

A hanseníase no Amazonas: política e institucionalização de uma doença

Hansen's disease in the state of Amazonas: policy and institutional treatment of a disease

Julio Cesar Schweickardt

Pesquisador, Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazônia.
Rua Terezina, 476
69057-070 – Manaus – AM – Brasil
julio.ilmd@gmail.com

Luena Matheus de Xerez

Psicóloga, Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas.
Avenida André Araújo, 701
69060-001 – Manaus – AM – Brasil
luenaxerez@gmail.com

Recebido para publicação em outubro de 2013.

Aprovado para publicação em outubro de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000400003>

SCHWEICKARDT, Julio Cesar; XEREZ, Luena Matheus de. A hanseníase no Amazonas: política e institucionalização de uma doença. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1141-1156.

Resumo

O artigo versa sobre os aspectos históricos da política de controle da hanseníase no estado do Amazonas, desde a segunda metade do século XIX até a desconstrução desse modelo, em 1978. Apresentamos as mudanças históricas das instituições e das políticas locais, e a relação com a política nacional. A história e a política da hanseníase no estado do Amazonas são analisadas a partir das seguintes instituições: Umirisal, Dispensário Oswaldo Cruz, Leprosaria de Paricatuba, Colônia Antônio Aleixo, Preventório Gustavo Capanema. Procuramos mostrar que essas instituições realizaram o cuidado de pessoas que viveram e conviveram com a hanseníase e foram, também, responsáveis pela execução da política de combate e controle da hanseníase.

Palavras-chave: hanseníase; história das ciências; história da saúde; políticas de saúde; Amazônia.

Abstract

This article discusses the historical aspects of the policies for controlling Hansen's disease in the state of Amazonas from the second half of the nineteenth century until the dismantling of this model in 1978. We present the historical changes in the local institutions and policies, and their relationship with national policies. The history and policies related to Hansen's disease in the state of Amazonas are analyzed through the following institutions: Umirisal, the Oswaldo Cruz Dispensary, the Paricatuba Leprosarium, the Antônio Aleixo Colony, and the Gustavo Capanema Preventorium. We seek to show that these institutions cared for the people who suffered from Hansen's disease and those related to them, and were also responsible for carrying out the policies for fighting and controlling the disease.

Keywords: Hansen's disease; history of science; history of health sciences; healthcare policies; Amazon.

A história da hanseníase a partir da última década do século XIX ganhou outro rumo quando se construiu a doença como um problema sanitário internacional. Isso se deu a partir de duas experiências de combate à lepra:¹ na Noruega, sob a liderança de Armauer Hansen (1841-1912) e no Havaí. As duas experiências partiram do pressuposto do isolamento como principal medida profilática devido à incurabilidade da doença. A primeira Conferência Internacional sobre Lepra, em 1897, referendou as experiências e recomendou a política de isolamento como estratégia política e profilática de combate da doença (Cabral, 2013).

A hanseníase tem uma história longa que pode nos levar aos tempos bíblicos; no entanto, destacaremos como as instituições e as políticas públicas de saúde no estado Amazonas fizeram frente ao problema. Nossa análise se delimita entre 1908, quando a primeira instituição oficialmente cumpriu a função de acolher os hansenianos, e 1978, quando foi extinta a Colônia Antônio Aleixo. Como a maioria dos estados brasileiros, o Amazonas adotou as orientações e diretrizes nacionais para lidar com a doença, o que, obviamente, teve características próprias e típicas. Por essa razão, importa-nos analisar como se desenvolveu essa política e sua relação com as políticas nacionais.

O presente artigo busca analisar a história da hanseníase tendo como recorte as políticas públicas destinadas a esse fim, permitindo compreender os processos da política atual, que foi fruto de muitas conquistas, tanto médicas, como de movimentos que buscavam e buscam responder a esse problema de saúde pública. A metodologia utilizada foi de pesquisa em documentos oficiais do estado do Amazonas, relatórios das instituições e dos gestores, artigos científicos de médicos locais. A história é, portanto, da política e das instituições, mas representa também os processos de exclusão e estigmatização de pessoas e famílias.

O contexto nacional e local da hanseníase

Alguns eventos no cenário mundial são importantes para contar a história da hanseníase e para perceber as razões pelas quais esta vai ganhando contornos e rumos diversos. Em 1874, na Noruega, o médico Gerhard Henrik Armauer Hansen define o agente etiológico da doença. A primeira Conferência Internacional sobre Lepra, realizada em 1897, em Berlim, é outro evento que merece ser mencionado e que influenciou fortemente as práticas e o tratamento da “lepra” (Pandya, 2003). Essa conferência é tratada, na historiografia da doença, como o primeiro evento criado com a finalidade de internacionalizar o tema e de defender o isolamento como prática universal. Embora o modelo não tenha sido unânime, a política de isolamento foi a mais conhecida e ainda repercute nos dias atuais.

Os cuidados com os leprosos, até o século XX, eram realizados em sua grande maioria pela Igreja (Maciel, 2007), tornando-se no último século um problema sanitário nacional. O movimento sanitário da década de 1910 não tinha, inicialmente, colocado a lepra como um problema nacional, mas, com os dados alarmantes do crescimento da doença nos estados, a partir da década de 1920, a lepra passa a exigir uma política específica para o seu combate (Cabral, 2013). Desde a década de 1910, discutia-se a necessidade de que cada estado criasse seus leprosários, para evitar o trânsito de doentes (Hochman, 1998). No entanto, não havia consenso sobre uma política de isolamento para o combate da lepra.

Em relação ao isolamento, havia, até o início da década de 1930, duas tendências: (a) a humanista, ou liberal, que defendia o tratamento em pequenas colônias e nas residências, sendo o isolamento seletivo para aqueles doentes que apresentavam lesão mais avançada, e era contra a internação compulsória. Essa estratégia foi utilizada pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, durante a década de 1920; (b) a isolacionista, que defendia o isolamento amplo e fechamento dos doentes em colônias, acompanhando e tratando as pessoas que tiveram contato e, finalmente, a internação compulsória (Monteiro, 2003; Cunha, 2010; Cabral, 2013). A proposta do segundo grupo se tornou hegemônica como política para o tratamento da lepra no país, sendo o estado de São Paulo o pioneiro na criação do sistema de arquitetura e burocracia, servindo de referência para demais estados (Monteiro, 2003). A Leprosaria de São Roque, no Paraná, foi a primeira a se inspirar no modelo norte-americano de Carville, em Louisiana (Cabral, 2013).

A lepra deixou de ser simplesmente objeto de um ato de caridade para se transformar em objeto de conhecimento. Essa mudança é marcada pela criação do Laboratório Bacteriológico no Hospital dos Lázarus, no Rio de Janeiro, em 1894, reorientando a forma de tratar a doença (Cabral, 2013). No Amazonas, o regulamento da Leprosaria de Paricatuba definia que a função do diretor médico bacteriologista era “fazer todas as pesquisas microscópicas, bacteriológicas, químicas e experimentais destinadas ao esclarecimento de diagnósticos, verificações de cura e estudos etiopatogênicos e terapêuticos da lepra” (Regulamento..., 1 out. 1929, p.6).

A história da lepra no Amazonas, segundo o médico e leprologista Alfredo da Matta, podia ser dividida em três fases: de 1889 a 1907, de 1908 a 1921, de 1922 a 1929. A primeira fase se caracterizou pelo atendimento do doente de lepra na Santa Casa de Misericórdia, sem distinção das outras doenças. O período foi marcado por dois problemas: não havia instalações próprias para os doentes, e os municípios do interior enviavam os doentes para a capital (Matta, 1929a). Esse período foi marcado pelo forte processo de migração para o estado do Amazonas devido à economia da borracha, impactando significativamente no crescimento da lepra.

O segundo período (1908-1921), segundo Alfredo da Matta (1929a), foi marcado pelo relativo isolamento dos doentes na instituição denominada Umirisal, criada no século XIX para o isolamento da varíola, e na Linha do Tiro. Nesse período, a responsabilidade de manutenção desses lugares e o acompanhamento médico dos doentes era de responsabilidade do Serviço Sanitário Estadual. Apesar desse primeiro isolamento, ainda “perambulavam pelas artérias públicas mais de cinquenta leprosos que dormiam ao relento, nos bancos dos jardins, nos patamares dos teatros, nos armazéns da ‘Manaus Harbour’, esmolando publicamente” (Uchoa, 1926, p.13). As precárias instalações desses lugares não comportavam muitos doentes, e também não havia ambulatório específico na cidade para acompanhamento e tratamento. Os locais foram destruídos com a inauguração da Leprosaria de Paricatuba em fins de 1930. Nesse período não havia uma centralização nacional, deixando que cada estado construísse suas respostas ao problema. Somente em 1918 a lepra ganha dimensão de uma endemia rural e, a partir de 1921, as ações passam a ser centralizadas (Cabral, 2013).

A terceira fase (1922-1928) foi caracterizada pelo crescimento da doença, sendo necessárias novas instalações. O período foi marcado pelo início dos trabalhos do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas, que foi denominado por Malta (1929a)

como sendo uma política mais racional no combate da lepra. O período foi marcado pela centralização da política na Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, que criou o tripé denominado: dispensário-educandário-leprosário. Nesse período, iniciou-se a criação das leprosas, mas ainda predominava uma política mais liberal de tratamento da doença (Cabral, 2013).

O estado do Amazonas assinou acordo com a União, em 1921, instalando o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas, com um serviço específico para a profilaxia da lepra. Samuel Uchoa² assumiu a direção geral do Saneamento Rural e nomeou o médico Alfredo da Matta para chefiar a profilaxia da lepra. A assistência aos doentes de hanseníase era realizada no Dispensário Oswaldo Cruz e no subdispensário Gabizo, ambos criados em 1922, para o tratamento da hanseníase e das doenças venéreas, respectivamente (Schweickardt, 2011). Nesse período, foi realizado o Censo da Lepra no Amazonas, que fazia parte do censo nacional. Samuel Uchoa colocou como prioridade a criação de uma leprosa no estado do Amazonas, sendo feita a adaptação do prédio de Paricatuba.

A legislação nacional desse período previa que a doença era de notificação compulsória e o isolamento obrigatório, fosse em domicílio, colônias agrícolas, sanatórios ou hospitais e asilos (Souza-Araújo, 1956). O modelo de isolamento a ser adotado no país era motivo de debates, mas havia a certeza de que o doente deveria ser isolado desde o diagnóstico da doença. O Amazonas não tinha um sistema de isolamento adequado aos padrões de tratamento e combate à lepra, pois os doentes eram acompanhados apenas nas instituições Umirisal e Linha do Tiro, que tinham casas de madeira com cobertura de palha, servindo apenas como abrigo aos doentes.

O regulamento da política nacional de controle da lepra previa também a realização de um censo nacional, pois não se tinha dimensão do problema. A produção da estatística da lepra foi um importante investimento dos leprólogos para que o Estado assumisse a doença como um problema nacional (Cabral, 2013). Segundo os dados do censo realizado entre 1920 e 1925, o país totalizava 11.174 doentes, sendo as regiões com mais casos o Sudeste e o Norte. Os estados do Pará, do Amazonas e do Maranhão eram os que mais tinham casos no Norte, com 2.013, 691 e 653, respectivamente (Souza-Araújo, 1956).

O censo do Amazonas, publicado no primeiro relatório do Serviço Sanitário e de Profilaxia Rural de 1922, analisou os seguintes dados: idade, sexo, naturalidade, raça, profissão, estado civil, residência, idade em que a moléstia irrompeu, sintoma inicial, parente leproso, diagnóstico de Hansen, isolamento, tratamento, observações. Todos os casos foram avaliados pelo médico Alfredo da Matta, inclusive aqueles que já haviam passado pelo acompanhamento no Umirisal. O censo mostrou que os doentes estavam distribuídos em toda a cidade de Manaus e em diversas calhas de rios do estado do Amazonas (Matta, 1922b). As localidades de maior prevalência da doença estavam nos rios Solimões e Purus, e os municípios de maior número de doentes eram Fonte Boa e Lábrea. Os rios que receberam grande número de migrantes em função da extração da borracha contribuíram com os números mais elevados de doentes de hanseníase. Ainda, segundo o censo, 118 pessoas faleceram pela doença no período entre 1905 e 1922 (Matta, 1922b).

Segundo Alfredo da Matta (1929b), entre 1922 e 1928, foram recenseadas 971 pessoas, e, numa revisão feita pelo médico no final de 1928, restaram oitocentos pacientes com

hanseníase. No entanto, o médico calculava que se poderia acrescentar 25% aos casos, devido às dificuldades no diagnóstico e acesso geográfico. Em relação à profissão, o censo revelou que: 31 trabalhavam no comércio, 156 eram domésticos, 211 trabalhavam na lavoura, 93 eram seringueiros, 89 sem ocupação. Em relação ao modo de contágio, as pessoas disseram que devia ter ocorrido: 174 por meio de parentes, 97 trabalhando com “leprosos” ou residindo com eles, 679 ignoravam a origem da doença, 21 foram desclassificados. Destaca-se nos dados o grande número de pessoas que trabalhavam no contexto rural e nos seringais. Outra informação que sobressai é o desconhecimento da maioria sobre a origem da doença, o que não é totalmente estranho para o período devido às reduzidas informações sobre as formas de contágio.

Alfredo da Matta (1922b, p.273) revelou que a realização do censo esbarrou em dificuldades como o deslocamento pelos afluentes do rio Amazonas e também a distribuição da população no vale amazônico: “O censo, fácil em outras terras, pela inspeção e pelos exames, é difícilimo entre nós, por depender de fatores imprevisos, por depender de um lenho que flutua, e de remos ou hélices a se movimentar”. Nesse aspecto, ainda hoje teríamos dificuldades semelhantes. O censo, em 1924, dava um número aproximado de mil doentes, para uma população estimada em 300 mil habitantes. Em 1932, eram 1.569 diagnósticos de hanseníase (Coimbra, 1932).

A preocupação do inspetor sanitário era com os casos em que não havia manifestação da doença, pois esse era “o grupo mais perigoso para a coletividade, isto é, os portadores ambulantes da lepra” (Matta, 1922b, p.273). Segundo Matta (1922b, p.274), essas pessoas eram “aparentemente sãs, sem manchas, nem lesões trofoneuróticas, nem feridas, e, no entanto, sofrem de lepra; veiculam o bacilo às pessoas sãs. São terríveis fontes de contaminação”. Assim, o médico propõe exames mais detalhados das pessoas que apresentavam determinados sintomas: “deve o médico procurar, melhor direi, tatear outro sintoma, quais serão as pequeninas zonas, ou não, de ordinário, anestésicas, ou pelos doentes ditas dormentes ou adormecidas” (Matta, 1922b, p.287). Essas zonas eram mais importantes do que as próprias manchas, declara o médico. Nesses casos, nem mesmo o exame microscópico poderia ajudar, porque o bacilo apresentava variações desconhecidas. Ele também alertava para o período de incubação da doença, e pedia aos profissionais médicos que ficassem atentos às manchas, pois, espontaneamente, os pacientes não as mostrariam, porque não as relacionariam à doença. Segundo a pesquisa realizada, entre cem pacientes examinados, 95 não deram importância às manchas (Matta, 1922b).

No período de maior atividade do Saneamento Rural, ou seja, entre abril de 1922 e outubro de 1929, foram observados 951 casos. Alfredo da Matta descreveu clinicamente caso a caso, relatando os sintomas e o tipo de exame realizado. Desse total, foram internados e isolados, na Leprosaria de Paricatuba, 427 pessoas, das quais, 75 já eram casos antigos tratados no isolamento do Umirisal. A partir dos casos observados e estudados, o sanitarista questiona a classificação proposta por Muir, porque achou “pouco práticos” os critérios do leprólogo inglês, que utilizou o esquema a partir das fases de lesões e por tipos de leproses. “Aqueles, de ordem anatomopatológicas; estes, de acordo com a invasão e sede dos bacilos” (Matta, 1922b, p.258). As três fases de Muir – *quiescent*, *inflammatory* e *resolution* – poderiam, segundo

Alfredo da Matta, ser identificadas em um mesmo doente, e eram, por isso, inadaptáveis à classificação clínica.

As dificuldades para o enfrentamento da doença eram de natureza técnica e política porque não havia, até o final da década de 1920, uma estrutura adequada para o acompanhamento dos doentes. Alfredo da Matta, em 1916 (p.78), defendia a política de isolamento dos doentes, a exemplo do que já se realizava na Europa, mas entendia que a “lepra é, talvez, daquelas doenças a que obriga o atacado ao isolamento voluntário”. O médico partia do princípio de que as pessoas buscariam voluntariamente seu isolamento para não contagiar os outros. A expectativa de cura era quase nula, como afirma da Matta (1916, p.79): “a pessoa não alimenta esperanças de cura, os horrores do seu estado pesam em seu espírito, transformando-o em um melancólico. ... O leproso estava cercado por uma noite intérmina e sem alvorada”. Na opinião do médico, o Amazonas deveria construir um asilo-colônia em uma das ilhas próximas de Manaus, ou seja, seria uma leprosaria fluvial, inspirado na proposta de Oswaldo Cruz para uma leprosaria na Ilha Grande no Rio de Janeiro (Cabral, 2013). Apesar do peso político no cenário local, ocupando o cargo de presidente da Assembleia Estadual entre 1916-1918, Alfredo da Matta não conseguiu levar adiante essa proposta.

Em 1930, com a tomada de poder de Getulio Vargas, a política de combate à lepra teve, inicialmente, um retrocesso, pois foram desativados os Dispensários de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, causando descontinuidade e desorganização do serviço de lepra. A partir de 1935, a política foi retomada com o Plano Nacional de Combate à Lepra, amplamente apoiado na construção de leprosarias, tornando a internação compulsória (Maciel, 2007; Cabral, 2013).

No Amazonas a política de isolamento dos doentes de hanseníase somente se efetivou com a inauguração da Leprosaria de Paricatuba, em dezembro de 1930. As instituições responsáveis pela execução da política contra a doença foram as seguintes: Umirisal (1868-1931); Linha do Tiro (século XIX-1930); Dispensário Oswaldo Cruz (1921-1950); Hospital-Colônia Belisário Penna – Leprosaria de Paricatuba (1931-1967); Colônia Antônio Aleixo (1942-1978); Fundação Alfredo da Matta (1950-dias atuais); Educandário Gustavo Capanema (1949-dias atuais). A seguir analisamos essas instituições e sua participação na política de saúde no estado do Amazonas.

O primeiro isolamento: da varíola à lepra

O primeiro espaço de isolamento foi o Umirisal, que, em meados do século XIX e início do século XX, serviu para isolar os variolosos. As epidemias traziam grande pavor à população, pois o método profilático da vacina ainda não era eficaz, necessitando da política do isolamento das pessoas nas residências, enfermarias ou hospitais. O Regulamento Sanitário do Amazonas, em 1899, previa a construção de um Instituto Vacinogênico para substituir a importação das vacinas, mas a instituição não foi efetivamente criada. As vacinas adquiriram melhor qualidade, e a população passou a colaborar na vacinação. Assim, o isolamento do Umirisal foi gradativamente sendo utilizado para abrigar os “doentes de Hansen”, até ser extinto com a inauguração da “leprosaria de Paricatuba”, em fins de 1930.

Umirisal estava localizado no bairro de São Raimundo, à margem esquerda do rio Negro, separado do centro da cidade pelo igarapé da Cachoeira Grande, três quilômetros acima do centro de Manaus, em um barranco alto, gerando vários problemas de acesso. A construção era feita de madeira com cobertura de palha, necessitando de constantes reparos, pois era utilizada somente em períodos de epidemia. Próxima à sua desativação, a estrutura era composta de 48 moradias, dois barracões de palha, uma oficina, um dispensário, três barracões de madeira e uma capela (Matta, 1922a). As autoridades sanitárias sempre reclamavam das condições físicas do local.

Na exposição do presidente da província, em 1867, Umirisal aparece como “lazareto” para isolamento dos casos de “bexiga” (varíola) e outras doenças, mas, segundo a mesma mensagem, o local já era utilizado como isolamento em anos anteriores, sempre em casos de epidemia. O local foi formalizado como isolamento, pela lei provincial n.171, de 18 de julho de 1867, autorizando o inspetor de saúde pública a estabelecer no lugar “um hospital para tratamento dos doentes afetados da elefantíase grega, fazendo retirar logo para ali, a menor de nome Maria, a quem está arbitrada a diária de 500 réis” (Gama e Abreu, 1868, p.460). O proprietário do sítio era o doutor Antonio David Vasconcelos de Canavarro, que ofereceu gratuitamente o local para isolar os casos de doenças contagiosas. O encarregado da direção do lazareto foi o doutor Thomé Maria Cavalcante, no período de 21 de fevereiro até 29 de março de 1868, quando se extinguiu a varíola na capital.

Segundo Alfredo da Matta, desde o princípio, Umirisal também recebia pacientes de hanseníase, sendo o primeiro interno um menor proveniente do município de Silves, em 1868; três anos depois chegaram mais duas pessoas. Em 1908, o local foi oficialmente destinado ao isolamento exclusivo de hansenianos, pois até aquele momento os doentes eram tratados na Santa Casa de Misericórdia. O lugar foi se consolidando como isolamento da hanseníase, com o crescente número de doentes (Matta, 1922a).

Apesar de Umirisal ter o nome de isolamento, não cumpria exatamente esse papel, pois servia mais como um lugar de moradia para os doentes que eram excluídos de suas famílias. Em 1922, a população era de 171 pessoas. Em 1930, eram 207 internos, que recebiam o auxílio do Estado com assistência médica, alimentação, vestuário e escola (Porto, 1930). Umirisal ficou estigmatizado como lugar da lepra, e na desativação, em fins de 1930, o Serviço Sanitário mandou queimar toda a estrutura.

Dispensário Oswaldo Cruz

O Dispensário Oswaldo Cruz foi inaugurado no dia 21 de abril de 1922, sob a direção do médico Alfredo da Matta, auxiliado pelos médicos Linhares de Albuquerque, responsável pelas doenças venéreas, e Antônio Ayres de Almeida, responsável pela seção de lepra e dermatoses. O serviço funcionava no mesmo prédio do Instituto Pasteur, também dirigido por Alfredo da Matta, ao lado da penitenciária na rua Municipal (atual rua Sete de Setembro), onde hoje é o Hospital de Custódia.

O Dispensário foi criado pelo Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas, contrato firmado entre o estado e a União em 1921. As ações de combate à lepra já existiam por meio da Diretoria do Serviço Sanitário, mas estavam voltadas à assistência dos

hansenianos parcialmente isolados em dois locais na cidade de Manaus: Linha do Tiro e Umirisal. Os médicos Clementino Ramos, Alfredo da Matta, Miranda Leão e Fulgêncio Vidal, do Departamento de Higiene, revezavam-se na assistência aos dois locais. O Regulamento Sanitário de 1921 recomendou que a notificação e o isolamento seguissem as mesmas diretrizes da profilaxia da tuberculose.

A assistência às doenças venéreas com uma coordenação específica e um espaço próprio para o tratamento e acompanhamento dos doentes era inédita no Amazonas. A profilaxia das doenças venéreas somente aparece no Regulamento do Serviço Sanitário de 1921, mostrando que havia intenção de se criar um dispensário específico para esse tipo de serviço. O Dispensário Oswaldo Cruz passou a ser responsável pelo diagnóstico e tratamento das doenças venéreas. Antes da criação dessa instituição, o acompanhamento dos doentes era realizado nas clínicas particulares e em dois hospitais da cidade de Manaus, o da Santa Casa de Misericórdia e o Hospital Beneficente Português do Amazonas.

O Dispensário realizava o primeiro diagnóstico, os exames laboratoriais e os estudos sobre aspectos clínicos e terapêuticos da hanseníase. Segundo Alfredo da Matta (1922b, p.83), o Dispensário servia como local para pesquisa clínica: “A atenuação do mal é manifesta em muitos doentes. Casos existem em que o exame do muco nasal tem revelado a ausência do bacilo de Hansen. As perturbações anestésicas das manchas modificaram-se também de modo notável em alguns doentes, voltando a sensibilidade, reintegrando-se gradativamente o colorido tegumentar”. A partir da década de 1950, mudou de endereço e de nome, passando a ser Dispensário Alfredo da Matta, localizado no bairro Cachoerinha. O nome foi dado em homenagem ao médico que por cinquenta anos atuou na saúde pública no estado do Amazonas. Nesse tempo, foi médico de saúde pública, chefe do Serviço Sanitário, deputado estadual, senador, criador e fomentador de várias instituições de saúde. Além de tudo isso, foi pesquisador reconhecido pelos seus pares, tendo publicado em torno de 230 artigos em revistas internacionais, nacionais e locais, em diferentes áreas do conhecimento científico (Schweickardt, 2011).

Hospital-colônia Vila Belisário Penna – Leprosaria de Paricatuba

“A grande ameaça” foi o título dado por Samuel Uchoa, chefe do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas, em seu relatório de *Um ano de campanha* (1922), sobre a situação da “lepra” no Amazonas. O discurso seguia o tom alarmista dos médicos brasileiros, mas pretendia chamar a atenção para a gravidade do problema. O que preocupava o médico era tanto a precariedade das instituições responsáveis pelo acolhimento dos doentes como a grande quantidade de pessoas que não estavam cobertas pela assistência. O discurso alarmista era uma estratégia política que pretendia conseguir tanto o apoio do poder público, para obter mais recursos quanto o envolvimento da sociedade. O discurso médico para o problema de contaminação generalizada vinha se desenvolvendo desde a primeira década do século XX, mas é no movimento sanitaria que ganha destaque. As primeiras conferências nacionais e internacionais alertavam para o crescente número de doentes, o que não foi plenamente confirmado pelo censo realizado (Cabral, 2013).

O argumento de Uchoa baseava-se no histórico da hanseníase no Amazonas elaborado pelo médico Alfredo da Matta, que afirmava que o aumento de casos se deu no início do século XX, sendo raros os casos antes disso. Os médicos do Amazonas defendiam a tese de que a doença surgiu no Amazonas a partir da migração de estados em que a doença já existia, e dos países limítrofes, como Peru e Colômbia. Lembramos que a intensa migração devido à economia da borracha colocou em contato populações que estavam relativamente isoladas, como os indígenas. As calhas de rios, que tinham presença esporádica de pessoas, passaram a receber muitos migrantes da região Nordeste, entre 1885 e 1910, mudando radicalmente o perfil epidemiológico da região. No período, os serviços de saúde no interior eram episódicos, geralmente respondendo às situações de epidemias.

A “lepra” era o tipo de doença que mobilizava a sociedade com obras beneficentes e contribuições espontâneas de pessoas físicas e jurídicas. O comércio destinava doações para a reforma do prédio de Paricatuba.³ Acreditamos que nenhuma outra doença tinha esse apelo à população; o medo de ser “contaminado” servia como forte motivador, mas a própria situação do doente e sua condição física davam razão para recorrer à “caridade”. A “ameaça” era divulgada nos periódicos, e servia como uma forma de alertar, ou até “amedrontar”, a população em relação à doença; todavia, também mobilizava a sociedade, ou parte dela, para a “proteção dos leprosários”. Apesar de o Serviço de Saneamento Rural ser responsável pela instalação de uma leprosaria, o poder público deveria colaborar com a manutenção dos doentes no Umirisal, mas, como estava em plena crise financeira, as campanhas representavam importante fonte de recursos (Uchoa, 1924).

A política de isolamento era defendida pela maioria da elite médica local e tinha o respaldo dos governantes, assim como da população amazonense. Samuel Uchoa defendia que o isolamento deveria ser obrigatório para o modelo de hospital-colônia. Havia um consenso local, entre médicos e gestores, de que a melhor forma de tratar a hanseníase era por meio do isolamento dos doentes, evitando qualquer tipo de contato com a população “sadia”.

Essa conformidade não era uma realidade mundial, tampouco nacional. A primeira política de isolamento para os leprosos havia sido proposta por Hansen na Conferência Internacional da Lepra de 1897 (Santos, Faria, Menezes, 2008). No Brasil, em dezembro de 1916, foi realizado o primeiro Congresso Médico Paulista, sendo o tema lepra intensamente debatido pelos participantes. As resoluções desse congresso ratificaram a necessidade de uma profilaxia voltada para o isolamento, de preferência não domiciliar, sendo finalmente definido que seria asilar e compulsório (Maciel, 2007).

São Paulo, ao contrário do que defendia a Inspetoria Nacional e seu diretor Eduardo Rabello, definiu a prática do isolamento compulsório como diretriz para o estado (Cabral, 2013). Segundo Cunha (2010), o chamado “modelo paulista” determinou a exclusão de todos os doentes de Hansen, independente da forma clínica ou estágio da doença, distinguindo-se fortemente dos métodos adotados por médicos e autoridades de outros estados. Em São Paulo, os pacientes de formas não contagiosas da doença poderiam ser internados logo após o diagnóstico, e, para isso, era necessária a construção de colônias para leprosos.

No estado do Amazonas foi desativado o Serviço Sanitário, e a gestão da saúde foi repassada para o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural. A área de Paricatuba foi repassada para a nova gestão, que deveria realizar as adaptações no prédio para abrigar uma leprosaria.

O prédio começou a ser construído em 1896, e foi concluído em 1905. Estava localizado na margem direita do rio Negro, acima de Manaus; portanto, o único acesso ao local era por via fluvial. O objetivo inicial dessa construção era receber migrantes dos países europeus, mas o governo estadual não conseguiu atrair o migrante estrangeiro para a floresta amazônica. Ao concluir a obra, as instalações foram destinadas para o recém-criado Instituto Amazônico Agrícola Industrial Affonso Penna, inaugurado pelo próprio presidente Affonso Penna, em 1906. O Instituto tinha como objetivo formar meninos, preferencialmente indígenas, nas artes e ofícios, como marcenaria, alfaiataria e sapataria (Schweickardt, 2011, p.200).

Na década de 1910, o lugar foi transformado na Casa de Detenção e, mais tarde, dividiu o espaço com o Horto Florestal. O jornal *A Imprensa*, de 10 de junho de 1917, noticia a visita do governador Alcântara Bacelar à Casa de Detenção e ao Horto Florestal. Quando o prédio foi repassado para a administração do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas, os detentos foram transferidos para a penitenciária em Manaus, conforme o decreto n.1.479, de 1º de julho de 1924.

O prédio passou por ampla reforma para poder acolher os hansenianos e seguir a filosofia de um hospital-colônia. A reforma e a construção de novas estruturas deixaram o seguinte conjunto de edificações: prédio principal, capela, cemitério, necrotério, caixa de água, recepção, caldeira, casa do administrador, casas dos casados, casa dos trabalhadores e porto. Certas edificações resistiram ao tempo, sendo algumas reaproveitadas, ainda hoje, para uso comunitário, como a capela e o cemitério.

A reforma de Paricatuba teve um grande apoio da sociedade amazonense, mediante doações e promoções. Samuel Uchoa liderou várias campanhas e sugeriu que as pessoas doassem uma quantia mensal para a obra. Assim, médicos, advogados, juízes, jornalistas, empregados do comércio e muitos outros fizeram parte das campanhas. Foi criada, em 1923, a sociedade Damas Protetoras do Leprosário, que tinha por objetivo arrecadar fundos para a mesma obra (Mesquita, 1926).

O prédio de Paricatuba foi entregue ao Saneamento Rural pelo decreto n.1.479, de 1º de julho de 1924, pelo governador Turiano Meira, mas o processo foi interrompido pelo movimento revolucionário em julho de 1924. Em janeiro de 1925, por intermédio do interventor federal Alfredo Sá, o prédio foi, finalmente, repassado ao Serviço de Saneamento Rural. A obra de adaptação das instalações foi iniciada em fevereiro de 1925. O engenheiro Angelino Bevilaqua foi convidado a dirigir as obras de adaptação e construção do complexo de Paricatuba. A inauguração da “leprosaria” estava prevista para 24 de dezembro de 1925, o que acabou não acontecendo.

Quando o governador Ephigênio Salles assumiu o governo, em 1926, decidiu retomar a discussão sobre destinar Paricatuba para servir de local de estadia para migrantes. Desse modo, decidiu construir uma nova leprosaria nas margens do rio Negro, no lugar denominado Paredão, em frente à ilha de Marapatá, abaixo de Manaus. A construção e o acompanhamento da obra foram feitos sob a supervisão de Alfredo da Matta. O decreto n.149, de 31 de dezembro de 1927, deu o nome de Vila Belisário Penna às novas instalações, que teria a capacidade de abrigar quatrocentas pessoas, com 24 casas geminadas e quatro pavilhões para vinte pessoas. No entanto, antes de serem transferidos os pacientes, a obra foi condenada pelo médico leprologista Achilles Lisboa (2002), pois julgava que as instalações eram inadequadas para

o tratamento da hanseníase. Voltou-se novamente para as instalações de Paricatuba, que teve que receber ajustes necessários, sendo entregue pelo interventor federal Álvaro Botelho Maia, no dia 14 de junho de 1931. Os 226 hansenianos do Isolamento de Umirisal foram transferidos para o novo prédio. O Umirisal teve alguns materiais aproveitados e depois as casas foram totalmente queimadas. O novo lugar tinha capacidade para trezentos pacientes e manteve o nome do famoso divulgador do saneamento rural no país, o sanitaria Belisário Penna (Schweickadt, 2011).

A leprosaria Belisário Penna seguiu o modelo dos hospitais-colônia do Brasil e do exterior: Carville, nos EUA; Curupaiti, no Rio de Janeiro (White, 2003); Itapuã, na região de Porto Alegre (Fontoura, Barcelos, Borges, 2003); Santo Ângelo, Pirapitingui e Padre Bento, em São Paulo (Monteiro, 2003), criando e adaptando um conjunto arquitetônico e burocrático para receber os doentes, que eram levados de barco para a isolada localidade de Paricatuba. As colônias deveriam funcionar como uma vila ou microcidade: afastadas da cidade, autossuficientes e aptas a proporcionar o “consolo dos lázaros”. A área era dividida entre a “zona doente” e a “zona sadia”, que o regulamento definia como distintas: “uma destinada ao pessoal administrativo, e outra ao isolamento dos doentes” (Regulamento..., 1 out. 1929, p.5).

A carência de profissionais de assistência aos hansenianos fez com que os médicos organizassem os doentes para auxiliar no serviço no interior do isolamento: “entre os próprios doentes, um administrador, um enfermeiro, uma enfermeira e seus ajudantes, cozinheiro e ajudante, lavanderia, guardas e núcleos de oficinas de carpintaria e funilaria”. Assim, os doentes poderiam “auxiliar o serviço público, cabendo a cada um, uma insignificante remuneração, que lhes serve de estímulo” (Matta, 1929a, p.11). A prática de colocar doentes para realizar serviços internos fez parte da estratégia de ocupação de cada enfermo em atividades produtivas, modelo utilizado nos asilos-colônia (Matta, 1922c).

Entre 1965 e 1967, a Vila Belisário Penna foi desativada, e os seus pacientes foram transferidos para a Colônia Antônio Aleixo, que já existia como um hospital-colônia desde 1942. Atualmente, a localidade de Paricatuba é uma comunidade que vive em torno das ruínas do prédio principal, que representa a memória desse período da história da hanseníase na região. Ainda é possível conversar com alguns desses antigos pacientes, que narram suas histórias dentro da instituição de isolamento.

Educandário Gustavo Capanema

Vinculada aos hospitais-colônia ou leprosarias, havia uma instituição denominada preventório, que fazia parte da política de isolamento do hanseniano. O preventório foi utilizado para receber os filhos dos hansenianos, tirados dos pais logo após o nascimento. A instituição tinha como finalidade criar essas crianças ou encontrar famílias para elas. A primeira instituição com essa finalidade foi a creche Alice Sales, criada em 1926, localizada no bairro da Cachoeirinha, no período da gestão do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas (Uchoa, 1922, p.15).

No dia 6 de julho de 1939, foi criado o Educandário Gustavo Capanema, que também tinha como objetivo acolher os filhos sadios de pais portadores de hanseníase internados

no leprosário. Foram realizadas diversas campanhas para a construção do Educandário, oficialmente inaugurado em 1942, como instituição de apoio ao controle da hanseníase no Amazonas com o objetivo principal de amparar os filhos dos doentes nascidos nos leprosários Belizário Penna e Colônia Antônio Aleixo (Tavares, 2011). O prédio da instituição ainda existe, localizado na Colônia Oliveira Machado.

As crianças que chegavam ao preventório eram levadas imediatamente para o pavilhão de desinfecção, onde permaneciam em quarentena, para avaliação da hanseníase. Ao terminar a quarentena, eram conduzidas aos alojamentos com as demais crianças. Essas medidas de afastamento dos filhos de pais doentes, no Brasil, tinham a justificativa de quebrar o ciclo de transmissão da hanseníase na família (Tavares, 2011). A separação dos menores do foco contagiante foi considerada uma medida eficiente; no entanto, os danos psicológicos e sociais para as crianças e as famílias foram imensuráveis.

Colônia Antônio Aleixo

Criada em 10 de fevereiro de 1942, no mandato do governador Álvaro Maia, tem, no nome, uma homenagem ao ministro da Educação da época. A estrutura da Colônia seguiu o mesmo modelo dos hospitais-colônia no Brasil, e recebia os doentes que eram levados para lá de barco ou automóvel.

Segundo Tavares (2011), a história dessa colônia pode ser dividida em quatro etapas: de 1942 a 1966, isolamento completo dos doentes; de 1967 a 1972, visita de parentes e formação de famílias; de 1973 a 1977, transformação em hospital-colônia com avaliação dos pacientes e possibilidades de alta; de 1978 a 1979, desativação. Observamos que os critérios seguem a política nacional de abertura dos hospitais-colônias, primeiramente para familiares e pacientes e, posteriormente, para a sociedade.

A estrutura da Colônia era constituída por pavilhões destinados a mulheres, homens, crianças e jovens. Os casais tinham casas separadas ou quartos nos próprios pavilhões. Em 1968, a Colônia possuía 1.468 internos (Talhari et al., 1981), o que ultrapassava a capacidade física do local e também de acompanhamento clínico, realizado por médicos, religiosas e pacientes. Os doentes vinham dos municípios do interior e, ainda, dos estados de Rondônia, Roraima e Acre. Quando chegavam a Manaus, os doentes passavam por uma triagem no Dispensário Alfredo da Matta, conhecido também como “Casa Amarela”, sendo os casos confirmados deslocados para a Colônia por automóveis ou em barcos. O barco mais conhecido e lembrado pelos mais velhos tinha o nome de Adolpho Lutz.

As Irmãs Franciscanas de Maria assumiram a administração da Colônia, de 1966 a 1979, quando esta foi desativada – fato que mudou radicalmente a relação com os doentes, segundo relato de pessoas que vivenciaram a mudança. As Irmãs organizaram os internos em setores de trabalho e passaram a administrar a medicação com regularidade, o que não acontecia anteriormente, segundo depoimento de um ex-interno. Foi construída uma escola para a alfabetização de adultos e posteriormente para o ensino das crianças (Tavares, 2011). Segundo relato da irmã Angela, ex-diretora da Colônia, na gestão das irmãs houve uma organização do trabalho, sendo os internos distribuídos em atividades de sapataria, padaria, olaria, pescaria

e agricultura. Além de pavilhões e casas, havia centro social, clube de senhoras, quadra de esportes, poços e rede de água, moradia dos trabalhadores e irmãs, delegacia (Angela, 2012).

As irmãs também conseguiram recursos da Holanda por meio do padre João de Vries para a construção de um conjunto residencial que ganhou o nome de Guilherme Alexandre, em homenagem ao príncipe da Holanda. O conjunto, existente até hoje, tem 99 casas conjugadas e foi destinado aos casais (Angela, 2012). As irmãs solicitaram à Secretaria de Estado de Saúde a desativação da Villa Belisário Penna, pois estavam encontrando dificuldades para manter os dois locais de tratamento. Os internos de Paricatuba foram distribuídos nas instalações da colônia, ficando os casais no conjunto Guilherme Alexandre e os solteiros nos pavilhões coletivos.

A partir da lei n.3.542, de 1959, a política de isolamento foi extinta, o que se tornou efetivamente válido pelo decreto n.968, de 7 de maio de 1962. A Colônia Antônio Aleixo foi desativada pelo decreto n.4.464, de 18 de dezembro de 1978, assinado pelo governador Henoch da Silva Reis. Seguiu-se orientação da portaria do Ministério da Saúde de n.165, de 14 de maio de 1976, que recomendava a desativação dos hospitais-colônias no país. As negociações entre os diferentes órgãos e instituições se iniciaram em agosto de 1978, em reunião no Palácio Rio Negro, com o governador. Nessa ocasião, foi criada uma comissão de desativação com definição do plano de trabalho, que contava com o envolvimento de diversos órgãos oficiais. Ainda viviam em torno de seiscentas pessoas na Colônia, conforme documento da Comissão, que teve um prazo de 12 meses para finalizar o trabalho, o que não foi possível, tendo sido a orientação inicial revogada em 13 de junho de 1979, pela portaria n.469, por falta de apoio político (Tavares, 2011).

Os objetivos da Comissão estavam claramente identificados com os princípios da inclusão da população de doentes à vida social e à política de cidadania: transformar o Hospital-colônia Antônio Aleixo em uma comunidade aberta; reintegrar os hansenianos à sociedade, oferecendo condições para sua manutenção; proporcionar condições de vida normal que lhes permitissem gozar dos direitos de cidadania; envolver instituições e órgãos públicos para assumir os seus serviços e atribuições inerentes à comunidade.

O corpo médico que atuava na Colônia tinha as seguintes propostas: criar um asilo para as pessoas que apresentassem graves mutilações; criação de um posto de saúde para o atendimento médico-odontológico da antiga colônia e dos novos moradores; doação das casas para os moradores; criação de “repúblicas” para os jovens que vivessem nos pavilhões; continuidade de operação da cooperativa que já existia, mediante de entendimentos com o Instituto Nacional de Reforma Agrária; transformação da Colônia em bairro por meio de entendimentos com a prefeitura de Manaus; comunicação das mudanças aos moradores de Manaus (Talhari et al., 1981).

Dentre as propostas de desativação estava a criação do Asilo Geraldo da Rocha, para receber e atender doentes com grandes incapacidades físicas, e também a criação de um centro de saúde para o atendimento médico-sanitário da comunidade. A primeira decisão da Secretaria de Saúde foi dar alta a todos os doentes que estivessem em boas condições físicas e promover o retorno dos doentes que tiveram recuperação para seus domicílios de origem. Outra medida foi conceder aposentadoria a todas as pessoas que estavam internadas no hospital-colônia.

Iniciado o processo de desativação no dia 6 de janeiro de 1979, o jornal *A Notícia* publicou a seguinte nota ao lado de fotografias de mutilados: “600 leprosos ameaçam descer para mendigar – A Colônia Antônio Aleixo está à venda desde o dia 2 deste mês, quando teve início o processo de desativação e sua transformação em Bairro” (citado em Talhari et al., 1981, p.183). A falta de informações científicas sobre a doença, associada ao estigma, fez com que a desativação se tornasse uma questão social na cidade. No interior da Colônia, alguns moradores se opunham à desativação, pois sabiam que perderiam as vantagens e ganhos que tinham na condição de internos.

Após a transformação da Colônia em bairro, muitas famílias fixaram residência no local, parentes de internos, internos ou novos moradores sem qualquer relação com a hanseníase. O bairro continuou com alguns benefícios, como a isenção do pagamento de energia elétrica, aluguel e água. Depois de cinco anos da desativação, apenas a Secretaria de Estado de Saúde permanecia de modo contínuo no bairro, tendo que solucionar problemas de responsabilidade de outros setores da administração pública (Relatório..., 1983).

Os serviços de saúde ofertados no novo bairro eram: centros de saúde Antônio Aleixo e do Lago do Aleixo, que realizavam a imunização e exames laboratoriais, assim como consultas médica e odontológica; a Maternidade Izabel Nogueira, com dez leitos, o Centro Assistencial Geraldo da Rocha, com 120 leitos destinados aos casos de hansenianos com grande mutilação, servindo como asilo; Hospital de Isolamento Chapot Prevost, com quarenta leitos destinados a pacientes crônicos e em fase terminal de câncer.

Atualmente, o bairro Antônio Aleixo tem todos os serviços de infraestrutura de um bairro urbano. Ainda permanecem algumas estruturas da antiga Colônia, como alguns pavilhões, as casas do conjunto Guilherme Alexandre, o clube de mães, o cinema, a caixa beneficente. Alguns pavilhões foram totalmente reformados e ganharam nova estrutura e novos nomes. A população do bairro é, segundo censo 2010, de 16.602 pessoas.

Considerações finais

A finalidade deste trabalho não foi realizar uma avaliação das decisões políticas dos diferentes períodos históricos, mas analisar como essas políticas se desenvolveram no Amazonas. Nesse sentido, apresentamos a estrutura organizativa que se configurou para promover os cuidados da lepra. Em menos de 100 anos diversos serviços, estruturas, políticas e planificações foram organizadas para o controle da hanseníase e a assistência aos doentes.

As diversas instituições no Amazonas se orientaram a partir de políticas nacionais de combate à hanseníase, mas existiram características locais, como o fenômeno da migração maciça de nordestinos, a dispersão da população em território imenso, cortado por rios e lagos, gerando precariedade dos serviços de saúde nas áreas de difícil acesso. Os serviços contra a lepra estavam concentrados na capital, embora alguns municípios tenham criado pequenos locais de isolamento, como é o caso de Lábrea e Parintins.

A possibilidade de cura da hanseníase com a poliquimioterapia, no início da década de 1980, trouxe novas formas de realizar a assistência, mudando o perfil das instituições e as políticas de controle. No entanto, essa breve história das políticas e das instituições de

saúde traz à discussão várias estratégias de tratamento, controle e assistência aos doentes de hanseníase. O artigo sistematizou as informações sobre a história da hanseníase, instituições e políticas públicas de enfrentamento dessa doença no Amazonas.

NOTAS

¹ A palavra lepra é utilizado no sentido histórico do termo. A mudança da terminologia no Brasil aconteceu com o decreto n.165, de 14 de maio de 1976, do Ministério da Saúde.

² O Serviço de Saneamento foi chefiado pelo médico Samuel Uchoa e funcionou até 1928. Para mais detalhes sobre o Serviço, ver Schweickardt (2011).

³ Uma relação de comerciantes que contribuíram para a reforma de Paricatuba pode ser encontrada em *Diário Oficial do Estado do Amazonas* (29 de nov. 1925).

REFERÊNCIAS

- ANGELA, irmã.
[Depoimento]. Entrevistador: Julio Cesar Schweickardt. Manaus: Fiocruz Amazonas. 1 CD de áudio (2h). Depoimento concedido ao Projeto Memória da Hanseníase no Amazonas. 2012.
- CABRAL, Dilma.
Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2013.
- COIMBRA, Antônio Rogério.
Relatório apresentado ao ex. sr. dr. Getúlio Vargas, chefe do governo provisório da República. Manaus: Imprensa Pública. 1932.
- CUNHA, Vivian da Silva.
Isolados “como nós” ou isolados “entre nós”?: a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, n.4, p.939-954. 2010.
- DIÁRIO...
Diário Oficial do Estado do Amazonas. p.6. 29 nov. 1925.
- FONTOURA, Arselle de Andrade da; BARCELOS, Artur; BORGES, Viviane Trindade.
Desvendando uma história de exclusão: a experiência do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital-Colônia Itapuã. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, n.1, p.397-414. 2003.
- GAMA E ABREU, José Coelho.
Exposição do presidente de província do Amazonas lida em 25 de novembro de 1867. Manaus: Typographia do Amazonas. 1868.
- HOCHMAN, Gilberto.
A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec. 1998.
- LISBOA, Achilles.
Campanha contra a lepra no Amazonas. Manaus: Secretaria de Estado de Cultura do Amazonas. 2002.
- MACIEL, Laurinda Rosa.
“Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade”: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2007.
- MATTA, Alfredo Augusto da.
Escorço histórico da lepra no Estado do Amazonas. *Brasil Médico*, n.10. (separata). 1929a.
- MATTA, Alfredo Augusto da.
Os sintomas iniciais das leproses: seu contágio e evolução relativamente rápida. *Ciência Médica*, ano 7, n.5. (reimpressão). 1929b.
- MATTA, Alfredo Augusto da.
Relatório do Dispensário Oswaldo Cruz. In: Uchoa, Samuel. *Três meses de atividade*: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas. Manaus: Imprensa Pública. 1922a.
- MATTA, Alfredo Augusto da.
Relatório do Instituto Pasteur. In: Uchoa, Samuel. *Um ano de campanha*: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas. Belém: Casa Editora A Semana. 1922b.
- MATTA, Alfredo Augusto da.
Relatório do Dispensário Oswaldo Cruz – Colônia Umiralis. In: Uchoa, Samuel. *Um ano de campanha*: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas. Belém: Casa Editora A Semana. 1922c.
- MATTA, Alfredo Augusto da.
Geografia e topografia médica de Manaus. Manaus: Tipografia da Livraria Renaud. 1916.

MESQUITA, Carlos.

O hospício Eduardo Ribeiro e o leprosário de Paricatuba. Manaus: Tipografia Reis. 1926.

MONTEIRO, Yara Nogueira.

Profilaxia e exclusão: o isolamento compulsório dos hansenianos em São Paulo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, n.1, p.95-121. 2003.

PANDYA, Shubhada S.

The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, n.2, p.161-177. 2003.

PORTO, Dorval Pires.

Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Amazonas. Manaus: Imprensa Pública. 1930.

REGULAMENTO...

Regulamento da Leprosaria Vila Belisário Penna. Decreto n.247. Manaus: Imprensa Pública. 1 out. 1929.

RELATÓRIO...

Relatório do secretário de Estado de Saúde do Amazonas, Nelson Antunes Araújo Filho: gestão 1983. (Coordenação Estadual de Hanseníase, Manaus). 1983.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro; FARIA, Lina; MENEZES, Ricardo Fernandes de.

Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v.25, n.1, p.167-190. 2008.

SCHWEICKARDT, Julio.

Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas (1890-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011.

SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de.

A história da lepra no Brasil. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional. 1956.

TALHARI, Sinésio et al.

Hanseníase no estado do Amazonas: histórico e desativação do leprosário. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. v.56, n.3, p.179-184. 1981.

TAVARES, Tomázia.

Antônio Aleixo: de leprosário a bairro de Manaus. Manaus: Edição do autor. 2011.

UCHOA, Samuel.

A Leprosaria de Paricatuba. Manaus: Tipografia Palácio Real. 1926.

UCHOA, Samuel.

Um triênio de labor: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas. Manaus: Lino Aguiar. 1924.

UCHOA, Samuel.

Um ano de campanha: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas. Belém: Casa Editora A Semana. 1922.

WHITE, Cassandra.

Carville and Curupaiti: experiences of confinement and community. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, n.1, p.123-141. 2003.

