando o público e o privado, mas analisando os fenômenos sociais da doença como “profissionais” e organizados pelos médicos e pela medicina. Nos anos 1970, Herzlich analisa o aparecimento de postura crítica frente ao controle do corpo e à medicalização deste, denunciado o Estado por trás da medicina, sendo seu principal crítico Michel Foucault<sup>85</sup>. Esse “sufocamento” por parte do Estado impedia a escuta da voz do paciente e seus temas correlatos: corpo, gênero e emoção.

A autora traz para a reflexão a importante contribuição de Norbert Elias e François Dubet<sup>86</sup>. Sobre Elias observa que foi pioneiro em valorizar o uso do privado, do cotidiano e do pessoal nas ciências sociais e que evidenciou um novo horizonte teórico, abandonando,

---

<sup>85</sup> “Segundo Foucault, com o advento do capitalismo a medicina ganha novo estatuto, na medida em que o corpo passa a ser visto como força de produção. Tal ascensão, entretanto, foi paulatina, começando como uma medicina do Estado (início do século XVIII), principalmente na Alemanha, onde o Estado se configura como objeto de conhecimento e lugar onde se produz conhecimento; a seguir, passa por uma “medicina das condições de vida, do meio de existência” que lhe confere um estatuto de ciência, até chegar, finalmente, a uma medicina da força de trabalho, que realiza um controle mais completo dos indivíduos, pela assistência e intervenção médicas.” HERZOG, Regina. “A percepção de Si como Sujeito-da-Doença”. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 1, n.º 2, 1991, pp. 143-155.

<sup>86</sup> Claudine Herzlich para sustentar seu argumento cita as seguintes obras: ELIAS, N. *Zum begriff des alltags*. *Koiner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, v. 20, 1978 e DUBET, F. *Sociologie de l’expérience*. Paris: Seuil, 1994. Ver: HERZLICH, Claudine. “A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença”. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 1, n.º 2, 1991, p. 23-36.

por exemplo, o marxismo, grande paradigma sobre o social e o futuro da sociedade. Dubet tornou legítimo para a sociologia o tema da “experiência pessoal”, rompendo com a compreensão da sociedade enquanto uma ordem e valorizando o sujeito/autor e sua produção. No campo da História, Herzlich valoriza a obra “A História da Vida Privada” (1987), de Philippe Ariès e Georges Duby, por legitimar o tema enquanto objeto de pesquisa.

Os cientistas sociais que se dedicaram à pesquisa das doenças crônicas foram, por muitas vezes, as vozes desses doentes e discerniam quanto à gama de emoções por eles vividas, tais como, a vergonha que as marcas no corpo ocasionam, o estigma, a perda do lugar que ocupava na sociedade e de sua identidade.

Herlich finaliza seu artigo falando sobre o novo tema na historiografia dos anos 90: a narrativa da doença e a valorização de diários, cartas, depoimentos pessoais, entrevistas, romances relacionados à experiência da doença.

“A História da Vida Privada” é também obra citada por Ângela de Castro Gomes na apresentação do livro “Escrita de Si, Escrita da História”, assim como, a “História da Vida Privada no Brasil” (1997/1998). Para a autora, tanto na França como no Brasil, os profissionais de história e das ciências sociais construam um novo espaço historiográfico: o privado. Valorizavam-se novos objetos, metodologias e fontes voltados para pesquisar a mulher, o excluído, o operário, o homem comum, um “*espaço privado, que de forma alguma elimina o público, que avultam em importância as práticas de uma escrita de si*”.<sup>87</sup>

A escrita de si, ou a escrita auto-referencial, compõe-se de um conjunto de produções que se relacionam com o “indivíduo moderno e seus documentos”, biografias e autobiografias, diários, memórias e correspondências, conjuntos ou coleções de objetos pessoais, fotografias e cartões-postais.

“Assim, os tempos modernos são de consagração do lugar do indivíduo na sociedade, quer como uma unidade coerente que postula uma identidade para si, quer como uma multiplicidade que se fragmenta socialmente, exprimindo identidades parciais e nem sempre harmônicas. Essa tensão constitutiva do individualismo moderno tem implicações fundamentais para o estabelecimento das modalidades de produção de si anteriormente referidas. Isso porque, com essa nova

---

<sup>87</sup> GOMES, Ângela de Castro. “Escrita de si, escrita da história: A título de prólogo”. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Escrita de si, escrita da história*. Rio de Janeiro: FGV, 2004, pp. 7-24.

categoria de indivíduo, transformam-se, entre outras, as noções de memória, documento, verdade, tempo e história.”<sup>88</sup>

Sobre a memória, a autora observa a passagem da perspectiva coletiva e de grupos para a memória individual do homem comum, além das tradicionais memórias individuais sobre políticos ou intelectuais, pois em sua radical singularidade, todo indivíduo é social. O tempo não é compreendido mais como cronológico ou serial, existe partilhado, fragmentado, delimitado aos lugares do cotidiano: o tempo do trabalho, do estudo, da família, do lazer etc. Os registros dos arquivos privados acompanham essa fragmentação, pois, as vezes, é impossível a recuperação de um arquivo pessoal em sua íntegra, mas o que se constitui fundamental é a vontade da verdade que ali se encontra. É inerente à subjetividade do arquivo pessoal sua legitimidade, autenticidade e autoridade enquanto documento.

Diante da especificidade do arquivo pessoal o foco não está em investigar se o que está dito é ou não verdade. Para o pesquisador importa o quê foi registrado e como seu autor se expressou, viveu, sentiu ou experimentou os eventos que relata. Nesse exercício, o pesquisador precisa estar atento tanto à “ilusão biográfica”<sup>89</sup>, entendimento ingênuo de que o período de vida de uma pessoa é uma sucessão coerente de eventos na linha do tempo, como a relação texto/autor. Esta relação traz duas questões essenciais: uma, que o texto é construído por representações de seu autor, outra, que o autor é produzido pelo texto, inventado a partir dele. A partir dessa dicotomia assume-se a perspectiva de que nem anterior, nem posterior: “*Defende-se que a escrita de si é, ao mesmo tempo, constitutiva de identidade de seu autor e do texto, que se criam, simultaneamente, através dessa modalidade de ‘produção do eu’*”<sup>90</sup>. Dos textos da “produção do eu” surgem autor e narrativa, tendo como objeto de escrita o prazer, o auto-conhecimento, a catarse, um meio de comunicação e sociabilidade.

Ângela de Castro Gomes, em “Nas malhas do feitiço: o historiador e os encantos dos arquivos privados”<sup>91</sup>, cita Christophe Prochasson<sup>92</sup> ao alertar o pesquisador para a

---

<sup>88</sup> *Ibid*, p. 12.

<sup>89</sup> Ver: BOURDIEU, Pierre. “A ilusão biográfica”. In: FERREIRA, M. e AMADO, J. (orgs.) *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

<sup>90</sup> GOMES, A., 2004, *op. cit.*, p. 16.

<sup>91</sup> *Idem*. “Nas malhas do feitiço: o historiador e os encantos dos arquivos privados”. *Revista Estudos Históricos. Arquivos Pessoais*. Rio de Janeiro, n.º 21, pp. 121-127, 1998/1.

ingenuidade de se considerar os arquivos pessoais como um desnudar do humano e para não “*confundir qualidade/originalidade da fonte com a qualidade/densidade do texto*”<sup>93</sup>. Os arquivos pessoais tornaram-se importantes por representarem as ações e as práticas culturais do indivíduo e do privado, privilegiados pela história cultural. Possibilitam, então, a proximidade com os sujeitos da história, essa história produzida por homens e mulheres, quaisquer que seja seu lugar social, econômico, ideológico, político ou cultural.

Sheila Rothman, autora de “*Living in the Shadow of the Death: tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History*”, realizou sua pesquisa não em tradicionais arquivos institucionais, mas em arquivos privados, coleções familiares de cartas, diários, memórias, nos quais buscava “narrativas da doença”. Para definir a narrativa da doença, cita Arthur Kleinman, definindo-a como resposta/reação oral ou escrita do doente ou de sua família sobre a doença ou invalidez. Esta se caracteriza por ser íntima, emotiva e profundamente pessoal.

Elegeu a tuberculose para seu estudo por ter sido esta a doença que mais causou óbitos nos Estados Unidos da América entre o final do século XIX e início do século XX (entre 1800 e 1870 era uma em cada cinco mortes). Por ser uma doença crônica, os indivíduos conviviam com a tuberculose por anos, assim como as famílias, às vezes, por duas ou três gerações; cada geração produzindo sua forma de definição, de etiologia, de transmissão e de tratamento da doença, tanto no saber médico, como nas crenças religiosas, obrigações de gênero e responsabilidades com a comunidade.

As primeiras histórias de vida que a autora analisa são de jovens, homens e mulheres da Nova Inglaterra. A autora relata a trajetória de vida de um homem, estudante, que peregrina em busca da cura e de uma mulher que, não sendo internada em um sanatório e permanecendo em casa, a doença organizou sua vida. Através das cartas e diários investiga também como as famílias e as comunidades compreendiam a morte de parentes, às vezes, crianças, e cumpriam seus últimos desejos.

Sheila Rothman finaliza seu livro com a análise da influência da descoberta do Bacilo de Koch, por Robert Koch, pois a certeza da transmissão da doença, transformou-a em questão de Estado, pelo programas nacionais de saúde pública, tornando obrigatórios testes diagnósticos, exames de Raio X e a internação para tratamento em sanatórios. As

---

<sup>92</sup> PROCHASSON, Christophe. “Atenção: verdade!” Arquivos privados e renovação das práticas historiográficas”. *Revista Estudos Históricos. Arquivos Pessoais*. Rio de Janeiro, n.º 21, pp. 105-119, 1998/1.

<sup>93</sup> GOMES, A., 1988, *op. cit.*, p. 126.

estratégias de prevenção e controle das doenças adotadas pelos órgãos públicos eram experimentadas pelos pacientes como estigmatização e confinamento. Quadro semelhante se configurou para o enfrentamento da lepra, ao ser definida como doença infecto-contagiosa e mal a ser combatido. A opção pelo isolamento como medida profilática determinou que mais de uma geração de doentes de lepra, primeiro em São Paulo, posteriormente, em todo o território nacional, sofresse com processo de “confinamento e estigmatização”.

A autora analisa os muitos temas que atravessam e encontram com a doença e são de especial importância para o entendimento da experiência do adoecer. Em primeiro lugar, a incerteza que a doença trazia para o enfermo, os familiares e os médicos, pois não havia estimativa do tempo em que a cura da doença ocorreria, semanas, meses ou anos. Em segundo lugar, as relações de gênero que determinavam caminhos distintos no enfrentamento da doença, pois, muitas mulheres permaneciam em casa, colocando seus deveres acima das prescrições médicas. Em terceiro, o equilíbrio da autoridade entre paciente e médico foi se alterando ao longo dos tempos. As pessoas com “tuberculose” foram muito mais invadidas em sua vida pessoal do que quando a doença era conhecida como “consumação”<sup>94</sup>. Em quarto lugar, as diferentes estratégias de suporte social e psicológico que o doente recebe de seus iguais e da comunidade reflete as crenças, as igualdades e diferenças de seu tempo. Rothman justifica, então, que escreve para produzir uma história da tuberculose pela perspectiva do paciente e não do hospital ou do sanatório, não tem a pretensão, ou o objetivo, de realizar uma história institucional ou de todos os americanos que sofreram com a doença.

Para Lars-Christen Hydén, o interesse dos pesquisadores na perspectiva do paciente ou na narrativa da doença, focou-se em *como* as pessoas falavam sobre o processo do adoecimento e da doença e não somente sobre *o quê* elas diziam, pois a organização da narrativa também dizia sobre a auto-imagem do narrador e sua relação com a doença.

“The stories people tell are important not only because they offer an unmatched window into subjective experience, but also because they are part of the image people have of themselves. These narrative self-representations exert enormous power. They shape how we conduct our lives, how we come to terms with pain, what we are able to

---

<sup>94</sup> Sheila Rothman observa que o desenvolvimento da tecnologia médica, que submetia o paciente à exames de sangue, radiografias, intervenções cirúrgicas, expôs mais o corpo do paciente à perda de privacidade e da autonomia quanto a decisão ao o quê expor seu corpo ou não.

appropriate of own experience, and what we disown – at the familiar price of neurosis (Ochburg 1988).”<sup>95</sup>

O autor, a partir do lugar considerado por ele incontestável da narrativa para a sociologia, a medicina e antropologia nos anos 1990, observou três grandes mudanças: a temática, a teórica e a metodológica.

Tematicamente, o interesse passou da clínica médica – estudos de caso -, para a experiência do sofrimento do doente. Este era considerado “um texto a ser lido”, a evolução da doença em um doente poderia dizer sobre ela, mas o doente era ainda objeto desse aprendizado e não autor dele. Essa valorização do pacientes pelos médicos implicava sua inserção social, mas não trazia ainda a voz do paciente. A narrativa não somente articulava o sofrimento como também dava lugar ao sofredor para organizar a experiência da doença de forma distinta do lugar destinado ao doente pela biomedicina.

Teoricamente, a narrativa possibilitou o estudo da experiência e do contexto social da doença diferenciando-o da definição biológica formulada pelos médicos e pela medicina tradicional. O sofrimento passou a ser a ênfase dos estudos sociais científicos da doença, sendo subordinado ao conceito da narrativa e da experiência da doença, o da identidade.

Metodologicamente, as primeiras visões da narrativa da doença centravam-se na compreensão de trajetória de vida, de forma singular e uniforme; à essa concepção foi-se agregando o lugar dos papéis situacionais como fundamentais nas construções de narrativas e quanto mais contextos maior a diversidade de produções. Então, o foco não seria a narrativa, mas a possibilidade de diferentes narrativas produzidas por diversos fatores situacionais e, principalmente, a interação entre narrador e interlocutor, influenciando a experiência do adoecimento.

Hydén apresenta o trabalho de Anne Hunsaker Hawkins para analisar como as convenções culturais do narrador e do ouvinte interagem na construção da narrativa. O narrador dá significado à narrativa por meio da organização do enredo e o ato de ouvir participa da construção desse significado. O narrador cria o enredo e o ouvinte experimenta as várias formas de ouvir e entender a “história desconhecida”. A autora divide a narrativa

---

<sup>95</sup> “A história que as pessoas contam são importantes não apenas porque elas oferecem uma inigualável janela para as experiências subjetivas, mas, sobretudo porque elas são parte da imagem que as pessoas tem de si mesmas. Estas narrativas de auto-representatividade exercem um enorme poder. Elas retratam como conduzimos nossas vidas, como vencemos o tempo com sofrimento, o que nos é possibilitado apropriar através das nossas próprias experiências e o que repudiamos - baseado no tão conhecido preço da neurose (Ochburg 1988).” *Apud* HYDÉN. Lars-Christen. “Illness and Narrative”. *Sociology of Health and Illness*. Oxford: Blackwell Publishers, Volume 19, Número 1, pp. 48-64,1997.

em três momentos: primeiramente, o tempo antes do evento da doença, que muitas vezes já traz um histórico de transgressões e a culpa de uma vida não saudável; em segundo, o evento da doença e a crise que insere o narrador na questão de vida e morte e, por fim, a regeneração, uma nova vida e uma nova apreciação do mundo.

Para o Hydén, as narrativas, enquanto construções sociais e culturais, levam a público a experiência privada da doença, privilegiam a voz do doente frente à medicina e organizam a experiência da doença no contexto da vida individual.

Para Cláudio Bertolli Filho o homem enfermo é ainda uma personagem que precisa ser contemplada e colocada no centro da vida cotidiana, mas essa perspectiva traz também o isolamento e a estigmatização gerados pela sociedade com a doença<sup>96</sup>.

A história cultural foi sendo privilegiada como instrumento de análise da produção e reprodução histórica, renovando temas historiográficos como, por exemplo, as produções centradas nas experiências individuais. Nos estudos sobre saúde/doença, as perspectivas se deslocaram do médico e das instituições da medicina para a valorização da experiência do adoecimento e para a reconstrução da identidade do indivíduo doente. Tais perspectivas não objetivam elucidar a tensão entre elementos opostos como o quantitativo ou qualitativo, individual versus coletivo, mas constituíram um novo quadro teórico respectivo à análise do que é individual, da constituição do sujeito histórico e seus documentos como tempo e lugar para o entendimento de processos sociais. Esse quadro permitiu o deslocamento da pesquisa documental dos arquivos institucionais para a valorização de acervos pessoais, como diários, cartas, fotografias de doentes e suas famílias. A narrativa da doença são as leituras e releituras da doença pela perspectiva dos pacientes e daqueles que acompanharam sua experiência de adoecer.

### 1.3.1- A escrita epistolar

Para que alguém relate seus sofrimentos é necessário que haja um interlocutor. Em sua análise sobre “Memória, Esquecimento e Silêncio”<sup>97</sup>, Michel Pollak discute os conceitos de memória coletiva elaborados por Maurice Halbwachs – os pontos de referência da tradição histórico-cultural e sua negociação sempre estruturantes da coletividade a que pertencemos–, e a tradição durkheimiana – onde os fatos sociais são

---

<sup>96</sup>BERTOLLI, C., *op. cit.*, p. 25.

<sup>97</sup> POLLAK, Michael. “Memória, Esquecimento e Silêncio”. *Revista Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, *Memória*, n.º 3, pp. 3-15, 1989.

coisas, hierarquizadas, datadas, institucionalizadas. Em contraponto a essas perspectivas definiu seu interesse pelos atores e processos que constituem e formalizam as memórias. Observa como a história oral privilegiou a análise “dos excluídos, dos marginalizados e das minorias”, trazendo “memórias subterrâneas” em oposição à “memória oficial” (a nacional, por exemplo), fazendo da empatia por esses grupos regra metodológica, reabilitou a periferia e a marginalidade.

Pollak apresenta três momentos históricos distintos: o processo de desestalinização – momento vivido nos anos 1950 com a divulgação e desconstrução do que foram as décadas governadas por Josef Stalin (1879-1953), na, então, União Soviética; a reinserção de sobreviventes dos campos de concentração nazistas que optaram por permanecer na Alemanha ou na Áustria; e a vida dos alsacianos que foram obrigados a servir ao exército alemão, na Segunda Guerra Mundial, totalizando quase 130.000 pessoas.

“Mas esses exemplos têm em comum o fato de testemunharem a vivacidade das lembranças individuais e de grupos durante dezenas de anos, e até mesmo séculos. Opondo-se à mais legítima das memórias coletivas, a memória nacional, essas lembranças são transmitidas no quadro familiar, em associações, em redes de sociabilidade afetiva e/ou política. Essas lembranças proibidas (caso dos crimes estalinistas), indizíveis (caso dos deportados) ou vergonhosas (caso dos recrutados à força) são zelosamente guardadas em estruturas de comunicação informais e passam despercebidas pela sociedade englobante.”<sup>98</sup>

O autor observa que mesmo o nazismo tendo sido um dos períodos históricos mais estudados, a valorização das histórias individuais ainda é um tabu e que esse silêncio é compreensível ao se analisar a história dos simpatizantes do nazismo, mas se torna evidência no caso das vítimas. “*A essas razões políticas do silêncio acrescentam-se aquelas, pessoais, que constituem em querer poupar os filhos de crescer na lembrança da ferida dos pais*”<sup>99</sup>. As vítimas desse período histórico tornam-se vítimas também dos que reconstruíram a memória oficial da Alemanha, ao terem imposto silêncio sobre sua história de vida. Essa falta de escuta gera silêncios, alusões, metáforas e o medo de se expor a mal-

---

<sup>98</sup> *Ibid*, p. 8.

<sup>99</sup> *Ibid*, p. 6.



entendidos e esse processo onde são categorizadas as memórias como favoráveis ou desfavoráveis Pollak define como o “*ponto onde o presente colore o passado*”<sup>100</sup>.

A partir dos anos 90, a história de vida, se tornou o instrumento fundamental na pesquisa realizada pela história oral, mesmo tendo como característica a complexidade e a diversidade, encontrou-se “*um núcleo resistente, um fio condutor*” e que se constituíram não apenas relatos individuais, mas estratégias de reconstrução da identidade. O exercício do relato da história de vida não é dissociado do processo de definição de um lugar social e da relação de si com os outros, a memória individual, define Pollak, “*é uma gestão de equilíbrio precário, de um sem-número de contradições e tensões*”.

Segundo Dilene Nascimento, sendo o indivíduo uma “*apropriação singular do universo social e histórico que o circunda*”<sup>101</sup>, os relatos individuais configuram-se como fonte histórica privilegiada para as relações entre história, memória e identidade, dando a conhecer as representações sociais do período estudado; pois, a elaboração da doença pelo doente se dá pela linguagem, definida pela autora como “*instrumento produzido num tempo histórico e por isso passível de interpretação*”<sup>102</sup>.

Além das entrevistas e das histórias de vida realizadas pela história oral, outra fonte que registra a memória individual são as cartas, diários, conjunto ou coleções de objetos pessoais e fotografias, autobiografias, memórias (escrita de si). Para Ângela de Castro Gomes, a escrita epistolar é uma prática cultural privilegiada na expressão da intimidade no processo de valorização do espaço privado e individual na sociedade ocidental. Sua especificidade se organiza por ser produzida para um destinatário e por constituir ao mesmo tempo sujeito e texto. A carta é em si uma interlocução, são sujeitos que se revezam numa troca de “*dar-se a ver*”, destinatário e remetente se encontram no espaço da correspondência, de sociabilidade, permitindo uma participação um na vida do outro, assim, os vínculos entre os sujeitos da correspondência podem estreitar ou romper.

A escrita epistolar possui regras claras em seu exercício, são localizadas e datadas, o suporte utilizado sempre traz referências (qualidade e estado dos papéis, tinta, lápis, datilografada etc.), é uma forma de organizar o eventual e o descontínuo da escrita. Por mais que a escrita de si tenha em sua relevância a apropriação do tempo, como prática de organização e coerência do sujeito moderno fragmentado, existem determinadas

---

<sup>100</sup> POLLAK, *op. cit.*, p. 8.

<sup>101</sup> NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. “Um Caminho Positivo: enfrentando o estigma da AIDS”. In: \_\_\_\_\_ e CARVALHO, Diana Maul (orgs.). *Uma História Brasileira das Doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004, pp. 323-333.

<sup>102</sup> *Ibid*, p. 324.

circunstâncias que propiciam as “produções do eu”, tais como: viagens de lazer, estudo ou trabalho, prestação de serviços militares, prisão, internação, entre outras, caracterizando por “um período percebido como excepcional”<sup>103</sup>.

A escrita epistolar flexibiliza o tempo do encontro entre os sujeitos. Seus projetos existem no passado, no momento em que ocorre a escrita ou em projeções futuras; é fruto de distâncias físicas ou emocionais, distâncias percorridas pela própria correspondência para se fazer recebida; distâncias dos eventos narrados em espaço e tempo. As cartas são estratégias de “aproximação de experiências de vida”, contém as práticas e relações sociais do período histórico em que foram produzidas.

Para a análise de uma correspondência torna-se relevante observar seu caráter fragmentado, sem hierarquização e, às vezes, não finalizado, em função de ter sobrevivido apenas cartas de uma fase do período estudado. Dessa forma, o eixo condutor é sempre a dinâmica que a constitui. As características a observar nessa dinâmica são as relações estabelecidas, sejam sociais, profissionais, familiares ou afetivas. Ângela de Castro Gomes propõe a seguinte reflexão para o trabalho com correspondências ou acervos pessoais:

“Quem escreve/lê as cartas? Em que condições e locais elas foram escritas? Onde foram encontradas e como estão guardadas? Qual ou quais o(s) seu(s) objetivo(s)? Qual o seu ritmo e volume? Quais as suas características como objeto material? Que assuntos/temas envolvem? Como são explorados em termos de vocabulário e linguagem? Essas questões podem se multiplicar, chamando a atenção do analista para as importantes relações estabelecidas entre quem escreve, o que escreve, como escreve e o suporte material usado na escrita.”<sup>104</sup>

No artigo “*Fight for survival: the life of a Hansen's disease sufferer through his correspondence with Adolpho Lutz*”, Jaime Benchimol, Magali Sá e Mônica Andrade<sup>105</sup> apresentam a correspondência entre a família Caldas de Oliveira, que residia no Maranhão e Adolpho Lutz, na época, pesquisador no Instituto Oswaldo Cruz. Para tanto, os autores analisaram o período de produção das cartas (1909-1929) e a relação estabelecida com o já renomado cientista. Estavam explícitas as dificuldades inerentes da família estar distante

---

<sup>103</sup> GOMES, A. C., 2004, *op. cit.*, p. 18.

<sup>104</sup> GOMES, A. C., 2004, *op. cit.*, p. 21.

<sup>105</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry, SA, Magali Romero, CRUZ, Mônica de Souza Alves da et alli. “*Fight for survival: the life of a Hansen's disease sufferer through his correspondence with Adolpho Lutz*”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, vol 10, suplemento 1, pp. 361-396, 2003.

dos grandes centros de informação (Rio de Janeiro e São Paulo) e como a correspondência foi utilizada como meio de sociabilidade para a discussão de práticas médicas e culturais sobre a doença. Foram relevantes as informações sobre as datas e os locais de envio, quem subscrevia as cartas, acontecimentos marcantes durante o longo tempo de correspondência. As cartas registraram o drama social da lepra, “que infligia marcas infamantes tão dolorosas quanto as lesões físicas e os efeitos colaterais dos remédios usados para tratá-las.”<sup>106</sup>

A partir dessas considerações, apresento a seguir o acervo pessoal de Pedro Baptista.

### 1.3.2- O acervo pessoal Pedro Baptista

A correspondência analisada nesta dissertação é delimitada pelos anos de 1933 a 1955. Estas datas se referem, respectivamente, a da partida de Pedro Baptista da cidade onde residia com a família, em Minas Gerais, e a de sua morte no Asilo-Colônia Santo Ângelo, em São Paulo. Ao todo, são 95 cartas, 3 telegramas, 2 cartões-postais e um vasto conjunto de fotografias. As fotografias que muito contribuíram para o trabalho são as que trazem em seu verso o texto explicativo da imagem e os comentários sobre pessoas, eventos sociais, atividades profissionais no leprosário, dentre outros. O acervo foi constituído por um neto interessado pelo estudo da genealogia.

Das 95 cartas, 80 são destinadas a sua mulher, Maria Paiva Baptista, apelidada de “Maricas”, oito para seu filho Cláudio, uma para sua filha Jovaura, a mais velha, e uma para sua filha Maria Lygia; 5 são cartas trocadas por Cláudio Nery Baptista com sua mãe e irmãos que falam sobre Pedro Baptista. Dos três telegramas, um era para Maricas e dois para o seu filho Cláudio. Os cartões-postais foram enviados para os filhos, quando estes ainda eram pequenos.

Das cartas de Pedro para Maricas há uma grande afluência entre 1933 a 1936, nenhuma de 1937 e 1938, três em 1939, uma em 1953. Começam com a saída de Pedro Baptista da cidade de Mutum e a ida à capital do Estado, Belo Horizonte, para a busca de diagnóstico e tratamento. Nas primeiras cartas, em 1933, já há a descrição de dormência, falta de sensibilidade e uma ferida no pé direito, características da lepra. Concomitante ao

---

<sup>106</sup> *Ibid*, p. 362.

tratamento, há a busca por um trabalho que possa sustentar o tratamento e a família e, para isso, encontra-se com o Reverendo Guerra da Igreja Metodista e buscando uma colocação, inscreveu-se na Escola Dominical. Os relatos que trazem informações sobre a piora do estado de saúde são marcados por arrependimento da vida desperdiçada na boemia e na política ou a afirmação do infortúnio da mulher por ter um marido doente.

“Maricas, dói-me ao coração, quando lembras que roubei-te da paz, do conforto, da felicidade que tua mocidade, teus haveres e tua inteligência te proporcionavam para seres a esposa de um reles Pedro Baptista, sem nome, sem fortuna, sem valor e... quem sabe, sem saúde!  
Triste destino o teu... mulher de Pedro Baptista, quando outros homens de fortuna, nome e valor te estendiam seu coração.”<sup>107</sup>

Em 4 de dezembro, a carta enviada da cidade de São Paulo, Pedro informa a Maricas que estava indo para um sanatório: “*Estou na Capital em caminho para um sanatório onde possa permanecer em observação e si for preciso cura.*”; mas não nomeou a doença. O volume de fotografias enviadas no ano de 1935 e 1936 mostram o leprosário em seu projeto arquitetônico, a construção de pavilhões, festas, personalidades, enterros. A necessidade de construir a imagem da vida asilar como uma rotina social corriqueira estava explícita.

Em 1936, pelo recebimento de alta hospitalar registrada no prontuário com a data de 22 de julho de 1936, visitou a família em Mutum, gerando a filha caçula do casal, a qual não conheceu.

“Dentro da última, 20 de junho, seguiram duas fotografias de minha careta. Receoso de que não cheguem, seguem outras duas, cópias das mesmas. Por elas e em confronto com as anteriores, verás quão grande foi a minha melhora. Todos aqui muito se admiram. Qual a tua opinião? Será que não te causarei receio e aos teus?...  
Sobre a minha alta, tenho a te dizer que no dia 9 do corrente [julho] virá a comissão examinadora. Sou o número um da lista. Mesmo depois de obter a minha alta, não sairei tão depressa. Há formalidades rigorosas a se observarem. Por isso, não te posso dizer quando serei livre. Tenham paciência. Ninguém mais aflito do que eu.”<sup>108</sup>

---

<sup>107</sup> Carta de Pedro para Maricas. Belo Horizonte, 25 de setembro de 1933. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

<sup>108</sup> Carta de Pedro para Maricas. Sem local, 6 de julho de 1936. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

Entre 27 de julho e 23 de agosto de 1936 visitou a família em Mutum. Voltou para São Paulo, para continuar seu tratamento no Posto do Braz. A alta hospitalar era condicional ao comparecimento ao Posto, caso o doente não aparecesse, este seria procurado pelo Departamento de Profilaxia da Lepra.

Sobre o período do retorno para São Paulo existem apenas duas cartas: a de 28 de agosto e a de 19 de setembro de 1936. Nesta última, relatou o pedido da permissão para voltar à Mutum, mas foi proibido pelo médico. Ao investigar sobre a possibilidade da mulher vir morar com ele, dentro do leprosário, foi informado que ela poderia vir, mas os filhos não, ao que Pedro respondeu, então, que não importaria isso à esposa e como a viagem era longa e cara não saberia o tempo em que se veriam novamente. Nunca mais se encontraram. A alta foi suprimida em 7 de novembro de 1936, e por isso, foi internado novamente em Pirapitingui.

Desse segundo momento de sua internação foram conservadas apenas cinco correspondências de Pedro Baptista para a esposa: três cartas e dois cartões-postais. Os cartões pediam que Maricas transmitisse aos filhos beijos de seu pai por motivo de ano novo e de aniversário. A carta de 2 de dezembro de 1936 trazia informações sobre o retorno violento da doença, que o levou à internação no Pavilhão de Observações. As restantes são fundamentais para o processo de reconstrução de sua vida asilar. A de 5 de agosto de 1939 é a única em que se auto-refere como leproso e expressa a frustração na relação conjugal e a ausência de resposta as cartas enviadas, no cabeçalho da carta escreveu: “Asilo-Colônia (Leprosário) Santo Ângelo”:

“Nada mais temos em comum entre nós dois, senhora, senão o ser a senhora mãe de meus filhos. O seu procedimento para comigo é de embasbacar as próprias pedras! Mesmo que eu lhe tivesse dado motivos os mais fortes, os mais reprováveis, só em ser um leproso e me ver na dura contingência de me asilar, de fugir dos meus filhos queridos, bastava para demover os seus rancores e, digamos mesmo, ressentimentos.

A senhora se diz cristã; que frequenta os cultos; balbucia orações; dá ofertas, enfim pratica a sua religião com método e... Bem. O mundo é assim mesmo. Exterioridade, só exterioridade. Sepulturas caídas guardando podridão. Pois bem. A despeito de minha perversidade, de mau esposo e mesmo mau pai se quiser, o procedimento da ‘piedosa’ Dona Maricas deveria ser outro, muito outro.”<sup>109</sup>

---

<sup>109</sup> Carta de Pedro para Maricas. Santo Ângelo, 5 de agosto de 1939. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

Viveu asilado em Santo Ângelo desde 17 de agosto de 1938 até a sua morte em 17 de julho de 1955. A última carta de Pedro Baptista para Maricas é de 7 de maio de 1953, ele escreveu sobre as limitações causadas pela doença e agradecia pela visita dos filhos adultos, bem criados e educados; esta foi enviada de Cocais, pois ficou internado no hospital desse leprosário por quatro meses.

Outro acervo pessoal pesquisado para esta dissertação foi o de Cláudio Nery Baptista, filho de Pedro. São cartas entre 1949 e 1955 e fundamentais para recuperar a imagem construída por Pedro para seus filhos durante o longo período de internação. Foram organizados dois conjuntos de correspondências. O primeiro, com oito cartas e dois telegramas de Pedro para Cláudio. E o segundo, com quinze, são cartas de Cláudio trocadas com mãe e irmãos, na seguinte divisão: duas da mãe para Cláudio, sete da irmã mais velha Jovaura, duas do irmão João Bennio e quatro da irmã caçula Maria Lygia. Com a exceção das escritas por João Bennio que residia em Pedra Azul, Espírito Santo, todas foram produzidas em Minas Gerais, estado de residência da família.

Hebe Maria Mattos e Keila Grinberg, no livro organizado por Ângela de Castro Gomes, escrevem um capítulo sobre Antonio Pereira Rebouças<sup>110</sup>, o título do trabalho é “Lapidário de si: Antonio Pereira Rebouças e a escrita de si”. Antonio Rebouças deixou para a posteridade, além de sua correspondência, dois textos autobiográficos, assim como a compilação dos textos que produziu em quase toda a sua vida política. As autoras o definiram como um homem lapidário de si mesmo. Filho de um português com uma liberta, nasceu em 1798, na Bahia, e se tornou um dos maiores especialistas em direito civil no Brasil do século XIX. Rebouças conquistou espaço social, profissional e político pelas relações que estabelecia e pela imagem que criara de si mesmo.

O acervo pessoal de Pedro Baptista também nos traz a informação de um homem, que, no limite de uma experiência, usou dos meios de comunicação que dispunha, para reinventar-se para sua família. Me apropriado do termo para dizer que Pedro Baptista também foi um homem “lapidário de si”, pois elaborou uma imagem de si próprio, não identificado nem com o estigma nem com o lugar de leproso (Figura n.º 4 e 5).

As redes de sociabilidade estabelecidas com a família por meio de cartas e fotografias “lapidavam” um homem que se reconstruía frente ao impacto da doença e

---

<sup>110</sup> MATTOS, Hebe Maria e GRINBERG, Keila. “Lapidário de si: Antonio Pereira Rebouças e a escrita de si”. In: GOMES, A., 2004, *op. cit.*, pp. 28-50.

queria deixar para a posteridade a afirmação do que desejou ser e construir para sua vida. Entre 1934 e 1955, Pedro Baptista viveu em leprosários da rede asilar paulista, esse período de vida, marcado como ele dizia pela “contingência de se asilar”, foi determinado pelas políticas públicas de combate à lepra no Estado de São Paulo.

## CAPÍTULO II- “AS MÃOS NÃO SE ALCANÇAVAM”: A REDE ASILAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Este capítulo apresentará a constituição da rede asilar paulista com o objetivo de compreender as dinâmicas sociais e culturais do leprosário. Apresentará a discussão sobre isolamento de doentes e a construção do que foi considerado o asilo-colônia modelo: Santo Ângelo. Documentos do acervo pessoal de Pedro Baptista serão utilizados como fonte de informação para a análise dos asilos-colônia de Pirapitingui, Padre Bento, assim como para a última parte do capítulo, intitulada, “a vida asilar”. A ordem de apresentação dos asilos-colônia obedece à sua data de criação. Apesar de Pedro Baptista ter estado em todos os asilos de São Paulo, os asilos-colônia de Santo Ângelo e Pirapitingui, foram os mais significativos em sua trajetória asilar.

O título deste capítulo foi extraído do depoimento de “Seu” Luiz, registrado no documentário “Os melhores anos de nossas vidas”. Seu” Luiz internado aos 11 anos de idade, recebia, eventualmente a visita dos pais. A organização do parlatório, local onde os internos recebiam as visitas dentro do asilo, impunha uma distância onde “as mãos não se alcançavam”.

Na elaboração deste capítulo os trabalhos de Heraclides-Cesar de Souza Araújo, “História da Lepra no Brasil”, Arthur Neiva, “Considerações sobre o problema da Lepra. A lição de São Paulo – Suas iniciativas e grande exemplo” e a tese de doutorado de Yara Monteiro, “Da Maldição Divina à Exclusão Social: um estudo da hanseníase em São Paulo”, foram norteadores.



## 2.1- A profilaxia da lepra e o Estado de São Paulo: “exemplo a ser imitado”<sup>111</sup>

Entre 1898 a 1917, o dr. Emílio Ribas, exerceu o cargo de Diretor Geral do Serviço Sanitário de São Paulo. Consagrou seu empenho na profilaxia da lepra e apresentou suas principais proposições, metas e crenças sobre a doença, na conferência que realizou no VIII Congresso Brasileiro de Medicina e 1.º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Syphilografia.

Para conceituar a lepra, partiu da premissa que estava diante de uma platéia que compreendia a doença em sua transmissão pelo bacilo de Hansen e que acompanhava as discussões propostas pelos congressos nacionais e internacionais: “*Limitar-me-hei a acompanhar os que acreditam no contágio como elemento de disseminação desta moléstia*”<sup>112</sup>. Afirmou que a melhor forma de combater o contágio seria o isolamento dos doentes. Para tanto, essa ação teria que ter uma asserção e uma infra-estrutura que se convergissem para o projeto de um leprosário modelo.

Na perspectiva do dr. Ribas, o leprosário modelo deveria estar atento às questões do conforto necessário ao doente em seu processo de exclusão da sociedade, pois tal espaço físico seria construído para a internação e tratamento dos doentes e também para a pesquisa científica. Os leprosários deveriam estar localizados próximos aos centros urbanos para viabilizar o controle da saúde pública, o fácil acesso aos centros de pesquisas e a adesão dos doentes. A maior parte dos doentes não gostaria de ser levada para locais longe de suas famílias e amigos.

“Tudo o que der idéia de degredo ou de prisão deverá ser contraindicado a bem da profilaxia, principalmente o fetichismo da ilha, pois o isolamento insular dá resultados contraproducentes na prática, aumentando os focos de lepra ao invés de concorrer para a sua extinção em consequência da justificável e imediata reação contra as medidas de inútil rigor, para garantia da saúde pública, e a inevitável ocultação dos doentes, por todos os processos imaginados pelos seus parentes e amigos.”<sup>113</sup>

---

<sup>111</sup> Frase do dr. Emílio Ribas, no artigo “Frequência da lepra em São Paulo – Prophylaxia da Lepra – contagem dos atacados pela Lepra”. VIII Congresso Brasileiro de Medicina e 1.º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Syphilografia, Rio de Janeiro, 13-20, out. 1918, 2.º *Boletim, Imprensa Nacional*, 1921, pp. 116-130 *Apud* SOUZA-ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, p. 238.

<sup>112</sup> *Ibid*, p. 234.

<sup>113</sup> *Ibid*, p. 235.

Desde sua apresentação no 1.º Congresso Paulista de Medicina, em 1916, o dr. Ribas defendia o que intitulou de “isolamento humanitário”, combatia a idéia de desterro por acreditar que a medicina e a higiene possuíam recursos para o enfrentamento à doença. Para ele, o simples isolamento obrigatório dos doentes, escondendo-os de suas famílias sem tratamento propiciaria focos ocultos da doença. Observou que as práticas de higiene de um leprosário atenderiam também àqueles que acreditavam que a lepra fosse inoculada por um agente transmissor, pois o lixo seria tratado de maneira a não atrair ratos, baratas e moscas e a não empossar água, como precaução em eliminar qualquer foco de mosquitos<sup>114</sup>.

Sobre a internação do doente com filhos, o dr. Ribas propunha sua separação das crianças sãs, principalmente das recém-nascidas, num primeiro momento em creche, dentro do leprosário, e, posteriormente, em instituições próprias para estas crianças. Para ele, tal estrutura seria dispensável no momento em que “*for permitido assexuar<sup>115</sup> os leprosos pelos processos mais modernos e humanos*”<sup>116</sup>.

Dr. Ribas refutava a transmissão hereditária da doença, justificando essa proposta de esterilização pela falta de recursos financeiros e saúde dos doentes para criar seus filhos. Exemplificou o que Yara Monteiro definiu como “*o predomínio biológico em detrimento do social*”<sup>117</sup>, no pensamento médico das primeiras décadas do século XX.

Ainda no VIII Congresso Brasileiro de Medicina, dr. Ribas parabenizou o acordo realizado entre o governo do Estado e a Santa Casa de Misericórdia para a profilaxia da lepra. Estabelecido pela lei n.º 1.582, de 20 de dezembro de 1917, tal acordo determinou que a Santa Casa de Misericórdia organizaria um plano de construções para internação de

---

114 Adolpho Lutz foi uma das maiores autoridades brasileiras no estudo sobre a lepra. Contemporâneo das discussões científicas que buscavam definir a etiologia, a transmissão e a profilaxia da doença, Lutz acreditou firmemente na hipótese de sua transmissibilidade através dos mosquitos, sobretudo a partir de 1885 e 1886, quando escreveu os “Estudos sobre Lepra”. Morreu em 1940 convencido que a doença se transmitia pelos culicídeos. Trabalhou em São Paulo e esteve à frente do Instituto Bacteriológico, ao lado de Emílio Ribas, na experiência que confirmou a transmissão da febre amarela por vetor, em 1903.

115 A esterilização era uma das medidas defendidas pelos eugenistas para promover o melhoramento racial. **A Sociedade Eugênica de São Paulo foi fundada em 1918, reunindo médicos, políticos, juristas, jornalistas, enfim, homens da elite profissional, política e intelectual da sociedade paulista. Apesar do conhecimento de que a lepra não era uma doença hereditária, os leprosos integravam a lista dos indicados para sofrer esterilização. Ver: MONTEIRO, Y., *op. cit.*, pp.155, 156, 233; STEPAN, Nancy. “Eugenia no Brasil, 1917-1940”, *In: HOCHMAN, G. e ARMUS, D. (orgs.). Cuidar, Controlar e Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, pp.331-391. SOUZA, Wanderley. *A Política Biológica como Projeto: A “Eugenia Negativa” e a Construção da Nacionalidade na Trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2006.**

116 RIBAS, Emílio. “Frequência da lepra em São Paulo – Prophylaxia da Lepra – contagem dos atacados pela Lepra”. VIII Congresso Brasileiro de Medicina e 1.º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Syphilografia, Rio de Janeiro, 13-20, out. 1918, 2.º *Boletim, Imprensa Nacional*, 1921, pp. 116-130 *Apud*

SOUZA-ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, p. 237.

117 MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 150.

leprosos, ficando sob sua responsabilidade a manutenção e a direção dos estabelecimentos. O governo deveria aprovar o plano de acordo com as premissas do Serviço Sanitário, a organização técnica em consonância com a Secretaria dos Negócios do Interior<sup>118</sup>, o investimento de mil contos de réis e a doação de terrenos.

Apesar da parceria inicial entre a Santa Casa de Misericórdia e o governo do Estado para a construção do Asilo-Colônia Santo Ângelo, as articulações para a rede asilar paulista foram constituídas pelo Serviço de Profilaxia da Lepra, criado em 1924, sob a gestão do dr. Geraldo de Paula Souza<sup>119</sup> na Diretoria do Serviço Sanitário.

A organização deste Serviço representou o início da centralização das ações de saúde pública pelo governo do Estado e o investimento na criação da infra-estrutura que permitisse o isolamento dos doentes. Esse processo de centralização das ações na área da saúde pública também ocorria na instância federal.

No período republicano, em 1897, foi criado um órgão responsável pela saúde pública, a Diretoria Geral de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Eram suas funções fiscalizar o exercício da medicina e da farmácia, a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, promover o estudo das doenças infecto-contagiosas, realizar censos demográficos e sanitários. A Constituição de 1891, autorizava sua intervenção nos Estados mediante a solicitação e a permissão de seus governos, pois o regime federativo tinha por norma a independência das unidades da federação.

Em 1920, o primeiro regulamento da recém-criada Inspectoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foi a primeira legislação nacional sobre a doença e suscitou debates sobre a questão da profilaxia<sup>120</sup>.

Para Gilberto Hochman, uma endemia ou a ameaça de contágio de uma doença, reconhecida como um “mal público”, é onipresente na sociedade não existindo meios ou possibilidades de evitar o contato com o mal, ou com as conseqüências inerentes a sua existência. Nesse sentido, o Estado seria o depositário das elites como solução para

---

<sup>118</sup> Em 1917, as políticas de saúde pública, em São Paulo, eram implementadas pela Direção Geral do Serviço Sanitário, era então seu diretor dr. Arthur Neiva, subordinada à Secretaria dos Negócios do Interior.

<sup>119</sup> O dr. Geraldo Horácio de Paula Souza foi diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, entre 1922 a 1927. Após sua saída do Serviço Sanitário continuou diretor do Instituto de Higiene, cargo que assumiu também em 1922 e permaneceu até 1951. O instituto foi criado em 1918.

<sup>120</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 161.

“*administrar os efeitos negativos da interdependência social e solucionar os problemas da ação coletiva*”<sup>121</sup>.

Para que a ação federal ocorresse nos Estados, foram assinados acordos, forma jurídica de preservar a autonomia federativa e viabilizar o cumprimento da atuação federal na esfera estadual. O Regulamento da Inspeção de Profilaxia da Lepra foi aprovado em 1920, reformado em 1923, mas, apenas em 1925, São Paulo passou a adotar o regulamento federal<sup>122</sup>.

Ainda em 1925, o Serviço de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo foi transformado em Inspeção de Profilaxia da Lepra, sendo esta subordinada à Divisão de Moléstias Infecciosas, do Serviço Sanitário, da Secretaria de Negócios de Interior.

O primeiro diretor da Inspeção foi o dr. José Maria Gomes, partidário do tratamento ambulatorial para os doentes de lepra não contagiosos. Pondo em prática essa política criou dispensários para o tratamento destes doentes.

Foi substituído pelo dr. Aguiar Pupo, em 1927, que defendia o isolamento de todos os doentes. Sua ação à frente da Inspeção de Profilaxia da Lepra consolidou as bases da infra-estrutura da rede asilar, ao inaugurar o Asilo-Colônia Santo Ângelo e iniciar as obras de mais três leprosários: Cocais, Aimorés e Pirapitingui, através da “Comissão das Municipalidades”. Durante a gestão do dr. Aguiar Pupo, foi sancionada, pelo governador do Estado de São Paulo, Júlio Prestes, a lei n.º 2.416, de 31 de dezembro de 1929.

Esta lei organizou a Inspeção de Profilaxia da Lepra e em sua primeira parte, “Da profilaxia da lepra”, legislou sobre a vida do doente internado, do diagnóstico até sua morte, se referindo também aos “comunicantes”. Na segunda parte da lei, “Da organização e pessoal de serviço”, dispunha sobre a estruturação da Inspeção de Profilaxia da Lepra, quadro de funções, atribuições e competências<sup>123</sup>. A promulgação desta lei anulou o regulamento aprovado em 1925, baseado no regulamento federal, determinou o isolamento compulsório e foi o suporte para a especificidade da profilaxia da lepra no Estado de São Paulo.

---

<sup>121</sup> HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998, p. 162.

<sup>122</sup> Segundo Souza Araújo, o primeiro “Regulamento Sanitário de São Paulo”, foi organizado em 14 de novembro de 1911, pelo decreto n.º 2.141, “incluiu a lepra ulcerada entre as doenças de notificação compulsória (art. 508) e proibiu o comércio ambulante pelos leprosos, sob pena de multa de 10 a 50\$000 e cassação de licença (art. 510).” SOUZA ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, p. 332.

<sup>123</sup> PUPO, J. de A. *Organização actual dos serviços de prophylaxia da lepra*. São Paulo, 1931, pp. 65-71. *Apud* MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 164.

A lei de 1929 organizou o modelo conhecido como “tripé”: asilo, dispensário e preventório. O asilo destinava-se ao isolamento dos doentes; o dispensário ao controle (atendimento e exames) dos comunicantes e identificação de doentes; e o preventório, cuidaria dos filhos de doentes internados e nascidos nos asilos. Esta organização retirou do dispensário o foco principal de tratamento do doente, este apenas poderia receber tratamento nos asilos.

“Em pelo menos um caso, o do Estado de São Paulo, no período de 1889-1930, prevaleceu uma solução individual para os problemas de ação coletiva. Esta alternativa foi implementada ao longo da Primeira República, quando São Paulo desenvolveu largamente seus serviços sanitários, procurando internalizar os custos externos e preservar a autonomia estadual em face da ingerência do poder central. O Estado de São Paulo foi praticamente o único capaz de formular uma estratégia sanitária e implementar permanentemente políticas de saúde pública.”<sup>124</sup>

Com a Revolução de 30 foi nomeado o cel João Alberto Lins de Barros, como interventor federal no Estado de São Paulo. Apesar das questões políticas que caracterizaram esse período no país e no Estado, Lins de Barros assumiu o compromisso com a resolução do problema da lepra. Destituíu o dr. Aguiar Pupo da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e nomeou, num primeiro momento, o dr. Heraclides-Cesar de Souza Araújo, que se encontrava na Europa, mas voltou para assumir o cargo. No entanto, foi substituído trinta e três dias depois pelo dr. Francisco Salles Gomes Junior.

O dr. Salles Gomes permaneceu no cargo até 1945, tornando-se a personagem fundamental na estruturação da rede asilar paulista. Entre 1930 a 1945, Salles Gomes só se afastou duas vezes de seu cargo para assumir a Secretaria de Educação e Saúde. A rede asilar, que constituiu para o Estado de São Paulo, abrigou em 1942, 8.697 doentes (ver Apêndice n.º 3). A estrutura que Salles Gomes consolidou, subsistiu até meados dos anos 60, defendendo o isolamento como prática profilática da lepra.

Um dos mecanismos de controle estabelecido pelo dr. Salles Gomes foi a criação do Serviço Médico Oficial<sup>125</sup>. Ficou estabelecido pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra que apenas os médicos a ela vinculados poderiam atender e tratar os doentes de lepra. A partir do momento que um diagnóstico fosse realizado, o médico tinha obrigação de notificar o

---

<sup>124</sup> HOCHMAN, G., *op. cit.*, p. 168.

<sup>125</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 170.

doente e encaminhá-lo para o Serviço Médico Oficial. Ficou sob a responsabilidade deste serviço, igualmente, o processo de internação e os cuidados com os doentes internados, e nenhuma instituição particular poderia construir asilos, hospitais ou atender doentes de lepra.

A formação dos quadros médicos garantia a construção ideológica da proposta isolacionista. Os profissionais recém-formados eram convidados a participar da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, para nessa instituição realizar a formação em leprologia. Realizavam reciclagem de conhecimento, reuniões e congressos construindo uma postura teórica coerente na defesa do isolamento compulsório como medida profilática.

“Nossas cabeças eram feitas pelo princípio isolacionista, não raciocinávamos; apenas seguíamos o que o chefe mandava [referindo-se a Salles Gomes] e achávamos todo o resto heresia. José Maria Gomes, Alice Tibiriçá e outros, eram inimigos do nosso governo, da nossa orientação... Só depois é que fomos amadurecendo...”<sup>126</sup>

O decreto n.º 19.402, de 14 de novembro de 1930, criou Ministério da Educação e da Saúde Pública, reunindo os dois departamentos que pertenciam ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O antigo Departamento Nacional de Saúde Pública foi incorporado ao Ministério como Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social. Em 1.º de dezembro do mesmo ano, o decreto n.º 19.444, determinou os serviços que ficariam sob a responsabilidade do Ministério e dispôs sobre sua composição: um gabinete, uma diretoria e quatro departamentos – Departamento Nacional de Ensino, de Saúde Pública, de Medicina Experimental e de Assistência Pública. Nos Estados foram criadas as Secretarias de Educação e Saúde, e, em 1935, em São Paulo, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra passou a ser designada como Departamento de Profilaxia da Lepra, em nada alterando as diretrizes na execução de seu modelo profilático. Entretanto, passou a ser diretamente subordinada à Secretaria do Estado. Esta Secretaria possuía dois departamentos, o da lepra e o das demais doenças.

“Aos poucos o D.P.L. foi aumentando de tal forma a sua órbita de poder que, na prática, nem mesmo o Secretário opinava nas questões relativas à ‘lepra’. Em tese, o Diretor do D.P.L. era nomeado pelo

---

<sup>126</sup>Depoimento concedido pelo dr. Abraão Rotberg em 20 de junho de 1992. *Apud* MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 173.

Secretário, mas o que se viu foi que, após Salles Gomes ter chegado à direção do Serviço, mudavam os secretários e interventores, mas o Diretor do serviço de 'lepra' permanecia. A centralização das decisões e o crescimento de seu poder eram tais que todas as resoluções passavam por suas mãos.”<sup>127</sup>

Segundo Yara Monteiro, o Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo foi “*único dentro da estrutura burocrática brasileira*”, seu orçamento contava, além dos recursos estaduais, com investimentos do governo federal, dos municípios e da própria sociedade.

Na reportagem de 7 de janeiro de 1937, do jornal *Correio de São Paulo*, podemos entender o lugar ocupado pelo dr. Salles Gomes e como conseguia espaço para divulgação de sua vida profissional, suas conquistas com apoio político e suporte na imprensa:

“pois, o seu ilustre diretor, dr. Salles Gomes, que fez da medicina um verdadeiro sacerdócio, pode encontrar a boa vontade capaz de lhe facultar os necessários poderes e as verbas indispensáveis para agir. A organização desse serviço é a melhor do mundo. (...) Do ponto de vista social, o problema parece estar praticamente resolvido, evitando os poderes públicos que os doentes perambularem pelos menos nas imediações das grandes cidades”.<sup>128</sup>

A lepra foi um tema relevante na imprensa paulista entre os anos 20 a 50. O assunto era abordado de diversas perspectivas.

Alguns jornais apoiavam o Departamento de Profilaxia da Lepra e enalteciam a direção, baseada na autoridade do dr. Francisco Salles Gomes Junior. O doente internado era visto como digno de todo apoio e atenção (através de doações financeiras para as benfeitorias nos asilos), ao contrário do doente livre, ameaça social, disseminador do mal, perambulando pelas ruas das cidades e estradas do Estado. As críticas que eram publicadas não se referiam à política isolacionista, mas às denúncias das más condições dos asilos ou a necessidade de ampliação da rede asilar.

Os congressos internacionais de lepra eram acompanhados diariamente, na época em que eram realizados, assim como eram noticiadas as inscrições e seus participantes nacionais e estrangeiros. Todo pronunciamento que favorecia o isolamento era destacado, mas qualquer determinação expressa nos congressos que fosse favorável ao tratamento

---

<sup>127</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 168.

<sup>128</sup> CONTINUARÁ sendo o melhor do mundo. *Correio de São Paulo*. São Paulo, 7 de janeiro de 1937. Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

ambulatorial, era censurada pelos jornais de grande circulação que apoiavam o Departamento de Profilaxia da Lepra.

A principal instituição que se opunha ao Departamento de Profilaxia da Lepra e que, ao longo do período isolacionista, propôs práticas profiláticas mais de acordo com os congressos internacionais foi a Faculdade de Saúde Pública, órgão da Universidade de São Paulo<sup>129</sup>. Os hansenólogos desta instituição não eram consultados pelo governo para as questões relacionadas à lepra, nem eram convidados a trabalhar nos serviços do Departamento de Profilaxia da Lepra.

Em 1917, o dr. Emílio Ribas, no VIII Congresso Brasileiro de Medicina e 1.º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Syphilografia apresentou o projeto do leprosário modelo de Santo Ângelo. Ao dizer que São Paulo era um “exemplo a ser imitado” referia-se ao empenho do governo, em aprovar e subsidiar a construção de um leprosário e de uma população generosa que, representada na Associação Protectora dos Morphéticos, havia doado o terreno para sua construção.

O isolamento compulsório, em São Paulo, por perdurar até 1967, quando congressos internacionais e legislações nacionais já o havia abolido, tornou-se modelo a ser combatido. A análise epidemiológica dos anos do isolamento compulsório não indicou índices satisfatórios de diminuição na incidência da lepra. Os novos parâmetros defendidos nos congressos internacionais de lepra quanto ao tratamento quimioterápico e ambulatorial passaram a integrar as políticas públicas de enfrentamento da doença no Brasil e no Estado de São Paulo.

## 2.2- A rede asilar paulista

“A palavra isolamento, aplicada as doenças transmissíveis significa o afastamento dos enfermos das pessoas sãs. Ela provém da palavra latina INSULA que significa Ilha.”<sup>130</sup>

James A. Doull, *Valor do Isolamento na Profilaxia da Lepra*

As primeiras unidades asilares em São Paulo foram construídas no século XIX, por iniciativa e responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia. Ao longo do século XIX e

---

<sup>129</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 406.

<sup>130</sup> DOULL, James. “Valor do isolamento na Profilaxia da Lepra”. 1958. *Apud* ORESTES, D., *op. cit.*, p. 25.



início do século XX, a Santa Casa construiu três hospitais para o tratamento de leprosos: o Hospital da Luz, o Hospital de Guapira e o Asilo-Colônia Santo Ângelo. A proposta dessas construções não comportava reformas ou ampliações: quando o hospital ficava pequeno ou a região onde havia sido construído se urbanizava, construíam novo hospital e demoliam o antigo<sup>131</sup>. Assim aconteceu com as instituições até a construção de Santo Ângelo. A Santa Casa de Misericórdia participou da administração deste asilo até o início dos anos 30, quando passou a ser tutelado somente pelo governo do Estado.

Em 1802, a Santa Casa de Misericórdia iniciou a construção de um hospital na localidade hoje conhecida como bairro da Luz, na cidade de São Paulo. Na medida em que essa região da cidade se tornava mais demograficamente ocupada, a presença do hospital para atendimento de leprosos era alvo de críticas, tanto por sua localização como pela precária infra-estrutura. O terreno havia sido doado pelo governo, este retirou a doação levando a Santa Casa de Misericórdia a construir novo hospital para abrigar os doentes. Em 1904, o Hospital de Guapira recebeu os antigos internados do Hospital da Luz e passou a atender os demais doentes de lepra da capital. O novo hospital foi construído no bairro, atualmente designado, de Jaçanã.

O primeiro diretor do Hospital de Guapira foi o dr. Emílio Ribas e em 1904 haviam 82 doentes internados. Os registros de internação sistematizados, entre 1915 e 1925, permitiram a organização do seguinte censo dos doentes: em 1915, 170; em 1920, 236; e em 1925, 362<sup>132</sup>. O hospital de Guapira possuía infra-estrutura para abrigar 130 doentes. O relatório do ano de 1925, assinado pelo então diretor do hospital, Dr. Ribeiro de Almeida, relatou que o hospital funcionava com quatro médicos e cinco freiras; havia apenas uma sala para farmácia e o farmacêutico era leproso, assim como os seus dois ajudantes. Muitos doentes acampavam em barracas no terreno do hospital, a falta de água era constante e havia somente quatro banheiros. Sabia-se também que os doentes não tinham para onde voltar se retornassem do hospital, já que após serem retirados de seus lares, suas antigas moradias eram queimadas.

No interior do Estado, os asilos eram construídos por iniciativas filantrópicas, particulares ou municipais<sup>133</sup>. As más condições destes abrigos levavam os doentes a esmolar e a instituição se tornava alvo de críticas e de discriminação dos demais moradores da região. Não havia uma proposta de tratamento, eram apenas um recolhimento

---

<sup>131</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 84.

<sup>132</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p.88.

<sup>133</sup> No final do século XIX, havia asilos em Itú, Campinas, Piracicaba e Jundiá.

temporário para impedir que os doentes ficassem se locomovendo pelas estradas, cidades ou regiões limítrofes, onde muitas vezes acampavam. Com a superlotação do hospital da capital e a pouca eficácia dos pequenos asilos no interior do Estado, a circulação dos doentes era fato observado e criticado pela imprensa paulista.

Em julho de 1927, o jornal Folha da Manhã noticiou uma revolta de leprosos, estes invadiram a cidade de Pindamonhangaba, perto da qual residiam e circularam pela cidade. Temerosos que a doença se espalhasse pela cidade, os estudantes se revoltaram e iniciaram um enfrentamento para a expulsão dos doentes, houve necessidade de intervenção policial. Os leprosos revoltosos habitavam nas proximidades da cidade, no bairro do Bom Sucesso, mas foram expulsos e passaram a viver nas estradas. Foi relatado que um doente egresso dessa invasão mordeu uma criança em Taubaté, forçando o delegado a tomar providências para que os doentes não mais entrassem na cidade.

“A repercussão da revolta dos leprosos do Norte não logrou, assim, despertar entre nós esse desejo mais forte de resolver o problema de assistência aos enfermos e preservação dos não contaminados, diante do qual continuaram cruzados os braços que devem agir para a realização dessas obras.

Vêm essas considerações a propósito de uma notícia que nos chega da chamada zona Norte do Estado, onde nos últimos dias da semana passada ao que nos afirmam, ocorreu um fato semelhante que a pouco tanto deu a falar. É um caso gravíssimo, o que aqui se passou, e dá bem uma idéia de como é necessário pôr-se de lado a preocupação de saber se o antigo diretor do Serviço Sanitário [dr. Geraldo Horácio de Paula Souza] era a favor ou contra Santo Ângelo, para cuidar-se a sério de asilar convenientemente esse aluvião de infelizes que percorrem as ruas das cidades e as estradas que as ligam entre si, ameaçando com a podridão de seus corpos e com o fel de sua alma sofredora, as populações indefesas. Sirva, ao menos, a publicidade dessas informações, de estímulo para o início de uma campanha indispensável e urgente que tem sido sempre protelada.

O fato de que hora nos dão notícia passou-se sexta-feira última em Pindamonhangaba. Viviam ali até a pouco, mais ou menos isolados da população reunidos em colônia de bairro denominado do Bom Sucesso, várias dezenas de morféticos. Famílias inteiras atacadas do terrível mal curtiavam o seu triste fadário, tendo para cobrir-lhes as chagas e para mitigar-lhes a fome os farrapos e o pão escasso que lhes vinham da caridade pública.

Não se sabe porque, o que é certo que de uma hora para outra a colônia agitou-se e pôs-se em marcha para o centro da cidade, que era logo depois invadida, em todos os seus pontos, pelos leprosos que ali apareciam pela primeira vez, e que, em atitude agressiva, penetravam

nos cafés, restaurantes, hotéis e casas de diversões, procurando contato com a população, forçando por todos os meios e modos facilitar os meios de propagar a moléstia. Tais proporções assumiram essa invasão, que os estudantes dos estabelecimentos de ensino, revoltados e apreensivos, como de resto o público em geral, tomaram o alvitre de uma reação, chefiando o movimento de represália, que tornou necessária a intervenção da polícia. Escorraçados os morféticos, tiveram eles de debandar, tomando rumos diversos e dirigindo-se para as cidades vizinhas. Andam agora a percorrer as estradas de rodagem, principalmente, que liga o Rio a esta capital. Uns a cavalo, outros a pé, para aqui e ali, ora para repousar da fadiga da caminhada, ora para solicitar a caridade de um pouco de alimento. Trazem todos, entretanto, mais forte o espírito de revolta que os levava a abandonar a colônia de Bom Sucesso.

A estas informações acrescentam de que, no dia seguinte, dos sucessos de Pindamonhangaba nas imediações de Tremembé um dos leprosos agarrou uma pobre criança que encontrara a brincar à porta de sua casa, mordeu-a nervosamente e depois friccionou nas feridas uma das chagas, socorrida pelos pais, essa pobre vítima da insânia do leproso foi levada a farmácia daquela localidade e mais tarde apresentada ao delegado de polícia de Taubaté. E nada mais pode fazer então senão proceder algumas investigações referentes ao paradeiro do criminoso. Divulgado o boato da ocorrência que foi, veladamente registrada pela imprensa local, o delegado de polícia daquela cidade adotou varias providências para evitar a entrada e permanência, ali, dos morféticos expulsos de Pindamonhangaba.”<sup>134</sup>

Esta reportagem registrou também a discussão sobre a implementação da rede asilar em São Paulo, difundindo a urgência de uma instituição que fosse competente no isolamento dos doentes, em crítica direta à posição política do antigo diretor do Serviço Sanitário quanto à construção de Santo Ângelo.

Na sociedade paulista do início do século XX, os leprosos também sofriam inúmeras adjetivações e agrediam o meio social pela “*podridão de seus corpos e com o fel de sua alma sofredora*”<sup>135</sup>. A imprensa atuou de forma privilegiada nos debates entre os diversos segmentos da sociedade que discutiam sobre a implementação da rede asilar paulista: a população, a classe médica, as instituições filantrópicas e o governo do Estado.

A lepra tornava-se endêmica no Estado de São Paulo e apesar de indivíduos de todas as camadas sociais se contaminarem, a incidência maior era nas mais desfavorecidas

---

<sup>134</sup> Um FATO gravíssimo. Revoltados morféticos do bairro de Bom Sucesso invadem a cidade de Pindamonhangaba – os estudantes reagem e a polícia intervém, sendo os lázaros escorraçados – Numa estrada um dos desgraçados morde uma criança. *Folha da Manhã*. São Paulo, 6 de julho de 1927. Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

<sup>135</sup> *Ibid.*

sócioeconomicamente. Nas primeiras décadas do século XX, os órgãos governamentais atribuíam o crescimento da doença a três situações distintas. A primeira, devido ao aumento não controlado da população do Estado, sempre crescente desde o período colonial. O segundo, ao processo da imigração, pois se acreditava que os estrangeiros não possuíam a imunidade natural à doença e sua circulação pelo interior do Estado contribuía para sua disseminação. Por fim, à gripe espanhola (epidemia ocorrida em 1918), que teria diminuído a imunidade da população como um todo<sup>136</sup>. No entanto, o aumento da doença estava diretamente relacionado às condições socioeconômicas, que influenciavam na infraestrutura de sobrevivência e no acesso à informação sobre higiene e saúde.

Em 1928, a Santa Casa de Misericórdia inaugurou o Asilo-Colônia Santo Ângelo, denominado leprosário modelo. Após a transferência de todos os seus doentes para Santo Ângelo, o Hospital Guapira foi fechado.

Em 1931, a Folha da Noite, apresentou o “quadro do mal hanseniano em São Paulo” (ver Apêndice n.º 4), baseados nos doentes fichados no Estado e nas notificações existentes, fizeram uma apresentação pelas divisões do Estado, chamadas circunscrições, número de doente em cada município e o leprosário responsável por sua internação. Foi observado, inclusive, que o número de doentes fichados não dava a real dimensão dos leprosos em São Paulo, pois apenas os doentes encontrados e apresentados estavam registrados, muitos ainda perambulavam pelo Estado. A reportagem trazia, ainda, a foto da Inspectoria de Profilaxia da Lepra, local onde o dr. Francisco Salles Gomes Junior trabalhava. Em 2 de setembro de 1931, encontravam-se fichados 4.185 doentes no Estado de São Paulo.

### 2.2.1 - O modelo conhecido como “tripé”: asilo, dispensário e preventório.

A rede asilar paulista se estruturou com cinco asilos, dois preventórios e oito dispensários<sup>137</sup>. Segundo Salles Gomes, a campanha de profilaxia da lepra não poderia acontecer sem o apoio dos preventórios. Ele os considerava organizações fundamentais, pois recebiam os filhos sãos dos doentes internados e as crianças que nasciam nos asilos. Em carta encaminhada à Arthur Neiva em maio de 1937, Salles Gomes assinalou que cada

---

<sup>136</sup> CAMPOS, Nelson de S. “O Estado atual da campanha contra a lepra em São Paulo”. *Revista de Leprologia de São Paulo*, vol. 1, n.º 2, 1934. *Apud* MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 98.

<sup>137</sup> Dados levantados a partir da documentação do Arquivo Gustavo Capanema, [CPDoc/FGV](#). *Apud* SANTOS, V., *op. cit.*, p. 423.

Estado do Brasil deveria ter uma instituição como a Associação Santa Teresinha do Menino Jesus e uma mulher à sua frente como Margarida Galvão que, naquele ano, era quem cuidava das 205 crianças na instituição, sem qualquer publicidade sobre sua obra benemérita<sup>138</sup>.

A Associação Santa Teresinha do Menino Jesus foi fundada em 1915 por Margarida Galvão com o objetivo de amparar a família de doentes de lepra e seus filhos e para evitar que adoecessem. A verba para a construção do preventório foi conseguida por subscrição<sup>139</sup> realizada pelo jornal “O Estado de São Paulo”. O projeto do asilo foi elaborado por Adelardo Soares Cauby, o mesmo arquiteto idealizador de Santo Ângelo.

Em 24 de maio de 1926, foi colocada a pedra fundamental no terreno de 145.000 m<sup>2</sup>, situado em Carapicuíba, distante 26 quilômetros da capital do Estado. Ao todo, foram levantados mais de 2.000 contos de réis: 1.100 pela subscrição e o restante por doações particulares. A obra com quatro pavilhões, foi concluída em 8 de setembro de 1927 e em 1930, já amparava 150 crianças<sup>140</sup>. O Departamento de Profilaxia da Lepra subsidiava a instituição com 200 contos de réis anuais, além do imposto sobre veículos nos três dias de carnaval. Mais tarde, a Associação construiu um berçário na cidade de São Paulo para receber crianças recém-nascidas e até os três anos, para atenuar possíveis dificuldades existentes pela longa distância entre os leprosários e a Associação em Carapicuíba.

O segundo preventório da rede asilar paulista foi construído pelo governo do Estado e coordenado diretamente pelo Departamento de Profilaxia da Lepra. Começou a funcionar em 1932, no antigo ginásio “Nogueira da Gama”, que foi adaptado para abrigar o preventório e era localizado na cidade de Jacareí. Em 1936, abrigava 198 crianças<sup>141</sup>.

A partir do funcionamento destes dois preventórios, ocorreu uma divisão nos critérios de acolhimento das crianças. O Santa Teresinha abrigava das crianças recém-nascidas até a idade de 12 anos e no Preventório de Jacareí eram internadas crianças

---

<sup>138</sup> Carta enviada por Francisco Salles Gomes Junior a Arthur Neiva, em 15 de maio de 1937. *Apud* NEIVA, A., *op. cit.*, p. 56.

<sup>139</sup> Campanha para levantamento de fundos; o jornal recebia as doações e as repassava para a Associação Santa Teresinha.

<sup>140</sup> O PROBLEMA da Lepra em São Paulo. *Diário Nacional*, São Paulo, 7 de março de 1930. Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

<sup>141</sup> NEIVA, A., *op. cit.*, p.45.

que ultrapassassem esta faixa etária<sup>142</sup>. Em geral, o Asilo Santa Teresinha enviava os meninos quando entrevam na adolescência; as meninas tinham a opção de lá permanecer após os 12 anos. Jacareí recebia, ainda, as crianças com alta que eram enviadas pelos asilos-colônia<sup>143</sup>.

Podemos enumerar algumas dinâmicas sociais características da instituição asilar dos preventórios como, por exemplo, o desamparo gerado pela separação da criança de seu núcleo familiar e pela segregação imposta pelo estigma da doença, e, ainda, pelo cotidiano em uma instituição asilar que impunha dificuldades de acesso aos pais internados, tendo, inclusive, censura da correspondência, dentre tantos outros aspectos. Havia, ainda, a dificuldade do retorno da criança à sociedade, a partir dos 15 anos, no caso dos meninos e aos 18 anos para as meninas.

A partir de 1953, com a 6.<sup>a</sup> Conferência Internacional de Lepra, determinou-se que os filhos dos doentes não mais seriam internados em preventório, podendo ser atendidos em instituições de atenção à infância. Segundo Laurinda Maciel:

*“(...) os preventórios teriam como missão educar e instruir os filhos dos internados até a maioridade. Não havia preocupação com a dissolução dos laços familiares e as possíveis seqüelas psicológicas com o ato, pois evitar a propagação do ‘grande mal’ era o objetivo maior”*<sup>144</sup>.

Segundo Salles Gomes, dois critérios eram importantes na escolha do local para a construção de asilos. Primeiro, deveria ser próximo às estradas de ferro e de rodagem para facilitar o transporte dos doentes à instituição. E o segundo, a “*zona deve ser de vida barata*”<sup>145</sup>. O leprosário não poderia comprometer o desenvolvimento sócio-econômico de uma região, a “*zona barata*” referia-se a uma área não valorizada para a construção ou desenvolvimento urbano da cidade. Apesar da proximidade aos meios de transporte ser uma exigência, as distâncias entre o portão de entrada do asilo e o centro urbano mais próximo nunca eram inferiores a quatro ou cinco quilômetros e atendiam a diversos municípios de uma mesma região.

---

<sup>142</sup> “Fui de opinião que o Asilo, que colaborava com a Santa Casa, com o Santo Ângelo e a Inspectoria de Profilaxia da Lepra, tivesse a função exclusiva de creche e asilo infantil e transferisse todo internado maior de 12 anos, tendo cumprido os 6 de observação, para institutos profissionais mantidos pelo Estado ou por instituições privadas.” SOUZA ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, p. 586.

<sup>143</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 351.

<sup>144</sup> MACIEL, L., *op. cit.*, p. 120.

<sup>145</sup> NEIVA, A., *op. cit.*, p.45.

Três asilos-colônia da rede paulista foram construídos a partir da Comissão das Municipalidades, que atuou entre 1927 e 1932. Como já dissemos, os municípios de uma região do Estado se reuniam e um percentual de sua arrecadação era destinado à construção de um leprosário. Desta forma foram construídos Pirapitingui, Aimorés e Cocais e cada um deles atendia a uma região específica do Estado de São Paulo: a primeira incluía a capital e os municípios do norte do Estado (Asilo-Colônia Santo Ângelo e Sanatório Padre Bento); a segunda os municípios da região do centro e da baixa sorocabana (Asilo-Colônia Pirapitingui); a terceira, a região da alta mogiana (Asilo-Colônia Cocais) e a quarta, a região noroeste e da alta sorocabana (Asilo-Colônia Aimorés)<sup>146</sup>.

Os dispensários eram ambulatorios que tinham por função controlar comunicantes e pacientes com alta hospitalar e eventualmente realizavam novos diagnósticos e encaminhavam para o Departamento de Profilaxia da Lepra<sup>147</sup>. A alta hospitalar era sempre condicional. O doente tinha a obrigatoriedade de comparecer ao posto todo mês, por três anos, para a realização de exames dermatológicos e bacteriológicos; caso a doença se manifestasse novamente, voltava a ser internado. Eram em todo o Estado oito dispensários: quatro na cidade de São Paulo (Braz, Bom Retiro, Lapa e Jaçanã) e os demais eram os dispensários de Santo Ângelo, Campinas, Presidente Prudente e Rancharia<sup>148</sup>.

O quadro administrativo do Departamento de Profilaxia da Lepra compreendia a coordenação geral dos asilos-colônia, do Preventório do Jacareí, dos dispensários e das inspetorias regionais. Coordenava, ainda, a parceria com as iniciativas privadas como, por exemplo, a existente com a Associação Santa Teresinha. Considerava o dispensário a primeira instância da ação de vigilância do Departamento, por controlar os doentes com alta e os comunicantes. A organização do asilo compreendia a parte clínica e a de pesquisa científica, com atuação nos campos da sorologia e microbiologia, anatomia patológica, o laboratório de pesquisas clínico-farmacêuticas. O Departamento orgulhava-se da biblioteca que havia formado sobre a lepra, tratamento e profilaxia.

No quadro administrativo (Quadro n.º 1, reproduzido a seguir) é extremamente significativa a representação da Inspeção/Departamento de Profilaxia da Lepra em um círculo em torno do qual as diversas instituições gravitavam. E os leprosários,

---

<sup>146</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 189.

<sup>147</sup> “[dispensário] órgão vivo e móvel, antena e mão do complexo organismo que rastreia, descobre e seleciona os casos de lepra, enviando aos estabelecimentos hospitalares aqueles que devem ser isolados, trata dos que não oferecem perigo de contágio, examina periodicamente os indivíduos que, pela convivência ou relação com os doentes, estão mais sujeitos a contrair o mal. Finalmente, sempre em contato com os focos da doença e com as massas populares, instrui, educa, previne.” CAMPOS, Mario Álvares da Silva. “O Problema de lepra, sua situação atual em Minas Gerais” – Arquivo de Saúde Pública, 1937, vol. V, n.º 7, p. 8. *Apud* DINIZ, O., *op. cit.*, p. 30.

<sup>148</sup> SANTOS, V., *op. cit.*, p. 423.

inspetorias (dispensários), o preventório Santa Teresinha e a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra foram representados equidistantes entre si, com setas que indicam um ir e vir entre as instituições. Na parte reservada aos leprosários, o nome do Asilo-Colônia Santo Ângelo aparece em destaque.

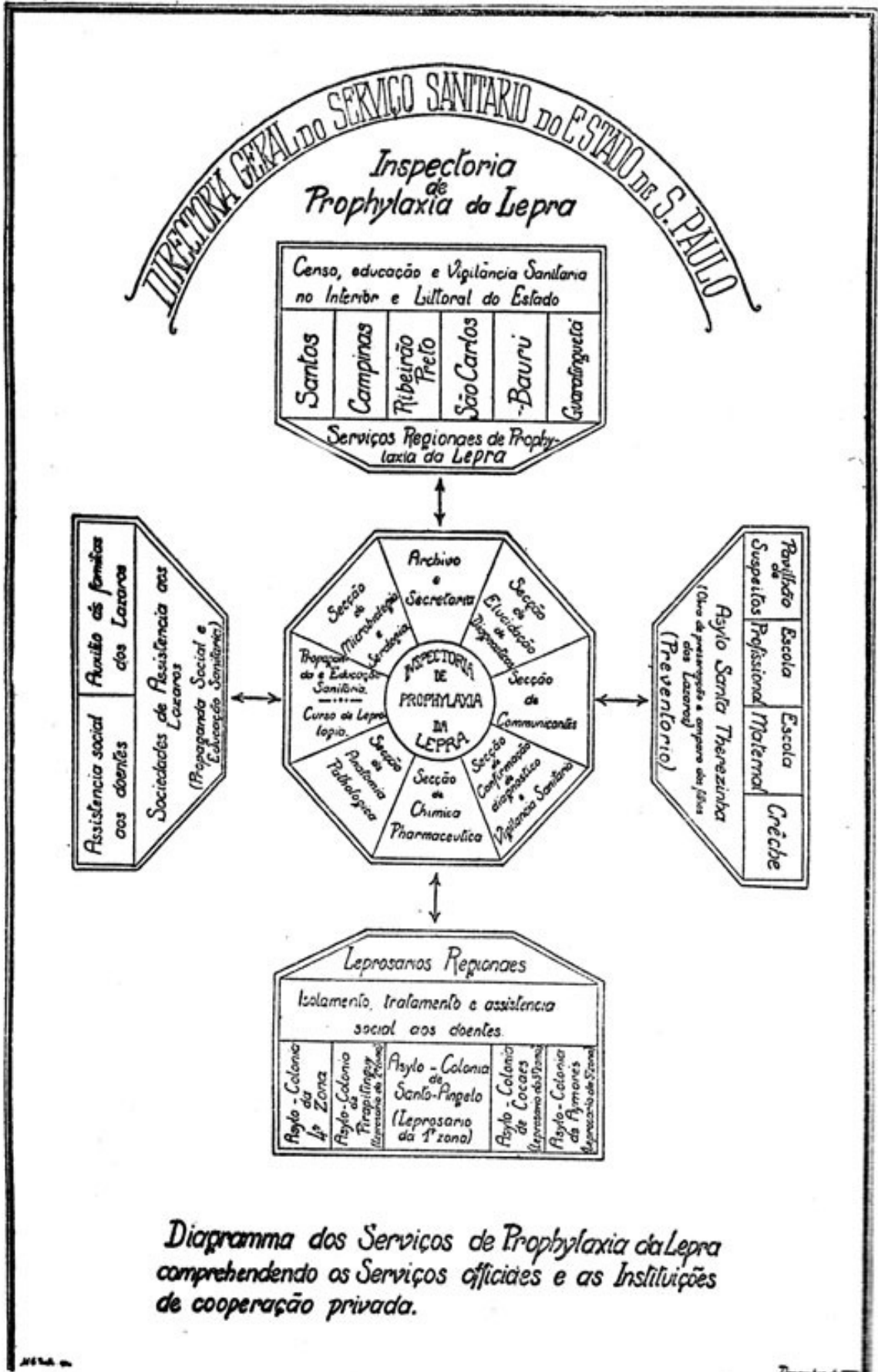
A estrutura do Departamento de Profilaxia da Lepra estava em pleno funcionamento em 1937, encontravam-se internados 5.697 doentes<sup>149</sup>. Salles Gomes, em nota enviada a Arthur Neiva, informou: “*Amigo Neiva, o Serviço em São Paulo vai muito bem e espero que dentro de 10 anos a situação será de Victória completa*”<sup>150</sup>.

---

<sup>149</sup> NEIVA, A., *op. cit.*, p. 45.

<sup>150</sup> NEIVA, A., *op. cit.*, p. 43.





### 2.2.2- Asilo-Colônia Santo Ângelo: “aqui renasce a esperança”<sup>151</sup>

O projeto de Santo Ângelo foi iniciativa da “Associação Protectora dos Morphéticos”, criada em 1917, com o apoio do arcebispo d. Duarte Leopoldo e a Liga das Senhoras Católicas, cuja presidente a sr.<sup>a</sup> Mathilde Fonseca de Macedo Soares, objetivava criar uma nova instituição para abrigar doentes, devido a superlotação do Hospital de Guapira, e por achar-se sem condições de ampliar e melhorar seu atendimento.

A Ordem Carmelitana de Mogi das Cruzes doou o terreno que se localizava nos montes de Santo Ângelo, em Jundiapéba, próximo a Mogi. A escrita de doação foi passada em 13 de junho de 1918, registrada com destinação específica para que no terreno fosse construído um hospital modelo sob a responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia. Este terreno compreendia 194 alqueires, após a compra de alguns outros, teve sua área total ampliada para 348 alqueires. A “Protectora”, designação dada pelo dr. Emílio Ribas para a Associação, convidou o arquiteto Adelardo Soares Cauby que foi assessorado pelo próprio Ribas, então diretor do Serviço Sanitário e pelo dr. Arthur Neiva, sucessor de Ribas na direção do Serviço Sanitário em São Paulo, entre 1917 a 1920<sup>152</sup>.

Adelardo não cobrou pelo projeto que se tornaria o modelo de construção da rede asilar paulista. O dr. Emílio Ribas apresentou o projeto do Asilo-Colônia Santo Ângelo no VIII Congresso Brasileiro de Medicina e 1.º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Syphilografia.

“E o projeto, do qual sou portador, tem como aspecto principal o de uma pequena cidade onde se notam os hospitais que devem receber os doentes na fase aguda da lepra, em determinados períodos do mal, nas manifestações intercorrentes da moléstia, e quando atacados de outras doenças infecto-contagiosas.

A não ser nessas condições, os leprosos residirão em suas casas, gozando de uma vida livre, e os que possuírem ainda resistência

---

<sup>151</sup> Essa expressão teve origem na visita de D. Pedro II, ao Hospital dos Lázaros, no Rio de Janeiro, em 1881. “A inscrição, no pórtico do hospital, da sentença da Porta do Inferno de Dante (Divina comédia, Canto III, 9): *‘Lasciate ogni speranza, voi ch’entrate!’* (‘Abandonai toda esperança, vós que entrais!’), é desaprovada pelo imperador. Ele registra, no livro de visitas, a sugestão de substituí-la por ‘Aqui renasce a esperança’, que consta no vitral do átrio do hospital, inaugurado em 1920.” PORTO, Ângela e OLIVEIRA, Benedito Tadeu de O., “Edifício colônia construído pelos jesuítas é lazareto desde 1752 no Rio de Janeiro.” *História, Ciência, Saúde- Maguinhos*, Rio de Janeiro, Pág. 171-180, nov.1995-fev.1996.

<sup>152</sup> Segundo Souza Araújo, em 1919 o governo do Estado construiu a casa da administração e reverteu a obra para a Santa Casa de Misericórdia. Em 1920, o presidente Washington Luis subsidiou com 200 contos de réis anuais a construção do leprosário e concedeu um crédito de 1.000 contos para os serviços de água e esgotos. “Até 1930 custou o Leprosário Santo Ângelo 6:868:677\$843.” SOUZA ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, p. 581.

orgânica hão de ter a confortante idéia de sua utilidade social, trabalhando de preferência nas profissões que exerciam quando são.”<sup>153</sup>

Adelardo Soares Cauby dividiu o leprosário em zonas, distribuindo as construções destinadas aos “doentes” e aos “sãos”, assim como uma área intermediária entre elas. Havia também a separação por sexo e de acordo com o desenvolvimento clínico da doença. A Igreja projetada para Santo Ângelo seria dividida em três naves: uma para mulheres, outra para homens e a terceira para os funcionários e administradores são residentes no leprosário; as naves eram independentes e preservadas, inclusive, de contato visual entre elas. Foram organizados onze setores no plano de construção (ver Apêndice n.º 5).

O projeto aprovado pelo Serviço Sanitário foi realizado em parceria com a Santa Casa de Misericórdia para a construção do leprosário. A “Associação Protectora dos Morphéticos”, que viabilizou o projeto arquitetônico do Asilo-Colônia Santo Ângelo e que conseguira o terreno para sua construção, acabou por dissolver-se em 15 de abril de 1919, passando seu capital para a Santa Casa de Misericórdia.

Em 1920, Washington Luiz, assumiu a presidência do Estado de São Paulo e nomeou, em 1922, para a Diretoria Geral do Serviço Sanitário, o dr. Paula Souza. Recém-chegado de formação que realizou no primeiro curso em Higiene e Saúde Pública da recém-inaugurada *School of Hygiene and Public Health*, da Universidade Johns Hopkins, como bolsista da Fundação Rockefeller, Paula Souza defendia a educação e vigilância sanitária e não era partidário da construção de grandes leprosários para a internação de doentes. Recebeu críticas de vários segmentos da sociedade, tais como: o congresso do Estado, a imprensa, o serviço médico e a sociedade em geral. Sobre a questão do isolamento e da construção de leprosários elaborou um relatório pedindo a opinião de quatro eminentes médicos sobre o assunto: Cláudio Pritz, leprólogo argentino convidado a conhecer o Serviço Sanitário Brasileiro; Etienne Marchoux, da Universidade de Paris; e aos brasileiros Carlos Chagas e Eduardo Rabello.

Dr. Prix acreditava que o tratamento dos doentes de lepra se baseava na educação sanitária, evitando tirar o doente do convívio de sua família ou do trabalho. Acreditava na construção de pequenos asilos de atendimento aos doentes e o prosseguimento das obras de Santo Ângelo seria um erro sanitário. Dr. Marchoux opinou que, havendo recursos, Santo

---

<sup>153</sup> **Frequência da lepra em São Paulo – Prophylaxia da Lepra – contagem dos atacados pela Lepra”. VIII Congresso Brasileiro de Medicina e 1.º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Syphilografia, Rio de Janeiro, 13-20, out. 1918, 2.º Boletim, Imprensa Nacional, 1921, pp. 116-130 Apud SOUZA ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, p. 235.**

Ângelo deveria ser finalizado para abrigar os doentes do Hospital de Guapira que se achava em péssimas condições, mas era contra a construção de grandes asilos. Chagas e Rabello apresentaram um relatório conjunto e este foi enviado para os jornais paulistas. Apoiavam a construção de leprosários que não afastassem os doentes dos seus núcleos familiar e social e a ação de construir esses pequenos asilos antes da conclusão de Santo Ângelo. O plano de construções deveria atender às regiões do Estado com maior endemicidade; para evitar a concentração de todos os doentes em um único leprosário, pois acabaria acarretando problemas sociais para as cidades próximas.

O Estado de São Paulo publicou que o diretor geral do Serviço Sanitário era o “*real obstáculo*”<sup>154</sup> à conclusão das obras de Santo Ângelo. É necessário observar novamente o lugar da imprensa na divulgação seletiva dos temas em debate entre os profissionais da saúde pública e a firme posição dos jornais em prol do isolamento de doentes no Estado de São Paulo no final dos anos 20. A matéria citada também trazia a informação de que era obrigação do jornal informar aos leitores as diretrizes do Serviço Sanitário. Esse jornal apoiou a campanha de arrecadação de verbas para a criação de um fundo de construção para Santo Ângelo, publicava os eventos ligados à arrecadação, a relação de doadores, entre outros, apoiando firmemente tais ações.

O dr. Paula Souza foi substituído por Aguiar Pupo que apoiou a construção de Santo Ângelo e o inaugurou em 3 de maio de 1928. Foi uma inauguração sem doentes, estes começaram a chegar apenas em 2 de agosto, que ficou marcada como data de inauguração. Todos os doentes internados no Hospital de Guapira foram levados para Santo Ângelo e sua transferência levou mais de um mês, sendo realizado em jardineiras<sup>155</sup> cobertas com cortinas para que o interior do veículo não fosse visto. Mais de um mês depois, em 11 de setembro de 1928 foram transferidos os últimos doentes, determinando o fechamento do Hospital de Guapira.

A defesa da construção de Santo Ângelo e sua inauguração consagraram as palavras de Arthur Neiva, na conferência realizada no 8.º Congresso Brasileiro de Medicina, realizado no Rio de Janeiro, em 1918:

---

<sup>154</sup> *Estado de São Paulo*, 2 de julho de 1927. Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

<sup>155</sup> “As primeiras Jardineiras chegaram ao Brasil em 1919, com lugar para oito pessoas. Eram ônibus montados sobre caminhões onde a única parte original externa mantida no veículo era a frente, com o capô do motor, faróis e pára-choque. A parte traseira era uma enorme caixa de madeira com vidros e bancos.” [http://www.3m.com/intl/br/industria/onibus\\_carrocerias](http://www.3m.com/intl/br/industria/onibus_carrocerias) Acessado em 5/5/2005.

“O repúdio que tanto os torturava e horrorizava, vai cessar. Os seus corações se abrirão para todas as esperanças e novamente poderão sentir, no amparo para onde foram, toda a glória de viver, da qual tão afastados se achavam. Oh! Como nos eleva o bem que se sente pelo conforto moral que se vem trazer aos infelizes e quanto nos engrandece a felicidade de termos sido, em algum momento de nossa curta existência, útil aos nossos semelhantes!”<sup>156</sup>

#### 2.2.2.1- Asilo-Colônia Santo Ângelo após sua inauguração

Independente da grandiosidade de Santo Ângelo<sup>157</sup> e do lugar de destaque que seu projeto e construção conquistaram na mídia paulista dos anos 20, sua inauguração não promoveu o impacto esperado na internação de doentes da capital. As peregrinações e caravanas de doentes ainda eram encontradas e vistas, continuando a ser objeto de crítica nos jornais. As manchetes em 1929 eram, por exemplo: “*Até em bondes os morféticos já viajam*”<sup>158</sup>; “*Caravanas de leprosos esmolando pela cidade, agora é a vila Pompéia que reclama*”<sup>159</sup>, “*Como isolar os leprosos*”<sup>160</sup> etc.

O Diário Nacional publicou, em 3 de julho de 1929, que os doentes de Santo Ângelo não obedeciam regras rígidas de confinamento, na medida em que lhes era permitido sair do asilo durante o dia, somente regressando para dormir, alguns, inclusive, nem voltavam. A reportagem criticava, igualmente, a inexistência de um tratamento médico adequado aos internados, o que ocasionava um alto índice de mortalidade. Foram publicados, também, o nome de todos os doentes que faleceram entre 14 de setembro de 1928 e 23 de maio de 1929. Entre 1928 e 1933, Santo Ângelo foi administrado pela Santa Casa de Misericórdia<sup>161</sup>.

---

<sup>156</sup> “Annaes do 8.º Congresso Brasileiro de Medicina (Rio, 1918)”. Tomo I, 1925, pp. 379-391 e folheto impresso no “Estabelecimento Graphico E. Riedel”, S. Paulo, 1918 *Apud* SOUZA ARAÚJO, H. C., *op. cit.*, pp. 245-254.

<sup>157</sup> As informações levantadas para a análise de Santo Ângelo após sua inauguração foram pesquisadas em artigos e reportagens nos principais jornais de São Paulo, entre 1927 e 1937. Esta seleção foi feita pela Sociedade de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra, os álbuns de recortes encontram-se no Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

<sup>158</sup> *Diário Nacional*, São Paulo, 3 de abril de 1929.

<sup>159</sup> *Diário da Noite*, São Paulo, 17 de maio de 1929.

<sup>160</sup> *Diário Nacional*, São Paulo, 14 de novembro de 1929.

<sup>161</sup> Foi assinado em 7 de julho de 1933, o “Termo de Acordo que fazem o Governo do Estado e a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo para a administração do Leprosário Santo Ângelo”, assinaram o secretário da Educação e Saúde Pública e o provedor da Santa Casa de Misericórdia. O governo era obrigado a manter o nome Santo Ângelo, a não suprimir o culto católico nem a residência do sacerdote

As representações sobre a profilaxia da lepra na cidade de São Paulo evidenciavam a atribuição de horror ao doente, do medo do contágio e o desconforto e incômodo que a visão deles acarretava; era primordial a eliminação da doença e, nesse processo, o seu agente, que era o doente (Figura n.º 6). A visão dos leprosos exercitando o direito de ir e vir pelos espaços urbanos simbolizava a circulação do mal e da iminência da contaminação. A expectativa quanto à ação governamental era que a população leprosa nunca mais fosse vista perambulando pelas ruas e que de forma alguma houvesse contato com leprosos. Era uma visão do horrendo, a possibilidade de um doente se encontrar trabalhando, atender ao público, se alimentar em restaurantes e lanchonetes públicas, o que poderia levar aos sãos a utilizar os mesmos utensílios dos doentes, entre outros. Estas questões encontram-se exemplificadas no artigo reproduzido na próxima página.

Em 1931, o dr. Ribeiro de Almeida, ex-diretor clínico do Hospital de Guapira, concedeu entrevistas a diversos jornais analisando a importância de Santo Ângelo e a eficácia do leprosário na profilaxia da lepra. Durante seus 12 anos de vida profissional no Hospital de Guapira, trabalhou com o dr. Emílio Ribas, José Maria Gomes, Francisco Salles Gomes Junior. Nas entrevistas concedidas, o dr. Ribeiro de Almeida evidenciara certa surpresa por não participar dos novos quadros técnicos de Santo Ângelo.

Na entrevista concedida ao jornal Folha da Noite, em 24 de janeiro de 1931, avaliou que o leprosário não correspondia às suas expectativas, pois foi planejado para abrigar 10.000 doentes, mas foi inaugurado com capacidade para 1.000 e se encontrava abrigando apenas 600 doentes. O funcionamento da parte clínica e social do leprosário também, segundo ele, deixava a desejar e criticou duramente a gestão do dr. Aguiar Pupo, na Inspectoria de Profilaxia da Lepra, atribuindo a ele a situação insatisfatória no quadro de internação de doentes no Estado.

Figura n.º 6

1

Jan 1930

O Comisate

(15-4-930)

3a pag.

# A LEPRA

OS PERIGOS A  
QUE ESTÁ EX-  
POSTA A PO-  
PULAÇÃO.

UM BARBEIRO E UM ENTREGADOR DE PÃO ATACADOS DO MAL  
DE HANSEN. — É PRECISO HAVER MAIOR VIGILANCIA



O mal de Hansen, esse terrível flagello que se espalha assustadoramente por todo o país, constitue sem duvida um perigo a que os poderes publicos precisam oferecer combate sério e eficaz. Ninguem calcula o mal a que estamos expostos, devido ao descuido lamentavel dos poderes publicos permitindo que os infelizes atacados do horrôso mal andam perambulando pelas estradas, villas e cidades, implorando a caridade pública. Devido a isso cidades ha, principalmente em Minas, que o numero de morpheticos é realmente espantoso.

A imprensa santista denunciou ha pouco tempo, que no Macuco existia um barbeiro, em plena actividade, cuja,

molestia apresentava um aspecto horrivel.

Agora é denunciado um novo caso, porém de caracter muito mais grave, para o qual chamamos a atenção dos nossas autoridades sanitarias para ficarem de sobreaviso, affim que não tenhamos a infelicidade de registrar factos identicos em S. Paulo.

Uma das praias da vizinha cidade, tinha como entregador de pão um individuo atacado do mal de Hansen, em estado gravissimo. Segundo um collega santista, era visivel a molestia no entregador de pão.

As suas orelhas estavam entumecidas, os seus dedos inchados e contorcidos (elephantiasis) e a sua cor tinha aquelle aspecto typico que previne os proprios leigos. Pois esse homem andou por Santos entregando pão a domicilio não se sabe durante quanto tempo, espalhando talvez a horrorosa molestia.

Ha dias chegou uma denuncia á Delegacia de Saude, Esta mandou examinar o enfermo.

É preciso que os funcionarios cumbidos de zelar pelo estado sanitario da cidade analysem com todo o cuidado o que se passa em S. Paulo tambem. Ainda ha pouco estacionava nas proximidades de um grupo escolar do Braz, não dizemos qual delles para não alarmar os paes das crianças, um velho vendedor de fructas, que, segundo ouvimos era atacado do terrivel mal. E como esse quantos não existem por ahí, empregados em outros misteres, atacados do mal de Hansen e continem contacto com a população?

São dignos de toda a piedade, não resta a menor duvida, mas devemos nos defender de toda forma do seu contacto, pois, é sabido que nesses desgraçados prevalece a crença que contaminando sete pessoas ficarão limpos da lepra!...

A construção de novos pavilhões no Asilo-Colônia Santo Ângelo eram noticiados, assim como seus visitantes ilustres, como médicos e políticos, que emitiam considerações sobre o leprosário modelo de São Paulo. As doações recebidas pelos asilos também eram notícia, já que financiavam novas construções e melhorias na área de lazer e esportes. Os órgãos da imprensa, que apoiavam o Departamento de Profilaxia da Lepra, o enalteciam e ao governo de São Paulo pelo combate à doença, com manchetes como: “*Continuará a ser o melhor do mundo*”<sup>162</sup>. As críticas publicadas eram proporcionalmente menores em quantidade do que os elogios, o reconhecimento de hansenólogos internacionais que visitavam e atestavam a qualidade do leprosário.

Em 1937, Santo Ângelo abrigava 1.388 doentes<sup>163</sup> e sua estrutura física e organizativa foi publicada no jornal “Folha da Manhã”<sup>164</sup>. O asilo estava recebendo jornalistas de São Paulo e do Rio de Janeiro e, dentre os presentes, estava o diretor do Asilo-Colônia Pirapitingui, dr. Marcello Gonçalves Leite, e sua esposa, por ocasião de uma partida de futebol entre os times dos asilos. No mesmo dia, foi realizado um baile para os internados às 20h, e o presidente da Caixa Beneficente<sup>165</sup> pediu a presença dos jornalistas para discursar sobre a necessidade da população participar com doações, apelando para que a sociedade paulistana continuasse dando o auxílio que nunca negaram. O dr. Manoel de Abreu, diretor clínico de Santo Ângelo, acrescentou que a sociedade tinha um dever para com os internados: “*Eles se segregam, eles se afastam, para o bem dessa mesma sociedade. Nessas condições, ela não pode deixar de contribuir para que tenha eles um relativo conforto no asilo que voluntariamente procuram para dela se distanciar.*”<sup>166</sup>.

Mais do que acreditar que a sociedade paulista se sentisse culpada frente à internação de todos os doentes ou de que estes se apresentassem voluntariamente, o importante é perceber a presença dessa discussão na imprensa paulista. Sem dúvida, vários segmentos da sociedade, na década de 30, foram mobilizados para a assistência aos

---

<sup>162</sup> *O Correio de São Paulo*, São Paulo, 7 de janeiro de 1937.

<sup>163</sup> NEIVA, A., *op. cit.*, p. 45.

<sup>164</sup> São três artigos, um de 17 de maio, outros dois de 18 de maio de 1937, o primeiro do *Folha da Noite*, os outros são iguais um do *Folha da Manhã* e o outro, igual, reproduzido no *Folha da Noite*, atualmente, *Folha de São Paulo*.

<sup>165</sup> A Caixa Beneficente era um órgão assistencial na estrutura do asilo. Foi criada pelo Departamento de Profilaxia da Lepra com o decreto n.º 5.965, de 30 de junho de 1933. Sua função era o recebimento de verbas da iniciativa privada e da sociedade em geral. Era um órgão gerido pelos doentes internados, seu quadro administrativo era composto por presidente, diretoria e secretariado. Este quadro era eleito pelos internos entre os nomes indicados pela diretoria do asilo para a concorrência aos cargos. Tinha por responsabilidade decidir o uso das verbas, gerenciar trabalhos e serviços dos doentes internados, remunerar e controlar este trabalho, cuidar das plantações e das criações de animais, entre outros.

<sup>166</sup> *Folha da Manhã*, São Paulo, 18 de maio de 1937.



leprosos e a defesa contra a lepra. Essa idéia de participação e união em prol de um bem comum justificou metade das ações do Departamento de Profilaxia da Lepra: era premente a defesa da sociedade contra o avanço do mal. Em nome dessa defesa os doentes foram internados e submetidos não apenas à instituição asilar, mas foram objeto também de pesquisas científicas e médicas.

“Todos os corantes minerais estão em experimentação, assim como a excisão cirúrgica das pequenas máculas, galvano-cauterização, neve carbônica, eletro-coagulação, ionização, etc. São trabalhos experimentais demorados pela evolução crônica da doença, havendo necessidade de uma observação metódica e muito longa.”<sup>167</sup>

O Asilo-Colônia Santo Ângelo foi grandiosamente descrito nas reportagens de maio de 1937, do jornal “Folha da Manhã”. A distância de 45 quilômetros da capital era considerada excelente, as fotos publicadas retratavam o salão de festas e a praça de esportes. Utilizaram para a descrição do asilo, a distribuição por zonas, denominando apenas a “*zona da gente de saúde*”<sup>168</sup>, onde situavam-se: a portaria, a residência do administrador, a residência e o refeitório dos médicos, a farmácia e o laboratório.

O que consistia na “zona doente” foi descrita como o “asilo propriamente dito”, com as seguintes construções: correio e estufa<sup>169</sup>, consultório médico<sup>170</sup>, o pavilhão Nossa Senhora da Aparecida, de quatro andares, destinado ao dormitório das mulheres com 500 leitos; e, por último, do lado oposto, localizava-se o pavilhão dos homens, com 700 leitos. O refeitório, com a cozinha ao lado, situava-se entre os pavilhões. Foram construídas também 110 casas e, próximo à elas, a torrefação de café, a padaria, a lavanderia, as oficinas de ferraria, marcenaria, serralharia e pintura, a fábrica de sabão para consumo do hospital e o escritório da Caixa Beneficente. Havia, no centro do asilo, um pavilhão

---

<sup>167</sup> Carta enviada por Francisco Salles Gomes Junior a Arthur Neiva, em 28 de junho de 1937. *Apud* NEIVA, A., *op. cit.*, p. 56. Somente com o Tratado de Nuremberg, em 1946, foram estabelecidos os procedimentos éticos em pesquisas experimentais com seres humanos.

<sup>168</sup> VISITANDO o Asilo Santo Ângelo. *Folha da Manhã*, em 18 de maio de 1937.

<sup>169</sup> No documentário “Lepra: Espetáculo do Medo”, foi mostrado ao lado do correio a sala conhecida como desinfetório. As cartas enviadas do asilo eram higienizadas na fumaça de pastilhas de cloro. “Lepra: O Espetáculo do Medo”, Ítalo Tronca, Centro de Comunicação da UNICAMP, 1987. Arquivo de Imagem em Movimento, Casa de Oswaldo Cruz.

<sup>170</sup> Observou-se na reportagem do jornal *Folha da Manhã*, em 18 de maio de 1937, que este consultório também era utilizado para os exames dos parentes e amigos que visitavam os doentes, levando conforto material e moral.

luxuoso, chamado de “Catete”<sup>171</sup>, para os internados que podiam pagar. Destacaram a escola, o cinema, o salão de festas e a biblioteca. Existiam também quiosques, bares, armazém etc. Entre o asilo e a zona de saúde, ficava o hospital e a Igreja.

O texto inicial da reportagem sobre Santo Ângelo em maio de 1937, utilizou as seguintes palavras: “*Quanto à assistência social, sem dúvida alguma, São Paulo está na vanguarda de todos os Estados do Brasil.*”

### 2.2.3 – Asilo-Colônia Pirapitingui

Para a construção de Pirapitingui, 48 municípios contribuíram com 5% de sua arrecadação no período de sua construção. A reunião da Comissão para a construção deste asilo foi presidida pelo dr. Aguiar Pupo, em 10 de abril de 1929. Pirapitingui foi o maior asilo do Estado, ocupando uma área de 600 alqueires<sup>172</sup> (ver Apêndice n.º 1). Situava-se entre as cidades de Sorocaba, Itú e Campinas, na rodovia Sorocaba-Itú, próxima à estrada de ferro sorocabana, cuja estação distava cinco quilômetros do asilo.

Pirapitingui começou a receber doentes antes de sua construção estar concluída. Foram construídas 60 casas de madeiras para abrigar 240 doentes (Figura n.º 7 e 8) e o plano de construção foi baseado no de Santo Ângelo, sendo organizado igualmente com a zona para as pessoas com saúde, a intermediária e o asilo ou zona dos doentes<sup>173</sup>.

As dimensões em Pirapitingui impressionavam (Figuras n.º 14 e 15) . Possuía penitenciária, para onde o sistema judiciário mandava prisioneiros doentes cumprirem pena; foi construído também um prédio destinado para funcionar o “hospício”. O salão de baile era para 600 pessoas (Figura n.º 16). O plano geral da construção era o de uma pequena cidade, com oficinas, torrefação de café, fábrica de sabão, armazéns, todos os serviços do setor agro-pastoril. A denominação de colônia tinha por objetivo a independência do asilo quanto à sua subsistência, já que os asilos-colônia eram planejados para a auto-suficiência.

No projeto elaborado por Adelardo Cauby para Santo Ângelo, que influenciou na construção dos demais leprosários, foi considerada a sobrevivência dos doentes de lepra. Em

---

<sup>171</sup> Provavelmente, uma referência à moradia do presidente da república no Palácio do Catete, no Rio de Janeiro.

<sup>172</sup> A medida de um alqueire paulista é 2,42 ha, que é equivalente a 24.200m<sup>2</sup>.

<sup>173</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 202.

função das variações de tempo de evolução da doença para quadros de comprometimentos neurológicos incapacitantes, o paciente pode preservar sua capacidade física por longos anos. Como o isolamento dos doentes tinha um caráter permanente, “para sempre”, a proposta era de que os próprios doentes trabalhassem na manutenção dos leprosários. Esse trabalho foi chamado de laborterapia e cada doente ganharia por trabalhar até seis horas por dia. O trabalho era remunerado ou pela Caixa Beneficente ou pela prefeitura do asilo-colônia, que também dispunha de verbas para este fim. Em outubro de 1931, Pirapitingui já possuía 456 doentes internados; em 1933, 877; em 1934, 1.243<sup>174</sup>; em 1942, 2.997 (ver Apêndice n.º 3). Das instituições que compunham a rede asilar paulista, Pirapitingui foi a que sempre abrigou o maior número de doentes.

Figura n.º 7



Figura n.º 8

174



174 As fotos são do ano de 1936 e mostram a precariedade das construções em madeira e como elas subsistiram mesmo com o asilo em pleno funcionamento. MONTEIRO, Y. *op. cit.*, p. 202.

O documentário “O Espetáculo do Medo”, de Ítalo Tronca, realizado em 1987, registrou a arquitetura de Pirapitingui, entrevistou funcionários que trabalhavam no hospital e alguns ex-pacientes ainda residentes no asilo. As falas de ex-pacientes privilegiadas por Ítalo Tronca deram a dimensão do enclausuramento, da angústia e do caráter permanente e coercitivo que caracterizavam o isolamento compulsório:

“Chegou aqui morreu, não tem mais pai, não tem marido, não tem ninguém.”

“Tudo foi feito em cima do medo.”

“A gente viveu na restrição, não tem psicológico (sic.) que tira isso da gente.”

“A família depois que se internava, nunca mais aparecia aqui.”<sup>175</sup>

Pirapitingui foi o primeiro local de internação de Pedro Baptista, em 1934. As cartas e fotografias enviadas do asilo demonstraram a grandiosidade arquitetônica do leprosário, sua rigorosa rotina de tratamento, o universo heterogêneo dos doentes internados. Pedro destacou a vida religiosa dentro do asilo, a importância da igreja católica como centralizadora de eventos, tanto pela realização de missas nas diversas cerimônias, como a sua arquitetura era utilizada como cenário em fotografias.

“Por aqui podes ver que foi soleníssima a minha posse. Não faltaram palmas e vivas entremeadas de discursos. Quando eu fui para a tribuna ao lado da mesa que presidia a sessão, fui entre ruidosa aclamação. Em todas as festas não falta a missa. O povo na maioria é católico e faz questão de missa. Eu estive presente a todos os atos com respeito devido e consideração.”<sup>176</sup>

Ao ser indicado para a presidência da Caixa Beneficente, Pedro Baptista construiu um pavilhão protestante (Figuras n.º 9 a 13), para a internação de doentes e para o funcionamento do templo, com verbas arrecadadas pela Igreja Metodista de Campinas. Atualmente, o Asilo-Colônia Pirapitingui transformou-se no Hospital dr. Francisco Ribeiro Arantes.

---

<sup>175</sup> “Lepra: o espetáculo do medo”, Ítalo Tronca, Centro de Comunicação da UNICAMP, 1987. Arquivo de Imagem em Movimento, Casa de Oswaldo Cruz.

<sup>176</sup> Carta de posse da presidência da Caixa Beneficente, enviada por Pedro Baptista a Maricas. Pirapitingui, 28 de novembro de 1935. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

Figura n.º 9



“Ao lado do construtor Thiago e do pregador Adolfo, o Presidente PBaptista (sic.) examina a planta da construção do templo evangélico.”

Figura n.º 10



“Uma vista do local onde se edifica o templo evangélico. 15/8/35. Pedro Bantista.”

Figura n.º 11



“Início do pavimento superior do Asilo Pavilhão Protestante. 1/1/1936. Pedro Baptista”

Figura n.º 12

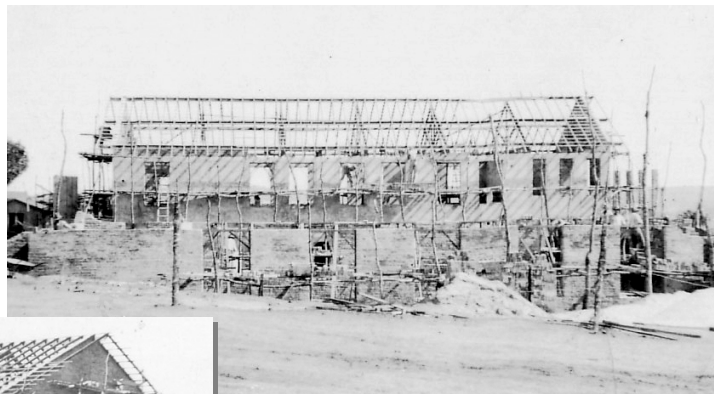


Figura n.º 13



Figura n.º 14



Figura n.º 15



Vista de Pirapitingui, em janeiro de 1936.

Figura n.º 16



Salão de baile para 600 pessoas. Carnaval de 1936.

#### 2.2.4 – Sanatório Padre Bento

O local onde se instalou o Sanatório Padre Bento foi comprado em 1931, no curto período da gestão de Heraclides-Cesar de Souza Araújo na Inspectoria de Profilaxia da Lepra. Era um antigo hospital psiquiátrico e localizava-se cerca de 20 km da capital do Estado, no bairro de Gopouva na cidade de Guarulhos<sup>177</sup>. Ocupava uma área com 83 alqueires e no início possuía apenas duas construções: o hospital e outra utilizada para administração. Foram internados 84 doentes oriundos do Hospital de Guapira e aos poucos foram sendo construídos consultório dentário, pavilhão para médicos, cassino, teatro, ginásio de esportes com arquibancada e um pequeno zoológico.

Este leprosário foi ameaçado de ter seus prédios queimados pela população local, que não desejava sua instalação. Protestos foram enviados ao interventor do Estado para que impedissem sua instalação; a transferência e acomodação dos doentes foi feita com proteção policial. Por volta de 1934, nas obras de ampliação do leprosário, novos protestos ocorreram: “*Não se justifica a localização dum Sanatório para hansenianos a 300 metros da estação de Gopouva, (...) e que fica a 15 quilômetros do centro da cidade, muito menos sua ampliação.*”<sup>178</sup>

Poucas semanas após ter sido internado no Padre Bento, Pedro Baptista pediu transferência para Santo Ângelo, alegando não ter condições financeiras para permanecer naquele leprosário, já que era considerado um leprosário para a elite. As acomodações mais confortáveis eram destinadas aos que podiam pagar. Em geral, eram internados os doentes na fase inicial da doença e de preferência crianças. A partir do momento em que começavam a desenvolver quadros mais graves, eram encaminhados para outros leprosários da rede asilar paulista. Os doentes transferidos de outros asilos para o Padre Bento deveriam apresentar 12 exames bacteriológicos negativos<sup>179</sup>. Outra forma de ingresso no Sanatório ocorria pela solicitação de políticos ao Departamento de Profilaxia da Lepra.

Uma característica daquele leprosário foi a permanência de uma mesma equipe por mais de 20 anos: na direção, dr. Lauro de Souza Lima, médico clínico, dr. Hugo Guida, dermatologistas, drs. Flávio Maurano e Abraão Rotberg, na oftamologia, dr. Mendonça de

---

<sup>177</sup> MONEIRO, Y., *op. cit.*, p. 207.

<sup>178</sup> *Diário de São Paulo*. São Paulo, 7 de julho de 1934. *Apud* MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 188.

<sup>179</sup> NEIVA, A., *op. cit.*, p. 60.

Barros e na odontologia, Toledo Salles<sup>180</sup>. Dr. Lauro de Souza Lima era um estudioso da lepra na infância (Figura n.º 17), mas mesmo para a internação de crianças, dependia de que estágio se encontrava a doença. Em 1936, eram 280 doentes internados e destes, 60 eram crianças. O Padre Bento era reconhecido como um dos maiores “*centros de investigação científica, não apenas do Brasil, mas do mundo*”<sup>181</sup>. Os jornais da imprensa paulista que apoiavam Salles Gomes, não economizavam superlativos para falar da rede asilar paulista.

Figura n.º 17



Inscrição no verso da fotografia:  
 “Ao Ilmo. Sr. Pedro Baptista  
 Pirapitingui  
 Com este postal fica sanado nosso  
 compromisso.  
 ‘Recuerdos’ aos bons camaradas  
 dessa e aceita um abraço do Xirú.  
 Padre Bento, 7/7/35.”

Da esquerda para a direita:  
 Avelina, Esther e Chiquinha. As  
 mãos de Esther parecem estar com  
 lesão neurológica, conhecida como  
 “mãos em garra” e aparenta idade  
 entre três e cinco anos. Estão bem  
 cuidadas, mas a seriedade das  
 crianças, por mais que seja uma  
 pose fotográfica, não deixa de  
 transparecer uma certa melancolia.

O Sanatório Padre Bento possuía um grupo escolar criado por Ademar de Barros<sup>182</sup>, para atender às crianças internadas e, a partir de 1941, foram realizados cursos

<sup>180</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 209.

<sup>181</sup> O SANATÓRIO Padre Bento foi visitado pelo presidente e secretário do Rotary Club. *Diário da Noite*, São Paulo, 24/03/41. Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

<sup>182</sup> Getúlio Vargas o nomeou interventor do Estado de São Paulo, entre 1938 a 1941.



profissionalizantes de mecânica, sapataria, eletricidade e marcenaria para os meninos e bordado e costura, para as meninas. Esse lugar privilegiado era bastante difundido pela imprensa:

“Não ha tristezas no Sanatório Padre Bento”<sup>183</sup>; “O Sanatório Padre Bento, em Gopouva, foi na manhã de ontem visitado pela Imprensa Paulista - A grande cordialidade reinante entre os doentes - O significativo respeito às ordens médicas e o trabalho metódico de cada um dos internados fazem dessa grande casa de saúde um pequeno mundo aprazível”<sup>184</sup>; “Asilo de Hansenianos que é em padrão de eficiência e conforto.- Uma visita ao Hospital Padre Bento, onde os internados constituem como que uma grande família, unida e coesa - Devido ao proveitoso tratamento que receberam, dezenove doentes obterão alta condicional no mês próximo”<sup>185</sup>.

Atualmente, foi transformado em Hospital de Clínicas e Emergências da cidade de Guarulhos.

#### 2.2.5 – Asilo-Colônia Cocais

O “Convênio das Municipalidades”, da região da alta mogiana, assinou o acordo para a construção de um leprosário em 15 de outubro de 1927. Cada município assumiu contribuir com 10% de sua arrecadação. Este acordo foi firmado na presença do Secretário do Interior, à época, Fábio de Sá Barreto e a comissão da construção foi composta pelos prefeitos de Casa Branca, Mococa e São José do Rio Pardo<sup>186</sup>.

Cocais foi construído em uma área de 230 alqueires. Na data de sua inauguração, 16 de abril de 1932, foram internados apenas 10 doentes, mas no final deste mesmo ano, eram 325 doentes. Em 1937, possuía 1.385<sup>187</sup>, das quais 42 eram crianças; em 1942, já tinha 1.888 (ver Apêndice n.º 3). Sua primeira direção constou de: diretor clínico, o dr. Marcello Guimarães Leite, o médico clínico, dr. Manoel Antonio Gonçalves, escriturário, Sebastião Ferreira Vianna, administrador, sr. José Maria da Silva, almoxarife, Raul Resende Villares e apontador Adherbal Leite. O diretor de Cocais, dr. Marcello Guimarães Leite, foi transferido para Pirapitingui em agosto de 1933, sendo substituído pelo dr. José

---

<sup>183</sup> *Diário Popular*. São Paulo, 17-5-1933.

<sup>184</sup> *Correio de São Paulo*. São Paulo, 17-5-1933.

<sup>185</sup> *Diário da Noite*. S. Paulo, 17-5-1933.

<sup>186</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 203.

<sup>187</sup> NEIVA, A., *op. cit.*, p. 45.

Ferreira Gomes que legalizou a Caixa Beneficente do asilo e aumentou o corpo clínico e de funcionários. Cocais também era dividido em zona sã, zona intermediária e zona doente: “*Os funcionários da sessão doente compreendem: prefeito, presidente da Caixa, seus respectivos auxiliares, enfermeiro chefe e ajudantes, barbeiros, lavadeiras, copeiros etc etc.*”<sup>188</sup>.

A reportagem publicada pelo jornal “Folha da Noite”, de 14 de maio de 1937, registrou o movimento ambulatorial mensal, baseado nos dados do mês anterior: foram realizadas 560 consultas dermatológicas, 892 consultas clínicas, 91 consultas cirúrgicas, 189 oftalmológicas. Foram aplicadas 163.082 injeções intradérmicas, 87 hipodérmicas, 8.205 intramusculares, 2.346 endovenosas e 8 de “auto-hemoterapia”<sup>189</sup>. Esses dados nos mostram o volume de trabalho cotidiano no asilo, tanto da equipe médica, como do *staff* administrativo necessário para que esses registros e o material necessário para este montante fossem organizados (ver Apêndice n.º 6). No entanto, não sabemos se esse quantitativo atendia a todos os doentes internados em Cocais, em geral, esta era considerada a pior instituição da rede asilar paulista.

“The Cocais leper colony was considered to be the worst place to be interned. This was due to a series of factors, such as the distance from the capital, the large number of interns and the small number of medical staff. The Official Service medical staff came to refer to the colony as ‘Siberia’, because it operated almost like a place of exile, where patients and staff alike were sent to be punished. Of all the states colonies, Cocais was the one with the highest rate of escape attempts.”<sup>190</sup>

#### 2.2.6 – Asilo-Colônia Aimorés

A reunião do “Convênio das Municipalidades para a construção do Asilo-Colônia Aimorés ocorreu no dia 25 de setembro de 1927, criando, também, a Comissão Pró-leprosos de Bauru<sup>191</sup>. O leprosário foi inaugurado em 13 de abril de 1933 e neste ano foram internados 317 doentes. Em

---

<sup>188</sup> **O DESENVOLVIMENTO do Asilo-Colônia Cocais. *Folha da Noite*, São Paulo, 14 de maio de 1937.**

<sup>189</sup> *Ibid.*

<sup>190</sup> “O asilo-colônia de Cocais destacou-se por ser considerado como o pior local de internamento. Isto deveu-se a uma série de fatores, tais como a distância da capital, o grande número de internos e seu pequeno quadro clínico. Entre os médicos do Serviço Oficial, esse asilo era conhecido como ‘Sibéria’, por funcionar como uma espécie de local de exílio para onde eram enviados todos aqueles que deveriam ser punidos, inclusive médicos e demais funcionários que incorressem no desagrado do diretor do IPL/DPL. Dentre os asilos-colônia Cocais era o que apresentava o maior número de tentativas de fuga.” MONTEIRO, Yara Nogueira. “Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, vol.10, supl.1, p.95-121, 2003.

<sup>191</sup> **MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 205.**

1937, o número de internos era de 675<sup>192</sup>, em 1942, 1.205 (ver Apêndice n.º 3). Aimorés havia sido planejado para abrigar 1.000 doentes, mas mesmo com obras de ampliação, sempre funcionou com superlotação, assim como os demais leprosários.

Em 1944, o Departamento de Profilaxia da Lepra produziu um filme sobre Aimorés, que foi exibido em todo território nacional para divulgar a excelência da profilaxia da lepra em São Paulo. Nesse mesmo ano, a sulfona começou a ser utilizada pelo dr. Lauro de Souza Lima, diretor do Sanatório Padre Bento e esta forma de tratamento da lepra abriu a possibilidade de novas práticas profiláticas.

“Em 1949 - Lei 520 de 10/12/49 o Asilo-Colônia Aymores foi transformado em SANATÓRIO AIMORÉS. Com a reorganização da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 1969, passou a se chamar HOSPITAL AIMORÉS DE BAURU - HD1. Em 1974, homenageando um dos grandes hansenologistas do Brasil o hospital passa a se chamar HOSPITAL ‘LAURO DE SOUZA LIMA’. A partir de 1989, com o decreto nº 30.521 de 02/10/89 o hospital transforma-se num Instituto de Pesquisa, subordinado à Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo passando a ser denominado **Instituto Lauro de Souza Lima.**”<sup>193</sup>

### 2.3 – A vida asilar

A estratégia isolacionista adotada em São Paulo foi a de instituições totais, “*instituições com tendência ao fechamento*”<sup>194</sup>. Segundo Erving Goffman, as instituições totais caracterizam-se pelo isolamento de indivíduos, criando um mundo separado da sociedade. Essas instituições subvertem as práticas culturais de dormir, comer, recrear, trabalhar em locais diferentes, realizando estas atividades sob regras gerais e uma mesma autoridade (no caso paulista, o Departamento de Profilaxia da Lepra). Goffman divide em cinco grupamentos essas instituições.

O primeiro tipo são instituições para cuidar de pessoas incapazes ou inofensivas, como casas para deficientes visuais, idosos, órfãos e pessoas que se encontram morando nas ruas. O segundo, são instituições para pessoas, também incapazes de cuidarem de si, mas que representam uma ameaça social como os lugares que internam “tuberculosos, doentes mentais e leprosos” (sic.). O terceiro tipo de instituição total refere-se a cadeias, campos de prisioneiros e de concentração,

---

<sup>192</sup> NEIVA, A., *op. cit.*, p. 45.

<sup>193</sup> <http://www.ilsl.br/>. Acessado em 5/5/2005.

<sup>194</sup> GOFFMAN, E., 2005, *op. cit.*, p. 16.

onde o indivíduo é isolado por ser capaz de atos perigosos intencionais contra a sociedade. O quarto, são as instituições voltados para formação ou trabalho, quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônia e grande mansões na parte da residência dos empregados. E o último tipo, são as instituições religiosas que tanto serve para a formação de religiosos quanto para isolamento voluntário do mundo.

Goffman insere o leprosário na segunda categoria das instituições totais. No entanto, relatos de pacientes internados revelaram uma outra característica que o autor não atribuiu a este tipo de instituição, mas que acabara também por caracterizá-la: a não relevância do bem estar do doente internado.

“Naquele tempo era tanta gente (ano de 1945), que o que eu pensava aconteceu. Fui mora (sic.) numa saleta. Justamente não tinha lugar, tava (sic.) tudo cheio. As enfermarias(sic.), tinha assim, o corredor tudo cheio de cama, de cá e de cá, pra passá(sic.) tinha que passá(sic.) de banda. Pra guardar as coisas era uma malinha umas peça de roupa e só. Ali todo o dia você tinha de levantar cedo, pegar a mala botar em cima, porque se as faxineiras achasse ela debaixo da cama jogava água, molhava tudo. Meu irmão já morava num quarto, fazia tempo que estava lá, trabalhava na faxina, era um quarto bom com 4 pessoas.”<sup>195</sup>

Podemos observar no depoimento de Marciano diversas práticas sociais, culturais e políticas do leprosário. Primeiro, ao descrever a ocupação excessiva dos locais disponíveis, evidenciou a superlotação resultado da ação agressiva do isolamento implementado em São Paulo. Marciano descreve, também, duas condições diferenciadas de relação com a instituição. Ao relatar sobre a saleta onde dormia e o pouco espaço que possuía para seus objetos pessoais, demonstrou que a qualidade de vida dentro do leprosário era uma conquista, principalmente, ao comparar-se com o irmão, que internado há mais tempo, já trabalhava e dividia um quarto com apenas três pessoas.

A habitação no leprosário obedecia não só à ordem de chegada, mas às condições econômicas, de gênero e estágio da doença. Havia casas para casais ocupadas mediante pagamento de aluguel ou cedidas conforme determinação da direção do asilo. Também era dado aos doentes com recursos próprios o direito de construir a própria moradia, mas em caso de sua morte, esta construção seria de propriedade do asilo e não da família do internado. As ocupações coletivas, “*carvilles*” ou pavilhões, eram organizadas predominantemente por sexo e idade, a dos homens,

---

<sup>195</sup> Sr. Marciano T. A. Souza, depoimento gravado em 23/02/1992 *Apud* MONTEIRO, *op. cit.*, 265.

das mulheres e das crianças. Os doentes em Estado grave ficavam no hospital e, como observado no relato, as enfermarias eram utilizadas para alojamento dos recém-chegados até a melhor distribuição dos doentes. Vários pavilhões foram construídos por doações de sociedades e ligas em defesa dos lázaros ou beneméritos enviados para a Caixa Beneficente (Figura n.º 18). Esses eventos, geralmente, eram noticiados pela imprensa e se tornavam meio de divulgação da “grandiosidade”, enquanto arquitetura e proposta profilática da instituição asilar.

# Diario da Noite

S. PAULO — Sexta-feira, 15 de Agosto de 1930

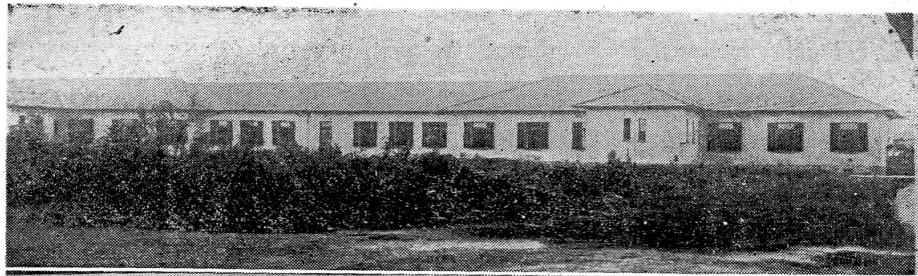
70 . . . . . 405000  
7. . . . . 255000

REDAÇÃO e ADMINISTRAÇÃO — RUA LIBERO SADAIA, 40. (Sob.)  
TELEPHONES — Redacção: 2-1365 — Administração: 2-4479 — Gerencia: 2-6565  
ENDERECO TELEGRAPHICO: "DIADANO" — Caixa Postal: 2936

VENDA AVULSA

## INAUGUROU-SE HOJE UM NOVO PAVILHÃO NO LEPROSARIO SANTO ANGELO

ESSE EDIFICIO FOI DOADO A' SANTA CASA PELA SOCIEDADE DE ASSISTENCIA AOS LAZAROS E DEFESA CONTRA A LEPROA, DE SANTOS



AO ALTO, O PAVILHÃO HOJE INAUGURADO. EM BAIXO: O SR. JULIO PRESTES, NO ACTO DA INAUGURAÇÃO, TENDO A SEU LADO O SR. PADUA SALLES E D. JOSÉ PARREIRA LARA.

O Leprosario de Santo Angelo conta, desde hoje, com mais um pavilhão de grandes dimensões. Doou-o a Sociedade de Assistencia aos Lazaros e Defesa contra a Leprosia de Santos, cuja acção no combate ao mal de Hansen tem sido das mais louvaveis.

A inauguração deu-se hoje, ao meio dia, com a presença do sr. Julio Prestes, presidente reconhecido da Republica, representantes do presidente e secretarios de Estado; d. José Parreira Lara, bispo de Santos; varios membros da directoria da Santa Casa de Misericordia, além de representantes de quasi todos os jornaes de Santos e desta capital.

De Santos partiu, hoje, ás sete e meia horas, uma comitiva composta pelas senhoras dd. Conceição Delamare, Maria Pacheco Cyrillo, Alzira Martins Licht, Filleta F. do Amaral, e Alice Silveira, respectivamente presidente, vice-presidente, secretaria e thesoureira da "Sociedade de Assistencia aos Lazaros", além dos srs. dr. Ismael de Souza, director technico, dr. Godofredo Faria e Francisco da Costa Pires, do Conselho Consultivo da mesma sociedade.

### A CERIMONIA

A cerimonia foi iniciada pelo bispo d. José Parreira Lara, com a benção do novo pavilhão, depois de serem percorridas as principaes dependencias. A seguir falou a presidente da Sociedade, d. Conceição Delamare, que num interessante retrospecto salientou os sentimentos philanthropicos do povo de Santos, concorrendo, por todos os meios a seu alcance, para a realização de um objectivo da sociedade, qual o de construir o pavilhão que ora se offertava á Santa Casa de Misericordia.

Agradecendo o offerecimento do pavi-

lhão, falou o dr. Cantidio de Moura Campos, como mordomo daquela instituição de caridade, seguindo-se-lhe com a palavra o senador Padua Salles, provedor da Santa Casa, que se cooperou com o sr. Julio Prestes pela sua presença á cerimonia, logo depois de sua chegada da Europa e da America do Norte, onde a solução dos problemas de assistencia social merecem attentões especiaes dos poderes publicos.

### INAUGURAÇÃO DO SALÃO NOBRE

Depois dessa cerimonia, todos os presentes dirigiram-se ao pavilhão tambem inaugurado hoje, que vae ser o salão nobre do Leprosario Santo Angelo.

Nesse salão vão ser collocados os retratos dos srs. dr. Cantidio de Moura Campos, dr. Aguiar Pupo e Jayme Loureiro.

Falou nessa occasião um dos doentes do Leprosario, o pharmaceutico sr. Angelo Furezatti, sobre as personalidades dos tres homenageados. O df. Aguiar Pupo falou depois, agradecendo a homenagem.

Nos intervallos fez-se ouvir a banda musical do Leprosario.

### O PAVILHÃO INAUGURADO

— A inauguração deste pavilhão — disse-nos a secretaria da Sociedade, d. Al-

zira Martins Licht — marca para nós um dia de grande satisfação. Antes, de mais nada, conseguimos, com essa cerimonia, corresponder á generosidade do povo de Santos, que nos offereceu, em apenas quatro horas, attendendo ao apello da nossa sociedade, subscreveu a quantia de trezentos e sessenta contos, com a qual construímos este edificio.

A capacidade do pavilhão é de cem leitos, além de dispôr de outras dependencias necessarias ao servico, como rouparia, quartos para vigilantes, installações sanitarias, etc. O seu plano obedeceu ás prescripções estabelecidas pelo Servico Sanitario e a todas ás exigencias technicas.

A sociedade despendeu com a construção a importância de mais de trezentos contos de réis e mais vinte e cinco contos com a compra de parte do mobiliario. Realizada, assim, a primeira parte do nosso programma, com a internação dos doentes, a Sociedade de Assistencia aos Lazaros espera continuar a merecer a mesma attentão e o mesmo apoio da população santista, afim de poder cumprir, integralmente as outras partes do referido programma, entre as quaes está o socorro ás familias dos doentes internados no hospital.

Em 1930, ano da reportagem, Santo Ângelo ainda era administrado pela Santa Casa de Misericórdia. A reportagem fala de dois eventos no leprosário: a inauguração de um pavilhão e do salão nobre. Somente nesta reportagem, entre as consultadas na pesquisa desta dissertação, foi citado o nome do doente como personalidade a discursar: Ângelo Furezatti.

Para Goffman, o momento da entrada na instituição total é uma despedida e um começo, sendo a intercessão entre os dois marcada pela nudez e pela desapropriação da privacidade do corpo. Segundo este autor, todo indivíduo tem o seu “*estojo de identidade*”, um conjunto de bens próprios que constituem o “eu” a ser visto em sociedade. Nas instituições totais o indivíduo é forçado a se desfazer desse “estojo” que garante a apresentação da identidade, tornando-se vulnerável e exposto. Além disso, precisa estar sempre numa posição para ser visto, já que é objeto de controle do Departamento de Profilaxia da Lepra, na instância superior, e da Guarda Sanitária, constituídas para vigiar o doente internado. Caso um doente internado no leprosário não comparecesse ao tratamento, ele seria procurado e teria que explicar a falta. No Santo Ângelo, por exemplo, os doentes eram convocados pelo sistema de auto-falante da instituição. “*O sistema de privilégios e os processos de mortificação, já discutidos, constituem as condições a que o internado precisa adaptar-se.*”<sup>196</sup>.

Segundo Yara Monteiro, o decreto n.º 10.570, de 1939, regulamentou as visitas nos asilos e instituiu que apenas parentes maiores de 21 anos poderiam visitar os internados, as visitas ocorreriam apenas uma vez por mês, entrariam 50 pessoas de cada vez, uma quantidade relativamente pequena para instituições com quase 2.000 pessoas. Os horários da alimentação não seriam alterados em razão do horário das visitas, que era das 9 às 11h e das 13 às 15h e eram realizadas em lugar próprio do asilo chamado de parlatório. O parlatório era constituído de uma grande varanda com bancos dispostos um em frente ao outro, entre os bancos, no meio da varanda, havia um rolo de arame farpado desenrolado, impedindo o contato físico entre as visitas e os doentes. Segundo “seu” Luiz, internado aos 11 anos em Santo Ângelo, quando seus pais o visitavam: “as mãos não se alcançavam”<sup>197</sup>.

”O fato de haver visitas era extremamente salutar para o D.P.L., pois por um lado deixava claro aos olhos da sociedade que ao doente era permitido o contato familiar, e que este contato era supervisionado pela instituição, sempre preocupada com a saúde da coletividade, por outro lado, servia como importante instrumento disciplinador, posto que as visitas poderiam ser utilizadas como um prêmio aos que se submetessem voluntariamente às normas impostas, e sua suspensão seria uma punição aos infratores da norma.”<sup>198</sup>

---

<sup>196</sup> GOFFMAN, E., 2005, *op. cit.*, p.59.

<sup>197</sup> Depoimento de “seu” Luiz, 2002, documentário “Os melhores anos de nossas vidas”, de Andréa Pasquini.

<sup>198</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, 253.

O controle era estratégia de funcionamento do leprosário. O tempo diário do internado era regulado em função dos horários a serem cumpridos para acordar, tomar banho, comer, trabalhar e submeter-se ao tratamento. As recreações poderiam ser coletivas e gratuitas, como esportes e bailes. Para os que eram dotados de recursos financeiros, uma vez que o trabalho era remunerado, podiam freqüentar os estabelecimentos comerciais dentro do asilo, no horário determinado para o seu funcionamento.

“Porque batia o silêncio às 9 hora (*sic.*), depois das 10h30, 11 hora (*sic.*) passava o guarda de saúde, de quarto em quarto e olhava pela janela nos quartos, tudo tinha que estar quietinho, a luz apagada. Se visse uma luz acesa ela ia direto ver. Tinha que tá (*sic.*) tudo quieto, sem luz, sem rádio. Tinha que tá (*sic.*) tudo quieto, era um carracismo (*sic.*) mesmo. Tremendo!”<sup>199</sup>

Para Goffman, o indivíduo internado perde inúmeros confortos materiais, sendo o maior deles o de sempre “*apresentar renúncia à sua vontade*”<sup>200</sup>.

Os doentes casados tinham a possibilidade de morar em casas, caso possuíssem recursos ou trabalhassem nos cargos da prefeitura ou da Caixa Beneficente. Podiam ocorrer casamentos dentro dos leprosários somente com a aprovação do diretor clínico e a autorização do diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra. Os filhos nascidos nos asilos eram imediatamente separados das mães e enviados para os preventórios. A criança poderia ser entregue para a guarda de parentes dos internados ou para adoção.

Pedro Baptista viveu duas situações distintas relativas à questão de matrimônio e filhos. Na primeira, perguntou para Salles Gomes como poderia continuar a sua vida conjugal com Maricas e na segunda, foi a realização de outro casamento dentro do asilo e o nascimento de mais duas filhas.

“Maricas, eu estava com o pé no estribo para voltar. Fui me entender com o Dr. Salles e ele me proibiu terminantemente. Disse-me que eu poderia viver contigo e termos mesmo comunhão em tudo, mas que com as crianças não. Para vivermos juntos precisamos nos separar das crianças. Que visitar-te e a elas passando uns dias periodicamente

---

<sup>199</sup> Sr. Marciano T. A. Souza, depoimento gravado em 23/02/1992 *Apud* MONTEIRO, *op. cit.*, 257.

<sup>200</sup> GOFFMAN, E., 2005, *op. cit.*, p. 46.



juntos poderia fazê-lo. Imagina minha situação! Para viver contigo sem as crianças! Ainda mais os nossos!”<sup>201</sup>

O segundo casamento de Pedro ocorreu em 1939, no Asilo-Colônia Aymorés, e as duas filhas fruto dessa união foram encaminhadas para a Associação Sana Teresinha (Figura n.º 19).


Figura n.º 19

OBSERVAÇÕES

Hospital onde se acha isolado. (S.A.) em 11-9-33. Rec. ao presidio em 5-4-34, por in-disciplina. Liberdade em 8-4-34. Fugiu em 14-4-35. Apresentou-se neste Depar-tamento em 20-6-35, sendo internada na (P.B.), detida, a disposição desta Direc-toria. ~~Uma~~ Liberdade em 23-7-35. - Transf. para (S.A.) em 15-2-36 - (SM) ~~Uma~~ Tfd. (A.) a 11-11-1939. ~~Uma~~ Transf. (S.A.) a 21-12-1939 (CF). ~~Uma~~ Deu a luz uma menina, em 18-6-40, que foi internada em Sta. Teresinha. (G) Deu a luz uma me ina, em 27-6-41, encapinhada para Sta. Teresinha. (G) Transf. p P.B. em 13-7-51 (set Transf. p/S.A. em 21-7-51 (scb) ~~Uma~~ Transf. p/P.B. em 27-7-51 (scb) ~~Uma~~ Transf. p/S.A. em 1-9-51 (scb) ~~Uma~~ Det. em seu domicilio em 22-3-53, por indisc. (scb) Lib. em 30-3-53 (scb)

FALECEU em 9/5/54 (NS).  
Doença ..... (060.0)  
Causa da Morte: UREMIA

Assinatura do Medico



Fonte: Arquivo Estadual de Hanseníase, Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

Submetidos à direção do leprosário, dois órgãos administrativos eram responsáveis pelos diversos serviços de manutenção e organização do asilo-colônia: a Prefeitura e a Caixa Beneficente. Suas lideranças eram indicadas pelo diretor da instituição e nem sempre eram acolhidos pelos internados de um modo geral. Por executarem as ordens para o bom funcionamento da instituição asilar, esses órgãos sofriam duras críticas dos internados. À Prefeitura cabia a conservação dos prédios e dos veículos; a administração da delegacia, das oficinas (construções, carpintaria, sapataria, barbearia, alfaiataria, lavanderia e serralharia), da cozinha, do almoxarifado e do cemitério. Sob a ordem da delegacia estavam a cadeia, o correio, o manicômio,

<sup>201</sup> Nesse período Pedro se encontrava em alta hospitalar, em tratamento no Posto do Braz, em São Paulo e trabalhava na Procuradoria do Departamento de Profilaxia da Lepra. Carta de Pedro Baptista para Maricas. São Paulo, 19 de setembro de 1936. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

a higiene e os guardas. A Caixa Beneficente era dividida em sete departamentos. O departamento de rendas era obrigado a elaborar o relatório financeiro, prestando contas dos ganhos recebidos e seus usos, esse relatório era apresentado para a direção do abrigo e do Departamento de Profilaxia da Lepra. O departamento recreativo constituía-se pela biblioteca, pelo cinema e pela praça de esportes. O departamento comercial e industrial era responsável pela fábrica de sabão, torrefação de café, bazares e restaurantes; e o de ensino pela alfabetização de crianças e adultos, atividades artísticas e profissionais. O departamento esportivo organizava a ginástica e os esportes. O departamento agro-pecuário coordenava as plantações e criações do asilo. Um departamento que também era muito importante era o religioso, além da igreja católica, templos de outras religiões também foram construídos nos asilos. O padre tinha direito a residência própria<sup>202</sup>.

Um órgão já lembrado e característico dos leprosários era o desinfetório, local onde a correspondência dos doentes era passada na fumaça de pastilhas de cloro, carimbadas com a palavra “desinfectado” e liberadas para envio. Da correspondência de Pedro Baptista, por coincidência ou não, nenhum envelope foi guardado, apenas as cartas. O carimbo do Departamento de Profilaxia da Lepra era uma marca do local de postagem da carta. *“Num mundo onde seus habitantes não tinham meios de reivindicar seus direitos, ainda que os mais elementares, a violação e censura de correspondência passaram a ser uma norma dentro da instituição, sabidas por todos e assumidas pela direção.”*<sup>203</sup>

Segundo Goffman, um dos papéis da direção de uma instituição total é apresentar seu plano de objetivos e convencer ao internado que ele está no lugar adequando, sendo sua internação a prova dessa adequação. Para o internado, a instituição é um depósito e ele se sente como parte de “coisas” a serem cuidadas, mas a instituição se apresenta como órgão racional, máquina eficaz para executar o plano político para o qual foi criada.

“Nas prisões, encontramos um conflito atual entre a teoria psiquiátrica e a teoria da fraqueza moral do crime. Nos conventos, encontramos teorias a respeito das formas pelas quais um espírito pode ser forte e fraco, bem como sobre as formas pelas quais seus defeitos podem ser combatidos. Os hospitais para doentes mentais se salientam neste caso porque a equipe dirigente se considera como especialista no conhecimento da natureza humana, e por isso pode diagnosticar e receitar a partir desse conhecimento.”

---

<sup>202</sup> Esses dados foram retirados do modelo utilizado no Asilo-Colônia Pirapitingui, mas que com pequenas variações era a regra geral para toda a rede asilar. “Asylo Colônia Pirapitingui”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo, vol. IV, n.º 3, set. 1936. *Apud* MONTEIRO, Y., *op. cit*, pp.291-296.

<sup>203</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit*, p. 310.

Nas dinâmicas das instituições totais, os momentos de confraternização entre a equipe dirigente e os internados eram privilegiados para romper as distâncias impostas pela burocracia e promover espaços de representação da potência dos doentes. A prática de esportes (Figura n.º 22), torneio e campeonatos entre asilos ou o retorno à normalidade nas comemorações de datas anuais, como Natal, ou, na especificidade brasileira, o carnaval (Figuras n.º 20 e 21), eram as ocasiões onde esse encontro se dava.

Figura n.º 20



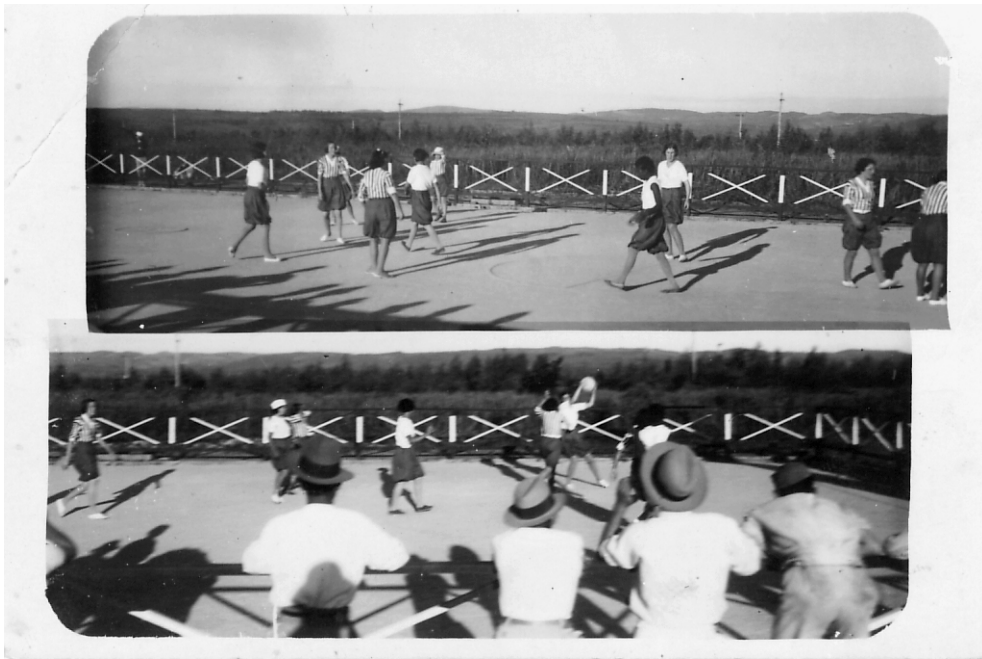
A foto ao lado também foi tirada no Carnaval e mostra Pedro e um grupo de doentes fantasiados com os jalecos característicos da equipe médica.

A foto abaixo trazia a seguinte inscrição:  
“A vespéral dançante infantil da 3.ª feira de Carnaval de 1936 do A.C. P.. Pedro Baptista”

Figura n.º 21



Figura n.º 22



Inscrição no verso da foto: “Time de cestoból do asilo”, sem data.

No acervo pessoal Pedro Baptista são inúmeras fotos de práticas esportivas, assim como os diferentes times: o das mulheres, dos homens e das crianças.

Esses eventos serviam para demonstrar que na instituição, a vida acontece de uma forma normal como em qualquer outro lugar, principalmente, nas práticas esportivas, quando há a visita de times de outras instituições: testemunhas e co-autores dessa normalidade.

No entanto, com a sempre crescente superlotação, a qualidade de vida nos leprosários ficava cada vez mais comprometida. Os doentes encontraram em Conceição das Neves<sup>204</sup> uma interlocutora para lutar por melhores condições de internação e tratamento. Ela trabalhava para a Cruz Vermelha, em São Paulo e foi convidada para substituir o deputado Manuel da Nóbrega, em um programa de rádio que já era acompanhado pelos doentes de lepra. Este programa tornou-se tão popular entre os internados que a direção dos asilos chegou a desligar a luz, no horário do programa. A direção procurava interferir na relação que se construía entre os internados e Conceição das Neves, como representante na luta por melhores condições de vida nos leprosários.

Entre 1945 e 1946, os pacientes se rebelaram, o movimento começou em Pirapitingui e outros asilos também se rebelaram, reivindicando melhores condições de vida para os internados: “*É duro falar. (...) Não chegamos a ferir ninguém, nossos algozes ficaram de longe*”<sup>205</sup>. Salles Gomes foi afastado da direção do Departamento de Profilaxia da Lepra, mas foi sucedido por integrantes da equipe médica que constituía, adepta da política isolacionista e que manteria o isolamento compulsório por mais quinze anos nas políticas públicas do Estado de São Paulo.

Entre 1924 e 1970, foram fichados pelo Departamento de Profilaxia da Lepra 69.854 doentes<sup>206</sup>, em São Paulo. Muitos desses doentes, com o término do isolamento, não conseguiram ser reintegrados na sociedade por diversas razões. Muitos foram mantidos nos asilos em função de seqüelas incapacitantes deixadas pela doença, outros não conseguiram obter recursos próprios para sobreviver, muitos não tinham mais família ou para onde voltar. Atualmente, quase todos os antigos leprosários da rede asilar paulista mantêm ex-pacientes, por exemplo, o antigo Santo Ângelo comporta ainda quase 200 pessoas. Todas as construções foram utilizadas para unidades da área da saúde ou como no caso do antigo Aimorés, além do hospital, foi criado o Instituto de Pesquisa Lauro Souza de Lima.

---

<sup>204</sup> **Conceição das Neves ganhou projeção nacional e foi eleita deputada estadual em 1947, ganhando eleições consecutivamente até o golpe militar de 1964.**

<sup>205</sup> **Depoimento de “Seu” Mário, 2002, documentário “Os melhores anos de nossas vidas”, de Andréa Pasquini. Mário relatou, também, que o busto de Salles Gomes foi arrancado de seu pedestal e destruído. No documentário, Andréa Pasquini, mostra a foto do busto e o pedestal vazio.**

<sup>206</sup> **MONTEIRO, Y., *op. cit.*, P. 386.**

“Seu” Luiz, foi internado em 28 de julho de 1937, 11 anos, em 2002, participou do documentário “Os Melhores Anos de Nossas Vidas”, de Andréa Pasquini. Aos 76 anos, falou sobre a sensação de ser internado sem perspectiva de saída, considerava que aquela vida só teria fim com a morte e que isto causava abalos emocionais irreversíveis, muitos não agüentavam ou fugiam ou se matavam. Era uma vida fechada, relatou melancólico que as mães morriam e não viam os filhos, os filhos morriam e não reviam suas mães. Para ele, a doença tinha uma causa divina, “*um jovem com este destino é algo a ser resgatado, senão Deus não seria justo*”. Sobre o tempo de sua internação e a vida asilar respondeu:

“Se torna uma vida dentro do possível. A lepra, a hanseníase pode não ser fatal, mas ela é um sofrimento constante, perene. Porque quem tem deficiência nas mãos, nos pés, na vista que nem eu, então aquilo é todo dia, todo dia aquele sofrimento. Todo dia aquela dificuldade... fora isso, a gente vive.”<sup>207</sup>

No final dos anos 20, São Paulo constituiu as bases de uma rede asilar com o objetivo de retirar o leproso da sociedade e eliminar a doença, endêmica no estado desde o século XIX, em uma geração. Emílio Ribas, nome indissociável do sanitarismo em São Paulo, promoveu a discussão sobre a forma de isolamento dos leprosos e, no VIII Congresso Brasileira de Medicina, apresentou o plano de construção do Asilo-Colônia Santo Ângelo que ficaria para sempre conhecido como leprosário modelo. No entanto, somente com as estratégias políticas centralizadoras de Salles Gomes a rede asilar paulista foi consolidada e organizada conforme o modelo conhecido como “tripé” instituído pela lei n.º 2.416, de 31 de dezembro de 1929.

A instituição total do leprosário foi construída para dar ao doente uma nova vida, um lugar para existir sem espalhar o mal e estar sob tratamento e a tutela do Estado. Os constantes índices de internação acima do que os asilos foram construídos para receber, comprometiam a qualidade de vida do internado. Viver em um asilo-colônia significava ter toda a rotina submetida às regras e ao objetivo da instituição, que era dirigida pelo Departamento de Profilaxia da Lepra. Os diversos regulamentos que norteavam os asilos e preventórios acabaram por produzir enormes dificuldades para o contato entre o internado

---

<sup>207</sup> Depoimento de “Seu” Luiz, 2002, documentário “Os melhores anos de nossas vidas”, de Andréa Pasquini.

e o núcleo familiar e social existente fora da instituição. Pedro Baptista viveu por 22 anos sob o controle e a vigilância da rede asilar do Estado de São Paulo, como veremos a seguir.

### CAPÍTULO III - “O QUE TEM DE SER TEM FORÇA”: A INTERNAÇÃO E A NARRATIVA DA DOENÇA DE PEDRO BAPTISTA

A determinação do isolamento de doentes de lepra como combate à doença, nos congressos internacionais, influenciou as discussões médicas no Brasil e as políticas públicas no Estado de São Paulo. A poderosa rede asilar instituída pelo dr. Francisco Salles Gomes Junior, nos anos 30, tinha por proposta eliminar a doença do Estado em uma geração. Além da internação dos doentes, controlava-se os comunicantes e internava-se filhos de leprosos em preventórios, com a justificativa de protegê-los do contágio da doença.

Entre 1934 e 1955, Pedro Baptista viveu em leprosários nesse Estado. A correspondência com a família gerou um rico acervo utilizado como fonte para a análise das dinâmicas sociais e culturais dos asilos em que viveu. Neste terceiro e último capítulo analisaremos o impacto da internação na vida de Pedro Baptista e como utilizou a escrita de si para tornar-se sujeito da sua experiência do adoecimento.

O título deste capítulo, e desta dissertação, foi retirado de uma carta que Pedro Baptista enviou para sua esposa Maricas, no primeiro período de sua internação. Apesar de todo o investimento que realizava na eficácia da instituição da qual passara a fazer parte, começava a refletir que era um processo sem volta e que tinha que cair na realidade e esperar pacientemente o porvir.



### 3.1. Apresentação Biográfica

“A doença é um lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença.”<sup>208</sup>

Susan Sontag, *A Doença como Metáfora*.

A leitura preliminar das cartas enviadas por Pedro para sua esposa e filhos nos mostram grande riqueza em representações sobre a doença e como esta influenciou o relacionamento familiar. Entretanto, havia períodos sem correspondências e que deixavam algumas questões em aberto. As cartas não nos davam informações acerca dos asilos em que viveu, aos tipos de tratamento os quais foi submetido, a forma clínica da lepra que sofria, o tempo de permanência nas instituições, além das formas de organização de seu cotidiano, se trabalhava ou não, entre outras questões inerentes à compreensão do que constituiu o período de sua vida nos leprosários.

Poucas informações foram levantadas sobre sua vida antes do aparecimento da doença, pois meus objetivos consistem em analisar o impacto da internação compulsória na vida de Pedro Baptista e compreender como e qual imagem elaborou para a família e para si, apesar da ausência imposta pela distância.

Ao pensar a primeira organização do material levantado optei por uma perspectiva cronológica, pois precisava traçar um primeiro fio condutor. Utilizei as datas limites de nascimento e morte por considerá-los elementos inexoráveis da existência.

Para Pierre Bourdieu, a construção de uma história de vida como seqüência de acontecimentos dotados de significados e sentidos é uma ilusão retórica ou biográfica<sup>209</sup>. A apresentação de uma vida por meio da identidade, estado civil, trajetória profissional, cronológica e filosofia de vida se aproxima dos interrogatórios oficiais (mesmo judicial ou policial) e se afasta das trocas íntimas (familiar e confidencial). O autor define acontecimentos biográficos como os diversos processos da estrutura de distribuição de *diferentes espécies de capital*<sup>210</sup> relevantes no *campo*<sup>211</sup> sob investigação, são

---

<sup>208</sup> SONTAG, Susan. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, p. 8.

<sup>209</sup> BOURDIEU, Pierre. “A Ilusão Biográfica”. FERREIRA, M. e AMADO, J. (org.) *Usos e Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996, p. 190.

<sup>210</sup> “(...) entendendo por tal as relações de forças entre as posições sociais que garantem aos seus ocupantes um quantum suficiente de força social – ou capital – de modo a que estes tenham a possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder.” BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. 4.<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.28-29.

posicionamentos e deslocamentos. No processo de nascer e de envelhecer social e biologicamente faz-se necessário a compreensão dos estados sucessivos no campo onde o indivíduo se formou. Descrever uma personalidade é entender o conjunto dos lugares ocupados por um agente, assim como a relação deste com vários outros agentes participantes e seus conjuntos de atributos e atribuições.

Esta apresentação biográfica não é uma “cronologia ordenada, uma personalidade coerente e estável, ações sem inércia e decisões sem incertezas”<sup>212</sup>, mas uma proposta de sistematização dos conteúdos levantados para dar a conhecer a personagem central desta dissertação, pois encontrei fragmentos e não linearidade, diferentes intensidades e atores.

Pedro Baptista nasceu em Atibaia, estado de São Paulo, em 29 de junho de 1898. Casou-se com Maria de Paiva Baptista, em 1924, fixando residência em Mutum, Minas Gerais. Entre 1925 e 1927, ele e sua esposa trabalharam como professores no recém-criado Colégio Evangélico de Jequitibá, Minas Gerais. De volta a Mutum, Pedro dedicou-se ao cartório recebido por presente de casamento e envolveu-se com a política local, se tornando o orador do político de maior poder na região à época, Cel Osório. Fundou a loja maçônica de Mutum, cujo nome foi em homenagem ao seu casamento com Maricas, “Loja Maçônica União Mutuense 17 de Maio”. Em 1932, começou a apresentar sintomas de uma doença que o levaria a sair da cidade em busca de diagnóstico.

Pedro Baptista partiu de Mutum em 6 de setembro de 1933. Na cidade ficaram sua esposa, conhecida como Maricas, e os quatro filhos do casal. A primeira notícia que chegou para a família foi por um telegrama de Manhumirim, cidade próxima a Mutum, cuja rodoviária possuía linha de ônibus para a capital do estado, comunicava que fez boa viagem, mas não chegara a tempo de tomar a condução para Belo Horizonte. Pedro pernitoou em Manhumirim, assistindo às comemorações de 7 de setembro e, no dia seguinte, partiu para a capital. Esse evento inaugurou para a família um longo período de relacionamento através de cartas e fotografias.

---

<sup>211</sup> “A noção de campo é, em certo sentido uma estenografia conceitual de um modo de construção do objeto que vai comandar – ou orientar – todas as opções práticas da pesquisa. Ela funciona como um sinal que lembra o que há que fazer, a saber, verificar que o objeto em questão não está isolado de um conjunto de relações de que retira o essencial das suas propriedades. Por meio dela, torna-se presente o primeiro preceito do método, que impõe que se lute por todos os meios contra a inclinação primária para pensar o mundo social de maneira realista ou, para dizer como Cassirer, substancialista: é preciso pensar relacionalmente.” Ibid , p. 27.

<sup>212</sup> LEVI, Giovanni. “Usos da Biografia”. In: FERREIRA, M. e AMADO, J. (orgs.) Usos e Abusos da História Oral. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1996, p. 167-191.

Inicialmente, sua doença foi identificada como sífilis terciária, em determinados casos a sífilis poderia ser um diagnóstico diferencial<sup>213</sup> para lepra ao considerarmos o conhecimento científico sobre a doença em 1933<sup>214</sup>. A sífilis terciária é a manifestação da doença após três a 12 anos da infecção, sua forma clínica pode apresentar lesões na pele (nódulos elevados ou ulcerações), alterações neurológicas e cardiovasculares, assim como dores nas articulações. Na carta que expõe o diagnóstico para sua esposa, datada de 11 de setembro de 1933, explicou que o seu corpo debilitado e atrofiado por nascimento facilitou o estado avançado da doença e afirmou que a dormência e a insensibilidade eram oriundas da sífilis aguda que sofria.

Descreveu o tratamento como caro e doloroso, constituído de remédios e injeções. O dinheiro que o sustentava logo acabou e o que obrigou a dar aulas de latim para sua sobrevivência, inviabilizando a possibilidade de enviar dinheiro para família. O sustento da família era garantido pelo cartório que o pai de sua esposa dera na ocasião do casamento e do salário de professora de Maricas, garantindo, inclusive, que esta enviasse eventualmente dinheiro para Pedro.

Entre setembro de 1933 e janeiro de 1934, as cartas foram enviadas de Belo Horizonte, falavam do tratamento, da saudade, de dificuldades financeiras e aos poucos, o discurso religioso assumia cada vez mais a narrativa, construída com expressões de culpa e angústia. Apesar do relato da melhora física, Pedro Baptista afirmava não haver possibilidade de retornar para casa. Além da doença e do tratamento, estava preocupado com o rumo que a sua vida tinha tomado em Mutum. Como orador oficial do coronel de maior poder da região se expôs politicamente e desenvolveu inimizades que acabaram por comprometer seu desejo de permanecer na cidade.

É possível inferir a partir das cartas analisadas que uma das alternativas que se configurava a respeito da vida de Pedro Baptista foi a aproximação com a religiosidade. Para se constituir sujeito nesse novo papel que a vida lhe impusera – de doente – utilizou-se da religião, dedicando-se a formação para pastor metodista, em Belo Horizonte. Descrevia cada vez mais os cultos que freqüentava e os convites que surgiam para falar em igrejas e praças públicas. Partiu de Belo Horizonte para trabalhar em missão evangélica,

---

<sup>213</sup> Prática médica onde, além da sintomologia da doença, utiliza-se a análise de aspectos epidemiológicos e laboratoriais, partindo do princípio de que várias doenças apresentam sintomas semelhantes.

<sup>214</sup> Sobre a questão de a lepra ter sido confundida com outras doenças ver também: MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 226 e MACIEL, L., *op. cit.*, p. 124.

como expressou na carta de 12 de março de 1934, enviada da cidade do Carmo do Paranaíba, em Minas Gerais:

“Eis-me em atividade evangelística. Já me encontro na casa do Reverendo Jolm. Tanto ele como sua esposa, Miss Teresa, são muito amáveis. (...) O meu ideal é ver-te ao meu lado, colaborando comigo. Deus há de nos facilitar tudo, não é, meu bem! Promovas desde já a tua remoção daí, orando e orando muito. Maricas, Mutum vai atravessar transições políticas, as mais agitadas. Sai em tempo. Nunca eu seria bem sucedido. Amanhã iniciarei a minha excursão pelos sertões. Estou ansioso por começar. Abandonei todo o tratamento médico. Vou me curar pela fé. O meu remédio será a contínua comunhão com Deus. Ele me curará.”<sup>215</sup>

Dentre as cartas preservadas, o maior volume foi desse período de conversão e dedicação ao Evangelho. Em junho de 1934, retornou à Belo Horizonte para se apresentar ao Concílio da Igreja Metodista para o exame da prova didática para se tornar pastor. Foi aprovado e indicado para trabalhar como pastor-ajudante do Reverendo Kennedy, responsável pelas cidades de Taubaté, Pindamonhangaba, Guaratinguetá, Lorena e Piquete, todas no interior de São Paulo. O trabalho era intenso e a dedicação também, às vezes, pregava em duas cidades no mesmo dia.

O empenho de Pedro Baptista em sua peregrinação missionária determinaria a sua indicação pelo Concílio Regional da Igreja Metodista como pastor principal de um campo ou regional, como era chamado um conjunto de cidades sob a responsabilidade de um pastor.

A doença voltou a ser tema nas cartas, era o medo de ser descoberto doente e de perder algo que se tornara a missão de sua vida e sua forma de redenção. Reclamava que estava novamente com duas grandes ulcerações na pele, uma na coxa esquerda e outra na nádega direita, o que muito o incomodava devido a frequência que viajava entre as cidades. Após seu provisionamento<sup>216</sup> em Belo Horizonte, relatou à esposa que as manchas também voltaram e temia ter que fazer um exame de saúde. Sofreu, ainda, um episódio de febre e dores violentas pelo corpo.

---

<sup>215</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Carmo do Paranaíba, 12 de março de 1934. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

<sup>216</sup> Ato que o instituiu pastor-ajudante.

“Maricas, eu tenho medo de ser preciso fazer um exame de saúde, pois as manchas continuam, a despeito de outros sintomas estarem desaparecendo. Tenho orado muito e continuarei a orar para que eu tenha tanta saúde quanto preciso para o trabalho do Mestre Jesus, Ele está conosco e ouvirá as minhas e tuas preces para que eu me restabeleça e as manchas desapareçam. A oração do justo pode muito e hoje eu sou justo por Jesus que derramou seu sangue para me lavar de todas as impurezas do passado.”<sup>217</sup>

Em novembro de 1934, viajou para a cidade de São Paulo para apresentar o relatório semestral das atividades evangélicas ao Concílio Regional da Igreja Metodista. O Concílio solicitou que realizasse um exame clínico, segundo Pedro, isso aconteceu por que seu estado de saúde denunciava já sinais da doença.

A identificação de sua doença foi feita pelo Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. A Seção de Elucidação e Confirmação de Diagnóstico ao identificar doentes que não haviam nascido no Estado de São Paulo, ou não residiam no estado por mais de cinco anos, iniciava o processo de “devolução” desses pacientes para os seus estados de origem. O Serviço Médico justificava tal medida na ausência de verbas para arcar com as conseqüências do fluxo migratório, pois o combate da endemia pautava-se no isolamento de todos os doentes do Estado e limitar o apelo da “impressionante” rede asilar do Estado que poderia atrair doentes de todo o território nacional para São Paulo. O processo de “devolução” era realizado pelo Departamento de Profilaxia da Lepra, o doente era entregue para uma autoridade sanitária de órgão correspondente no Estado do doente, com hora e local marcados na fronteira do Estado de São Paulo. Essa prática determinou a internação compulsória de Pedro Baptista, pois era natural daquele estado.

No dia 8 de dezembro de 1934, Pedro Baptista foi internado no primeiro leprosário que se tornou sua residência: o Asilo-Colônia Pirapitingui, próximo a Itú. Seus 22 anos de internação se caracterizam por dois momentos distintos: o primeiro deles se iniciou naquela data e terminou em 22 de julho de 1936, quando recebeu alta hospitalar e finalmente, voltou a Mutum para rever a família. Esse período de internação foi todo transcorrido em Pirapitingui. A primeira carta enviada do leprosário foi no dia 13 de dezembro de 1934 e comentava:

---

<sup>217</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Belo Horizonte, 20 de junho de 1934. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

“O hospital é otimamente instalado e dotado de todos os requisitos profiláticos. Higiene absoluta. Eu me arrependo porque já não me internei a mais tempo. Já estaria curado e tranqüilo, ao lado dos meus queridos. O meu médico está muito animando com o meu estado, somente achando que eu devia estar aqui há mais tempo. Agora é resignar, orar e esperar de Deus. Ele é misericordioso para nos salvar.”<sup>218</sup>

Como doente, Pedro não se desqualificava como sujeito da sua experiência de vida. Diante da doença, ele se posicionava de duas maneiras: ou esperando a cura ou como objeto de um plano divino e seus desígnios, apenas em uma carta se referiu como vítima. Baseado nessas perspectivas de si enviava fotografias para a família que traduziam as relações sociais e políticas que desenvolvia em Pirapitingui.

Pedro Baptista utilizou-se do registro fotográfico para demonstrar à sua família seu cotidiano asilar. Não deixando de observar a dor causada pela separação dos que amava ou mesmo do tratamento que nem todos conseguiam suportar, as imagens traduziam a notoriedade e o poder que conquistara dentro de Pirapitingui. Enviou para a família fotografias – que serão analisadas na terceira parte deste capítulo – de cerimônias, do carnaval de 1936, de dois enterros de amigos, das festividades escolares, das crianças internadas, da banda, dos times de futebol, de seus encontros com personalidades e políticos. De acordo com o depoimento de seu filho, Mardro Baptista<sup>219</sup>, pode-se saber que a volta de Pedro à Mutum foi triunfal, foi recebido com banda de música e fogos de artifício.

Pedro Baptista permaneceu na cidade, entre 27 de julho a 23 de agosto de 1936, havia a obrigatoriedade de voltar a São Paulo e continuar o tratamento. Durante os meses de setembro e outubro de 1936, ficou sob a responsabilidade do dr. Oliveira Ribeiro, médico diretor do Posto do Braz, na cidade de São Paulo e trabalhou na Procuradoria do Departamento de Profilaxia da Lepra. O aparecimento de novo quadro sintomático da doença o levou a ser novamente internado em Pirapitingui, em 8 de novembro de 1936.

O segundo período de internação, entre os anos de 1936 e 1954, é caracterizado pela quase ausência de cartas para a esposa e a entrada dos filhos já adultos na troca de correspondência. Foram preservadas pela família fotografias, mas não na quantidade e na

---

<sup>218</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Itú, 13 de dezembro de 1934. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

<sup>219</sup> Relato de Mardro Baptista, em 17 de julho de 2004.

diversidade das enviadas do Asilo de Pirapitingui. A fonte principal para a compreensão desse período foi o prontuário, que será apresentado no próximo item deste capítulo.

No mesmo dia de sua alta definitiva, em 28 de abril de 1954, Pedro Baptista foi reinternado no Asilo-Colônia Santo Ângelo. O ofício de internação justificava este ato por “condições sociais”<sup>220</sup>. Residiu, em Santo Ângelo, até sua morte em 17 de julho de 1955.

Para concluir esta apresentação biográfica, reproduzo a seguir a fotografia onde Pedro Baptista está retratado jovem (Figura n.º23) e a última preservada pela família (Figura n.º 24). Transcrevo nas legendas o texto da inscrição no verso. Aos 23 anos, era chamado de “sinhô Baptista” e foi retratado com elegância e altivez; na foto de 1951, Pedro Baptista se mostrou escondendo as mãos. Este recurso era frequentemente encontrado em fotografias de doentes para ocultar o comprometimento neurológico ocasionado pela lepra. A legenda desta foto registrou igualmente, o que lhe era mais precioso em sua vida como interno num leprosário: as práticas sociais que conferiam normalidade e intimidade àquele mundo separado da sociedade: um casamento, os amigos e vínculos afetivos a ponto de considerar uma moça como “uma filha”.

A doença produziu uma intervenção radical na estrutura de vida de Pedro Baptista, comprometendo as relações familiares e a imagem que construía para si como pastor protestante. Sob este impacto, a sobrevivência ao diagnóstico implicava uma reconstrução de sua identidade rompida pela doença. Impunha “*um diálogo permanente do doente de si para consigo e com o mundo circundante*”<sup>221</sup>, para que não sucumbisse à imagem de leproso associada e imposta pela segregação. A narrativa da doença de Pedro Baptista revelou um homem que dispôs dos recursos intelectuais e religiosos que possuía para reinventar-se e manter-se num lugar social diferente do que lhe era apresentado pela doença e pelo Departamento de Profilaxia da Lepra.

---

<sup>220</sup> Muitos ex-pacientes, após longo período de internação, as vezes de 30 anos, não tinham para onde voltar ou para quem. A longa evolução da lepra e suas seqüelas incapacitantes também contribuíam para a permanência do ex-internado no asilo.

<sup>221</sup> PORTO, A., *op. cit.*, p. 524.

Figura n.º 23



No verso desta foto encontra-se a seguinte legenda: “Sinhô Baptista, aos 23 anos de idade”.

Figura n.º 24



“Última foto do papai. Casamento de dois amiguinhos (Gumercindo e Maria Helena) – os de branco; ao meu lado direito uma garota (Deolinda) que estimo como filha; ao lado da noiva o casal na casa de quem se realizou o casamento. 15-3-51. Pedro Baptista”



### 3.2 – O Prontuário

“A partir do diagnóstico, tinha início um processo que transformaria inteiramente a vida da pessoa, tornando-a membro de uma categoria específica e portadora de uma nova identidade. Desta forma, o doente se transformava em ‘leproso’ e seus familiares em ‘comunicantes’. A partir do ato do diagnóstico, a liberdade do doente era retirada em nome do bem estar da coletividade, e seus direitos, de fato, deixavam de existir, em nome da ordem e da Saúde Pública.”<sup>222</sup>

Yara Monteiro, *Da maldição divina à exclusão social*.

Cláudio Bertolli analisa a importância do prontuário como fonte para a construção da história cultural da doença por inserir o pesquisador na rotina institucional e no papel desempenhado por médicos e pacientes. No entanto, apesar da prática do prontuário ter sido introduzida no Brasil no início do século XIX, o acesso a esse tipo de documentação é difícil, já que geralmente não são preservadas, ou se acham inacessíveis nas suas instituições aos pesquisadores não médicos, em função do sigilo sobre o paciente. Em consequência da legislação que determina o armazenamento dos prontuários por no máximo dez anos, torna-se raro encontrar tal documentação. Outro dado limitador é a prática de registro diferenciada de uma instituição médica para outra que dificulta a compreensão do pesquisador caso não tenha a chave dos códigos e abreviaturas utilizadas<sup>223</sup>. Na história social da lepra, o prontuário integrou a estratégia de controle realizada pelo Departamento de Profilaxia da Lepra, do Estado de São Paulo, e sua guarda era feita pelo Arquivo Central, criado em 1924. Essa especificidade contribuiu para a existência de um acervo único, que permitiu recuperar o prontuário n.º 8.537, de Pedro Baptista, e conseqüentemente, a trajetória de sua vida asilar nos leprosários de São Paulo.

A partir de 31 de dezembro de 1929, em São Paulo, a lei n.º 2.416 determinou que era obrigatoriedade dos médicos informar qualquer diagnóstico de lepra ao Departamento de Profilaxia da Lepra daquele Estado. Esse doente não seria mais atendido pelo médico que realizou o primeiro diagnóstico; ele percorreria as práticas institucionais que levariam ao processo de internação compulsória. Havia casos também de denúncias de doentes realizadas pela população e a partir destas denúncias, iniciava-se o processo de

---

<sup>222</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 217.

<sup>223</sup> BERTOLLI FILHO, C., *op. cit.*, pp. 18-19.

“Verificação”<sup>224</sup> até o momento da busca e apreensão do leproso. Havia casos de alguns doentes se apresentarem voluntariamente. Independente do caminho percorrido pelo doente, a partir do momento da notificação da doença, era aberto um prontuário e o paciente identificado por um número.

O Arquivo Central funcionou entre os anos de 1924 e 1980, e reuniu em seu acervo mais de 100.000 prontuários. Atualmente, integra o Arquivo Estadual de Hanseníase do Núcleo de Memória da Saúde, do Instituto de Saúde. Para Yara Monteiro, a constituição deste acervo foi um dos instrumentos de controle do Departamento de Profilaxia da Lepra, pois nele continham todas as informações sobre os doentes, assim como seus familiares e amigos próximos, designados comunicantes<sup>225</sup>.

Uma das estratégias das políticas públicas implementadas pelo Departamento de Profilaxia da Lepra, foi a criação de mecanismos de controle da circulação de pessoas acometidas pela doença. O objetivo maior era o isolamento de todos os doentes do Estado e a identificação de possíveis novos casos através da vigilância dos que tiveram contato íntimo e prolongado com o doente. As medidas de controle se justificavam pela criação de uma sociedade livre da ameaça do contágio da lepra e de uma vida melhor para o leproso, pois este estaria vivendo num local onde sua existência não comprometeria o bem estar público.

O prontuário de Pedro Baptista, aberto na notificação de doente de lepra, foi o de número 8.537. Essa numeração passou a identificar todos os documentos arquivados a partir do momento de sua internação e, além deste número do prontuário, outra informação de referência recorrente, era a data do diagnóstico da lepra, tanto dos primeiros sintomas, quanto do dia do fichamento.

Na pasta do prontuário de Pedro Baptista encontramos 48 documentos, estando 33 com suas páginas numeradas e os 15 restantes, em páginas não numeradas soltas dentro da pasta. Os documentos foram ordenados cronologicamente e os organizei com numeração romana para a identificação da nova ordem criada (ver Apêndice n.º 7). A partir desta organização, analisei os documentos referentes ao controle e tratamento da doença, os que demonstravam a interferência do Estado na vida do doente internado e os que contribuíram para as relações pessoais de Pedro Baptista.

---

<sup>224</sup> Na lei n.º 2.416, o artigo 3.º determinava: “Notificado lepra, a autoridade sanitária fará a verificação na residência do doente e, si não o encontrar, providenciará a aplicação necessária.” *Apud* MONTEIRO, *op. cit.*, p. 219.

<sup>225</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. XVIII.

Foram considerados documentos sobre o controle e o tratamento da doença, a ficha de observação, de notificação e de histórico ocorrencial, assim como os laudos e atestados médicos que determinavam a permanência ou a alta do doente nos leprosários. A cerca da questão da interferência do Estado na vida do doente foram analisados os documentos que traziam decisões dos dirigentes das instituições mantenedoras do doente sobre questões médicas e interferências nas relações sociais dentro dos asilos. Sobre ordem pessoal, foram considerados os documentos que relatavam eventos diretamente ligados às decisões de Pedro Baptista sobre sua vida particular ou sobre suas relações sociais dentro do leprosário, assim como documentos que emitiam juízo de valor sobre ele, como a carta de recomendação enviada pelo pastor de sua igreja para o diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra.

Os documentos não seguiam um padrão em sua apresentação. Alguns são cópias carbonos de primeiras vias, encaminhadas para os órgãos de competência, tendo escrito a mão ou carimbado: “Arquive-se”. Outros documentos foram arquivados após receber os carimbos de aprovação de várias seções com o objetivo de fiscalizar e inventariar a vida asilar dos doentes, demonstrando que essa rede de controle era centralizada na chefia do Departamento de Profilaxia da Lepra. Os papéis foram carimbados com datas de entrada e vistos de arquivos, além de resoluções manuscritas nos próprios documentos enviados. Toda a movimentação do paciente – física e social – ficava submetida à aprovação do diretor do Departamento. A internação no leprosário revogava tanto os direitos de ir e vir, assim como retirava do doente sua autonomia nas decisões pessoais sobre casamento, nascimento de filhos, direito à visitas, entre outras.

O documento XVI (ver Apêndice n.º 7) do prontuário 8.537 é um memorando enviado pelo dr. Oliveira Ribeiro, médico responsável pelo posto de tratamento do Departamento de Profilaxia da Lepra no Braz. Informava ao dr. Salles Gomes, que havia sido notificado sobre a nova internação de Pedro Baptista e que este não estaria mais sob a vigilância e o tratamento do posto, já que havia sido reinternado no Asilo-Colônia Pirapitingui.

O documento reproduzido a seguir (Figura n.º 25) exemplifica os diversos trâmites que os memorandos, cartas, laudos, informativos, atestados, entre outros, percorriam na malha institucional para o controle do doente e da doença.



Figura n.º 25

**MEMORANDUM**

**SECRETARIA DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA**

Avenida Dr. Arnaldo, 67      D. P. L.      Telephone 5-6338

194

São Paulo, 9/11/36.

Senhor. *14.11.36*

*Dr. Oliveira*  
*off.*

Acuse o recebimento do memorandum 1472 de 7. do correhte, do qual estamos scientes. Tenho a honra de reiterar a V. S., os protestos de minha distenta consideração.

O Medico-Chefe  
*Oliveira*  
Dr. Oliveira <sup>ribeiro</sup>

Ac. senhor doutor Salles Gomes Junior  
DD. Director do D. P. L.

Capital

Protocolado sob n.º 4411 a fl. 163  
do livro respectivo n.º  
Departamento de Profilaxia da Leprosia  
S. Paulo. 14 de 1936

Memorando enviado por Oliveira Ribeiro, informando ao dr. Francisco Salles Gomes Junior que estava ciente da reinternação de Pedro Baptista em Pirapitingui. Podemos observar os diversos carimbos no documento representando as seções que guardavam a documentação, como a Seção dos Doentes, por exemplo. Fonte: Prontuário n.º 8.357, Pedro Baptista, Arquivo Estadual de Hanseníase, Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

### 3.2.1- Número 8. 537: documentos sobre controle e tratamento da doença

A página de abertura do prontuário foi designada como “Ficha de Observação”<sup>226</sup> (Figura n.º 26) e era nela que se escrevia o número do prontuário pela primeira vez. A “Ficha de Observação” apresentava um resumo sobre a vida do paciente. Em sua primeira folha registrava residência, familiares, profissão, a data de manifestação da doença e onde se encontrava por ocasião da notificação da lepra. Realizava uma anamnese familiar, para investigar se demais membros da mesma família poderiam portar a doença. Em seguida registrava a “história mórbida do doente” (doenças desenvolvidas anteriormente além da lepra), exame de saúde, observações sobre lesões atuais e localizações, a forma clínica da lepra e exames laboratoriais. Pedro Baptista foi classificado como portador de “nervosa mácula-anestésica”. A Ficha contém ainda um espaço para fotografia e “Observações”, onde estão anotadas as datas de entrada, saída e transferências do doente.

O leprosário, enquanto instituição total, cerceava a liberdade de ir e vir dos doentes. As saídas só eram permitidas em caso de transferência entre os leprosários, licenças para eventos sociais entre os asilos ou altas hospitalares. Além desses processos legais, as fugas eram comuns e punidas com prisão domiciliar ou na Cadeia do asilo. Essa movimentação física encontrava-se registrada no item “Observações”.

Na análise do item “Observações” do prontuário de Pedro Baptista foi possível identificar em quais asilos ele residiu e por quanto tempo neles permaneceu, seus locais de maior permanência: foram o Pirapitingui e Santo Ângelo. Além da definição sobre sua residência, a organização das datas também foi importante para, por exemplo, a confirmação de seu segundo casamento no asilo (ver Apêndice n.º 8).

Após a “Ficha de Observação” encontrava-se a cópia da notificação de doente de lepra e destacava-se escrito: Confidencial. Era uma ficha impressa, com a identificação de Pedro Baptista por nome, idade, sexo, cor, estado civil, nacionalidade, profissão e residência; com a forma clínica da doença; tempo de moléstia e data. No local de assinatura do médico, encontrava-se escrito “Notificante” e nas observações da notificação foi escrito: “Deseja internar-se em leprosário”. Nas cartas enviadas por Pedro à sua esposa informando sobre sua internação não foram encontrados registros de aversão à idéia desse primeiro momento de internação.

---

<sup>226</sup> Entre os documentos do prontuário, existem folhas impressas para o preenchimento de informações com os seguintes títulos: “Ficha de Observação”, “Ficha de Histórico Ocorrencial” ou “Laudo para Alta Hospitalar”, entre outros.

01 1

## SERVIÇO SANITARIO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Inspeção de Profilaxia da Lepra

**Ficha de observação**      Data São Paulo, 28 de Novembro de 1937.      N.º 8537

Nome Pedro Baptista (I)      Idade 37      sexo M

Nacionalidade brasileira      Naturalidade Atibaia      Cór. branco      Estado civil casado

RESIDENCIA { Quando se manifestou a molestia Taubaté      D: 6/2/31

Na ocasião do exame 108, Terceiro Santo

Na ocasião da internação \_\_\_\_\_      É habitação coletiva? —

Profissão proprietário e gestor de estabelecimento      Local onde trabalhava —

Data do aparecimento da molestia há 2 anos      Idade em que se manifestou aos 35 anos

ANAMNESE FAMILIAR: EM RELAÇÃO AO PAI, informar: nome, idade, nacionalidade, residência, ocupação, se é, tem ou tinha algum parente leproso. Benedito Baptista falecido, 65 anos.

---

EM RELAÇÃO À MÃE do doente, informar todos os itens acima Luiza Martins Baptista, falecida.

---

EM RELAÇÃO AOS IRMÃOS, informar: nome, idade, se casados ou solteiros, se escolares em que escola, se algum sofreu ou sofre de lepra, e a residência dos mesmos, sobretudo dos que conviveram ou convivem com o observado 3: Benedito, 38, casado e Arlinda, 50, solteira, residentes a rua Terceiro Santo, 108; Pedro, viúvo, residente nesta Capital, em endereço ignorado do informante.

---

EM RELAÇÃO AOS FILHOS, informar todos os itens acima 1: Jovanna, 10, Av. São Paulo, 2; Cláudio Mari, 5. Mardro, 4, residentes no l. de Minas.

---

EM RELAÇÃO AO MARIDO (se a doente for casada) informar: nome, idade, se é ou tem parente leproso, data da molestia Casou-se em 2as. núpcias, em 12-12-39 (religioso), com Marina Ribeiro (II), pr. 7070-(v. of. (A), de 1-8-42-(G)

EM RELAÇÃO À ESPOSA (idem), informando os itens acima Maria Paiva Baptista, 36, residente no Est. de Minas.

HISTÓRIA MORBIDA DO DOENTE. Data, qualidade e localização dos primeiros sintomas, (Paresthesias, nevralgias, dores reumatoides, surtos febris, epistaxis, queda dos supercílios, perturbações da sensibilidade, espessamento do cubital, maculas, bolhas, nodulos, ulcerações, atrophias mal perforante, etc.) Progresso subsequente da molestia

Sonores e cacos misto há 4 anos.  
As primeiras manifestações de molestia actual datam de 2 anos. Respeito das sensações de e perturbações de sensibilidade. Siga epistaxis.

---

**EXAME CLINICO**



Facies —

Estado Geral regular

Perturbações da sensibilidade presentes

Alterações do sistema muscular amiotrofia

Lei 3160

“Ficha de Observação”, primeira folha do prontuário n.º 8.537, de Pedro Baptista.

Fonte: Arquivo Estadual de Hanseníase, Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

Muito pelo contrário, o primeiro período de sua internação representou a reconstrução de si a partir do lugar social privilegiado que conquistou no leprosário, como presidente da Caixa Beneficente e líder religioso. Se sua aquiescência foi genuína ou fruto da falta de alternativa à situação que se encontrava não foi possível averiguar.

A data e a causa de sua morte foram informadas na “Ficha de Histórico Ocorrencial” que correspondia à quarta folha do prontuário. Essas primeiras folhas forneciam dados sobre a localização do paciente, tempo de aparecimento da doença, tipo clínico apresentado, núcleo familiar, notificação e causa da morte ou saída do leprosário. Em síntese registraram os elementos essenciais para a vigilância do doente.

Uma seqüência importante de documentos são os laudos para a alta hospitalar. O laudo se organizava primeiramente informações biográficas: nome, cor, sexo, nacionalidade, naturalidade, filiação, profissão anterior e ocupação atual; e, secundariamente por dados institucionais, como: n.º de ficha, matrícula e prontuário, data de internação e de início do tratamento e o número da clínica dermatológica.

As informações clínicas (Figura n.º 27) compreendiam:

“(I) Forma clínica da moléstia; resumo do exame dermato-neurológico e condições bacteriológicas por ocasião do exame inicial neste asilo-colônia; (II) Resumo das revisões dermatológicas; (III) Resultados dos exames bacteriológicos – muco nasal – lesão cutânea; (IV) Tratamento anti-leprótico realizado; (V) Condições econômicas e sociais.”<sup>227</sup>

No primeiro “Laudo para Alta Hospitalar”, na parte referente à forma clínica da moléstia (I), encontrava-se descrito a data do fichamento inicial e um resumo da doença: “máculas eritemo-pigmentadas, de contornos geográficos, bordos levemente infiltrados tomando o tronco, membros superiores e inferiores onde se perdem. Dois males perfurantes plantares. Anestesia térmica nos membros superiores e inferiores”. A parte n.º II, realizava um histórico das revisões dermatológicas, com a progressão da doença e do tratamento, como a cicatrização do mal perfurante plantar e a redução das manchas. A parte n.º III, apresenta os resultados dos exames bacteriológicos, ao todo foram 13 exames de muco nasal e 16 de lesão cutânea. No tratamento anti-leprótico consta a quantidade de medicação administrada ao longo do ano. A parte n.º V, encontra-se reproduzida a seguir.

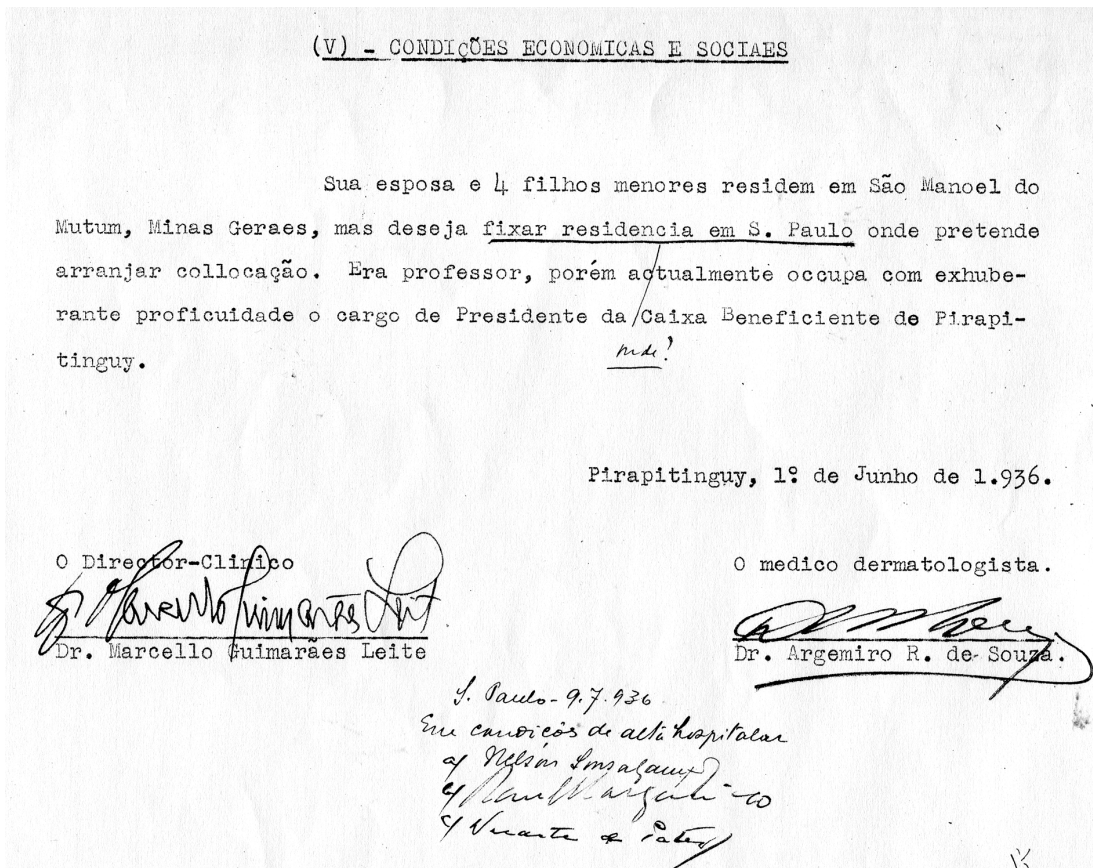
---

<sup>227</sup> Documento n.º VII do Apêndice n.º 7, p. 5, Prontuário n.º 8.357, Arquivo Estadual de Hanseníase, Núcleo de Memória do Instituto de Saúde, São Paulo.





Figura n.º 27



Parte IV, do “Laudo para Alta Hospitalar”, de 1/6/1936, do prontuário n.º 8.537, de Pedro Baptista.  
Fonte: Arquivo Estadual de Hanseníase, Núcleo de Memória do Instituto de Saúde, São Paulo.

No documento reproduzido acima, encontra-se sublinhado no texto “fixar residência em S. Paulo”. Apesar de Pedro Baptista considerar morar em São Paulo, buscando melhores condições de trabalho, a pergunta “onde?” poderia interferir na decisão sobre sua saída, pois a mudança de estado representaria sair da vigilância do Departamento de Profilaxia da Lepra. Pedro recebeu alta hospitalar e visitou a família em Mutum.

Em carta de 28 de agosto de 1936, Pedro relatou a esposa que na volta para São Paulo não encontrou Dalila, pois havia ido para o Rio de Janeiro, considerado por ele melhor pois, “aqui ela não tinha vida. Agora lá ela poderá se tratar melhor, com sossego e liberdade. Deus a proteja”. Dalila era uma moça conhecida da família da irmã de Pedro, mas não há maiores informações na carta, mas o contexto nos leva a concluir que Dalila tinha lepra e foi tratar-se em outro estado<sup>228</sup>.

<sup>228</sup> “Apesar da realidade demonstrada pelos dados epidemiológicos colhidos pelo próprio D.P.L., de que a endemia não estava sob controle, este órgão não modificou seu discurso nem sua prática, enquanto que outros Estados da Federação adotavam procedimentos diferentes. Desta forma, se o

A partir dos diversos itens que constituem os laudos, podemos observar o rigoroso controle da evolução da doença em cada paciente. Eram realizados exames bacteriológicos mensais de muco nasal e lesão cutânea. Esses procedimentos nos levam a inferir a dimensão da estrutura ambulatorial e laboratorial necessária para o atendimento da rede asilar. Consideravam, por exemplo, que em Pirapitingui, no primeiro trimestre de 1942, encontravam-se 2.997 doentes internados e toda rede asilar paulista abrigara, no mesmo período, 8.697 doentes (ver Apêndice n.º 3 e n.º 6).

Após a indicação de um paciente pela comissão de alta hospitalar, seu laudo era enviado para a diretoria do Departamento de Profilaxia da Lepra para decisão final.

Pedro Baptista recebeu alta hospitalar em 1.º de junho de 1936 e autorização para ficar sob tratamento no Posto do Braz, em São Paulo. Retornou a Mutum, permanecendo apenas 20 dias, pois precisava se apresentar no posto, caso não o fizesse, estaria cometendo uma infração e passaria a viver na ilegalidade. Foi reinternado em 8 de novembro de 1936, passando por mais duas comissões de alta em 1938. Recebeu alta hospitalar em 29 de junho de 1938 pela comissão médica do Asilo-Colônia Pirapitingui. Esta foi negada pelo diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra por apresentar *uma* lesão leprótica<sup>229</sup>.

A alta definitiva, quase 15 anos depois desse evento, foi registrada no documento “Laudo de Transferência para Dispensário”, mas Pedro Baptista continuou residindo em Santo Ângelo. Sua permanência no asilo, após a conquista da alta definitiva que significou o resgate da sua liberdade de ir e vir, foi justificada em ofício por “Condições sociais”. O último laudo médico datado de 13 de setembro de 1954, resumia seu estado clínico geral: “*Falta completa da visão D. – Lesões cicatriciais residuais nas nádegas. Madarose quase total dos supercílios. Amiotrofia dos interosseos das mãos. Mãos em garra. Perna D. amputada no terço inferior*”<sup>230</sup>.

---

doente de São Paulo conseguisse cruzar a fronteira do Estado, em direção ao Rio de Janeiro, por exemplo, poderia ser tratado em liberdade. A noção de periculosidade do indivíduo passava a ser, então, uma questão de geografia.” MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p. 424.

<sup>229</sup> O conhecimento médico sobre a lepra nos anos 30 já possuía a informação de que a baciloscopia negativa significava a inatividade da doença, mesmo que por um tempo indeterminado. Por isso, eram exigidos os 12 exames negativos para que o paciente fosse encaminhado para a comissão de alta hospitalar, que era sempre condicional ao comparecimento mensal por três anos ao dispensário ou posto designado para o acompanhamento da evolução ou estabilização do quadro clínico. Atualmente, a OMS considera o aparecimento de apenas cinco manchas ou menos como paubacilar, ou seja, manifestação clínica que produz pouco bacilos ou forma não contagiosa da lepra.

<sup>230</sup> Documento n.º XLVIII do Apêndice n.º 7, p. 33, Prontuário n.º 8.357, Arquivo Estadual de Hanseníase, Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

### 3.2.2- Memorando: a vigilância do Estado na vida do doente internado

As instâncias administrativas dos asilos-colônia e do Departamento de Profilaxia da Lepra se comunicavam por meio de memorandos. Estes documentos registravam as decisões do diretor do Departamento sobre os atributos e atribuições que cabiam a cada doente internado, referentes tanto às questões clínicas como sociais.

Os assuntos mais freqüentes nos memorandos referiam-se aos trâmites legais para transferência entre leprosários e sobre os processos de alta e internação hospitalar, solicitação de exames especiais, permissão para visitas. Exemplificavam a eficiência da máquina burocrática na centralização das informações e dos processos decisórios. Entretanto, foram encontrados memorandos que versavam sobre assuntos pertinentes à vida social e íntima de Pedro Baptista, como os relatados a seguir.

Em 11 de dezembro de 1934, dr. Francisco Salles Gomes Junior comunicou ao Reverendo A. Romano Filho que Pedro Baptista, após procedimentos e exames especializados que levaram ao resultado positivo para o mal de Hansen, foi internado no Asilo-Colônia Pirapitingui. O Reverendo Romano era o pastor responsável pela Igreja Metodista Central de São Paulo e enviou uma carta de recomendação das qualidades e competências de Pedro Baptista (ver Anexo n.º 1).

O memorando de 21 de maio de 1937 trazia a resposta negativa de Salles Gomes à solicitação de Pedro Baptista de sair do asilo para trabalhar em um novo posto de tratamento, que soube que seria aberto pelo Departamento de Profilaxia da Lepra em Sorocaba. Salles Gomes justificou a resposta negativa informando que tudo dependeria da comissão de alta, mas mesmo quando esta o liberou para sair do leprosário e estar sob observação no dispensário, Salles Gomes não concedeu alta. Essa resposta significou um longo processo de espera, pois seria necessário completar doze exames bacteriológicos negativos<sup>231</sup> e uma nova avaliação da comissão clínica, para obter o parecer de alta hospitalar e residir novamente fora do leprosário.

Após este episódio, Pedro foi encaminhado para residir no Sanatório Padre Bento.

Em 26 de agosto de 1939, o dr. Itagyba Villaça encaminhou memorando ao dr. Francisco Salles Gomes Junior, em resposta à carta de Pedro Baptista para a direção do Santo Ângelo solicitando permissão para se casar. Neste memorando, Dr. Itagyba informou ainda a forma clínica da doença dos cônjuges e afirmou que o estado geral dos dois era bom. Naquele mesmo

---

<sup>231</sup> Os exames eram mensais, portanto, significava mais um ano de espera. Segundo Euzenir Nunes Sarno: “Até a época das sulfonas, o conceito que se tinha era o da tuberculose: você tinha que negativar a baciloscopia para considerar o cara curado. Na tuberculose, aliás, nem se faz mais isso. Hoje se suspende o tratamento com seis meses, independente da baciloscopia. Mas é uma coisa tradicional da infecção: você trata até se tornar negativo. Então os pacientes não negativavam a baciloscopia. Quando veio a PQT, a idéia se modificou e a OMS passou a recomendar que os pacientes fossem tratados só durante dois anos. Atualmente, o tratamento dura um ano. Mas isso demorou a chegar ao Brasil. Somente em 1991 a PQT foi adotada oficialmente aqui.”. SARNO, *op. cit.*, p. 284.

mês, agosto de 1939, os exames bacteriológicos de Pedro Baptista continuavam negativos, os de sua nova esposa encontravam-se positivos. A autorização para o casamento ocorreu em 4 de setembro de 1939, com a observação de que fosse realizada cerimônia religiosa.

Os memorandos de pedidos de visitas (Figura n.º 28) constituíam-se em documentos detalhados nos quais constavam os nomes dos visitantes, o dia e a hora que seria realizada a visita, e no caso do visitante ser doente, o número de seu prontuário.

Figura n.º 28

Secção de doentes:- DCR  
**MEMORANDUM**  
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA  
S. P. L.  
Avenida Dr. Arnaldo, 87      Telefone - 5-7650

N. 2.012

São Paulo, 19 de julho de 1940

Senhor Doutor,

Apresento-lhe VERONICA MASI, .....  
.....  
que tem autorização desta Diretoria para vi-  
sitar domingo, 21-7-1940, ..... o doentes  
aí internados JOSÉ PONS e PEDRO BAPTISTA, .....  
..... proutuariado neste S. P. L.,  
sob n.ºs 11721 e 8537 respectivamente, -

Atenciosamente

.....  
Dr. Nestor Solano Pereira  
Ac Senhor Doutor José Ferreira Gomes  
Diretor-clinico do A.C. Santo Angelo

Memorando n.º  
2.012, de  
19/7/1940,  
prontuário n.º  
8.537, de Pedro  
Baptista.

Fonte: Núcleo de  
Memória da Saúde  
do Instituto de  
Saúde, São Paulo.

O texto dos memorandos era extremamente formal, mas podemos observar algumas características especiais como o uso dos termos e a forma como eram construídas as referências sobre os doentes e as de saudação entre os diretores dos asilos com os do Departamento de Profilaxia da Lepra. Os doentes eram sempre referidos por seu nome e número de prontuário. Toda a transferência de doentes entre os asilos deveria ser autorizada pelo Departamento de Profilaxia da Lepra. E, por último, pode se perceber que entre os anos de 1930 e 1950 a forma de se referir ao leprosário mudou de Asilo-Colônia para Sanatório, pela lei n.º 520, de 10 de dezembro de 1949.

Em 22 de outubro de 1948, o atestado emitido pelo Departamento de Profilaxia da Lepra relatava o histórico da doença de Pedro Baptista e solicitava benefício por invalidez.

Os últimos memorandos referentes à alta definitiva de Pedro Baptista em 1954, relatavam seu processo de transferência para dispensário. Mas, acabou sendo reinternado em Santo Ângelo por “motivos sociais” (*sic.*). No memorando de 27 de abril de 1954, ao trocar informações que organizavam a saída de Pedro Baptista de Santo Ângelo em alta definitiva, o diretor clínico daquele leprosário, dr. Renato Pacheco Braga escreveu:

“Com este, para os devidos fins, apresento a V. S. o Sr. PEDRO BAPTISTA – Pront. 8537, aqui internado, que, de acordo com o ofício n.º 1277/A, obteve a sua transferência para tratamento em Dispensário e vai residir em Suzano, à Travessa da Piedade s/n, ficando sob vigilância dessa Inspetoria Regional.”

Pedro Baptista foi considerado, oficialmente, em inatividade clínica da doença e, no entanto, permaneceria sob a vigilância do Estado.

### 3.2.3 - Documentos que relatavam eventos diretamente ligados à vida pessoal ou social de Pedro Baptista

No prontuário, o primeiro documento com conteúdos referentes à vida pessoal de Pedro Baptista, foi a carta de apresentação do Reverendo A. Romano Filho, da Igreja Metodista Central<sup>232</sup>, situada à rua Liberdade, 119, em São Paulo, dirigida ao dr. Salles Gomes :

---

<sup>232</sup>Existe atualmente, situada na mesma rua, com o n.º 659, no bairro da Liberdade, em São Paulo. <http://www.catedralmetodistasp.org.br>. Acessado em 2/4/2006.

“O portador desta, sr. Pedro Baptista, meu amigo é membro da Igreja Metodista do Brasil, e estava, até há pouco, trabalhando e exercendo o ministério sagrado, em uma de nossas paróquias, quando o Conselho Distrital recomendou-o a um exame médico, visto haver desconfiança em relação a sua saúde. Moço distinto, consagrado, vinha realizando um bom ministério, com aprovação da Igreja e de quantos o conhecem. Tem o curso ginásial e conhecimentos de Teologia o que continua a estudar, de acordo com nossas leis. É pratico de farmácia, mister em que se ocupou por muito tempo, porem, ultimamente trabalhou, uns dez anos em tabelionato de onde veio para o ministério sagrado.”<sup>233</sup>

Esta carta de apresentação descreveu a formação e a vida profissional de Pedro Baptista, confirmando o período em que atuou no ministério como membro da Igreja Metodista. O dr. Francisco Salles Gomes Junior respondeu ao Reverendo Romano informando sobre o diagnóstico da doença e o local de sua internação. Em muitas cartas Pedro Baptista escreveu sobre sua angústia quanto a questão do trabalho. Ele tinha orgulho da sua cultura e educação, e se considerava uma “pessoa de bem”.

A carta do Reverendo Romano confirmou essa curta trajetória como pastor-ajudante da Igreja Metodista. O Reverendo se referiu a Pedro Baptista como “moço distinto, consagrado”, mas não deixou de observar também sobre uma “desconfiança em relação a sua saúde”. Essa desconfiança não foi infundada, por que ao longo do período de sua pregação Pedro Baptista esteve acamado com febres e fortes dores pelo corpo, descrevendo também em suas cartas para a esposa que as manchas começavam a voltar e ele temia fazer novo exame de saúde. A “desconfiança” nos leva também a pensar na eficácia da propaganda que os órgãos de saúde pública paulista começavam a utilizar como estratégia de controle da lepra e que começava a formar no cidadão comum o olhar que controlava a doença no outro.

“As atividades educativas refletiam a corrente vigente em São Paulo, que via no isolamento a única forma de profilaxia. Para tanto, diferentes métodos eram utilizados para a mobilização da população: ‘Utilizar a imprensa, rádio, cinema, gravura – palavra de ordem na luta conta a lepra. A propaganda terá por tema, vulgarizar a educação

---

<sup>233</sup>Documento n.º V do Apêndice n.º 7, folha n.º 4, Prontuário n.º 8.357, Arquivo Estadual de Hanseníase, Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

sanitária: defender a raça, assistir o leproso e erradicar a lepra do Brasil”<sup>234</sup>.

Um outro documento relevante, foi a carta que Pedro Baptista enviou para dr. Francisco Salles Gomes Junior (ver Anexo n.º 2) para informar que já se encontrava refeito do “surto eruptivo” que o levara a ser novamente internado. A carta foi escrita em 14 de maio de 1937. No Asilo-Colônia Pirapitingui e em sua narrativa, Pedro Baptista estabeleceu vínculos pessoais entre ele e o diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, ao solicitar ser novamente colocado sob a sua “generosa proteção”. Essa proteção consistia na retirada do hospital e a indicação para emprego no posto de tratamento que seria aberto em Sorocaba.

O documento n.º XXXVI (ver Apêndice n.º 7) registrou a participação de Pedro Baptista como testemunha na separação de dois internos em Santo Ângelo. Trata-se de uma cópia, pois continha a seguinte observação: “*o original encontra-se arquivado no pront. 34743*”. Esse documento evidenciou como um evento corriqueiro, o de servir como testemunha num processo de separação, também era registrado no prontuário.

Uma informação interessante do acervo pessoal de Pedro Baptista foi recuperada através do prontuário, pelo reconhecimento da assinatura do dr. Renato Pacheco Braga. Ele era o diretor clínico do Asilo-Colônia Santo Ângelo no ano em que a carta foi redigida, 1953. E comunicava a Pedro que mesmo, “todos em Santo Ângelo sentindo sua falta” (sic), ele permaneceria em Cocais, pois seria mais satisfatório para todos que ele lá permanecesse. Pedro Baptista ficou internado no Asilo-Colônia de Cocais entre 26 de janeiro a 22 de maio de 1953. A carta falava também de algo que havia acontecido em Santo Ângelo e que provocara o afastamento de Pedro Baptista daquele leprosário e que ainda não era possível garantir seu retorno, por isso, sugeria sua permanência em Cocais. No entanto, o caso do afastamento não estava explícito no texto.

“É o caso da sua transferência em caráter definitivo para Cocais, até que o tempo aplaine as circunstâncias que determinaram seu afastamento de Sto Ângelo numa época em que mais necessária se tornara a sua presença aqui para assim podermos contar com sua esclarecida inteligência, em desinteressada oportunidade, para a conscientização do nosso programa em prol de Sto Ângelo.

---

<sup>234</sup> XAVIER, M. et alii. “Da propaganda contra a lepra e dos meios eficientes de realizá-la” In Conferencia nacional de Assistência aos Lázarus. Vol.1. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941, pp. 389-391. Apud MONTEIRO, Y, *op. cit.*, p. 218.



Infelizmente, os fatos se precipitaram de tal modo que, sob todos os pontos de vista, principalmente do ponto de vista da sua pessoa que seria objeto das maiores críticas e também até eles chegarem a uma solução, nos parece melhor, a mim e a todos os amigos de “Sto Ângelo”, que seu afastamento do nosso sanatório, embora, e estes são nossos sinceros votos, o tempo possa trabalhar no sentido de que mais cedo v. possa, reabilitado e merecendo o mesmo conceito de todos, voltar ao nosso ‘Sto Ângelo’.”<sup>235</sup>

Os documentos n.º XL e XLI (ver Apêndice n.º 7) elucidaram essa história. Pedro Baptista ajudara na fuga de duas internas do Santo Ângelo e o marido de uma delas queria que fossem tomadas providências quanto à “ultrajante” situação.

O documento n.º XL era uma cópia do original registrado no prontuário de Benedito Domingues, de n.º 19.819, transcrito a seguir:

“Sanatório Santo Ângelo, 9-2-53. – Prezada DD. Conceição – Peço desculpas em vir diretamente trazer (sic.) a seu conhecimento, no fato em que se passa aqui neste Sanatório de 15 de janeiro para cá. Reconheço, que não devia escrever diretamente ao seu programa. Mais em outro lugar até agora não fui atendido, primeiro o Dr. Braga não fez conta da minha queixa. Depois mandei cartas ao Dr. Lauro e para a senhora e não tive resposta e o tempo esta se passando e não sei o que faço. Trago a casa mobiliada como ela deixou, no dia mencionado nesta, minha esposa, JUVENTINA DOMINGUES e uma sua colega IZABEL SANTOS. Fugiram do Sanatório, e foram para um outro hospital, dei queixa ao Dr. Braga, mais ele sendo encabeçado pelo ex-orador sr. PEDRO BAPTISTA, cúmplice, da fuga das mulheres não tomou providências, devidas. Dia 22 do mesmo, ele mandou chamar o Dr. Braga, e contou todo o passado que ele fizera. Primeiro fez umas viagens para Pira, preparou o terreno para que as fugitivas não fossem presas e garantido-as que nada aconteceria para elas e nem eram obrigadas a voltar. Segundo, pediu para darem para ele remoção para Cocais e daí a uns 20 dias, ou logo que secesse (sic.) o movimento, mandaria buscá-las em Pira a Izabel Santos. Terceiro, minha esposa ela arrumou para que ficasse com um tal JOÃO LEITE DE OLIVEIRA, que ele já mandara fugir a dois meses daqui. Este andava de namoro com ela e isto é o que desencaminhou dois lar (sic.),e até o momento oportuno tudo correu as mil maravilhas para eles. O Dr. Braga, sabendo de tudo mandou o carro na mesma noite levá-lo para Cocais como ele pedira. Para que ele ficasse livre de alguma ameaça, mais essa não ouve(sic.), até o momento porque ninguém suspeitara dos homens de lei deste Sanatório. Mais tudo foi

---

<sup>235</sup> Carta de dr. Renato Pacheco Braga para Pedro Baptista. São Paulo, entre janeiro e maio de 1953. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

assim posso prová-lo onde for preciso. Meu primo, seu afilhado Plínio está a par de tudo, e já até mandou uma carta para a senhora. Ele quase que sabe mais do que sobre as sugeiras (sic.) que fazem aqui. Pedi licença pra ir a senhora diretamente mais o Dr, Braga proibiu-me, não me concedendo esta. Meu pedido é só isso quero que a senhora resolva o que devo fazer com a casa e os moveis. E sobre ela quero que ela volte para este Sanatório e receba sua alta, depois proibindo a permanência dela em qualquer hospital. Porque ela é de alta, e não precisa de hospital. E não permitindo que ela fassa (sic.) vida com esse homem, dentro dos Sanatórios de S. Paulo. Ele já é fugitivo daqui e com bastante quichas (sic.) na delegacia. DIAMANTINO SANTOS estando aqui presente também faz o seu pedido, igual ao meu. Peço a senhora se for possível atender-me antes do Carnaval. Sem amis (sic.) nada vos agradeço pedindo as mais sincera desCulpas. Deste que acha-se muito agradecido. Atenciosamente (a) BENEDITO DOMINGUES.<sup>236</sup>

Esta carta nos permite diversas leituras sobre as relações sociais dentro do Asilo. Sem dúvida, Pedro Baptista desfrutava de certo prestígio por ter sido transferido e conseguido escapar da “ameaça que não ouve” (sic.). A insinuação da intimidade de Pedro com a mulher de Benedito fica clara, mas não foi confirmada por outras fontes. Benedito não tem o mesmo acesso às autoridades do Asilo como Pedro, pois reclamou de caminhos que lhe foram negados e privilégios recebidos pelo outro. Acusou sua mulher de “ser de alta”, evento que deveria ser comum nos anos 50 nos asilos, em função de novo tratamento implementado no final dos anos 40 que curava a doença. A carta de Benedito contém erros de português e datilográficos, fato raro nas escritas por Pedro Baptista, que se orgulhava de sua educação e fazia desta um traço de distinção frente a outras pessoas internadas.

Em seqüência, o documento XLI (ver Apêndice n.º 7) deu-se a conhecer a resolução da questão. Em carta enviada ao Dr. Lauro de Souza Lima<sup>237</sup>, diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, dr. Pacheco Braga solicitou a transferência de Benedito Domingues e Diamantino dos Santos para o Sanatório Padre Bento, alegando que o sr. Diamantino dos Santos não toleraria um encontro com Pedro Baptista. Este voltou para Santo Ângelo em 22 de maio de 1953.

Esse evento levantou algumas questões, tais como, a não punição de Pedro Baptista pela ajuda conferida às mulheres que fugiram e a participação do diretor do asilo, dr.

---

<sup>236</sup> Folha n.º 25. Prontuário 8.537. Arquivo Estadual de Hanseníase, Núcleo de Memória do Instituto de Saúde, São Paulo. Os erros de português e datilografia não foram atualizados em função de serem relevantes para análise.

<sup>237</sup> Dr. Lauro de Souza Lima, que foi diretor do Sanatório Padre Bento por mais de 20 anos, no ano de 1953, encontrava-se na direção do Departamento de Profilaxia da Lepra.

Pacheco Braga, na retirada de Pedro Baptista de Santo Ângelo para que não sofresse conseqüências retaliatórias dos maridos que foram abandonados por suas esposas. Dr. Pacheco Braga resolveu a “ameaça” transferindo os doentes e permitindo a volta de Pedro Baptista para Santo Ângelo.

Segundo Yara Monteiro, alguns médicos, mesmo pertencentes às redes institucionais do modelo paulista e trabalharem acreditando na internação compulsória como profilaxia da lepra, ficavam sensibilizados com os dramas pessoais do doente internado, agindo no sentido de resolver pequenas histórias individuais.

A profilaxia da lepra no Estado de São Paulo, em seu objetivo de internar o maior número possível de doentes de lepra, senão “todos”, construiu uma poderosa rede de informações que pormenorizava o cotidiano asilar e, conseqüentemente, a vida do doente internado.

O prontuário ora analisado, nos permite inferir algumas estratégias da intervenção do público na vida privada daqueles que viviam nos leprosários, extremamente característica das instituições totais.

A primeira ação explícita é o controle sobre a liberdade de ir e vir. O item “Observações” demonstrou que havia algumas condições onde o doente podia, com razões específicas, sair e transitar entre os leprosários, tais como: jogos entre as instituições, a participação dos funcionários da Caixa Beneficente em atividades onde a instituição seria representada por eles e situações similares. Eram registradas, também, as transferências, as altas hospitalares e as prisões, fossem na cadeia ou domiciliares. Neste item, era registrado, no caso das mulheres, o nascimento dos filhos e qual encaminhamento foi dado à criança.

Os documentos referentes ao histórico da doença permitem a análise dos tipos de exames e seus resultados, a incidência da forma clínica da lepra, os processos e os critérios de alta. E a intensa comunicação entre as instâncias administrativas, através do memorando, evidencia os nomes que se destacaram e os trâmites institucionais constitutivos das tramas do poder do Departamento de Profilaxia da Lepra.

No registro das cartas enviadas por Pedro Baptista, para a direção da instituição ou do Departamento, podemos identificar o homem culto, cômico de sua posição social e seu capital cultural que, mesmo submetido à instituição, buscava agenciamentos para melhorar sua condição de vida e escapar da condição de estar doente e segregado da sociedade.

### 3.3- Retratos da vida asilar

### 3.3.1- Intensidades fotográficas

“Desejo ter uma lembrança de todos os seres que me são caros no mundo. Não é apenas a semelhança que é preciosa, nesses casos – mas a associação e a sensação de proximidade implicada na coisa [...] o fato de a própria sombra da pessoa que está ali ter sido fixada para sempre! É a própria santificação dos retratos, eu creio – e não é de modo algum monstruoso da minha parte dizer, por mais que meus irmãos protestem de forma tão veemente, que eu preferiria ter um tal monumento de uma pessoa que amei afetosamente a ter a mais nobre obra de um artista jamais produzida.”<sup>238</sup>

Elizabeth Barret, *Carta a Mary Russel Mitford*, 1843.

Para Boris Kossoy a fotografia é um signo à espera de sua desmontagem<sup>239</sup>, pois como objeto, constitui-se pelo que lhe é atribuído, pelo que pode ser interpretado a partir da apreensão do real registrado como imagem fotográfica. A análise iconográfica parte de um primeiro processo descritivo para tornar-se um processo de construções sobre o tema estudado através da fotografia.

No final do século XIX, a cultura visual se fazia presente nos jornais e revistas, contribuindo para que a maioria da população não alfabetizada participasse desse novo saber. A compreensão do mundo através da imagem inseria a população iletrada nos eventos que ocorriam no cotidiano e no mundo. Ser fotografado ensejou novas práticas culturais e possibilitou a auto-representação de grupos sociais que não tinham acesso a serem retratados como queriam, pois a pintura, naquela época enquanto registro da fisionomia, era de custo muito superior ao da fotografia e a tornava prerrogativa da elite.

“A pose é o ponto alto do *mise-en-scène* fotográfico oitocentista, pois nela combinam-se a competência do fotógrafo em controlar a tecnologia fotográfica, a idéia de performance, ligada ao fato de o cliente assumir uma máscara social e a possibilidade de uma forma de expressão adequada aos tempos do telégrafo e do trem a vapor.”<sup>240</sup>

---

<sup>238</sup> BARRET, Elizabeth. *Carta a Mary Russel Mitford, 1843. Apud SONTAG, Susan. Sobre a Fotografia. São Paulo: Companhia das Letras, 2004, [1977], p. 199.*

<sup>239</sup> KOSSOY, Boris. *Realidades e ficções na trama fotográfica. São Paulo: Ateliê Cultural, 2001, p. 143.*

<sup>240</sup> MAUAD, Ana Maria. “Imagem e auto-imagem do 2.º Reinado”. In: NOVAES, Fernando A. (coord.) e ALENCASTRO, Luiz Felipe (org.). *História da Vida Privada no Brasil – Império: a corte e a modernidade nacional. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, pp. 181-232.*

Para Susan Sontag, a proposta fotográfica inovou as experiências do sujeito na sociedade. A construção de sua imagem permitiu sua inserção e permanência no *status quo* representado na fotografia, dando a pessoa uma “*posse imaginária de um passado irreal*”<sup>241</sup>. A fotografia possibilitou não apenas dar a posse de um passado, mas também contribuiu para a posse de um novo espaço a ser ocupado ou onquistado, como em viagens, mudanças, guerras. A autora cita Ansel Adams<sup>242</sup> para dizer que a fotografia não é um acidente, é um conceito. A relevância de uma fotografia se constituiu pelas séries de informações que apresenta, justificando sua existência pelo inventário que realiza<sup>243</sup>. Segundo Susan Sontag, as fotos tornam-se testemunhos e ferramenta de controle vigilância utilizada pelos Estados Modernos. Como exemplo, na questão da vigilância, podemos citar o espaço reservado para fotografia na “Ficha de Observação” dos prontuários dos doentes de lepra registrados pelo Departamento de Profilaxia da Lepra

A análise da coleção de fotos de Pedro Baptista nos permite compreender a imagem que elaborou para si e para a família, ao longo de mais de duas décadas que passou internado.

Nessas séries fotográficas estão retratados amigos, realizações, cerimônias, atuação profissional. As dedicatórias e as inscrições no verso das imagens sinalizam os usos e os caminhos percorridos pela fotografia e o enfoque que o seu autor dava àquela imagem, permitindo analisar as representações sobre si, sobre o asilo, sobre a estrutura hospitalar, sobre o fato de estar internado. O tempo surge como elemento lento e cotidiano, preenchido por atividades lúdicas, intelectuais e profissionais, uma vida possível mesmo “marcada pelo infortúnio”.

Serão apresentados dois conjuntos de fotografias. O primeiro, retratando a permanência de Pedro no Asilo-Colônia Pirapitingui, onde viveu o seu primeiro momento de internação e o segundo conjunto, composto pelas fotografias enviadas do Asilo-Colônia Santo Ângelo, onde residiu por mais tempo.

As fotos são extremamente performáticas, inspiradas ainda na pose oitocentista, na intenção de significar a realidade do asilo com representações que negassem a instituição do leprosário e a condição social que o período em que Pedro Baptista viveu lhe impôs: a de leproso. O acervo se compõe por mais de 200 fotografias. As fotografias foram

---

<sup>241</sup> SONTAG, S., *op. cit.*, p.19.

<sup>242</sup> Fotógrafo norte-americano, morreu com 82 anos em 1984, foi precursor em fotos panorâmicas do oeste dos Estados Unidos e na transformação da fotografia numa expressão artística, ganhou diversos prêmios ao longo de sua vida profissional.

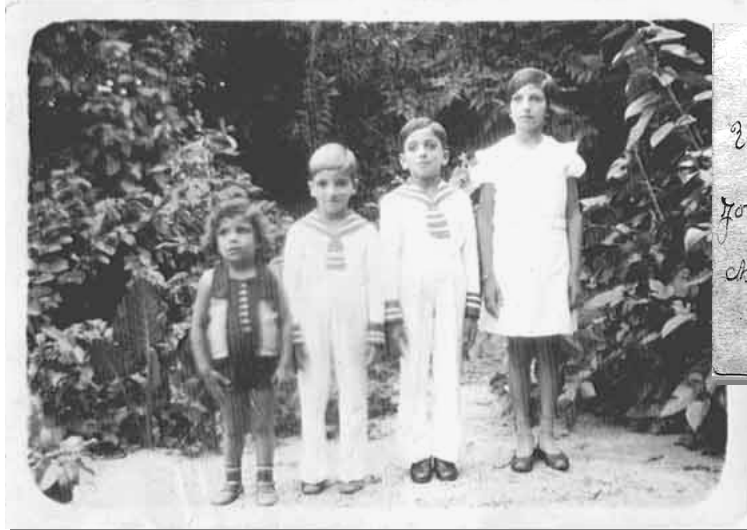
<sup>243</sup> “As imagens que mobilizam a consciência estão sempre ligadas a determinada situação histórica. Quanto mais genéricas forem, menor a probabilidade de serem eficazes.” SONTAG, S., *op. cit.*, p. 27.

selecionadas de acordo com os temas abordados na dissertação, como por exemplo, arquitetura, eventos comemorativos, inaugurações, relações pessoais. Chamaram atenção a quantidade de fotos de crianças, de atividades esportivas e retratos de Pedro Baptista.

Para a contextualização das fotografias, foram utilizadas as cartas e as inscrições nos versos. Nem sempre é possível saber em qual carta a foto foi enviada, mas os eventos narrados na correspondência muito contribuíram para identificar o contexto de diversas imagens.

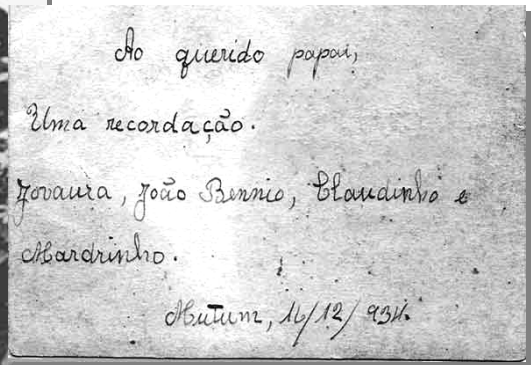
Pedro Baptista tanto enviava quanto solicitava fotos de sua esposa e filhos, os “retratinhos” como chamava (Figuras n.º 29 a 34). Algumas retornaram para o acervo da família após a sua morte e as dedicatórias no verso mostraram como o pai internado acompanhou o crescimento dos filhos por meio da fotografia.

Figura n.º 29



Os filhos, na época da internação de Pedro Baptista, da esquerda para a direita: Mardro, 4 anos, Cláudio, 5, João Bennio, 7, Jovaura, 10. Na carta de 22 de janeiro de 1935, enviada por Pedro Baptista à sua esposa, falou do recebimento desta fotografia.

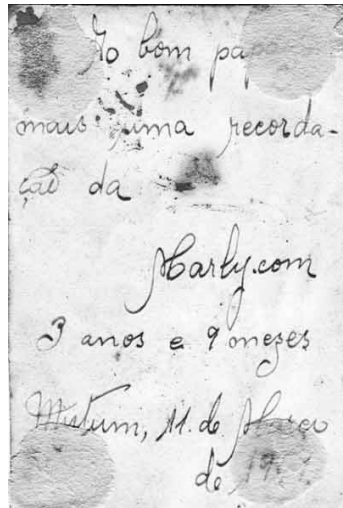
Figura n.º 30



“Ao querido papai, uma recordação. Jovaura, João Bennio, Claudinho e Mardrinho. Mutum, 16/12/1934.”

Figura n.º 31

“Ao bom papaizinho mais uma recordação da Marly com 3 anos e 9 meses. Mutum, 11 de Março de 1941.”



Pedro Baptista conheceu esta filha somente por fotografia.

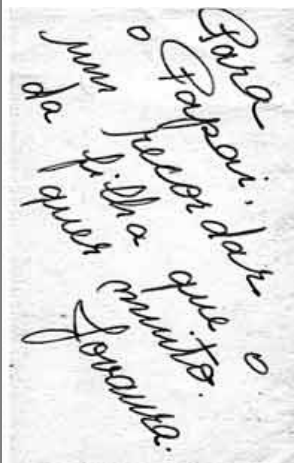
Figura n.º 32



Figura n.º 33



Figura n.º 34



“Para o Papai um recordar da filha que o quer muito, Jovaura.”  
A filha mais velha, Jovaura, aproximadamente, aos 20 anos.

### 3.3.2 – Asilo-Colônia Pirapitingui

Pedro Baptista viveu seu primeiro período de internação no Asilo-Colônia Pirapitingui, por volta de um ano e meio. Nesse período, as autoridades máximas no asilo eram o diretor clínico, dr. Marcello Guimarães Leite, e o médico dermatologista, dr. Argemiro R. de Souza. Acima do asilo a autoridade máxima era dr. Francisco Salles Gomes Junior. Esta tríade regia a vida do internado, procurando controlá-lo dentro e fora da na instância asilar.

Em 1934, ano da internação de Pedro Baptista, o censo realizado no mês de maio contabilizou: 1.234 internos, sendo 754 homens, 427 mulheres, 32 meninos e 30 meninas<sup>244</sup>.

Na primeira carta enviada por Pedro de Pirapitingui, cinco dias após sua internação, além de informações sobre seu estado de saúde e exames realizados, ele informava que “*os crentes exultaram com a minha vinda. Se Deus quiser, continuarei aqui a grande obra da pregação do Evangelho.*” E essa idéia da continuidade da vida evangélica permaneceu nesse primeiro momento de internação. Pedro Baptista continuou construindo sua imagem de orador, como se auto-refere e, posteriormente, em seu prontuário no documento n.º XL (ver Apêndice n.º 7), em documento datado de uma data posterior, foi denominado como o “*ex-orador Pedro Baptista*”.

Diversas personagens e relações foram sendo apresentadas através das cartas e das fotos. Essa prática da apresentação permitiu identificar nomes, lugares, datas, posições sociais e políticas, atividades culturais e institucionais, construção de pavilhões, enfim, o cotidiano da vida asilar de Pedro Baptista.

A primeira relação que Pedro destacou nas cartas foi a estabelecida com o diretor do asilo, dr. Marcello Guimarães Leite (Figura n.º 35). Descreveu-o como atencioso e educado, médico criterioso e culto. A expectativa de Pedro era a de arranjar uma ocupação dentro do asilo e o dr. Marcello poderia possibilitar um emprego, uma vez que cabia ao diretor a indicação para diversos cargos e ocupações que eram realizadas pelos doentes internados em boas condições de saúde, como por exemplo, trabalhar na enfermagem do asilo. Podemos observar que Pedro não se identificou com o estigma imposto ao leproso segregado. Reconstruiu o evento da doença pela sua inserção nas redes de poder do asilo, destacando como tanto doentes, médicos, visitantes e membros religiosos de crenças diferentes da sua sempre o prezavam e admiravam.

---

<sup>244</sup> MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p.202.



“A dedicação e os carinhos do Dr. Marcello e seus companheiros clínicos são já um meio tratamento. Ademais, estou sendo alvo de especial atenção do diretor, Dr. Marcello, que espera me aproveitar. Sou querido de todos os asilados. Tenho falado várias vezes e em geral agrado. Quando assumo a tribuna para fazer um discurso é sob salvas de palmas que se sucedem ao terminar. Dominei o espírito público. Tudo isto são bênçãos de Deus. Glória a Jesus!”<sup>245</sup>

Figura n.º 35



Inscrição no verso da foto:

“Grupo de pessoas de saúde. O Dr. Marcello, diretor do asilo (de branco, gorro e luto) [faixa preta na lapela] ao lado de visitantes de Itú e que muito me prezam, apesar de católicos romanos. 1/11/35. Pedro Baptista”

Outra relação privilegiada por Pedro na instituição asilar foi com o presidente da Caixa Beneficente, Mário Azevedo (Figura n.º 36 e 37). Os candidatos à presidência da Caixa eram indicados pelo diretor do asilo, mas a escolha era realizada pelos doentes, por meio de eleição. Pedro Baptista foi indicado para secretário da Caixa Beneficente, ele e Mario tornaram-se amigos e várias fotos foram enviadas demonstrando essa amizade. O falecimento de Mario em 28 de julho de 1935 (Figuras n.º 38 e 39), teve grande significado para Pedro, que enviou fotos deste fato para a família e, além disso, por ter sido indicado seu substituto na presidência da Caixa, até as novas eleições serem realizadas em 19 de outubro do mesmo ano. Serão reproduzidas a seguir fotos da inauguração da torrefação de café e dos funerais de Mario. A foto da procissão em direção ao cemitério é absolutamente panorâmica nos possibilitando

<sup>245</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Pirapitingui, 15 de janeiro de 1935. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

entender não só a imensa extensão geográfica do asilo, como também as grandes distâncias a serem percorridas no cotidiano e a solenidade do evento.

Figura n.º 36

No dia em que inauguramos a torrefação de café da C.B., vendo-se da esquerda:(de capote) Mario Azevedo, poeta e litterato, Presidente da C.B., Carlos (um internado e sacristão da Matriz; Raphael Vanni, pintor; Pedro Baptista, secretario da C.B.; Padre Antonio Telesphoro, vigario do Asilo; (em sua frente) um internadinho que o Padre tem em casa; Evaristo Alves, Prefeito do Asilo; Silvio Netto, Chefe dos Escriptorios da C.B. e um dos meus melhores amigos aqui; finalmente o Lorena, Chefe do Almojarifado da Colonia.

Figura n.º 37



A inscrição no verso da foto registrou os diversos cargos ocupados pelos doentes.

A data da inauguração não foi enviada, mas ocorreu entre janeiro e julho de 1935.

Figura n.º 38



Figura n.º 39



“Funerais do Mário. O enterro saindo da casa onde ele morava.”

“Funerais do Mário 28/7/35. Em caminho do cemitério. Eu estou na cabeceira do caixão.”

A foto da procissão fúnebre nos revela a imensidão de Pirapitingui. Ao fundo a igreja e logo a seguir os pavilhões chamados “Carville”, de habitação coletiva separado para homens, mulheres e crianças. Em seguida, um conjunto de casas. A rua por onde a procissão caminha divide o asilo: de um lado, nitidamente a zona doente, do outro a zona hospitalar e administrativa.

Um evento peculiar registrado foi a cirurgia de apêndice a qual Pedro Baptista foi submetido em 9 de outubro de 1935 (Figuras n.º 40 e 41). Pedro descreveu minuciosamente o procedimento. Na véspera da cirurgia fez jejum e “tomou purgante” (*sic.*) e na noite de 8 de outubro se dirigiu para o pavilhão do hospital. Foi operado pelo dr. Marcelo e o médico assistente, dr. Camargo, sendo acompanhado por mais três enfermeiros, que realizaram um corte de cinco centímetros do lado direito e o paciente voltou dormindo para o quarto. Pedro relatou que “*havia uma ansiedade para que acordasse, pois as visitas sucediam-se, até o padre, doente e acamado, mandava saber de mim.*”. Pedro observou o uso de bolsa de gelo sobre a cicatriz, talvez uma medida profilática para infecção, pois nesse período o antibiótico ainda não havia sido sintetizado. Obteve alta no dia 17 de outubro e informou que estava voltando para sua casa, o que indica que não morava nos pavilhões coletivos, ou morava e não queria assumir. Enviou uma foto dele na véspera da cirurgia e outra sendo operado.

Figura n.º 40 e 41

“Fotografia tirada na véspera da minha cirurgia. 8/X/35.”



Podemos observar as grandes janelas da sala de cirurgia utilizadas para a iluminação, para onde a maca esta voltada. As luvas de borracha utilizadas pelos médicos prendem as mangas do jaleco, entretanto a enfermeira não as utiliza. A máscara do médico cirurgião não está cobrindo o nariz, o que o faz respirar diretamente sobre a incisão.

Este retrato de Pedro Baptista foi realizado diante de um cenário. Está assinado pelo fotógrafo – A. Janson, a cabeça está ligeiramente erguida e os sapatos de tão lustrosos, refletem luz na fotografia. Ana Mauad analisou características semelhantes na construção da auto-imagem oitocentista. O cenário mostra uma varanda por onde se contempla uma ampla enseada. A imagem é uma amarga ironia confrontada com o cotidiano numa instituição total da qual não se tem a menor perspectiva de saída.

Nos retratos do período que viveu em Pirapitingui, há sempre uma pose, construindo uma imagem de potência e destaque nas novas redes sociais em que havia sido inserido.

No dia 19 de outubro de 1935, dois dias após a cirurgia, dr. Marcelo indicou dois nomes para concorrerem à eleição da presidência da Caixa Beneficente. Na carta de 20 de novembro, Pedro Baptista informou sua vitória por 482 votos a 118. Nesta carta relata minuciosamente a posse da presidência no dia 15 de novembro e expõe o conflito de sentir-se bem e vitorioso com a condição da doença e de internado. Comenta que as festas, relatadas como contínuas e realizadas para “*amenizar o sofrimento*”, traziam a ele tristezas por não destruir a saúde. Informa que estava mandando mais fotos de Pirapitingui e pedia a descrição das atividades diárias de seus filhos. Anexa à carta, seguiam as fotografias e duas folhas datilografadas com o “*programa da festa da posse solene do Presidente Pedro Baptista – 15 de Novembro*”.

Este programa da festa da posse foi apresentado de acordo com os horários e cerimônias. As festividades se iniciaram às oito horas da manhã com missa cantada e, às nove, no cassino, a esposa do dr. Marcelo, Áurea Guimarães Leite, entregou a bandeira do Grêmio Esportivo da Caixa Beneficente do qual dr. Marcelo era paraninfo, ao novo presidente. D. Áurea foi saudada pela representante das internadas do sexo feminino, srta. Milena Pandovani. O Grêmio Esportivo era um grande promotor de eventos no asilo. São inúmeras as fotos de times masculinos, femininos ou infantis de futebol, cestobol, vôlei, entre outros jogos. Os campeonatos ocorriam entre os times dos cinco leprosários, que compunham a rede asilar paulista. A cerimônia da entrega das bandeiras terminou com um desfile dos esportistas acompanhados pela banda musical. A participação na cerimônia da representante das internadas conferiu lugar de destaque à participação dos doentes no evento. Os times internos levavam os nomes de seus treinadores, por exemplo, seguindo as comemorações da posse, às 17 horas ocorreu o jogo de cestoból.

A posse ocorreu no cassino, às 20 horas, com a participação intensa da banda de música, toda composta por doentes internados, que a cada etapa da posse tocava repiques longos e curtos, além de executar o hino nacional duas vezes: no início da comemoração e no seu encerramento. A cerimônia de posse foi presidida pelo dr. Marcelo, sendo orador o sr. Nelson Lagatta, delegado do departamento de ensino do Asilo-Colônia Pirapitingui. Ao terminar de apresentar o programa, Pedro Baptista fez o seguinte comentário: “*Por aqui podes ver que foi soleníssima minha posse. Não faltaram palmas e vivas entremeando os discursos. Quando eu fui para a tribuna do lado da mesa que presidia a sessão, fui entre ruidosa aclamação.*”<sup>1</sup>

### 3.3.2.1. A presença das crianças

Há várias séries de fotos com crianças. Comemorações do encerramento das aulas, times esportivos, baile infantil, crianças em salas de aula, as crianças que eram as suas prediletas, crianças em desfile por ocasião das visitas das senhoras de Sorocaba, crianças brincando no açude, datas comemorativas como, por exemplo, o Natal. No censo de maio de 1934 foram registradas 62 crianças internadas em Pirapitingui.

Para Boris Kossoy, os temas registrados nas fotos atravessam os tempos e são descobertos por olhares desconhecidos em terras distantes: “*objetos materiais e sombras, raios de luz, expressões humanas, por vezes crianças, hoje mais que centenárias, que se mantiveram crianças.*”<sup>246</sup>. Há nas fotos certa melancolia. As inscrições no verso são um tanto trágicas, ou com palavras que denotam alguma displicência sobre o evento, mas que denunciam uma marca de estranhamento sobre o fato de viverem crianças naquele ambiente. Uma divisão sempre presente nas fotografias das crianças é a de gênero (Figuras n.º 42 e 43). Poucas são as fotos que mesclam meninas e meninos, em geral são grupos de um ou de outro sexo. Para o mesmo evento, como uma tarde no açude, tem-se duas fotos, uma de cada grupo.

Figura n.º 42



Figura n.º 43



Não foi encontrado, durante a pesquisa, um regulamento específico para o tratamento das crianças internadas, apenas para as que ali nasciam e dos locais que cuidavam das crianças sadias filhas de leprosos. Em geral, as crianças doentes internadas nos leprosários estavam submetidas as mesmas regras e tratamento dos doentes adultos. Nos livros com fotografias de doentes do Núcleo de Memória da Saúde, do Instituto de

<sup>246</sup> KOSSOY, *op. cit.*, p. 137.

Saúde, existem fotos mostrando lesões em crianças, assim como a foto de uma criança com poucos meses de vida, ainda no colo, com uma mancha no couro cabeludo, o rosto da pessoa que a segurava não foi mostrado.

Das fotos enviadas por Pedro Baptista mostrando as crianças internadas destaco duas. A primeira delas, a de Ditinho, em cuja inscrição Pedro o chamou de “*a criança que não ri*” (Figura n.º 44); e a segunda, a que retrata um grupo de meninas, segurando letras que formam a palavra “Brasil” (Figura n.º 45). Esta foto é “*talismânica*”<sup>247</sup>, nas palavras de Susan Sontag, por representar a complexidade do que foi o período da internação compulsória no Estado de São Paulo, no cumprimento de seu ideal cívico de internar todos os contaminados, para eliminar a lepra do estado e continuar sendo exemplo para o resto do país.

Talvez pela saudade que sentisse dos filhos, ou o apelo emocional que crianças doentes internadas sozinhas no leprosário poderiam lhe suscitar, as fotografias são, de fato, impressionantes. Segundo Yara Monteiro, para a maioria das crianças internadas nos leprosários, a vida ocorria sob as mesmas regras e rotinas determinadas pela instituição a qualquer doente internado, para fins do tratamento não havia as tradicionais divisões de sexo ou idade. Algumas crianças eram “*adotadas*” nos asilos por famílias que também haviam sido separadas de seus filhos, o que poderia ser reconfortante para ambas as situações, mas não resolvia o drama da criança internada. Pedro Baptista exemplificou esse processo com a história de “*Ditinho, o menino que não ri.*”

“...algumas famílias acabavam adotando crianças do próprio bloco, então eles passavam a assumir essas crianças, eram famílias da colônia. Então algumas crianças não eram escolhidas por ninguém, então a gente percebia que elas ficavam complexadas por que elas não eram escolhidas por ninguém.”<sup>248</sup>

---

<sup>247</sup> “A foto do amante escondida na carteira de uma mulher casada, o cartaz de um astro do rock pregado acima da cama de um adolescente, o broche de campanha, com o rosto do político, pregado ao paletó de um eleitor, as fotos dos filhos de um motorista de táxi coladas no painel de um carro – todos esses usos talismânicos das fotos exprimem uma emoção sentimental e um sentimento implicitamente mágico: são tentativas de contatar ou de pleitear outra realidade.” SONTAG, S., *op. cit.*, p. 27.

<sup>248</sup> Depoimento gravado com Wallace Pereira, em 28 de novembro de 1994. *Apud* MONTEIRO, Y., *op. cit.*, P. 248.

Figura n.º 44



No verso da foto havia duas inscrições:

*“‘Ditinho’, a criança que não ri, entre as menores garotinhas internadas em Pirapitingui. Mesmo entre ‘elas’ ele é sisudo!” 4/2/36.*

*“Ditinho – mascote do esporte e da banda musical. Admirado pela permanente cara fechada. Ainda não houve quem o visse rir. O mais que tem feito é esboçar um leve sorriso e resmungar.”*

Figura n.º 45



Meninas internadas em Pirapitingui, ano de 1936.



### 3.3.2.2 – Pedro Baptista, presidente.

A permanência de Pedro Baptista na presidência da Caixa Beneficente foi extremamente valorizada através da fotografia. Uma série importante foi a documentação da construção do pavilhão evangélico, desde o estudo da planta, ainda em junho de 1935, até a sua conclusão, no ano de 1936; as obras foram fiscalizadas pelo Reverendo Borchers, da Igreja de Campinas. Enquanto Pedro foi presidente, as inscrições nas fotos, vinha com sua assinatura e a indicação do cargo ocupado.

Pedro enviava as fotos que mostravam sua capacidade profissional e a posição social ocupada. Em uma foto sem data, mostrou-se montado a cavalo acompanhado do secretário da Caixa Beneficente, partindo para vistoriar os trabalhos agrícolas. Diversas fotografias o mostravam discursando. Enviou, também, a foto da comemoração do seu próprio aniversário do ano de 1936, comentando na carta que “*a diretoria da Caixa lhe ofereceu um banquete de 50 talheres*”.

Figura n.º 46



“Em 5 de janeiro de 1936, os internados do A. C. Pirapitingui, prestaram significativas homenagens ao Padre Telesphoro, doente e pároco do Asilo, pelo seu aniversário natalício. Após a missa solene o povo se reuniu em frente à Igreja e nessa hora o Presidente Baptista saudou-o em improviso pelos internados. Este retrato mostra esse ato no momento em que o orador falava. Ao lado está a menina Risoleta, de branco, empunhando um presente que a caixa fez ao aniversariante e lhe foi entregue depois da saudação.”  
Este texto foi datilografado e de forma manuscrita foi acrescentado: “Havia presente nesse ato umas 500 pessoas e inúmeras visitas”.

Figura n.º 47



“A recepção da noite de 29-6-936. Discursos, flores e um lindo terno de casimira.” Pedro.

Pedro se encontra em pé, à direita da foto. A banda está preparada para tocar e as pessoas estão muito bem vestidas.

### 3.3.2.3– A arquitetura da igreja

A igreja era o elemento arquitetônico dominante no cenário de Pirapitingui (Figuras n.º 48 a 53). Imponente e magistral podia ser vista de qualquer ponto do asilo, sendo facilmente reconhecida em qualquer foto panorâmica da colônia. Foram enviadas muitas fotografias da igreja, tanto da fachada quanto de seu interior, assim como diversos eventos que ocorriam em torno dela, como os desfiles ou das fotos dos times esportivos. Pedro Baptista relatou que o padre, nesse período, também era doente. Nas cerimônias importantes a missa das oito horas, sempre abria o evento. Em diversas cartas, Pedro explicava sua consideração pelos católicos romanos, pela importância social em participar desses eventos, mesmo ele sendo metodista.

Segundo Ivone Marques Dias, a lepra é uma doença que gerou atitudes antagônicas por parte da igreja<sup>249</sup>. Por um lado, o doente é o objeto perfeito da caridade, necessita ser cuidado e encaminhado para a retidão para participar da graça divina perdida com a doença. Por outro lado, as instituições dos rituais de exclusão construíram o lugar do leproso como pária na cultura ocidental, provocando medo e horror na relação com o doente. O leproso era um ser amaldiçoado e condenado pelo divino. A autora relata algumas histórias de doentes da nobreza medieval, mas termina afirmando que: *“O leproso que nos interessa é aquele que ameaça porque, se não fosse isolado, viveria simbioticamente na altíssima densidade demográfica das cidades de então (intramuros), portanto contagiando, aterrorizando...”*<sup>250</sup>.

Corroborando essa idéia, Yara Monteiro e Orestes Diniz afirmam que a profilaxia da lepra no Estado de São Paulo, nas práticas sociais do isolamento compulsório, apesar de ocorrer após o advento da bacteriologia e do extenso desenvolvimento de pesquisa médica sobre a doença, lembravam elementos do imaginário medieval, pois além da segregação, como nos rituais fúnebres medievais, o leproso era simbolicamente considerado “morto social”.

“São tocantes os dados que nos chegaram sobre os cruéis procedimentos de denúncias, de diagnósticos, de sepultamentos simulados, para em certas partes da Europa formalizar o ato de exclusão social, enfim, do reenquadramento dos doentes em novas realidades, quer seja de leprosários, quer seja de itinerantes esmoleiros preanunciados por matracas barulhentas. Essa lepra horrenda, como horrendas foram as representações iconográficas da morte no “outono da Idade Média”, faz parte das crônicas medievais com uma frequência incalculavelmente grande. (...) tão chocante aos olhos e a sensibilidade, que favoreceu uma gama de usos metafóricos e

---

<sup>249</sup> DIAS, I., *op. cit.*, p. 106.

<sup>250</sup> *Ibid*, p. 107.

incandesceu o imaginário coletivo de todas as gentes da Idade Média.”<sup>251</sup>

Apesar de relevante, a análise da posição antagônica da igreja cristã ocidental frente ao leproso não será desenvolvida nesta dissertação, pois por si seria tema para uma pesquisa, mas a sua complexidade não poderia deixar de ser observada e nem de ser proposta a sua discussão de maneira breve.

Figura n.º 48



Figura n.º 49



Figura n.º 50



A igreja era uma referência visual no terreno e lugar social privilegiado para a concentração da comunidade doente. As solenidades sempre começavam com missa. Era também cenário para fotografia.

Figura n.º 51



Desfile da banda de música, todos doentes internados.

Figura n.º 53



Time de futebol infanto-juvenil.

Figura n.º 52



Podemos observar na porta da igreja um grupo de médicos, cercados pela multidão. O carro estacionado indica também uma visita ilustre.

### 3.3.3- Asilo-Colônia Santo Ângelo

Poucas cartas e fotografias para sua esposa foram preservadas do período de internação de Pedro Baptista em Santo Ângelo: apenas três cartas e dois cartões postais enviados para os filhos, pela passagem do ano novo e o aniversário dos mais novos. Há uma série de fotografias do dia 19 de junho de 1949 e uma foto em 1953, dedicada a ele. Sobre a arquitetura de Santo Ângelo foi preservada uma foto, sem data ou inscrição no verso. Além dessas fotos, foram enviados também alguns retratos de Pedro desse período.

A única foto da arquitetura de Santo Ângelo foi identificada a partir do documentário “Os Melhores Anos de Nossas Vidas”, de Andréa Pasquini, realizado em 2002. Um de seus depoentes, sr. Deodorando, internado quando jovem, relatou que o início da sua vida asilar foi marcada por muita insubordinação, quando fugia ou desacatava as autoridades do asilo, ia sempre para a cadeia. Até que um dia, o diretor do asilo o levou pela mão e apontou a escultura de um leão (Figura n.º 54), dizendo-lhe que este só sairia de Santo Ângelo no dia que aquele leão rugisse.

Essa história concentra todo o repertório da internação compulsória em São Paulo. O fechamento da instituição total, a ação policial sobre os fugitivos, as medidas disciplinares, o poder concentrado nas mãos do diretor do asilo, o doente que não se submete à intervenção pública proposta na profilaxia de sua doença, a ausência de esperança na saída da vida asilar. O sr. Deodorando é ex-paciente de lepra e, no momento da entrevista em 2002, vivia na comunidade remanescente do Asilo-Colônia Santo Ângelo, no atual Hospital Dr. Arnaldo P. Cavalcanti, em Jundiapéba, Mogi das Cruzes, São Paulo.

Figura n.º 54

Podemos observar a semelhança entre a fisionomia do leão e das doentes que desenvolveram o *facies leonino*, característico da doença.



A série de fotografias do dia 19 de junho de 1949 retrata o encontro de amigos num dia de domingo, reunindo pessoas “de saúde” e doentes e apresentou os animais de estimação de Pedro Baptista para seus filhos. Essa série de fotografias se une a uma única foto de 1953 e compõe informações sobre a conversão de Pedro Baptista ao espiritismo, a partir de seu relacionamento com o médium Chico Xavier. Segundo o depoimento de Cláudio Néri<sup>252</sup>, filho de Pedro Baptista, seu pai teria participado da fundação da primeira igreja espírita no leprosário. Desconhecendo a ritualística e a instituição espírita não saberia dizer como são organizados seus núcleos de encontros ou como eram denominados, se o termo igreja seria correto. Também não foi possível averiguar a história dessa “fundação” nos registros históricos sobre Santo Ângelo consultados para esta pesquisa. Dessa afirmação posso entender a busca emocional, intelectual e espiritual de Pedro.

Na inscrição da fotografia de 1953, Chico Xavier chamou Pedro de “irmão querido”, denotando intimidade e afeto, a dedicatória foi assinada por ele e por Júlia, também retratada na foto (Figura n.º 58 e 59). Na série de fotografias de 1949, Júlia estava presente e foi chamada de “mensageira do bem” por Pedro (Figuras n.º 55 a 57), que se denominou seu irmão em Cristo. A posição que Júlia ocupava nestas fotografias denotou distinção, mostrou-a como uma visita a qual todos cercavam, tiravam fotos, faziam-se referências. O cenário da foto foi a frente de uma casa com várias pessoas presentes. Pedro Baptista se encontrava com 51 anos de idade e a doença já havia deixado algumas marcas, como por exemplo, as mãos em garra. O terno não estava impecável, como nas fotos de seu primeiro período de internação, parecia estar desajustado ao seu tamanho.

O processo de aceitação por Pedro Baptista de estar doente de lepra foi longo, quase dois anos de diagnósticos errados ou não, o fizeram abandonar o tratamento para dedicar-se à vida religiosa. A religião exerceu o papel de fio condutor de sua saúde emocional e mental, pois diversas vezes mencionou que se não fosse sua fé teria colocado fim à vida. Era fiel ao hábito da leitura, comentando que só parava quando sabia ter que “poupar as vistas”, era extremamente míope e, posteriormente, a doença afetou um de seus olhos. A religião metodista reuniu elementos que lhe eram essenciais, cultura, convivência com o público, lugar de destaque na comunidade e o discurso sobre sua doença, explicando-a como parte de algum plano divino traçado para ele. No próximo

---

<sup>252</sup> Entrevista gravada em 27 de agosto de 2005, em Belo Horizonte.

item deste capítulo, será discutida a experiência da doença de Pedro Baptista e as estratégias que ele utilizou para sobreviver emocional, intelectual e fisicamente ao se descobrir leproso.

Figura n.º 55



“Julinha, mensageira do bem entre seus irmão em cristo. Pedro e Artur. 19/6/49.”

As mãos em garras são visíveis nessas fotografias. Além da foto do gatinho, mandou a de um pastor alemão chamando “Jockei”.

Figura n.º 56



“Chaninho, o gatinho na expectativa de um bom bocado... 19/6/49.”

Figura n.º 57

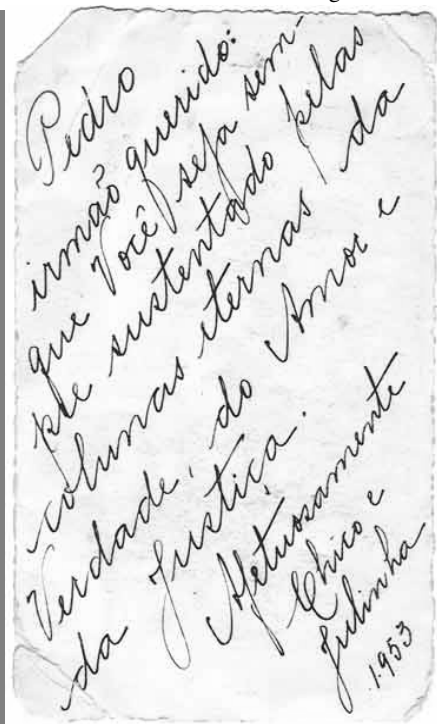


“Papai, Artur, Julinha, d. Záira, Hermínio (doente) e d. Augusta, posando a meu pedido.”

Figura n.º 58



Figura n.º 59



A dedicatória de Chico Xavier para Pedro é carinhosa. Entretanto, não foi possível confirmar a opção religiosa de Pedro neste período. Na única carta do ano de 1953 para sua esposa, o discurso religioso cristão estava presente, inclusive com citações de um trecho da bíblia sobre amor filial.

### 3.4 – Narrativa da doença de Pedro Baptista

*Próspero.*- Meu projeto vai, agora, chegando ao ponto final. Meus encantos não perdem o poder; meus espíritos obedecem e o tempo carrega seu fardo com a cabeça erguida. Em que hora estamos?

*Ariel.*- Na hora sexta, senhor, aquela em que segundo me disseste, terminariam nossos trabalhos.

*Próspero.*- Realmente, assim disse, quando desencadeei a tempestade. Dize-me, meu gênio, como estão passando o rei e seus companheiros?

*Ariel.*- Estão guardados juntos, como me ordenaste e no mesmo estado em que os deixaste: todos, prisioneiros, senhor, no bosque de tílias que protege tua gruta das intempéries. Não lhes é possível libertarem-se a não ser que lhes dê a liberdade. O rei, seu irmão e o teu estão os três enlouquecidos e os outros, desolados por causa deles, transbordam de consternação dolorosa; mas, principalmente aquele que chamaste o bom velho Senhor Gonçalo, suas lágrimas correm pelas barbas como a chuva de inverno goteja de cornijas de colmos. Numa palavra: teus feitiços agiram de tal modo sobre eles que, se agora os contemplares, sentirás pena deles.

*Próspero.*- Pensas assim, espírito?

*Ariel.*- Se fosse humano, teria pena deles.<sup>253</sup>

William Shakespeare, *A Tempestade*.

Para Paulo César B. Alves e Mirian M. Rabelo, o primeiro elemento afetado na experiência da enfermidade é o corpo; e o indivíduo doente precisa entender e transformar sua percepção de mal estar individual num conceito socialmente aceito<sup>254</sup>. A partir dessa representação, a doença se constitui pelas relações entre o doente e os indivíduos, os grupos e as instituições que o cercam, afirmando-se como realidade social construída. Inserido nestas relações, o doente constrói narrativas que elaboram, significam a experiência da enfermidade para si e para outros. Os autores afirmam que uma tarefa importante da antropologia da saúde é estudar a experiência subjetiva do adoecimento entendendo-a como realidade social legitimada e reconhecida. Eles utilizam a metáfora como instrumento de análise para compreender uma forma de significação não intelectual da experiência da doença, “*um engajamento do sujeito-corpo*”.

---

<sup>253</sup> SHAKESPEARE, William. “A Tempestade”. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Aguilar, 1988 [1969], pp. 911-963.

<sup>254</sup> RABELO, Mirian Cristina M. e ALVES, Paulo César B.. “Significação e Metáfora na Experiência da Enfermidade” In: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e SOUZA, Iara Maria A. (orgs.). *Experiência da Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: FGV, 1999, P. 171-185.



“Evocadas na análise de d. Firmina encontram-se as imagens que expressam o envolvimento de um sujeito/corpo na situação de aflição. Entretanto, essas imagens não consistem apenas em recursos lingüísticos utilizados para adicionar uma forma ou significação dos recursos vividos: antes de fazer parte de um texto elaborado após a conclusão do drama real, as imagens (ou talvez outro conjunto delas) fizeram parte do própria drama, ou melhor, do processo de significação que se desenrola no curso mesmo da experiência.(...) a metáfora revela e traduz um modo de significação ou compreensão não intelectual, que é antes de um engajamento do sujeito-corpo na narrativa de cura constitutiva do projeto pentecostal, do que uma reflexão *a posteriori* sobre tal processo.”<sup>255</sup>

Uma metáfora utilizada por Pedro Baptista ao longo das cartas enviadas a sua esposa foi associar seu adoecimento á idéia de tempestade. Nos textos onde não utilizava a imagem da tempestade, afirmava que a bonança viria e que sempre “Deus proverá”.

Os elementos presentes na imagem da tempestade como evento meteorológico, são chuvas torrenciais, raios, ventos que geram uma alteração violenta da atmosfera, seja em ambientes urbanos ou rurais. De maneira figurada é utilizada para agitação moral ou grande perturbação. No entanto, o importante a observar nesta metáfora é a clara intervenção externa que alterou por completo a “atmosfera” da vida de Pedro Baptista.

“Não fora minha fé em Deus, eu não resistiria. Deus porém, tem me abençoado e n’Ele deponho minhas esperanças. Depois da tempestade virá a bonança.”<sup>256</sup>

“Sem mais, continuando a esperar cartas tuas, o único lenitivo que podes oferecer... aqui estou encarando impávido e destemorosa mente esta tempestade que se desencadeia sobre minha vida.”<sup>257</sup>

Entre a primeira e a segunda citação acima há o espaço de menos de um ano. Se na primeira Pedro esperava a bonança, na segunda, afirmou ainda enfrentar a “tempestade que se desencadeia” sobre a sua vida.

Nas narrativas sobre sua vida profissional, por exemplo, enaltecia sua competência enquanto trabalhador de diferentes formas. A primeira delas, como pastor, cujo

---

<sup>255</sup> *Ibid*, p. 182.

<sup>256</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Pirapitingui, 12 de fevereiro de 1935. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

<sup>257</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Pirapitingui, 10 de janeiro de 1936. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

provisionamento definitivo não conseguiu pela descoberta da doença<sup>258</sup>, a segunda, como a expressão de perseverança e enfrentamento das dificuldades para estudar e trabalhar que aconselhou ao seu filho Cláudio<sup>259</sup> ou, ainda, na orientação dada à filha caçula para ser prática de farmácia, como seu avô e seu pai tinham sido<sup>260</sup>. Ao falar de algo que não conseguia realizar, afirmava que não foi em decorrência da sua falta de empenho ou competência, mas das circunstâncias que lhe foram impostas.

“Meu filho. Deste-me imenso prazer, dizendo-me que está estudando. Coragem e perseverança. Eu também conquistei o meu diploma com suor e lágrimas. Não fora a moléstia que me constrange eu teria triunfado na vida. Não importa, que Deus abençoe meus filhos aplainando-lhes os seus caminhos e meus espinhos se transformarão em flores.”<sup>261</sup>

A narrativa da doença de Pedro Baptista é dividida em três momentos distintos. O primeiro é delimitado pela saída de casa em busca de diagnóstico até a internação no Asilo-Colônia Pirapitingui. O segundo diz respeito à fase inicial da vida asilar e o terceiro, e último, se refere a segunda e definitiva internação.

O seu primeiro diagnóstico, como vimos, foi de sífilis e mesmo sendo uma tentativa de esconder a sua condição de leproso, pois já sentia a dormência e a insensibilidade motivadas por essa doença, não conseguiu esconder sua tristeza. Em carta de 27 de novembro de 1933, escreveu: *“Tenho o coração amargurado pelo que não me matando fisicamente, destrói minha felicidade. Vivo imerso na mais profunda dor. Tem momentos que chego a crer na incurabilidade da moléstia que me atacou”*. Finalizava dizendo que para viver longe da mulher e dos filhos preferia a morte e afirmava que: *“hoje estive no médico, achando-me sempre melhor. Eu não sei por que essas melhoras não se manifestam no desaparecimento das manchas, das dormências e da ferida do pé”*. Pouco tempo depois, informava que a ferida no pé tinha cicatrizado e que protegia a pele com algodão, as manchas não estavam insensíveis, o que o deixava feliz e concluía ser sua doença causada por uma disfunção do fígado.

---

<sup>258</sup> Em carta enviada de São Paulo, após a visita à família entre a primeira e segunda internação, em julho de 1936, Pedro fala de voltar ao ministério e ir trabalhar no Rio Grande do Sul.

<sup>259</sup> Carta de Pedro Baptista para Cláudio Nery Baptista. Santo Ângelo, 7 de abril de 1951. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio Nery Baptista.

<sup>260</sup> Carta de Pedro Baptista para Maria Lygia. Santo Ângelo, 11 de abril de 1954. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Andréa Baptista Braga.

<sup>261</sup> Carta de Pedro Baptista para Cláudio Nery Baptista. Santo Ângelo, 7 de abril de 1951. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio Nery Baptista.

Relatou a esposa que encontrou com um amigo em Belo Horizonte, o Dr. Adalto, que este ficou surpreso ao vê-lo bem disposto e com a “pele lisa”, disse que Pedro Baptista havia sido caluniado pelos inimigos quanto aos seus problemas de saúde.

O período da busca do diagnóstico até sua primeira internação foi passado entre Belo Horizonte e Carmo do Paranaíba, em Minas Gerais, e as cidades do interior paulista para as quais foi designado como pastor-ajudante. Além de cuidar da saúde, Pedro iniciou a formação para pastor metodista e o tema dos relatos se alternava entre a doença e a busca religiosa, esta era mais valorizada por Pedro, assim como os eventos que o conduziam ao caminho da pregação do evangelho: “*dia a dia mais descreio dos homens para só crer em Deus*”.

A partir de sua ida para Carmo do Paranaíba, abandonou completamente o tratamento. Voltou sua crença para a busca no milagre da fé e da cura espiritual: “*Em 15 dias, preguei 20 vezes. (...) Era um homem morto moral, física e espiritualmente. Deus teve dó de mim e me levantou. Pois bem, sou d’Ele e viverei para Ele. O passado eu sepultei no esquecimento e faço questão de não lembrar.*”<sup>262</sup>

O conteúdo das cartas se tornou extremamente repetitivo, descrevia os diversos sermões, a sua eficiência em lidar com as comunidades evangélicas, a dedicação à causa cristã e o ritmo frenético que se impunha na dedicação ao evangelho. A religião foi a primeira resposta que Pedro Baptista conseguiu encontrar para elaborar a informação de se descobrir doente. A intensa atividade evangélica respondeu ao impacto do diagnóstico que alterou sua rotina de vida. Estava em outra cidade, longe da família, vivendo para a rotina de consultas médicas e medicamentos.

“A doença é aquilo que veio de fora com a força de uma entidade exterminadora. Destruindo os cálculos, solapando as bases, assentadas na infância, da felicidade pessoal, ela é também o destino individual, isto é, a falha de caráter intransferível, mais dolorosa por se mostrar capaz de desmentir, ao nível do indivíduo, o esforço familiar e social de perfeita adequação à coletividade saudável, do ponto de vista físico e moral.”<sup>263</sup>

Pela recusa de se identificar com a doença, Pedro Baptista interrompeu o tratamento e buscou a identidade de pastor metodista. O silêncio foi o caminho encontrado

---

<sup>262</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Rio Paranaíba, 17 de abril de 1934. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

<sup>263</sup> PORTO, A., *op. cit.*, 121.

frente ao diagnóstico e ao estigma da doença. Segundo Michael Pollak, o silêncio sobre algum fato da vida pode ser uma condição necessária para que o indivíduo não rompa com o meio social em que está inserido. O autor citou, como exemplo, uma sobrevivente judia que ocultava sua etnia por ter escolhido permanecer na Alemanha após o término da Segunda Guerra Mundial, pois o trabalho com a memória, mesmo a individual, não pode ser dissociado da “*organização social da vida*”<sup>264</sup>.

Podemos perceber na opção de Pedro pela vida religiosa uma estratégia de reconstrução de si para o enfrentamento da realidade imposta pela doença. Mas, foi nessa vida de dedicação ao evangelho e no processo que buscou para não se identificar com a condição de doente que surgiu a exigência do exame e do atestado de saúde.

“Foi na ocasião do Concílio em São Paulo que descobriram a minha moléstia. Ainda não sei como, exigiram-me exame de sangue e atestado de saúde. Examinado por especialistas disseram-me doente. A minha cura é rápida, devido ao meu estado geral ser ótimo. Si Deus quiser, eu resistindo ao tratamento que é rigoroso, estou salvo, Deus proverá.”<sup>265</sup>

As cartas iniciais que explicavam a internação para a esposa falavam sempre de cura. Embora a lepra passasse à condição de doença curável somente uma década depois com a utilização da terapia com as sulfonas. No momento em que foi internado, a doença era incurável.

Iniciava-se o segundo momento de sua narrativa sobre a doença. Os relatos do início de sua internação registraram tanto a esperança na cura como o desespero de ter sido internado; a imagem da morte começava a se tornar mais presente nas cartas, o medo e o desejo dela.

“Meus sofrimentos são superiores as minhas faltas. Vejo tantos miseráveis, bandidos mesmo, e que, entretanto, gozam a felicidade do lar! Mundo ingrato! Que culpa têm meus filhinhos para sofrerem as saudades do papai, que tanto os ama e é por eles amado?! Qual, Maricas, estou mergulhado na mais profunda desilusão. Permita Deus que nesta avalanche não vá também a minha fé. Chega de tanto

---

<sup>264</sup> POLLAK, M., *op. cit.*, p. 14.

<sup>265</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Pirapitingui, 20 de fevereiro de 1935. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob custódia de Cláudio José de Souza.

sofrer... que me importam o conforto, o tratamento, a posição, o conceito, tudo enfim, se os meus queridos sofrem?<sup>266</sup>

A indicação e eleição para a presidência da Caixa Beneficente trouxeram para sua vida a realização profissional. Junto com as cartas, dezenas de fotografias foram enviadas para mostrar a capacidade produtiva e a reverência como era tratado no asilo, como compensando seu exílio da sociedade.

Sobre a doença, ele pedia para que a esposa não comentasse com ninguém e que continuasse dizendo que estava a serviço do evangelho, baseado na Igreja Metodista de Campinas<sup>267</sup>. Ao pedir a discrição da esposa, observou que não era necessário mentir, pois estava representando a igreja dentro do asilo, mas que não era um serviço remunerado. Relatou que só uma irmã sabia o lugar aonde se encontrava, e embora ela eventualmente o visitasse, não havia informado aos outros membros da família. Era uma tentativa de controle das relações sociais na cidade onde a esposa e os filhos viviam. À solicitação da esposa que escrevesse ao sogro, gerou o comentário de que receava que “*sua carta fizesse medo àquela gente*”.

“As principais características da experiência da doença são o segredo e o silêncio, e na medida do possível a manutenção de uma continuidade da vida: tudo muda na visão que o doente tem de si mesmo, mas nada deve mudar na imagem que os outros têm dele.”<sup>268</sup>

Para preservar sua identidade no leprosário, Pedro Baptista utilizou-se da escrita de si para concluir uma imagem ativa frente ao estigma da lepra e a segregação da sociedade. Para tanto, privilegiou os recursos que lhe eram possíveis: o único bem que possuía era a si mesmo, seu conhecimento, sua educação, sua fé. Serviu-se de suas qualidades intelectuais para estabelecer relações com as instâncias de poder no asilo e no Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo para a manutenção de um *status quo* para si, sua família e o papel que desempenhava na nova rede social que estava inserido, como pode ser exemplificado nos trechos de suas cartas reproduzidos a seguir:

---

<sup>266</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Pirapitingui, 5 de agosto de 1935. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

<sup>267</sup> O Asilo-Colônia Pirapitingui era próximo à cidade de Itú e Campinas.

<sup>268</sup> POLLAK, Michael. *Os Homossexuais e a AIDS – Sociologia de uma Epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade, 1990, p.99.

“Os médicos são dedicados e o Diretor é muito camarada. Ele se interessa por mim e procura me dar o conforto que a minha educação exige.”<sup>269</sup>

“A despeito de minha boa vontade e do grande dom que o Espírito Santo me dotou – a simpatia, não posso agradar a todos, principalmente aos que andam fora da disciplina e aos lobos com pele de ovelha..”<sup>270</sup>

A primeira fase de sua internação caracterizou-se por um pacto bem sucedido com as autoridades acompanhado por um certa rejeição por aqueles que não compartilhavam da mesma confiança que Pedro Baptista depositava na eficácia do sistema asilar e na submissão à ordem. A posição de destaque que conseguira em Pirapitingui foi outro elemento valorizado na escrita de si, dentro do leprosário foi reconhecido pela sua competência tanto pelo diretor que o indicou como presidente da Caixa Beneficente, como pelos internos que o elegeram.

Ao falar de sua relação com um novo internado, um menino de seis anos, também doente, abordou o tema do contágio, descrevendo que bastava o menino vê-lo que logo pulava em seus braços, lembrando muito seu filho Cláudio. A preocupação de Pedro foi informar que ele não se contaminava pelo contato com o menino, quando este lhe abraçava ou beijava, afirmou para a esposa que estar perto não tinha importância. Informou ainda que havia uma separação “natural” entre os doentes do asilo, inclusive recomendada pelos médicos e que os remédios que tomavam “imunizava-os”, o ambiente era de muita higiene, não havendo comunhão nem de vasilhas, nem de banheiras, já que os banhos eram em chuveiros. Não havia, como ainda não há, nenhuma imunização para a lepra, essa informação respondia ao desejo de Pedro frente a não dizer-se doente.

Em apenas uma carta Pedro se auto-intitulou de leproso e disse ter lepra (ver Anexo n.º 3). A doença da qual ele sempre falava, tinha a possibilidade de cura, a sua internação era para tratamento, não mencionava a obrigatoriedade desta internação, dizia usar uma medicação que imunizava e que a relação com os médicos era cordata e gentil.

A única informação que não mascarava era o quanto era dolorido o tratamento, pedindo forças para suportá-lo. A categoria do sofrimento no imaginário cristão do qual

---

<sup>269</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Pirapitingui, 13 de fevereiro de 1935. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

<sup>270</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Pirapitingui, 7 de novembro de 1935. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

compartilhava, não atribuía à dor vergonha ou culpa, pois, ao definir que vivia uma “*via crucis*” se identificava com Jesus Cristo, redentor do mundo através da sua dor. As representações elaboradas na experiência da doença organizaram simbolicamente o duro enfrentamento do estigma da lepra e do leproso.

A análise tanto da correspondência quanto do prontuário de Pedro Baptista confirmaram sua articulação com os diversos profissionais que exerceram os cargos de direção dos leprosários e do Departamento de Profilaxia da Lepra, ao longo de todo o seu período de internação.

No primeiro ano em Pirapitingui, foi indicado pelo diretor do leprosário para ser presidente da Caixa Beneficente; nos meses de alta que viveu no ano de 1936, excetuando o período em que viajou para rever a família em Minas Gerais, trabalhou no Departamento de Profilaxia da Lepra. Em seu prontuário estavam registradas cartas que trocou com a diretoria do Departamento e privilégios de acesso a informações e transporte entre asilos. Também trabalhou na Caixa Beneficente do Asilo-Colônia Santo Ângelo, como diretor do departamento jurídico e era o orador oficial dessa instituição. Após a sua morte, sua esposa recebeu uma carta de pêsames em nome da Caixa Beneficente, com o seguinte relato:

“A vida do nosso estimado e saudoso Pedro Baptista no interior deste sanatório foi toda ela partilhada entre a saudades dos entes queridos, distante do olhar mas sempre perto de seu boníssimo coração, e em atenção ao bem estar de seus companheiros de segregação, aos quais com as luzes de seus vastos conhecimentos e a dedicação de uma verdadeira alma de samaritano, tanto procurou confortar e tanto orientou no decorrer dos anos de sua internação, tornando sua brilhante vida a mais útil possível em benefício de seus semelhantes. Senhor de uma eloquência invulgar, possuía o supremo dom da palavra. Sabia manejar com suprema ciência o nosso vernáculo. A todos encantava e comovia com sua oratória por longos anos conservou o cargo de orador oficial dessa Caixa Beneficente tendo ainda sido o diretor de departamento jurídico desta instituição havendo prestado a mesma e concomitantemente à coletividade hanseniana os mais relevantes serviços, por assim dizer, com o magnífico serviço de proteção aos portadores do mal de hansen do estado de São Paulo, de uma maneira verdadeiramente fecunda. Seu desaparecimento deixou uma grande lacuna no seio desta coletividade, à qual como já nos expressamos, dedicou os melhores anos de realizadora existência tantos e tais foram as provas de amor ao próximo e tanto bem aspergiu neste recanto onde a esperança renasce que seu nome permanecerá indelevelmente gravado nos corações

daqueles que tiveram a ventura de com ele conviver. Realmente, muito ficamos devendo ao nosso inesquecível e pranteado amigo.”

O terceiro e último período ocorreu entre o cancelamento de sua alta e as últimas cartas trocadas com a família antes de seu falecimento. Pouco material foi preservado entre os anos 1936 a 1955.

As primeiras cartas do segundo momento de internação em Pirapitingui, após novembro de 1936 trouxeram relatos de dor física, ocasionado por um grave quadro inflamatório e de angústia, por ver-se privado da possibilidade de voltar para a família. Em maio do ano seguinte, escreveu ao dr. Francisco Salles Gomes Junior, informando que se encontrava bem de saúde e colocando-se à disposição para trabalhar fora do leprosário. A resposta de Salles Gomes, como já foi visto, foi negativa.

A partir desse evento, poucos documentos foram encontrados no acervo pessoal de Pedro Baptista; as duas cartas e os dois cartões postais preservados expressavam a angústia e a opressão de estar internado e a dor causada pelo afastamento dos que amava.

O cartão-postal enviado por ocasião do ano novo de 1939, exemplificou esse terceiro momento da internação, marcado pela falta de perspectiva, esperança de cura ou reencontro com a família.

“1938-1939. Aos meus inesquecíveis filhinhos – Jovaura, João Bennio, Cláudio Néri, Mardro e Maria Lygia, em nome de Deus, embora esquecido, desprezado e desgraçado para este mundo de vilezas e hipocrisias, aos meus queridos filhos eu lanço a minha bênção paterna e suplico ao Todo Poderoso um futuro feliz e risonho para eles. Do papai, Pedro.”

Pedro mostrou-se amargurado e solitário. Descrente do mundo dos homens e submetido ao mundo de Deus do qual por muito tempo considerou-se mensageiro. As palavras que utilizou para definir o mundo, “Vilezas e hipocrisias”, nos remetem a pensar quais seriam essas hipocrisias? Seria uma decepção frente à expectativa gerada em obter sua segunda alta? Durante muito tempo investira na articulação com o poder. Essa articulação sempre lhe rendeu benefícios e conseguiu atenuar sua condição de internado com as conquistas sociais e políticas no asilo. O investimento numa segunda alta e numa colocação que lhe rendesse recursos financeiros se reverteu na frustração de permanecer internado e culminou em sua transferência de Pirapitingui para o Sanatório Padre Bento. Podemos entender essa transferência como um “prêmio de consolação”, pelo local privilegiado que Padre Bento ocupava no modelo asilar paulista, até pela exigência de que



para lá só iam transferidos, os que estivessem com a baciloscopia negativa há 12 meses. Mas, Pedro pediu quinze dias de licença para passar em Santo Ângelo, para onde terminou sendo transferido definitivamente.

Na carta de 5 de agosto de 1939, Pedro assumiu viver a “dura contingência de se asilar”. Rompeu relações com a esposa e pediu que não proibisse seus filhos de lhe escreverem livremente.

No mesmo ano, casou-se em segundas núpcias em Santo Ângelo e a comunicação com a família foi resgatada a partir de 1949, pela correspondência trocada entre Pedro e seus filhos, após esse período, foi guardada apenas uma carta para Maricas.

É possível inferir, a partir da correspondência citada, que Pedro Baptista nesse momento da sua vida asilar, rompeu com o mundo externo, voltando-se para a construção de novas relações no leprosário. Essas evidências apontam para o deslocamento dos meios que utilizava na construção de sua experiência da doença. O recurso da escrita de si deixou de ser um espaço de sociabilidade, não mais preservando ou controlando suas relações sociais fora do mundo asilar, para ser lugar de ruptura com o mundo externo.

A participação de Pedro na fuga de duas internas no ano de 1953, informação recuperada por meio de prontuário, demonstrou que sua confiança no sistema asilar como lugar de cura e permanência de doentes já não era a mesma. No entanto, suas relações pessoais com o diretor de Santo Ângelo indicaram a permanência de alguns privilégios como possuir acesso à informação da instância administrativa, ao uso do carro de transporte de Santo Ângelo para levá-lo para Cocais, a transferência dos maridos abandonados para o Sanatório Padre Bento, a carta do dr. Renato Braga para ele, pedindo paciência e indicando o que poderia ser feito sobre o evento.

A última carta de Pedro para Maricas foi em 7 de maio de 1953. A emoção desta carta transpareceu um sentimento de redenção. A visita de dois de seus filhos muito o emocionou. Reconheceu o empenho da mãe ao criá-los e agradeceu por ter recebido deles diversas expressões de amor filial que, se existia, foi por que ela o havia mantido e acalentado. Regozijou-se em ser avô e desejou a Maricas um porvir feliz ao lado dos filhos e netos. Observou o 30º aniversário de casamento deles e admitiu sentir saudades, pedindo para que ela acreditasse que esse sentimento era verdadeiro.

Iniciou a carta dizendo que estava internado em Cocais e que ali se encontrava para se recuperar de um esgotamento nervoso e tratando de sua diabete. Sobre a lepra, disse

desejar que a morte encerrasse rapidamente toda sua longa trajetória vivida, internado num leprosário sem poder voltar para casa.

“Eu vivo, ora melhor, ora pior de minha saúde. Tenho sofrido alguns reveses no meu estado físico, mas nem por isso perdi a fé no Todo Poderoso, que tem me dado forças para suportar tão longa provação. Há dias que desejo morrer para terminar minha odisséia, no entanto, esses momentos de fraqueza espiritual são substituídos por uma conformação e assim os dias, os meses, os anos vão correndo e vou palmilhando a *via crucis*.”

Essa narrativa trouxe outra imagem presente nos três momentos da experiência da doença de Pedro Baptista: a presença da morte.

O entendimento da morte no primeiro momento da narrativa de sua doença, marcada pela conversão religiosa, era de benção pelo privilégio de antecipar a graça de encontrar-se com Jesus, mas no mesmo parágrafo, associou a doença a um mal que minava o seu corpo. Sabia que estava sendo poupado porque Deus havia revelado a ele o plano de sua existência, que era servi-lo.

Internado em Pirapitingui, no segundo momento da narrativa, clama pelo olhar de Deus, pois caso este não recaia sobre ele, não saberá se terá forças para resistir.

Ao longo de todo o período de internação, Pedro Baptista “negociou” com a presença da morte, tanto física quanto social, imputada pela segregação.

Com a morte desejada para pôr fim ao suplício da doença, o agenciamento com o divino dava suporte para o enfrentamento da realidade da doença, entendê-la como um fardo a carregar e não romper com essa imposição divina até que Ele decidisse. Quanto à morte social, criou uma estratégia de construção da imagem de si, enviando para o mundo externo cartas e fotografias que agregavam valores de potência e de produtividade, e rompiam com o lugar de doente e da doença que definiram a sua existência entre 1933 e 1955.

Quando sua expectativa de alta se frustrou, no segundo momento da sua narrativa sobre a doença enfrentou sua ansiedade com resignação, frente ao que ainda poderia passar na experiência de sua enfermidade ou sonhar com o mundo, fora dos muros do leprosário.

“Eu continuo em tratamento e aguardando o momento em que tenha a alegria de sair ou a desilusão de ficar. O que tem de ser tem força. Não me desespero com a enormidade do meu infortúnio. Não fugimos ao

destino. O resto é quimera. Não atribuas isto a falta de fé. É resultado de tanto sofrimento. Caí na realidade. Na vida só devemos fazer o bem e esperar o desenrolar dos fatos que nos estão traçados.”<sup>271</sup>

A frase “o que tem de ser tem força” foi emblemática na vida de Pedro Baptista. Talvez força seja a expressão adequada para dizer do investimento em tornar-se sujeito de sua experiência de vida e da doença. Sua narrativa se constituiu com elementos antagônicos de valorização e autopunição, de criação e morte, de enfrentamento e desistência.

Pedro Baptista, enquanto doente, viveu um momento extremamente radical da intervenção da esfera pública na existência privada da doença. Como Próspero, que desencadeou uma tempestade para aplacar a dor da traição e conseguir a redenção de sua vida, o Departamento de Profilaxia da Lepra era muito bem fundamentado no exercício de seu poder. O isolamento dos doentes da sociedade e a proposta de eliminar a doença em uma geração elaboraram estratégias que interferiram não apenas no direito de ir e vir dos doentes, mas também construíram práticas que reconfiguraram as vidas daqueles que estiveram sob seu controle: o doente, os comunicantes e sua descendência.

O desejo de vingança de Próspero foi indiscriminado, ele prendeu seu irmão, o rei, o irmão do rei e até mesmo quem o ajudou a fugir de Nápoles, o “bom velho Senhor Gonçalo”. Assim que Próspero extenuasse sua ira, o espírito Ariel seria libertando, ao se aproximar à conclusão dos trabalhos, foi o ser inumano e submetido que levou o mestre a recuperar sua identidade com o humano.

Entre 1929 e 1967, São Paulo internou todas as formas clínicas da lepra, não levando em conta os diferentes critérios de contagiosidade. Pedro Baptista sobreviveu à tempestade desencadeada em sua vida pela reconstrução de sua identidade deteriorada pelo estigma da doença. Designava-se presidente, foi orador e diretor, buscou novos laços na vida asilar para recriar a normalidade da vida humana em sociedade.

Pedro Baptista, ao receber alta definitiva, havia passado mais de um terço de sua vida internado. As debilitadas condições físicas em que se encontrava e as novas redes sociais que construíra para si, o mantiveram residindo no Asilo-Colônia Santo Ângelo. O mesmo Estado que lhe cerceara a liberdade, subvencionou o conforto do último ano de sua vida.

---

<sup>271</sup> Carta de Pedro Baptista para Maricas. Pirapitingui, 5 de agosto de 1935. Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

Faleceu em 17 de julho de 1955 e foi enterrado no cemitério do leprosário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descoberta do *Mycobacterium leprae*, em 1872, por Gerhard Hansen, inseriu a lepra nas discussões científicas do final do século XIX e início do XX. Nas primeiras conferências internacionais chegou-se a uma determinação comum para sua profilaxia: o isolamento dos doentes, e o exame periódico dos comunicantes, ou seja, o controle dos familiares ou pessoas de convivência íntima com o doente para identificar novos casos da doença. Além das determinações quanto à profilaxia, ocorriam debates sobre as formas de contágio da doença e sua conceituação clínica. Somente na Conferência realizada em 1923, na França, ou seja, mais de 50 anos após a identificação do bacilo, foi determinado que a doença não era hereditária.

A elite médica brasileira acompanhava e participava de discussões nas conferências internacionais e isto gerava um vigoroso debate nos principais órgãos e publicações científicos brasileiros. Na Primeira República, a questão sanitária transformou a saúde pública em questão nacional, a necessidade de combater epidemias, como a gripe espanhola, ou as diversas endemias rurais, desencadearam a criação nos estados e pelo Governo Federal, de legislações e regulamentos para a luta do saneamento do país.

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, consolidou o processo de acordos dos estados com o Governo Federal para ações na área da saúde. A lepra ganharia destaque com a criação da Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas e daria à doença o caráter de urgência necessário para criar e implementar possíveis ações para sua profilaxia. Médicos como Eduardo Rabello e Emílio Ribas defendiam um isolamento intitulado de “humanitário”, onde o doente não seria levado para lugares distantes de suas redes de sociabilidade, com o intuito de não acarretar um grande número de fugas ou boicote à prática de isolamento.

A partir dos relatos de doentes podemos observar que os princípios norteadores do isolamento compulsório: a proteção da sociedade da doença e uma opção de vida para os leprosos, foram cumpridos apenas em parte. Primeiro, porque os índices não demonstraram a eficácia do isolamento no controle da incidência da doença. Em segundo, a “vida melhor” tanto anunciada para os leprosos, também não aconteceu: a superlotação constante dos asilos comprometeu a qualidade de vida dos internados; as redes de privilégios criava diferenças sociais claras na conquista de benefícios; os diversos regulamentos afetavam as relações familiares, conjugais, afetivas, profissionais, criando uma ruptura entre o internado e sua história de via pregressa à sua entrada no leprosário. As estratégias de controle elaboradas pelo Departamento de Profilaxia da Lepra deixavam marcas nos doentes e seus filhos, constituindo uma geração sob o estigma da doença. O isolamento proposto como “humanitário” propõe reflexões sobre a compreensão do que era “humanitário” e “humano” nos anos 30.

O Estado de São Paulo aprovou a lei nº 2.416, de 31 de dezembro de 1929, que determinou a forma de profilaxia para a doença: a implantação do modelo conhecido como tripé, o isolamento e a notificação compulsória dos doentes de lepra.

Na década de 30, São Paulo possuía uma forte rede asilar. Salles Gomes, administrador dessa rede por um longo período, afirmou, em carta enviada a Arthur Neiva, na qual elogiava a rede asilar paulista, que o problema da lepra estaria resolvido no Estado em dez anos. No entanto, a análise da evolução e da incidência da lepra pelo número de internações entre 1924 e 1970 não indicou a resolução esperada (ver Apêndice n.º 9).

Também nos anos 30 do século passado, Pedro Baptista saiu de Mutum, Minas Gerais, para Belo Horizonte em busca de diagnóstico para a doença que sofria. Este evento inaugurou um longo período de correspondência com a família, onde são relatadas a busca de um diagnóstico, o início de um tratamento, a conversão religiosa e a dedicação à pregação do evangelho. O medo da doença levou Pedro a abandonar os cuidados médicos e a se entregar a busca da cura espiritual. Pedro Baptista, notificado como leproso, foi internado em todas as unidades da rede asilar paulista.

A partir do ingresso de Pedro numa instituição total ficou claro, na correspondência com a família, sua crescente preocupação em construir uma imagem de si que não estivesse identificada com a doença e com o leprosário onde estava internado. Utilizou os recursos que lhe eram disponíveis: sua fé, sua religião, seu capital cultural. As cartas e

fotografias enviadas da primeira internação em Pirapitingui são ricas em representações sobre a reconstrução da identidade a partir da dramática intervenção da doença.

Sua vida de internado foi profusamente documentada por meio da fotografia. Esse recurso nos inseriu nas práticas culturais da vida asilar e na estratégia política da construção da imagem do leprosário como uma cidade, onde a vida do leproso aconteceria “normalmente”.

Nos utilizamos das categorias de estigma e normalidade a partir da conceituação de Erving Goffman. Para o autor, o estigmatizado busca comportamentos “considerados normais” para que sua existência não se dê só marcada pela identificação imediata do estigma, para que não seja alijado dos rituais de “aceitação social”. A escrita de si elaborada por Pedro Baptista no período foi marcada por sua necessidade de identificar-se com os representantes do poder da rede asilar paulista.

As séries de informações apresentadas nas correspondências e fotografias nos remeteram a contextualização das políticas públicas do Estado de São Paulo, entre os anos 30 e 60, e a necessidade de analisar as estratégias políticas, sociais e culturais da instituição do leprosário. Tais informações foram relevantes para trazer respostas a algumas lacunas existentes na correspondência e para recuperar a trajetória asilar de Pedro Baptista, tanto nas evidências por ele levantadas como naquilo que silenciou.

Três temas foram os mais presentes nas séries fotográficas enviadas por Pedro Baptista para a família: crianças, esportes e, como ele gostava de dizer, “sua careta” (ver Apêndice n.º 10).

Várias inscrições no verso das fotografias traziam os nomes e as histórias de internados, crianças e adultos, com os quais Pedro buscava construir novos laços dentro do leprosário.

Ao analisar as instituições totais, Erving Goffman insere a promoção de festas em datas comemorativas ou atividades esportivas em grupo como forma da instituição conferir “normalidade” à pesada rotina imposta pelos objetivos institucionais. No caso específico do leprosário, a segregação dos leprosos da sociedade e a rotina do tratamento médico.

As práticas sociais e institucionais dos leprosários eram pormenorizadas e registradas minuciosamente nos prontuários. A estratégia do armazenamento dos prontuários e do controle dos comunicantes iniciou em 1924 e perdurou até 1980, seu acervo encontra-se atualmente no Arquivo Estadual de Hanseníase do Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, em São Paulo.

O prontuário nº 8.537, de Pedro Baptista, foi uma importante fonte documental para a recuperação de sua trajetória de vida. Em primeiro lugar, definiu a forma da doença, os leprosários onde esteve internado e o tempo em cada um deles, os processos de alta, um segundo casamento no asilo e o nascimento de duas filhas, os momentos em que trabalhou, cartas pleiteando melhores condições de vida, eventos corriqueiros como servir de testemunha ou a reclamação de sua ajuda na fuga de duas mulheres por parte de seus maridos abandonados. O recorte dado ao prontuário quanto às categorias de documentos, sobre controle e tratamento da doença, sobre a vigilância do Estado e sobre a vida pessoal de Pedro Baptista, foi uma proposta de análise das diversas leituras possíveis desses documentos e das várias séries de informações que podem ser ainda inferidas.

A partir do prontuário e do acervo pessoal podemos observar o impacto das políticas públicas do Estado de São Paulo em sua trajetória de vida.

A estrutura rígida criada pelo dr. Francisco Salles Gomes Junior na direção do Departamento de Profilaxia da Lepra e a rigorosa política de internação, não permitiram a vida de Pedro Baptista fora do asilo, mesmo quando sua baciloscopia indicava 12 meses consecutivos de exames negativos. Esta segunda alta concedida pela comissão clínica e negada por Salles Gomes, marcou a segunda fase de internação de Pedro Baptista e a sua descrença no isolamento como a solução para a sua doença; somente neste episódio foi possível o entendimento de que sua internação no leprosário era definitiva.

O decreto nº 10.570, de 1939, impôs a idade mínima de 21 anos para os filhos visitarem seus pais internados. Esta norma determinou que Pedro conhecesse sua filha caçula com Maricas apenas por meio da fotografia; os filhos homens mais velhos do casal, visitaram o pai depois de adultos.

No período de internação em Cocais, recebeu a visita de seu filho João Bennio que apresentou no teatro de asilo a peça com a qual excursionava, “As Mãos de Eurídice”. Pedro Baptista estava, então, há 20 anos fora de casa e há 19 internado. Nessa visita foi possível Pedro resgatar os vínculos familiares e levá-los para dentro do asilo, uma situação atípica nas dinâmicas da vida asilar, pois o longo período de internação, a dificuldade de acesso aos leprosários tanto geográfica quanto politicamente, levava ao afastamento dos familiares e ao abandono do doente internado.

Pedro Baptista também desabafava sobre o que ele “teria prometido ser”, era um homem que buscava uma realização profissional mesmo internado e a religião foi a interlocução constante na construção da imagem de si. Nessa perspectiva, podemos dizer



que ele não desempenhou o papel tradicional imposto ao leproso internado, pois conseguiu melhores condições de habitação e sobrevivência no asilo. Sua articulação com as instâncias do poder rendeu-lhe trabalho, acesso privilegiado a informação, pequenos confortos. Se por um lado ficou claro em sua trajetória que conseguiu benefícios, por outro lado, nos permite ler nas entrelinhas os necessários e “custosos” agenciamentos com o poder e a rígida estratificação social da instituição asilar.

A análise das políticas públicas do Estado de São Paulo no combate à lepra no período de internação de Pedro Baptista abrangeu tanto a prática do isolamento compulsório quanto a terapia com sulfonas que negativava a doença clinicamente. E nesse momento, quando ele se tornou um ex-paciente, já em alta designada como definitiva, encontrava-se ainda “sob a vigilância” do Estado. A terapia com sulfonas iniciada na década de 40, no Sanatório Padre Bento, e, posteriormente, inserida no tratamento geral nos leprosários, não produziu mudanças imediatas na profilaxia da doença, no Estado de São Paulo, que continuou internando doentes até 1967, quando finalmente foi abolida a internação compulsória.

A narrativa da doença de Pedro Baptista nos mostrou o que Ângela de Castro Gomes analisou como “*escrita de si*” e como o narrador e o texto se fundem criando ao outro simultaneamente, pois a correspondência é um espaço constitutivo com regras próprias para a catarse, o prazer, a sociabilidade, comunicação e auto-conhecimento.

Na dissertação “*O que tem de ser tem força*”: *narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955)* privilegiei a voz do doente, inserindo-a no seu contexto social, político e cultural, levando ao público a experiência individual da doença. Um homem comum, mas não anônimo. Ao entrevistar Mardro Baptista perguntei se havia faltado alguma coisa diante da situação de sua mãe tê-los criado sozinha, mais especificamente, na parte material, na infra-estrutura básica à vida e ele me respondeu: “*Faltou o mais importante, faltou o meu pai*”.

## FONTES ARQUIVÍSTICAS

### ARQUIVO DA CASA DE OSWALDO CRUZ/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (COC/FIOCRUZ)

*DEPARTAMENTO DE ARQUIVO E DOCUMENTAÇÃO*

SUB-SETOR DE IMAGEM EM MOVIMENTO

ÍTALO TRONCA, “LEPRA: O ESPETÁCULO DO MEDO”, CENTRO DE COMUNICAÇÃO DA UNICAMP, 1987, VÍDEO/DOCUMENTÁRIO.

ANDRÉA PASQUINI, “OS MELHORES ANOS DE NOSSAS VIDAS”, FUNDAÇÃO NOVARTIS, 2002, VÍDEO/DOCUMENTÁRIO.

IARERÊ: HANSENÍASE E MENTALIDADE NO RIO DE JANEIRO. DAC/COC/FIOCRUZ. 1988, VÍDEO/MATERIAL BRUTO ENTREVISTAS.

### NÚCLEO DE MEMÓRIA DA SAÚDE DO INSTITUTO DE SAÚDE, SÃO PAULO.

*PRONTUÁRIOS*

N.º 8.537, PEDRO BAPTISTA.

*PERIÓDICOS*

UM FATO GRAVÍSSIMO. REVOLTADOS MORFÉTICOS DO BAIRRO DE BOM SUCESSO INVADEM A CIDADE DE PINDAMONHANGABA – OS ESTUDANTES REAGEM E A POLÍCIA INTERVÉM, SENDO OS LÁZAROS ESCORRAÇADOS – NUMA ESTRADA UM DOS DESGRAÇADOS MORDE UMA CRIANÇA. *FOLHA DA MANHÃ*. SÃO PAULO, 6 DE JULHO DE 1927.

ASSISTÊNCIA AOS LÁZAROS E DEFESA CONTRA A LEPRA. *ESTADO DE SÃO PAULO*. S.D..

ATÉ NOS BONDES OS MORPHÉTICOS JÁ VIAJAM. *DIÁRIO NACIONAL*. SÃO PAULO, 3 DE ABRIL DE 1929.

CARAVANAS DE LEPROSOS ESMOLANDO EM PLENA CIDADE. *DIÁRIO DA NOITE*. SÃO PAULO, 17 DE MAIO DE 1929.

A PROPÓSITO DA VISITA AO ASILO SANTO ÂNGELO. *DIÁRIO DE SÃO PAULO*. SÃO PAULO, 22 DE MAIO DE 1929.

O PROBLEMA DA LEPRA. O ASILO-COLÔNIA DE SANTO ÂNGELO E A MORTALIDADE, ENTRE OS LEPROSOS. *DIÁRIO NACIONAL*. SÃO PAULO, 3 DE JULHO DE 1929.

COMO ISOLAR OS LEPROSOS? *DIÁRIO NACIONAL*. SÃO PAULO, 14 DE NOVEMBRO DE 1929.

O PROBLEMA DA LEPRA EM SÃO PAULO. *DIÁRIO NACIONAL*, SÃO PAULO, 7 DE MARÇO DE 1930.

A LEPROSA. OS PERIGOS A QUE ESTÁ EXPOSTA A POPULAÇÃO. *O COMBATE*. SÃO PAULO, 15 DE ABRIL DE 1930.

INAUGUROU-SE HONTEM, NO HOSPITAL SANTO ÂNGELO, UM PAVILHÃO DESTINADO AS DOENTES DE SANTOS. *DIÁRIO DE SÃO PAULO*. SÃO PAULO, 16 DE AGOSTO DE 1930.

EM TORNO DO PROBLEMA DA LEPROSA. *CORREIO DA TARDE*. SÃO PAULO, 13 DE JANEIRO DE 1931.

A LEPROSA NO BRASIL E ESPECIALMENTE EM SÃO PAULO. *FOLHA DA NOITE*. SÃO PAULO, 26 DE JANEIRO DE 1931.

O PROBLEMA DA LEPROSA, UM QUADRO COMPARATIVO. *A GAZETA*. SÃO PAULO, 25 DE FEVEREIRO DE 1931.

A LEPROSA, PROBLEMA MÉDICO-SOCIAL. *FOLHA DA NOITE*. SÃO PAULO, 2 DE SETEMBRO DE 1931.

O DR. BERNARDO NOCHT VISITOU O ASILO DE SANTA THEREZINHA DO MENINO JESUS E O LEPROSÁRIO SANTO ÂNGELO.

O PROBLEMA DA LEPROSA EM SÃO PAULO. *DIÁRIO NACIONAL*. SÃO PAULO, 7 DE MARÇO DE 1930.

CONTINUARÁ SENDO O MELHOR DO MUNDO. *CORREIO DE SÃO PAULO*. SÃO PAULO, 7 DE JANEIRO DE 1937.

PARA OS LÁZAROS DE SANTO ÂNGELO. *CORREIO PAULISTANO*. SÃO PAULO, 8 DE JANEIRO DE 1937.

EXISTEM 30.309 LEPROSOS NO BRASIL. *DIÁRIO DA NOITE*. SÃO PAULO, 14 DE JANEIRO DE 1937.

A LEPROSA. *FOLHA DA MANHÃ*. SÃO PAULO, 8 DE MARÇO DE 1937.

MORTE COMPULSÓRIA. *FOLHA DA MANHÃ*. SÃO PAULO, 24 DE ABRIL DE 1937.

O DIA DO ESPORTE NO ASILO SANTO ÂNGELO. *FOLHA DA NOITE*, 17 DE MAIO DE 1937.

VISITANDO O ASILO SANTO ÂNGELO. *FOLHA DA MANHÃ*, EM 18 DE MAIO DE 1937.

VISITANDO O ASILO SANTO ÂNGELO. *FOLHA DA NOITE*, EM 18 DE MAIO DE 1937.

O BRASIL NA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE LEPROSA. *A GAZETA*. SÃO PAULO, 12 DE JUNHO DE 1937.

A 4.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE LEPROSA. *FOLHA DA MANHÃ*. SÃO PAULO, 17 DE JULHO DE 1937.

ASILO SANTO ÂNGELO. *CORREIO PAULISTANO*. SÃO PAULO, 31 DE JULHO DE 1937.

O QUE TEM O POVO DE MOCOCA EM FAVOR DO ASILO-COLÔNIA DE COCAIS. *FOLHA DA MANHÃ*. SÃO PAULO, 13 DE JANEIRO DE 1937.

O DESENVOLVIMENTO DO ASILO-COLÔNIA COCAIS. *FOLHA DA NOITE*, SÃO PAULO, 14 DE MAIO DE 1937.

## ARQUIVO DO CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL/FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (CPDOC/FGV)

*ARQUIVO GUSTAVO CAPANEMA*

SÉRIE MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE (REF. GCH 1935.09.02 ROLO 62)

## ACERVO PESSOAL PEDRO BAPTISTA

CARTAS MANUSCRITAS E DATILOGRAFADAS, CARTÕES-POSTAIS E FOTOGRAFIAS.

## **FONTES ORAIS**

### ARQUIVO DA CASA DE OSWALDO CRUZ/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (COC/FIOCRUZ)

#### *Arquivo Sonoro*

**Memória e história da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000).**

#### *DEPOIMENTOS*

ANTÔNIO BORGES.  
CRISTIANO CLÁUDIO TORRES  
JOÃO BATISTA DUMONT  
MARCOS VIRMOND.  
ARNALDO SOBRINHO DE MORAES  
FUAD ABÍLIO ABDALA  
LUIS TRANQUILINO DE LIMA

### ACERVO PESSOAL PEDRO BAPTISTA

#### *DEPOIMENTOS*

MARDRO BAPTISTA, EM 17 DE JULHO DE 2004.  
CLÁUDIO NERY BATISTA, EM 28 DE AGOSTO DE 2005

## **FONTES IMPRESSAS**

#### *LEGISLAÇÃO*

BRASIL, DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. PORTARIA N.º 165/BSB DE 14 DE MAIO DE 1976, PUBLICADA EM 16 DE MAIO DE 1976.  
BRASIL, DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. DECRETO-LEI N.º 3171 DE 02 DE ABRIL DE 1941, PUBLICADA EM 31 DE DEZEMBRO DE 1941.  
BRASIL, DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. LEI N.º 378, DE 13 DE JANEIRO DE 1937, PUBLICADA EM 15 DE JANEIRO DE 1937.  
BRASIL, COLEÇÃO DE LEIS, 1920, VOL. 1, P. 1, DECRETO N.º 3.987, DE 02 DE JANEIRO DE 1920.

#### *PERIÓDICOS*

JORNAL DO COMMERCIO	FOLHA DA MANHÃ
FOLHA DA NOITE	CORREIO DE SÃO PAULO
DIÁRIO NACIONAL	O COMBATE
DIÁRIO DA NOITE	O ESTADO DE SÃO PAULO
A GAZETA	DIÁRIO DE SÃO PAULO
CORREIO DA MANHÃ	A PLATÉIA
A NOITE	O RADICAL
CORREIO PAULISTANO	

*ARTIGOS E LIVROS*

“CONCLUSÕES DO 5.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, REUNIDO EM CUBA, ABRIL DE 1948”. *REVISTA BRASILEIRA DE LEPROLOGIA*, VOL. XVI, N.º 3, SET. 1948.

DINIZ, ORESTES. *PROFILAXIA DA LEPROLOGIA*. RIO DE JANEIRO: ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR, 1960.

NEIVA, ARTHUR. *CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROBLEMA DA LEPROLOGIA. A LIÇÃO DE SÃO PAULO – SUAS INICIATIVAS E GRANDE EXEMPLO*. DISCURSO DO REPRESENTANTE DO ESTADO DA BAHIA, PRONUNCIADO NA CÂMARA DOS DEPUTADOS NA SESSÃO DE 28 DE OUTUBRO DE 1937. RIO DE JANEIRO, 1940.

SOUZA-ARAÚJO, HERÁCLIDES-CÉSAR. *HISTÓRIA DA LEPROLOGIA NO BRASIL*. RIO DE JANEIRO: DEPARTAMENTO DE IMPRENSA NACIONAL, 1956. 3 VOL.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Paulo César e RABELO, Miriam Cristina. “Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade”. In: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, e SOUZA, Iara Maria. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: 1999, pp. 171-185.
- ALVES MOREIRA, Tadiana. “Panorama sobre a hanseníase: quadro atual e perspectivas”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 10, suplemento 1, pp. 291-307, 2003.
- ANTAKIEH, Eva e TAHAN, Malba. *Ainda Não , Doutor*. Rio de Janeiro: Editora Conquista, 1967.
- ARMUS, Diego (org.). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad e la America Latina Moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002.
- BENCHIMOL, Jaime Larry, SÁ, Magali Romero, CRUZ, Mônica de Souza Alves da et al. “Fight for survival: the life of a Hansen's disease sufferer through his correspondence with Adolpho Lutz”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 10, suplemento 1, pp. 361-377, 2003.
- \_\_\_\_\_. “Adolpho Lutz: um esboço biográfico”. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol.10, n.º 1, pp.13-83., jan./abr. 2003.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. “Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. VI. N.º 3, pp. 493-521, nov. 1999-fev. 2000.
- \_\_\_\_\_. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- \_\_\_\_\_. et alii. “Doença e estigma”. *Cadernos de Saúde*, Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, n.º 2, pp. 6-28, 1992.
- BÍBLIA Sagrada – Antigo e Novo Testamento, Edição Barsa, 1966.
- BRANDT, Allan M. E GARDNER, Martha. “The Golden Age of Medicine?” In: COOTER, Roger and PICKSTONE, John. *Companion To Medicine In the 20<sup>th</sup>*. London and NY: ROUTLEDGE, 1993, pag. 21-38.
- BOURDIEU, Pierre. “A Ilusão Biográfica”. FERREIRA, M. e AMADO, J. (org.) *Usos e Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996.
- \_\_\_\_\_. *O Poder Simbólico*. 4.<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001 [1989].
- CARRARA, Sérgio. *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- \_\_\_\_\_. “Entre cientistas e bruxos – ensaios sobre dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença”. In: ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília (org.). *Saúde e Doença, um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, pp. 33-45.

- CLARO, Lenita Barreto Lorena. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 1995.
- CUNHA, Vivian da Silva. *O isolamento compulsório em questão*. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2005.
- CUNNIGHAM, Andrew e PERRY, Willians. “Transforming Plague: the Laboratory and the identity of infectious disease”. IN: *The Laboratory Revolution*. Cambridge: Medicine Cambridge Press, 1992, pág. 209-244.
- CUETO, Marcus. *Salud, Cultura y en America Latina*. Lima: IEP/OPAS, 1996.
- CYTRYNOWICZ, Roney. “Imagens, políticas e leituras do Arquivo Capanema”. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. VIII, pp. 472-475, jul-ago. 2001.
- DIAS, Ivone Marques. “Alguns aspectos sobre a lepra na Idade Média em Portugal” In: RIBEIRO, Maria Eurydice de Barros (org.). *A Vida na Idade Média*. Brasília: Ed. UnB, 1997.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. “Investigação Antropológica sobre Doença, sofrimento e Perturbação: uma introdução”. In: \_\_\_\_\_ e LEAL, Ondina (organizadores). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- \_\_\_\_\_ e LEAL, Ondina (orgs). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- FRANK, Robert. “Le mémoire et l’histoire”. *Chiers de L’institut D’Histoire du Temps Présent*, Paris, n.º 21, pp. 65-72, nov-1992.
- FOUCAULT, Michael. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. 27.ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
- GINZBURG, Carlo. *O queijo e os Vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987 [1976].
- \_\_\_\_\_. *Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989 [1986].
- \_\_\_\_\_. *A micro-história e outros ensaios*. Lisboa: DIFEL, 1989.
- \_\_\_\_\_. *História noturna: decifrando o Sabá*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991 [1989].
- \_\_\_\_\_. *Olhos de madeira: nove reflexões sobre a distância*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4.ª Edição. Rio de Janeiro: LTC, 1988 [1963].
- \_\_\_\_\_. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2005 [1961].
- GOMES, Ângela de Castro (org.). *Escrita de si, escrita da história*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- \_\_\_\_\_. “Nas malhas do feitiço: o historiador e os encantos dos arquivos privados”. *Revista Estudos Históricos. Arquivos Pessoais*. Rio de Janeiro, n.º 21, pp. 121-127, 1998/1.
- GOMES, Maria Paulina. *Construindo soluções acadêmicas – Monografias, Dissertações e Teses – Do projeto à defesa*. Rio de Janeiro: UNIFA e Editora Luzes, 2006.
- HERZLICH, Claudine. “A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença”. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 1, n.º 2, 1991, p. 23-36.
- \_\_\_\_\_. “Saúde e doença no século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública”. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 14, n.º 2, pp. 383-

394, 2004.

- HERZOG, Regina. “A percepção de Si como Sujeito-da-Doença”. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 1, n.º 2, 1991, pp. 143-155.
- HEYMANN, Luciana Quillet. “Indivíduo, Memória e Resíduo Histórico: Uma Reflexão sobre Arquivos Pessoais e o caso Filinto Müller”. *Revista Estudos Históricos. Indivíduo, biografia, história*. Rio de Janeiro, n.º 2, pp. 51-74, 1997.
- HOCHMAN, Gilberto. “Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações ente saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930)”. *Estudos Históricos. Os Anos 20*. Rio de Janeiro, n.º 11, pp.40-61, 1993.
- \_\_\_\_\_. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998,
- \_\_\_\_\_. e ARMUS, D. (orgs.). *Cuidar, Controlar e Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- HUNT, Linda. *Nova História Cultural*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- HYDÉN, Lars-Christen. “Illness and Narrative”. *Sociology of Health and Illness*. Oxford: Blackwell Publishers, Volume 19, Número 1, 1997, pp. 48-64.
- JOSEPH, D. George. “Essentially Christian, eminently philanthropic: The Mission to Lepers in British India”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol 10, suplemento 1, pp. 247-295, 2003.
- KOSSOY, Boris. *Realidades e ficções na trama fotográfica*. São Paulo: Ateliê Cultural, 2001.
- LEVI, Giovanni. “Usos da Biografia”. In: FERREIRA, M. e AMADO, J. (orgs.) *Usos e Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: FGV, 1996, 167-191.
- LIMA, Ana Luce Girão e PINTO, Maria Marta. “Fontes para a História dos 50 Anos do ministério da Saúde”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol 10, pp. 1037 a 1051, 2003.
- MACIEL, Laurinda. “‘A solução do mal que é um flagelo’: notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XX.” In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do e CARVALHO, Diana Maul (orgs.). *Uma História Brasileira das Doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 109-125.
- \_\_\_\_\_. *et alii*. Memories and history of Hansen’s disease in Brazil told by witnesses (1960-2000). *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol 10, suplemento 1, pp. 308-336, 2003.
- \_\_\_\_\_. “A construção social de uma enfermidade: o caso da lepra na Colômbia.” *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 11, pp. 189-193, jan-abr 2004.
- MATTOS, Hebe Maria e GRINBERG, Keila. “Lapidário de si: Antonio Pereira Rebouças e a escrita de si”. GOMES, Ângela de Castro (org.). *Escrita de si, escrita da história*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- MATTOS, Marcelo Badaró (org.). *História: Pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Laboratório Dimensões da História, 1998.
- MAUAD, Ana Maria. “Imagem e auto-imagem do 2.º Reinado”. In: NOVAES, Fernando A. (coord.) e ALENCASTRO, Luiz Felipe (org.). *História da Vida Privada no Brasil – Império: a corte e a modernidade nacional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, pp. 181-232.
- MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da Maldição Divina a Exclusão Social: Um Estudo da Hanseníase em São Paulo*. 1995. Tese de Doutorado apresentada á Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
- MONTEIRO, Yara Nogueira. “Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's



- disease patients in São Paulo”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.10, supl.1, pp.95-121. 2003.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. Um Caminho Positivo: enfrentando o estigma da AIDS. IN NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. Uma História Brasileira das Doenças. Brasília: Paralelo 15, 2004, pág 323-333.
- OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia. Medellín: Banco de La Republica, Fondo Editorial Universidad, EAFIT, 2002.
- OPROMOLLA, Paula Araújo e MARTELLI, Antonio Carlos Ceribelli. “Terminology related to hansen's disease”. *An. Bras. Dermatol.*, May/June 2005, vol.80, n.º 3, p.293-294.
- POLLAK, Michael. “Memória, Esquecimento e Silêncio”. *Revista Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, *Memória*, n.º 3, pp. 3-15, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Os Homossexuais e a AIDS – Sociologia de uma Epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.
- \_\_\_\_\_. “Memória e Identidade Social”. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol. 5, n.º 10, pp. 200-212, 1992.
- PORTO, Ângela. “A vida inteira que podia ter sido e que não foi”: trajetória de um poeta tísico. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1997.
- \_\_\_\_\_; Oliveira, Benedito Tadeu de. Edifício colonial construído pelos jesuítas é lazareto desde 1752 no Rio de Janeiro. *História, Ciência, Saúde- Manguinhos*;; Rio de Janeiro, Pág. 171-180, nov.1995-fev.1996.
- \_\_\_\_\_. “A vida inteira que podia ter sido e que não foi”: Trajetória de um poeta tísico”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol VI, n.º 3, pp. 523-550, fev-2000.
- PROCHASSON, Christophe. “Atenção: verdade!” Arquivos privados e renovação das práticas historiográficas”. *Revista Estudos Históricos. Arquivos Pessoais*. Rio de Janeiro, n.º 21, pp. 105-119, 1998/1.
- RABELO, Mirian Cristina M. e ALVES, Paulo César B.. “Significação e Metáfora na Experiência da Enfermidade” In: RABELO, Mirian Cristina M., ALVES, Paulo César B. e SOUZA, Iara Maria A. (orgs.). *Experiência da Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: FGV, 1999, P. 171-185.
- REVEL, J. e PETER, J. “O Corpo: o homem doente e sua história”. Le Goff, J. e Nora, P. *História Novos Objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editores, 1976, pág. 147.
- ROSEN, George. “A Era Bacteriológica e suas conseqüências”. In: *Uma História da Saúde Pública*. 2.ª Edição. São Paulo: UNESP-HUCITEC/ABRASCO, 1994, pág 219-252.
- ROSENBERG, Charles. “Introduction: Framing Disease: Illness, society and history”. In: *Framing Disease, Studies in Cultural History*. ROSENBERG, Charles e GOLDEN, Janet (orgs). New Brunswick e New Jersey: Rutgers University Press, 1992, pp. xiii-xxvi.
- ROSENBERG, Charles e GOLDEN, Janet (orgs.) *Framing disease – studies in cultural history*. New Jersey: Rutgers University Press, 1992.
- ROTBERG A. “O pejorativo “lepra” e a grande vítima de grave erro médico-social-histórico: a indefesa América Latina.” *Revista de História*, jan-mar, 1975, pág. 293-305.
- ROTHMAN, Sheila M.. *Living in the Shadow of the Death: tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1994.
- SANTOS, Vicente S. M. dos. “Pesquisa Documental sobre a História da Hanseníase no Brasil”. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol 10, suplemento 1: pp. 415-426, 2003.

- SARNO, Euzenir Nunes. Entrevista. "A Hanseníase no laboratório". *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol 10, suplemento 1: pp. 297-290, 2003.
- SENDRAIL, Marcel. *Histoire Culturelle da la Maladie*. Toulouse: PRIVAT, 1980.
- SECRETARIA de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Respostas para as principais dúvidas sobre hanseníase. 2.<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro, 2003.
- SHAKESPEARE, William. "A Tempestade". *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Aguilar, 1988 [1969], pp. 911
- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- \_\_\_\_\_. *Sobre a Fotografia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- SOUZA, Wanderley. *A Política Biológica como Projeto: A "Eugenia Negativa" e a Construção da Nacionalidade na Trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2006
- STEPAN, Nancy. "Eugenia no Brasil, 1917-1940". In: HOCHMAN, G. e ARMUS, D. (orgs.). *Cuidar, Controlar e Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, pp.331-391.

#### SITES CONSULTADOS

- <http://www.leprosyhistory.org/portuguese/help.htm>.
- [http://www.3m.com/intl/br/industria/onibus\\_carrocerias](http://www.3m.com/intl/br/industria/onibus_carrocerias)
- <http://www.ilsl.br/>
- <http://www.catedralmetodistasp.org.br>.
- <http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>
- <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>

**Apêndice n.º 1 – Dimensão espacial dos leprosários, com localização e ano de início das construções e inauguração**

<b>Leprosário</b>	<b>Localidade</b>	<b>Área (alqueire)</b>	<b>Início construção</b>	<b>Inauguração</b>	<b>Funcionamento</b>
Asilo-Colônia Santo Ângelo	Mogi das Cruzes	348	24- 4-19	3- 5-28	2- 8-28
Sanatório Padre Bento	Guarulhos	83	?	5- 6-31	5- 6-31
Asilo-Colônia Pirapitinguy	Itú	600	?	7-10-31	7-10-31
Asilo-Colônia Cocaes	Casa Branca	300	29-11-29	16- 4-32	16- 4-32
Asilo-Colônia de Aymores	Bauru	400	1928	13- 4-33	13- 4-33

Fonte: *Quando n.º 3 – Rede Asilar Paulista* Apud MONTEIRO, Y., *op. cit.*, p.200 e *Tratado de Leprologia. Serviço Nacional de Lepra.* Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1950, p. 138.

**Apêndice n.º 2– Relação das Conferências Internacionais de Lepra, com local, data, presidência, profilaxia e clínica.**

<b>Conferência Internacional de Lepra (1897 a 1958)</b>				
<b>Local</b>	<b>Data</b>	<b>Presidente</b>	<b>Profilaxia</b>	<b>Clínica</b>
BERLIM	1897	<i>Rudolf Virchow</i>	Isolamento	<i>Incurabilidade</i>
BERGEN	1909	<i>Gerard A. Hansen</i>	Isolamento Exame periódico dos comunicantes	<i>Afirmção da contagiosidade Estudos clínicos considerando a curabilidade.</i>
STRASBURG	1923	<i>Édouard Jeanselme</i>	Isolamento Educação Sanitária	<i>Descartada a hereditariedade</i>
CAIRO	1938	<i>Victor Heiser</i>	Isolamento controlado pelo estado; Vigilância e tratamento dos não internados; educação e propaganda sanitária; cooperação de entidades particulares; Isolamento de crianças infectadas.	<i>Definição das formas clínicas da doença, estudos sobre lepra tuberculóide.</i>
HAVANA	1948	<i>Oteiza y Setian</i>	Isolamento para os casos contagiantes Classificação imunológica dos comunicantes. Leprosário, dispensário e preventórios voltados para a educação sanitária. Cursos de Lepra.	<i>Curabilidade freqüente. Negatividade clínica devido ao tratamento com sulfonas.</i>
MADRI	1953	<i>José A. Palanca</i>	Internamento seletivo. Proteção e controle dos comunicantes. Extinção dos preventórios, os filhos de doentes seriam tratados por instituições de proteção à infância.	<i>Sulfonas Definição das formas clínicas da lepra: indeterminada; tuberculóide; lepromatosa e dimorfa</i>
TÓQUIO	1958	<i>Honorária de K. Mitsuda e efetiva do Professor K. Kitamura.</i>	Tratamento ambulatorial. Lepra integraria os demais serviços de doenças contagiosas. Educação de estudantes da área da saúde; Campanha informativa para público em geral. Isolamento considerado anacrônico.	<i>Sulfonas</i>

Fonte: DINIZ, Orestes. *Profilaxia da Lepra*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Medicina Militar, 1960

**Apêndice n.º 3 – Leprosários, localização, classificação e n.º de doentes internados em**

LEPROSÁRIOS DO BRASIL				
N.º de internados no último semestre de 1942				
Estado	Nome	Tipo de Instituição	Localização	Internados
AC	Souza Araújo	Asilo-Colônia	16 km de Rio Branco	59
	Cruzeiro do Sul	Asilo-Colônia	Próximo.à cidade	29
AM	Belizário Penna	Hospital	16 km de Manaus	536
	Aleixo	Asilo-Colônia	Próximo.à Manaus	--
PA	Lazarópolis do Prata	Hospital	21 km do município	979
	Frei Gil Vilanova	Asilo	30 km do cone do Araguaia	20
	Marituba	--	20 km de Belém	--
MA	Bonfim	Asilo-Colônia	2, 6 km de São Luís	184
PI	Carpina	Asilo-Colônia	4 km de Parnaíba	97
CE	Antonio Diogo	Hospital	Município de Redenção	414
	Antônio Justa	Asilo-Colônia	20 km de Fortaleza	--
RN	São Francisco de Assis	Asilo-Colônia	Natal	155
PB	Getúlio Vargas	--	João Pessoa	52
PE	Mirueira	Asilo-Colônia	14 km de Recife	215
AL	Eduardo Rabello	Asilo-Colônia	Taboleiro João Martins	27
SE	Jardim	Asilo-Colônia	Aracaju	--
BA	Rodrigo de Meneses	Hospital	Salvador	83
ES	Itanhenga	Asilo-Colônia	14 km de Vitória	358
RJ	Tavares de Macedo	Asilo-Colônia	45 km da capital	247
DF	Curupaiti	Hospital	Jacarepaguá	524
	Frei Antônio	Asilo-Colônia	São Cristóvão	117
SP	Santo Ângelo	Asilo-Colônia	46 km da Capital	1.740
	Aimorés	Asilo-Colônia	12 km de Bauru	1.205
	Cocais	Asilo-Colônia	9 km de Casa Branca	1.888
	Pirapitinguy	Asilo-Colônia	110 km da Capital	2.997
	Padre Bento	Sanatório	17 km da capital	867
PR	São Roque	Asilo-Colônia	25 km da capital	630
SC	Santa Tereza	Asilo-Colônia	25 km da capital	341
RS	Itapoan	Asilo-Colônia	Viamão	466
	Sabarará	Hospital	1km de Sabarará	81
	Santa Isabel	Asilo-Colônia	48 km de Belo Horizonte	2.119
	Roça Grande	Sanatório	20 km de Belo Horizonte	--
	Santa Fé	Asilo-Colônia	5 km de Três Corações	--
	Padre Damião	Asilo-Colônia	12 km de Ubá	--

	São Francisco de Assis	Asilo-Colônia	6 km de Bambuí	--
<b>GO</b>	Helena Bernard	Asilo	1 km de Catalão	76
	Bananal	Asilo	Ilha do Bananal	37
	Anápolis	Asilo	Próximo a Anápolis	37
	Santa Marta	Asilo-Colônia	9 km de Goiânia	41
<b>MT</b>	S. J. dos Lázarus	--	3 km de Cuiabá	7
	São Julião	Asilo-Colônia	12 km de Campo Grande	199

Fonte: Revista Brasileira de Leprologia, vol. X, junho, 1942 *Apud* MONTEIRO, Yara., *op. cit.*, 214-215

#### Apêndice n.º 4 – “Quadro do Mal Hanseniano em São Paulo”

“Quadro do mal hanseniano em São Paulo”				
Circunscrição	Leprosário	Localidade	Situação	N.º de doentes
1. <sup>a</sup>	Asilo-Colônia Santo Ângelo Sanatório Padre Bento	Mogi das Cruzes Guarulhos	Em funcionamento	2.209
2. <sup>a</sup>	Asilo-Colônia Pirapitinguy	Itú	Em construção	792
3. <sup>a</sup>	Asilo-Colônia Cocaes	Casa Branca	Em construção*	276
4. <sup>a</sup>	Leprosário Regional da Paulista	Araraquara	(?)	442
5. <sup>a</sup>	Asilo-Colônia de Aymores	Bauru	Em conclusão	466

Fonte: LEPR, Problema Médico-Social. *Folha da Noite*, São Paulo, 2 de setembro de 1931. Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

\*Na reportagem a 4.<sup>a</sup> Circunscrição aparece o ponto de interrogação ao lado do nome do leprosário. Não encontrei referência que o Leprosário Regional da Paulista tenha sido planejado ou construído.

**Apêndice n.º 5 – Plano do leprosário modelo Santo Ângelo apresentado no VIII Congresso Brasileiro de Medicina pelo Dr. Emílio Ribas**

DIVISÃO DA COLÔNIA EM ZONAS	
ZONAS	FUNÇÕES
ZONA DISTINTA DAS MULHERES	Era composta por um amplo parque, rodeando os seguintes edifícios: um pavilhão central de habitação; uma enfermaria; um pavilhão de observação; outro de isolamento e outro para o cinema e diversões.
ZONA DE SOLTEIROS	Situava-se do lado oposto a zona das mulheres e era uma verdadeira cidade jardim. Constava de um aglomerado de cerca de 60 casas, todas elas situadas no centro de um pequeno parque gramado e com fácil acesso para uma infinidade de pequenas ruas que seguiam para todas as direções.
ZONA DE ADMINISTRAÇÃO	Localizava-se entre a zona de mulheres e a zona de solteiros. Era composta por 6 edifícios: O refeitório, a Igreja, a Farmácia, um pavilhão para o pessoal da administração, um edifício para a instalação de máquinas de força e luz e um edifício para os empregados de serviço.
ZONAS DE MENINOS e MENINAS DE 7 A 15 ANOS	Situavam-se de lados opostos ao refeitório. As duas zonas eram compostas por um parque que circundava um edifício. Este edifício servia ao mesmo tempo de habitação e de escola. Separavam a zona dos casados das zonas dos solteiros e das mulheres.
ZONA DE CASADOS	Situava-se no eixo da colônia, dispondo também de um grande parque. Projetada em estilo clássico, contém cerca de vinte casas duplas. Cada casa podia habitar duas famílias diferentes com relativa independência. Quando alguém desta zona adoecia gravemente era tratado ou na zona das mulheres ou na dos solteiros, sem quebra do rigor de separação.
ZONA DE DIVERSÕES	Situava-se entre a zona dos casados e a dos solteiros. Era composta de: um grande edifício para o tratamento hidroginástico dos homens; em anexo, um centro para diversões intelectuais como leitura, jogos, biblioteca etc; um cinema; um grande pavilhão para oficinas, consideradas também como distração para os leprosos; e finalmente um campo para ginástica, jogos ao ar livre e recreios diversos. Um parque pitoresco envolvia todas as edificações.
ZONA DE CONTRIBUINTES	Era como chamavam a vila dos leprosos ricos. Situava-se no ponto mais alto da colônia. Era composta apenas por casas para habitação, cercadas de parques. Assim como os casados, os indivíduos que precisassem de tratamento iriam para as zonas de mulheres ou de solteiros, em separado.
ZONA DE PESQUISAS CIENTÍFICAS	Agrupava os seguintes edifícios: Desinfectório Geral, Necrotério, Incinerador, Isolamento, Alienados e Pavilhão de Pesquisas Científicas. A escolha da localização desta zona foi baseada em duas ordens de considerações: a primeira, de ordem utilitária, envolvia facilitar, pela proximidade, o acesso tanto dos médicos quanto dos doentes, que vinham na sua maioria da zona dos solteiros; a segunda ordem foi de ordem térmica, tirando vantagem do relevo do solo para abrigá-la das correntes fortes de ventos.



LAVANDERIA	Embora formada por um único edifício, em virtude da sua função indispensável no mecanismo administrativo da colônia e dos perigos sempre existentes num estabelecimento como este, a lavanderia também constituía uma zona. Situava-se entre a Zona das mulheres, das meninas e dos casados, para que ficasse perto o bastante para receber o grande volume de roupas de todos os pontos da colônia e para facilitar a fiscalização a dependência de vapor.
ZONA DE EMPREGADOS	Abriava os empregados que trabalhavam no leprosário e suas famílias. Consistia em uma zona bem afastada da colônia, por razões óbvias, mas próxima a zona neutra. Pra facilitar a fiscalização, situava-se estrategicamente em uma posição intermediária entre a casa do administrador e a zona de administração, pouco acima da estrada geral que vem de Santo Ângelo. Era composta de 8 casas duplas cercadas por um parque circular.
ZONA NEUTRA DE RESIDÊNCIA E RETIRO DE IRMÃS	Localizava-se em uma área afastada do leprosário, subindo pela estrada saindo da cidade jardim (Zona dos solteiros). Era uma área rodeada por dois capões de mato, com um parque central. Neste ficavam Edifícios rodeados de varandas, no estilo “Bungalow”: o primeiro edifício era a residência dos internos, estudantes de medicina em serviço no hospital; depois vinha a residência do administrador; por último a residência do médico, além d um gabinete de leitura ou um ponto de recreio literário do pessoal superior. Mais acima ficava a creche, o isolamento de crianças, uma casa de empregados e o retiro das irmãs que vinham, de quando em quando, repousar da assistência evangélica aos doentes.

Fonte: Souza-Araújo, H. C., *op. cit.*, pg. 248 e 249.

OUTROS EDIFÍCIOS	
EDIFÍCIO	FUNÇÕES
CADEIA	A cadeia, sendo um mecanismo indispensável ao mecanismo das sociedades constituídas, era guardada por soldados sadios e servia para os doentes que se mostrassem merecedores de tal pena. Ela não podia, ao mesmo tempo, nem ficar dentro do leprosário e nem afastada demais.
CAPELÃO	Para que ficasse perto da Igreja e dos leprosos, aos quais deveria prestar o auxílio consolador, mas sem sofrer o contágio, ficou situado perto da cadeia. Juntando um lugar que serve para corrigir e outro que servia para consolar, acreditaram na época estar agindo de forma correta.
PORTEIRO	Como não podia de ser, pela própria natureza de seu cargo, foi instalado junto à porta, a beira da estrada, dando informações a todos aqueles que passavam por lá, entravam ou saíam.
ESTÁBULOS	Pela importância na vida econômica da época, não podia deixar de entrar no projeto de forma conveniente.
CEMITÉRIO	Ficou localizado em um local fora do leprosário e distante o bastante para não ser visto pelos internos.

Fonte: Souza-Araújo, H. C., *op. cit.*, pg. 248 e 249.

OUTROS LOCAIS E DETALHES DO LEPROSÁRIO	
DETALHE	FUNÇÕES
CERCAS	A natureza do local determinava que este fosse, em função do seu isolamento, rodeado por tapumes. Por questões estéticas foram utilizadas cercas vivas contornando as zonas, marginando as estradas e em todo e qualquer lugar que precisasse ser isolado. Além do aspecto mais estético, as cercas eram compostas de um misto de arame e vime, material mais economicamente viável dada a extensa quilometragem da colônia.
ABRIGOS	Em todos os pontos de permanência ou de recreio dos leprosos foram colocados abrigos cobertos, em função da sensibilidade exagerada conseqüente da própria doença. E a distribuição destes abrigos ou bancos cobertos ao longo dos caminhos que levavam ao refeitório foi a única forma de resolver o problema de alimentação dos leprosos nos dias chuvosos ou muito quentes.
ESTRADAS	Como o leprosário de Santo Ângelo foi localizado entre os rios Jundiá e Taissupeva, todas as estradas foram macadamizadas com pedregulhos e areia extraídos destes rios. Além disso tomou-se o cuidado de escolher uma arborização adequada não só pela estética, mas para fornecer sombra para os leprosos.
ILUMINAÇÃO	No projeto da colônia Santo Ângelo foi feito um estudo para a construção de um edifício chamado Centro de Força e Luz, que ficaria na zona neutra do leprosário, provido de máquinas para transformação de energia em corrente elétrica. Mais tarde houve a possibilidade de fazer uma derivação da luz elétrica de Mogi das Cruzes para Santo Ângelo.
ÁGUA	Estudos preliminares feitos por iniciativa da Associação Protetora dos Morféticos demonstraram a existência de diversos córregos cujas cabeceiras se achavam em altitude facilmente alcançáveis, sendo necessárias linhas adutoras de apenas 3 quilômetros para alcança-las e fornecerem um volume de 500.000 litros de água potável por dia.
ESGOTOS	O estudo das redes de esgoto da colônia não foram muito definidos, mas ficou definido que o esgoto deveria convergir para um ou mais centros de depuração, onde os resíduos seriam devidamente tratados por processos modernos de esterilização.

Fonte: Souza-Araújo, H. C., *op. cit.*, pg. 248 e 249.

**Apêndice n.º 6 – “Comparação do custo *per capita* mensal – Diretor geral, dr. Francisco Salles Gomes Junior, Contador chefe, Nicolau Morlati. Ano de 1936”**

Asilos	Média de internados	Custo real	Custo ideal
Asilo-Colônia Pirapitinguy	1.673,7	99\$312	93\$456
Asilo-Colônia Santo Ângelo	1.325,3	102\$522	98\$736
Asilo-Colônia Cocais	1.326,8	89\$775	98\$736
Asilo-Colônia de Aimorés	626,4	116\$865	122\$496
Sanatório Padre Bento	482,3	157\$391	128\$852
Preventório de Jacareí	153,7	119\$213	142\$560

Fonte: NEIVA, Arthur. *Considerações sobre o problema da Lepra. A lição de São Paulo – Suas iniciativas e grande exemplo. Discurso do representante do Estado da Bahia, pronunciado na Câmara dos Deputados na sessão de 28 de outubro de 1937.* Rio de Janeiro, 1940, p. 21.

Apêndice n.º 7 - Relação de documentos apresentados no Prontuário n.º 8.537 de Pedro Baptista

PRONTUÁRIO – ÍNDICE DE DOCUMENTOS		
Documento	Pág.	Conteúdo
		Ficha de Observação. São Paulo, 28-11-1934. N.º 8537. Dados pessoais. Anamnese familiar. Exame Clínico.
		Verso Ficha de Observação. São Paulo, 28-11-1934. Lesões atuais e localizações. Forma clínica. Exames de laboratório. Observações (histórico de residência e transferência durante o período de internação).
	S/n.º	Notificação de doente de lepra. Confidencial. São Paulo, 27-11-1934.
		Ficha de Histórico Ocorrencial. Anexo da Ficha Epidemiológica e Clínica. Nome. N.º do Prontuário. Assunto: Atestado de óbito. 17-7-1955.
		Carta do Reverendo A. Romano Filho, pároco da Igreja Metodista Central ao Dr. Salles Gomes dando recomendações sobre Pedro Baptista e solicitando-lhe um emprego. São Paulo, 7-7-1934.
	S/n.º	Carta do dr. Francisco Salles Gomes Junior para Reverendo Romano, comunicando a internação de Pedro Baptista, “pelo resultado positivo para o mal de Hansen”. 11-12-1934.
		<u>Laudo para alta hospitalar.</u> Pirapitinguy, 4-1-1938. Data de início do tratamento: 14/12/1934 (I) Forma Clínica da Moléstia; resumo do exame dermato-neurológico e condições bacteriológicas. (II) Resumo das revisões dermatológicas. Apresentado a comissão obteve alta em 22/7/1936. Reinternado em 8/11/1936 por sofrer um ataque de reação leprótica, tipo eritema nodoso acompanhada de dores intensas. Todavia seus exames resultaram negativos. (III) resultados de exames bacteriológicos
		<u>Laudo para alta hospitalar.</u> Pirapitinguy, 4-1-1938. (IV) Tratamento anti-leprótico realizado.(V) condições econômicas e sociais. Trabalhava na Procuradoria do D.P.L., quando foi reinternado. Deseja trabalhar num posto de tratamento. Director-Clinico dr. Marcello Guimarães Leite. Médico-Dermatologista dr. Argemiro Rodrigues de Souza.
		<u>Laudo para alta hospitalar.</u> Pirapitinguy, 1.º-6-1936. (I) Forma clínica da moléstia. (II) Resuma da Revisão dermatológica. <u>Em 15/5/1935</u> : regressão de maior parte das maculas do tronco. Persistência de algumas no thorax e membros inferiores. <u>Em 24/1/1936</u> : o único elemento suspeito é uma ligeira infiltração da fronte. <u>Em 6/3/1936</u> : instalação do mal perfurante plantar direito. <u>Em 5/5/1936</u> : mal perfurante em vias de cicatrização completa devido a uma raspagem. <u>Em 15/5/1936</u> : cicatrização do mal perfurante.
		<u>Laudo para alta hospitalar.</u> Pirapitinguy, 1.º-6-1936. Alta em 9/7/1936, assinatura de 5 médicos.
	S/n.º	Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública. 16-10-1936. Autorizando Pedro Baptista a receber tratamento no Posto do Braz, por motivo de alta hospitalar. Do sub-diretor do DPL dr. Nelson Souza Campos para o dr. Oliveira Ribeiro.
	S/n.º	Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública. 7-11-1936. Do sub-diretor do DPL dr. Nelson Souza Campos para Dr. Marcello Guimarães Leite, Diretor clinico de Pirapitinguy, encaminhando Pedro Baptista para internação por apresentar reação leprótica.

		Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública. 7/11/1936. Dr. Nestor Solano Pereira informa ao Dr. Oliveira Ribeiro, médico do posto do Braz, a internação de Pedro Baptista em Pirapitinguy.
	S/n.º	Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública. 9/11/1936 Dr. Oliveira Ribeiro acusa recebimento do memorando do Dr. Nestor Solano Pereira informa sobre a internação de Pedro Baptista.
		Carta de Pedro Baptista para Dr. Salles Gomes Junior. 14-5-1937. Informa que já se encontra bem e se oferece para trabalho num Posto, já que sabe que está pra ser aberto um em Sorocaba. “Venho, mui humildemente, solicitar-lhe, mais uma vez a sua generosa protecção, ordenando a minha retirada do hospital e me concedendo um emprego para a garantia de minha subsistência.” Resposta que tudo depende da alta hospitalar.
		Folha n.º 2 da carta
		Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública. SP, 21/5/1937. Para Pedro Baptista do dr. Salles Gomes Junior, “Em resposta à sua carta de 14 corrente, comunico a V. S. que sua saída está novamente na dependência da Comissão de Alta.”
		Laudo para alta hospitalar. Pirapitinguy, 29-6-1938. Data de início do tratamento: 14/12/1934 (I) Forma Clínica da Moléstia; resumo do exame dermato-neurológico e condições bacteriológicas. MIXTA C1 N2 (II) Resumo das revisões dermatológicas (III) resultados de exames bacteriológicos
		Laudo para alta hospitalar. Pirapitinguy, 29-6-1938. (IV) Tratamento anti-leprótico realizado (V) condições econômicas e sociais Parecer de alta em 29 de junho de 1938. Recusado. Director-Clinico Dr. Marcello Guimarães Leite Medico-Dermatologista dr. Argermiro Rodrigues de Souza
	S/n.º	Memorando do Dr. Argermiro Rodrigues de Souza para dr. Dr. Francisco Salles Gomes Junior sobre a proposta de alta de Pedro Baptista. Resposta em 6/7/1938 (manuscrita no documento). A alta é recusada por apresentar lesão positiva.
		Secção de Doentes. 6-7-1938. De dr. Francisco Salles Gomes Junior para Dr. Marcelo Guimarães Leite. Informe da transferência para Padre Bento pela negativa de alta hospitalar.
	S/n.º	Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública São Paulo, 6/7/1938 Para dr. Lauro de Sousa Lima do dr. Salles Gomes Junior informando a internação de Pedro Baptista no Sanatório Padre Bendo
		Santo Ângelo, 30/8/1938. Carta de Pedro Baptista para dr. Francisco Salles Gomes Junior. Reconhece licença concedida para ir do Padre Bento para Santo Ângelo e pedi a transferência para Santo Ângelo. Afirmando estar de melhor condições de suas posse e por estar trabalhando na Caixa Beneficente já está tendo pequeno recurso para suas despesas indispensáveis. Tem o de acordo.
		São Paulo, 12/9/1938. Seção de Doentes Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública. Dr. Francisco Salles Gomes Junior para o Dr. Lauro de Souza Lima diretor do Padre Bento informando a transferência de Pedro Baptista.
	S/n.º	São Paulo, 12/9/1938. Seção de Doentes Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública. Dr. Francisco Salles Gomes Junior para o

		Dr. Manoel de Abreu diretor de Santo Ângelo informando a transferência de Pedro Baptista para Santo Ângelo.
		Santo Ângelo, 26/8/1939. Carta do Dr. Itagyba Martins Villaça, diretor clínico do Santo Ângelo, para dr. Francisco Salles Gomes Junior solicitando permissão para o casamento de Pedro Baptista e Marina Ribeiro. Encontra-se descrita a forma da doença de cada um.
		Resposta em 4-9-1939, de dr. Francisco Salles Gomes Junior aprovando o casamento.
	S/n.º	9-11-1939. Seção de Doentes Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública. Dr. Nelson de Souza Campos autoriza ao Dr. Itagyba Vilaça a saída de Pedro Baptista de Santo Ângelo para Aimorés.
	S/n.º	9-11-1939. Seção de Doentes Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública. Dr. Nelson de Souza Campos para o Dr. Murilo Augusto de Oliveira, Diretor-clínico do Asilo colônia Aimorés, autorizando-o a receber Pedro Baptista.
	S/n.º	São Paulo, 19-7-1940. Seção de Doentes Memorando da Secretaria da Educação e da Saúde Pública. Dr. Nelson de Souza Campos autoriza a visita de Verônica Mais, aos doentes José Pons e Pedro Baptista. Informa ao dr. José Ferreira Gomes, diretor clinico de Santo Ângelo.
		Santo Ângelo, 19/10/1948. Memorando assinado pelo dr. Renato Pacheco Braga, solicitando o todo o histórico do doente Pedro Baptista desde a primitiva internação, ao Dr. J. Alcântara Madeira, Diretor do DPL.
	S/n.º	Santo Ângelo, 22/10/1948. Memorando do dr. J. Alcântara Madeira para o dr. Renato Pacheco Braga, encaminhando o histórico do doente Pedro Baptista.
		São Paulo, 22/10/1948. Secretaria de Saúde Pública do Estado de São Paulo. Departamento de Profilaxia da Lepra. ATESTADO. Informa incapacitado para o trabalho e solicita previdência.
	S/n.º	São Paulo, 26/6/1950. Autorização de visita Moacyr Urioste, doente, prontuário 6847, para Pedro Baptista. Dr. Nelson de Souza Campos para dr. Renato Pacheco Braga, diretor clinico Santo Ângelo.
		São Paulo, 10/11/1950. Secretaria de Saúde Pública do Estado de São Paulo. Departamento de Profilaxia da Lepra. ATESTADO.
		Em Santo Ângelo, 17/4/1952. Pedro Baptista foi testemunha na declaração prestada por Francisco G. da Silva e Durvalina Maria de Jesus, de que estavam se separando e que os três filhos do casal ficavam com Francisco.
	S/n.º	São Paulo, 29/4/1952. Memorando da seção de doentes da Secretaria de Estado dos Negócios de Saúde Pública e da Assistência Social, sub diretor dr. Nestor Solano Pereira para Dr. Wilson Brotto, seção de neurologia do hospital das clínicas, encaminha Pedro Baptista por necessitar cuidados desse setor.
	S/n.º	São Paulo, 23/8/1952. Autorização de visita do doente Jose Ferreira vitral, prontuário 19.003 para Pedro Baptista.
		Atestado de incapacidade para o trabalho. Não está assinado, mas no nome do Dr. Lauro de Souza Lima, diretor do DPL, da Secretaria de Saúde Pública e da Assistência Social de São Paulo. São Paulo, 11/11/1952.
		Santo Ângelo, 9-2-1953. Carta para o programa de d. Conceição, relatando fato de fuga do asilo auxiliada por Pedro Baptista. Já havia enviado carta para ela e para Dr. Lauro sem obter resposta. Assinada por Diamantino dos Santos e Benedito Domingues. Arquivado no prontuário 19.819.
		Carta do diretor clínico de Santo Ângelo Dr. Renato Pacheco Braga para o Dr. Lauro de Souza Lima pedindo a transferência de Diamantino dos

		<b>Santos e Benedito Domingues para o Padre Bento. E fosse negada a transferência de Izabel Rovaroti para Cocais onde se encontrava internado Pedro Baptista, pois se isso acontecesse o sr. Diamantino tomaria providências. Em 25/2/1953.</b>
		<b>Atestado de incapacidade para o trabalho. Não está assinado, mas está no nome do Dr. Raul David do Vale, sub-diretor do DPL, da Secretaria de Saúde Pública e da Assistência Social de São Paulo. 15-8-1953.</b>
		<b>Memorando do dr. Renato Pacheco Braga, informando a transferência para tratamento em Dispensário de Pedro Baptista. Santo Ângelo. 27-4-1954.</b>
		<b>Memorando do dr. Raul David do Valle, autorizando a internação de Pedro Baptista no Hospital por questões sociais. São Paulo, 28-4-1954.</b>
		<b>Informe ao dr. Augusto B. da Silva e Oliveira, do Posto do Jacareí, da alta de Pedro Baptista. Em 5-5-1954.</b>
		<b>Laudo de Transferência para Dispensário. Resumo da Ficha epidemiológica e clínica inicial. Resumo da ficha por ocasião do isolamento. Período de Isolamento. Tratamento com Promim.</b>
		<b>Laudo de Transferência para Dispensário. Estado clínico atual. Flata completa da visão direita. Lesões cicatriciais residuais nas nádegas. Madarose quase total dos supercílios. Amiotrofia dos interosseos das mãos. Mãos em garra. Perna direita amputada no terço inferior. Condições sociais. Tem recursos próprios. 9/4/1954.</b>
		<b>13-4-1954. Laudo médico da Unidade Sanitária de Santo Ângelo. Conclusão: incapacitado para o trabalho.</b>

Fonte: Prontuário n.º 8.537. Pedro Baptista (I). Arquivo Estadual de Hanseníase. Núcleo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde, São Paulo.

**Apêndice n.º 9 – N.º de fichamento de doentes por ano e incidência da doença**

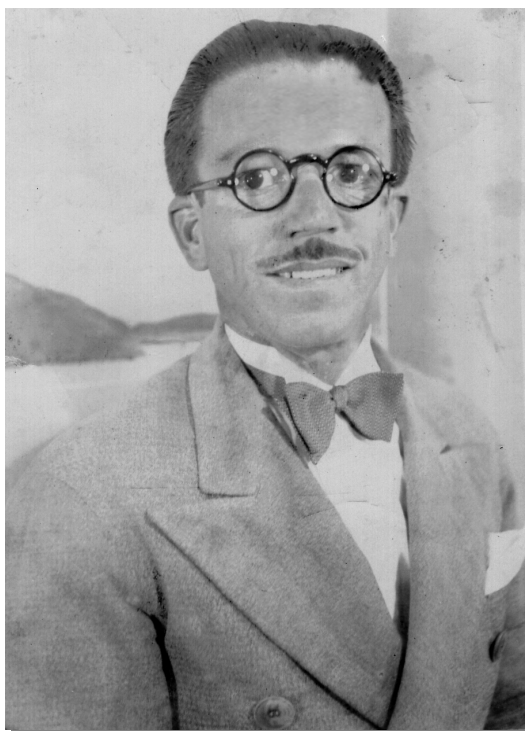
<b>ANO</b>	<b>DOENTES</b>	<b>INCIDÊNCIA</b>
	381	0,07
	234	0,04
	282	0,05
	341	0,06
	792	0,14
	1.283	0,22
	1.068	0,18
	987	0,16
	873	0,14
	986	0,15
	1.247	0,19
	1.800	0,27
	1.612	0,23
	1.739	0,24
	1.624	0,21
	1.522	0,20
	1.520	0,27
	1.526	0,18
	1.413	0,17
	1.525	0,18
	1.515	0,17
	1.291	0,14
	1.292	0,13
1947.	1.466	0,15

<b>ANO</b>	<b>DOENTES</b>	<b>INCIDÊNCIA</b>
	1.573	0,15
	1.759	0,17
	1.785	0,17
	1.790	0,17
	1.807	0,17
	1.849	0,17
	1.814	0,16
	1.811	0,15
	1.866	0,15
	2.065	0,17
	1.920	0,15
	2.090	0,16
	2.111	0,14
	2.142	0,14
	1.860	0,12
	1.883	0,11
	1.780	0,11
	1.751	0,10
	1.546	0,07
	1.525	0,08
	1.754	0,09
	1.519	0,07
	1.499	0,08

Fonte: BELDA, Walter. *A endemia de Hanseníase no Estado de São Paulo*. Tese de Doutorado. Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, 1974. *Apud* MONTEIRO, *op. cit.*, P. 385.



Apêndice n.º 10 – Pedro Baptista por Pedro Baptista



**“Este sorriso é para os meus queridos de Mutum. Pedro”  
Pirapitingui, no 1.º período de internação.**



**“‘Jockey’, o companheirinho de papai. Policial legítimo, com 3 meses de idade. Ventava essa hora, vejamos a cabeleira.”  
Santo Ângelo, por volta de 1948/1950.**



**“Uma equitação e aproveitando o ensejo, fiscalizando os trabalhos agrícolas da Caixa Beneficente. Nelson, secretário e Pedro, presidente.”  
Pirapitingui, 1.º período de internação.**

**Apêndice n.º 11 – Relação das cartas enviadas por Pedro Baptista para Maria Baptista de Paiva (1933-1953)**

1933					
N.º	DATA	LOCALIDADE	N.º DE PÁG	COMPLETA	
1.	08 de setembro de 1933	Manhumirim (telegrama)	01	SIM	NÃO
2.	11 de setembro de 1933	Belo Horizonte	01	SIM	NÃO
3.	25 de setembro de 1933	Belo Horizonte	02	SIM	NÃO
4.	26 de setembro de 1933	Belo Horizonte	01	SIM	NÃO
5.	02 de outubro de 1933	Belo Horizonte	02	SIM	NÃO
6.	04 de outubro de 1933	Belo Horizonte	01	SIM	NÃO
7.	08 de outubro de 1933	Belo Horizonte	01	SIM	NÃO
8.	31 de outubro de 1933	Belo Horizonte	02	SIM	NÃO
9.	07 de novembro de 1933	Belo Horizonte	06	SIM	NÃO
10.	21 de novembro de 1933	Belo Horizonte	06	SIM	NÃO
11.	27 de novembro de 1933	Belo Horizonte	04	SIM	NÃO
12.	10 de dezembro de 1933	Sem local	04	SIM	NÃO
1934					
N.º	DATA	LOCALIDADE	N.º DE PÁG	COMPLETA	
13.	01 de janeiro de 1934	Belo Horizonte	04	SIM	NÃO
14.	15 de janeiro de 1934	Belo Horizonte	01	SIM	NÃO
15.	12 de março de 1934	Carmo do Paranaíba	01	SIM	NÃO
16.	31 de março de 1934	Rio Paranaíba	04	SIM	NÃO
17.	17 de abril de 1934	Rio Paranaíba	01	SIM	NÃO
18.	18 de abril de 1934	Rio Paranaíba	01	SIM	NÃO
19.	22 de abril de 1934	Rio Paranaíba	01	SIM	NÃO
20.	11 de junho de 1934	Belo Horizonte	04	SIM	NÃO
21.	20 de junho de 1934	Belo Horizonte	01	SIM	NÃO
22.	26 de junho de 1934	Pindamonhangaba	01	SIM	NÃO
23.	03 de julho de 1934	Taubaté	01	SIM	NÃO
24.	06 de julho de 1934	Taubaté	04	SIM	NÃO
25.	10 de julho de 1934	Pindamonhangaba	03	SIM	NÃO
26.	14 de julho de 1934	Piquete	04	SIM	NÃO
27.	19 de julho de 1934	Pindamonhangaba	04	SIM	NÃO
28.	25 de julho de 1934	Pindamonhangaba	01	SIM	NÃO
29.	27 de julho de 1934	Pindamonhangaba	04	SIM	NÃO
30.	07 de agosto de 1934	Taubaté	01	SIM	NÃO
31.	09 de agosto de 1934	Pindamonhangaba	01	SIM	NÃO
32.	13 de agosto de 1934	Piquete	06	SIM	NÃO
33.	03 de setembro de 1934	Taubaté	02	SIM	NÃO
34.	06 de setembro de 1934	Taubaté	04	SIM	NÃO
35.	12 de setembro de 1934	Pindamonhangaba	01	SIM	NÃO
36.	08 de outubro de 1934	Taubaté	01	SIM	NÃO
37.	23 de outubro de 1934	Taubaté	02	SIM	NÃO
38.	29 de outubro de 1934	Taubaté	04	SIM	NÃO
39.	13 de novembro de 1934	Pindamonhangaba	04	SIM	NÃO
40.	19 de novembro de 1934	Sem local	01	SIM	NÃO
NOTIFICAÇÃO DA DOENÇA					
41.	30 de novembro de 1934	Sem local	04	SIM	NÃO
42.	04 de dezembro de 1934	São Paulo	02	SIM	NÃO
43.	13 de dezembro de 1934	Itú	01	SIM	NÃO

1935					
N.º	DATA	LOCALIDADE	N.º DE PÁG	COMPLETA	
44.	15 de janeiro de 1935	Itu	01	SIM	NÃO
45.	22 de janeiro de 1935	Pirapitingui	01	SIM	NÃO
46.	13 de fevereiro de 1935	Pirapitingui	03	SIM	NÃO
47.	20 de fevereiro de 1935	Pirapitingui	10	SIM	NÃO
48.	12 de março de 1935	Sem local	04	SIM	NÃO
49.	11 de abril de 1935	Cartão de Aniversário para João Bennio		SIM	NÃO
50.	29 de abril de 1935	Sem local	01	SIM	NÃO
51.	05 de maio de 1935	Sem local	01	SIM	NÃO
52.	17 de maio de 1935	Sem local	01	SIM	NÃO
53.	05 de agosto de 1935	Pirapitingui	01	SIM	NÃO
54.	19 de setembro de 1935	Sem local	01	SIM	NÃO
55.	11 de novembro de 1935	Pirapitingui	09	SIM	NÃO
56.	20 de novembro de 1935	Sem local	02	SIM	NÃO
57.	26 de novembro de 1935	Pirapitingui	01	SIM	NÃO
58.	28 de novembro de 1935	Sem local	01	SIM	NÃO
1936					
N.º	DATA	LOCALIDADE	N.º DE PÁG	COMPLETA	
59.	10 de janeiro de 1936	Sem local	01	SIM	NÃO
60.	10 de fevereiro de 1936	Pirapitingui	01	SIM	NÃO
61.	05 de maio de 1936	Sem local	02	SIM	NÃO
62.	17 de maio de 1936	Sem local	01	SIM	NÃO
63.	06 de julho de 1936	Sem local	01	SIM	NÃO
64.	05 de setembro de 1936	São Paulo	01	SIM	NÃO
65.	19 de setembro de 1936	São Paulo	06	SIM	NÃO
66.	28 de agosto de 1931	São Paulo	02	SIM	NÃO
67.	03 de dezembro de 1936	Itú	02	SIM	NÃO
1939					
N.º	DATA	LOCALIDADE	N.º DE PÁG	COMPLETA	
68.	? Cartão de ano novo	Sem local	01	SIM	NÃO
69.	05 de maio de 1939	Sem local (cartão de an.)	01	SIM	NÃO
70.	05 de agosto de 1939	Santo Ângelo	01	SIM	NÃO
1953					
N.º	DATA	LOCALIDADE	N.º DE PÁG	COMPLETA	
71.	07 de julho de 1953	Cocais	03	SIM	NÃO

Anexo n.º 1 – Carta do Pároco da Igreja Metodista Central para o Diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra

Provid. por off. n. 2686 de 11.12.934

Igreja Metodista Central  
FONE 7-1115  
RUA LIBERDADE, 119

04

Rev. A. Romano Filho

*à lepra de dentro*  
*Bo*

*Caso por filho  
sua mãe nasceu em  
Colônia  
em 8-12-34  
Ouvir ministro que se  
11-12-34*

São Paulo, 7 de Dezembro de 1934.

Exmo. Sr. Sales Gomes

8537

D.D. Diretor de Serviço da Lepra, neste Estado.

Deus nos guarde.

O portador desta, sr. Pedro Batista, meu amigo, é membro da Igreja Metodista de Brasil, e estava, até há pouco, trabalhando e exercendo o ministério sagrado, em uma de nossas paróquias, quando o Concílio Distrital recomendou-o a um exame médico, visto haver desconfiança em relação a sua saúde. Moço distinto, consagrado, vinha realizando um bom ministério, com aprovação da Igreja e de quantos o conhecem. Tem o curso ginasial e conhecimentos de Teologia e que continua a estudar, de acordo com nossas leis. É praticante em farmácia, mister em que se ocupou por muito tempo, porém, ultimamente trabalhou, uns dez anos em tabelionato de onde veio para o ministério sagrado.

Sua senhora é professora e muito querida por seu magistério; eles têm quatro filhinhos. Se este moço puder ser aproveitado, em Pirapitingui, tende algo que permita auxiliar sua família assistente, eu peço ao presado amigo interessar-se por ele.

Enviando esta carta de apresentação, junto os meus melhores votos de felicidade e bênção divina ao presado amigo e a sua nobre e santa e, porventura, espinhosa missão.

Com respeito

*A. Romano Filho*

A. Romano Filho  
Pároco da Igreja M. Central

Processado sob n. 3657  
do livro respectivo n. 51  
Inspeção de Profilaxia da Lepra  
Inspeção de Profilaxia da Lepra  
S. Paulo, 10 de X 11 de 1934  
ENTRADA  
1909 DEZ 28 1934  
M.P. 11/12/34

Anexo n.º 2 – Carta de Pedro Baptista para dr. Francisco Salles Gomes Junior sobre alta hospitalar.

ov. por mem. n. 765, de 21/5/37.

Pirapitinguy, em 14 de maio de 1937.

10

XV

Exmo. Snr.  
Dr. Salles Gomes Junior.  
São Paulo.

*Dr. Pedro Baptista  
Recbi a sua carta e a sua  
retirada anti moramnt de  
fmdando di  
Comunicação de alta.*

Permitta Deus que ao lhe <sup>857</sup>

chegar esta ás suas mãos o encontre no gozo de perfeita saúde, para felicidade dos seus queridos e alegria dos seus amigos e admiradores. São meus votos a expressão sincera de quem muito já lhe deve.

Dr. Salles. Tendo feito um rigoroso tratamento do surto eruptivo de que fui victima, após a minha alta hospitalar e me achando bastante forte, graças a Deus, venho, mui humildemente, solicitar-lhe, mais uma vez, a sua generosa protecção, ordenando a minha retirada do hospital e me concedendo um emprego para a garantia de minha subsistencia.

Tendo Sorocaba um já avultado numero de doentes com alta e sendo sua intenção crear alli um posto, ouso lembrar-lhe o meu nome, submettendo-me entretanto a qual-

11

8537

quer deliberação de sua parte, que muito me honrará.

Na certeza de que o Senhor virá de encontro ao meu espirito atribulado, aguardo ancioso as suas respeitaveis ordens.

Sirvo-me do ensejo para reiterar-lhe os meus protestos de sincera estima e grande admiração.

Respeitosamente,

Pedro Baptista

### **Anexo n.º 3 - Carta de Pedro Baptista para Maria Paiva Baptista, “Maricas”.**

Asilo Colônia (Leprosário) de Santo Ângelo, 05/08/39.

Senhora,

Recebi uma carta de minha filha que, infelizmente, fora redigida pela senhora, não sendo, portanto, a expressão viva e sincera de minha adorada Jovaura. Lamento profundamente a sua interferência entre a minha pessoa e a de minha filha.

Nada mais temos de comum entre nós dois, senhora, senão o ser a senhora mãe de meus filhos. O seu procedimento para comigo é de embasbacar as próprias pedras! Mesmo que eu lhe tivesse dado motivos os mais fortes, os mais reprováveis, só em ser um leproso e me ver na dura contingência de me asilar, de fugir dos meus filhos queridos, bastava para demover os seus rancores e, digamos mesmo, ressentimentos.

A senhora que se diz cristã, que frequenta os cultos, balbucia orações; dá ofertas, enfim pratica sua religião com método e... Bem. O mundo é assim mesmo. Exterioridade, só exterioridade. Sepulturas caídas guardando podridão. Pois bem. A despeito de minha perversidade, de mau esposo e mesmo mau pai se quiser, o procedimento da “piedosa” Dona Maricas deveria ser outro, muito outro.

Ainda não contente de me desprezar, de nem uma carta de comiseração me mandar, proíbe os meus filhos de me escreverem, e, quando, por um desengano de consciência (se é que tem) os manda me escrever, tem a audácia de ditar-lhes as cartas, não lhes permitindo abrirem os seus coraçõezinhos para o seu desgraçado pai.

Para evitar que além das dores físicas, das dores morais que esta situação m’as produz; para evitar ainda que além das saudades cruciantes que tenho de meus filhos (porque suas não as tenho nenhuma) eu lhe peço, como último favor, deixar que meus filhos me escrevam livremente, sem envenenar-lhes os seus espíritos, porque, ao contrário, me verei na contingência de não receber mais correspondências daí. E quando as crianças forem homens e souberem da sua perversidade, afastando-as de seu infeliz e sofredor pai, certamente lançarão em seu rosto toda essa maldade.

Continue o seu silêncio. Favoreça-me com o seu desprezo, que só me fará benefício. Deus que tudo vê fará justiça.

Pedro.