



Revista Historiar

ISSN: 2176-3267

Vol. 16 | Nº. 31 | Jul./Dez. de 2024

José Jhonys Ferreira

Universidade Federal do Piauí / UFPI.

jhonys35251476@gmail.com

O DOENTE DE LEPRA: identidade social e estigmatização (1930-1940).

RESUMO

O trabalho objetivou analisar a *identidade social* do leproso, sobretudo sua estigmatização no Brasil entre 1930 e 1940. O estudo tomou como base um conjunto de fontes diretas e indiretas (leis, prontuários médicos, depoimentos, livros e trabalhos acadêmicos) que foram analisadas com base nos conceitos de *identidade social*, *estigma*, *instituição total* de Goffman (1988, 2001). Por fim, concluiu-se que a identidade doente era comum, complexa e plural, todavia, foi deteriorada pela ação do estigma.

Palavras-chave:

Identidade social; lepra; estigmatização.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the social identity of lepers, especially their stigmatization in Brazil between 1930 and 1940. The study was based on a set of direct and indirect sources (laws, medical records, testimonies, books and academic papers) that were analyzed based on the concepts of social identity, stigma, and the total institution of Goffman (1988, 2001). Finally, it was concluded that the sick identity was common, complex and plural, however, it was deteriorated by the action of stigma.

Keywords:

Social identity; leprosy; stigmatization.

Introdução

O objetivo deste artigo é analisar de forma panorâmica a *identidade social* do doente de lepra¹ no Brasil entre os anos de 1930 e 1940. A proposta consistiu em mobilizar recursos teórico-metodológicos para compreender o processo de estigmatização do enfermo, da morfeia e do espaço do *leprosário*. O recorte temporal acima se trata de um período no qual aconteceu um aumento significativo de edificação de *leprosários* e internamentos compulsórios de *leproso*s no país.

Desde 2018, quando iniciamos as investigações sobre a temática da *lepra*, temos observado que a sua identidade foi construída sob uma série de preconceitos sociais, os quais afetaram os doentes e os espaços vivenciados por eles, em particular, os *leprosários*. A partir dessa constatação, realizada através da leitura de fontes diretas e indiretas – respectivamente, leis, prontuários médicos, depoimentos, livros e trabalhos acadêmicos – decidimos entender como foi estruturada e desestruturada a *identidade social* do próprio *leproso*.

Nossa base teórica de análise é formada por Gofmann (1988, 2001), acerca dos conceitos de *identidade social*, *estigma* e *instituição total*, respectivamente; Sontag (1984), em sua discussão sobre o uso metafórico do conceito de doença e Foucault (1987) a respeito das *relações de poder* no âmbito dos espaços e instituições sociais.

A proposta de estudar tais experiências históricas tem no mínimo duas ordens de justificativas: uma historiográfica e outra sociopolítica. Por um lado, ainda são poucos os trabalhos históricos que existem a respeito da *lepra*, por outro, é necessário se atentar ao fato de que a doença ainda constitui um problema de saúde pública nacional, uma vez que o Brasil é o segundo país com mais casos da doença no mundo, conforme (BIERNATH, 2020).

Neste trabalho, percebemos que o doente de *lepra* tinha sua *identidade social* diversificada – antes da doença – formada por um grupo heterogêneo de categorias e atributos, entretanto, o descobrimento da doença submetia o

¹ Em 1995, o termo lepra e seus derivados foram proibidos de ser utilizados nos documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros (BRASIL, 1995). Porém, neste projeto preferimos utilizar a expressão *lepra* porque era essa a utilização durante a ocorrência dos acontecimentos.

enfermo a um processo social de deterioração, denominado *estigmatização*, através do qual ele tinha sua identidade reduzida ao quadro mórbido.

1. Historiografia, a lepra e leproso

As primeiras investigações sobre a *lepra e os leprosários*, com pretensões históricas, foram realizadas pelos próprios médicos. Na tentativa de construir uma história da medicina brasileira, esses profissionais escreveram uma diversidade de obras², narrando os avanços da ciência médica no combate à lepra e outras doenças. Segundo Nascimento (2005), eram narrativas apoteóticas e lineares, nas quais as enfermidades eram apresentadas como fenômenos naturais, alvos dos processos de domesticação médico-científica.

Posteriormente, em anos seguintes, tanto a lepra quanto outras doenças passaram a ser investigadas como acontecimentos sociais. A proposta desse movimento científico principiado pela sociologia norte-americana na década de 1950 era desnaturalizar o fenômeno patológico, estudando-o a partir da sua dimensão social. Segundo Herzlich (1991) *apud* Nascimento (2005) essas tentativas não foram exitosas, uma vez que, esses sociólogos continuaram aceitando de forma preponderante à definição biológica da doença.

No final da década de 1970, autores como Machado (1978) e Costa (1976) construíram suas reflexões tomando à intervenção médica como uma ação social e contribuíram para desnaturalizar o conceito de doença no Brasil. Entretanto, segundo Agra (2008), o registro mais conhecido de apropriação da doença enquanto objeto de pesquisa pelos historiadores data da década de 1980, quando o historiador francês Jacques Le Goff organizou e publicou uma coletânea intitulada *As Doenças Têm História* (1985).

Na historiografia, a partir da História Social Inglesa, alguns jovens pesquisadores como Chalhoub (1996), Reis (1991) e Bertolli (2001) deram os primeiros passos na investigação de questões que contribuiriam de alguma

² Entre os trabalhos dessa natureza estão: SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. História geral da medicina brasileira. São Paulo: Hucitec/ Editora da Universidade de São Paulo, 1991. NAVA, Pedro. Capítulos da história da medicina no Brasil. Rio de Janeiro: Brasil Médico Cirúrgico, 1949. GOMES, Ordival Cassino. História da medicina no Brasil no século XVI. Rio de Janeiro: Aurora, 1974.

forma para a definição de um campo próprio dentro do conhecimento histórico voltado para a *História da Saúde e das Doenças*.

Nesse contexto, a lepra, antes estudada pelos médicos como uma entidade natural, passou a ser investigada pelos antropólogos, sociólogos e historiadores como um fenômeno social, cultural, histórico e, especialmente, político. Os autores apontaram que, através da estigmatização, a doença modificou a vida social de diversos homens e mulheres que foram acometidos direto e indiretamente por ela em diferentes tempos e espaços do território brasileiro.

No Brasil, durante muito tempo, o leproso, a lepra e o leprosário receberam da historiografia a mesma importância dada pelas primeiras políticas públicas de saúde sistematizadas no começo do século XX: a doença era ignorada, talvez por ser considerada de “rara incidência” ou atingir predominantemente os segmentos populares.

Desse modo, este trabalho surgiu com o propósito de contribuir com esse quadro historiográfico, em especial, de desnaturalização da doença, dos estigmas associados a ela e dos espaços edificados para “aprisioná-la”. A ideia é reconfigurar o papel histórico e social que foi imposto ao doente de lepra ao longo da (s) história (s).

Um fenômeno natural, social e cultural bastante complexo, a doença, conforme Sontag (1984, p.4) “[...] não é uma metáfora e que a maneira mais honesta de encará-la – e a mais saudável de ficar doente – é aquela que esteja depurada de pensamentos metafóricos, que seja mais resistente a tais pensamentos”. Apesar disso, a autora reconhece que existe uma grande dificuldade em adoecer e, simultaneamente, “permanecer imune aos preconceitos decorrentes das sinistras metáforas com que é descrita sua paisagem”. O processo de significação da doença, em especial, daquela para a qual não há conhecimento da sua etiologia e de uma terapêutica eficaz, tende a transformá-la em uma metáfora, isto é, uma associação entre algum dado pejorativo e a doença.

Nesse sentido, percebemos que a doença pode ser compreendida como um evento que excede à dimensão material. Rosenberg (1992) *apud* Nascimento (2005) indica que somente após a nomeação de um fenômeno como doença é

que ele incorpora tal sentido. Assim, “a doença e os sintomas”, são conceitualizados e dotados de significação social.

A lepra³ foi construída historicamente como uma marca do pecado, da incivilidade e da imoralidade. No início do século XX, era considerada uma peste incurável, crônica, incapacitante e contagiosa. Era bastante comum que a enfermidade (tratada de modo irregular ou tardiamente) desfigurasse o corpo com lesões profundas que ficavam expostas sob a pele. No campo simbólico, essas feridas ganharam significação pejorativa, através de metáforas que associavam a doença ao nojento e o repugnante.

O leproso – adjetivo derivado do termo lepra fazia referência a toda carga simbólica enfatizada anteriormente – após ser descoberto nessa condição passava por um processo de “morte civil e social” (PINHO, 2020). Em regra, os familiares, amigos e conhecidos se afastavam, evitando manter qualquer tipo de relação com o doente por medo do contágio e de possíveis retaliações devidas ao preconceito. Por fim, quase sempre o doente terminava isolado em um leprosário.

Antes da doença, o não-leproso era considerado um sujeito comum, quase sempre integrante dos setores populares e vivendo às margens do espaço urbano, em ambientes insalubres propícios a disseminação da lepra. Apesar disso, é preciso ressaltar que a doença também atingia os setores favorecidos da sociedade, entretanto, em menores proporções. Vale notar que esse público conseguia viver uma vida menos desconfortável, pois em regra se isolavam por conta própria em espaços privados. Voltemos ao doente de lepra pobre que é o alvo principal da nossa análise.

O doente de lepra desfavorecido mantinha uma *identidade social* diversificada. Geralmente, eram sujeitos sem formação superior, que exerciam profissões e ocupações modestas, como pequenos agricultores, lavradores, domésticas, “donas de casa”, funcionários públicos, entre outros. Eram homens e mulheres que viviam às margens também nos planos socioeconômico e político.

³ Em 1995, numa tentativa de ressignificar às experiências sociais em torno da lepra e eliminar o estigma, o governo brasileiro modificou legalmente o nome da doença para hanseníase, um termo esvaziado de conteúdos pejorativos. Contudo, neste projeto vamos utilizar para evitar anacronismo histórico e outros problemas correlatos.

Após se descobrir leproso e esse fato se tornado público, o leproso tinha sua *identidade social* imediatamente desestruturada. Seu nome, naturalidade, profissão, ocupação, religião, opção político-partidária e outras categorias eram esquecidas e sua identidade reduzida à lepra. O doente era pejorativamente rotulado de “leproso”, um dos sintomas centrais da estigmatização.

Segundo Goffman (1988), o *estigma* é um atributo profundamente depreciativo através do qual o indivíduo deixa de ser alguém comum e se torna uma pessoa reduzida, estragada e diminuída, “especialmente, quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem [...]” (GOFFMAN, 1988, p.7). Nesse sentido, a lepra incorporou um estigma, porque como observado acima, a doença constituiu um atributo depreciativo que diferenciava um sujeito dos demais e o desumanizava em suas relações sociais estabelecidas. Era um estigma que alcançava os familiares, os amigos e os espaços vivenciados pelo doente, conforme veremos em seguida em relação a leprosário.

Ferreira (2022), em seu artigo intitulado *A colônia do carpina: a dinâmica espacial e o corpo leproso na narrativa de um interno no ano de 1975*, a partir do estudo da experiência de segregação de Mariano Mendes dos Santos Filho, demonstra em parte como se dava esse processo de estigmatização na prática. Santos Filho, era um garoto de 14 anos de idade e morava em Teresina, quando sem saber, foi induzido e levado pela mãe para ser internado na *Colônia do Carpina*, em Parnaíba, no ano de 1975. Durante sua trajetória o personagem vivenciou uma série de crises existenciais, medos e anseios que moldaram sua forma de perceber o mundo e a vida. A leitura desse trabalho é imprescindível para compreendermos a ação do estigma na realidade social do sujeito doente.

2. O leprosário

Os leprosários constituíram produtos de uma cultura material vinculada ao processo de modernização das cidades. Espaço de memórias, alvo de silenciamento, eram unidades médicas especializadas exclusivamente no isolamento dos leprosos para evitar o contágio da população considerada sadia.

Segundo Vivia Cunha (2005), em seu trabalho intitulado *O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*, o leprosário ou hospital-colônia, seria um dos eixos do modelo político de saúde adotado no combate à lepra, institucionalmente conhecido por “tripé”. Em seu estudo a autora analisa a política do isolamento, apontando que “o tripé era um modelo de tratamento baseado em três funções tidas como essenciais para o controle da endemia: o isolamento dos doentes, o controle dos comunicantes e a separação dos filhos sadios” (CUNHA, 2005, p.9). Nesse sentido, três instituições concorriam para a efetivação da política, a colônia (ou leprosário), o dispensário e o preventório, respectivamente.

As crianças, filhas de doentes de lepra, por ter mantido um contato prolongado com os pais, eram consideradas suspeitas de serem também portadoras da doença. Por isso, sob o argumento de prevenir à disseminação da lepra e oferecer uma “vida digna” para os filhos dos doentes pobres, foi criado o Preventório. Nesse espaço, as crianças viviam sob acompanhamento médico em regime de internato. Muitos dos que viveram em espaços dessa natureza relataram que sofreram castigos, abusos e humilhações de funcionários. O Dispensário era responsável pelo diagnóstico precoce da doença e pelo acompanhamento sistemático dos comunicantes (familiares, amigos e vizinhos) vistos que estes poderiam vir a desenvolver a doença constituindo os futuros focos de contaminação. Por fim, O Asilo (ou leprosário ou hospital-colônia) era o local de internação compulsória de toda e qualquer pessoa portadora do *Mal de Hansen*, tivesse ou não forma clínica de infectante (MONTEIRO, 1998).

Conforme Goffman (2001) esse espaço pode ser definido como *instituição total*, isto é, um lugar de moradia e trabalho, “[...] onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2001, p.11).

Em outras palavras, na concepção do autor, *instituição total* constituiu um espaço institucionalizado formado por elementos essenciais (como moradia, trabalho e acompanhamento profissional) e que supostamente controlava de modo absoluto o comportamento e o cotidiano dos internos atendidos pelos seus

serviços. Os leprosários, as prisões, os conventos e os manicômios foram e são algumas das *instituições totais*.

Nos últimos anos, esses leprosários têm sido desativados ou sofrido uma reorientação em sua política de prestação de serviços, transformando-se em hospitais gerais de atendimento ambulatorial. Os moradores remanescentes, anteriormente portadores de lepra/hanseníase, têm sido despejados e largados a própria sorte, sem vínculos sociais e sem familiares que possam ajudar com a reinserção na sociedade. As políticas governamentais têm sido mobilizadas “implicitamente” para o apagamento das memórias em torno dos acontecimentos da lepra, sobretudo a partir do extermínio dos espaços representativos dos desmandos e abusos do isolamento compulsório. Nesse sentido, os estados têm buscado investir na exclusão das possibilidades de Usos públicos do passado, na medida em que promove à eliminação dos prédios em que funcionaram essas leprosas. Em Natal, por exemplo, o leprosário São Francisco de Assis foi desativado e teve o seu prédio destruído. Por outro lado, em Parnaíba, o leprosário foi transformado em um hospital especializado em tratamento de hanseníase e outras doenças de pele, além disso, alguns internos remanescentes da antiga colônia de isolamento vivem na instituição, muito embora se tenha notícia de que esses sujeitos já foram vítimas de tentativas de despejo.

Enquanto alguns governos estaduais tentam excluir às memórias em torno do isolamento compulsório dos doentes, os movimentos sociais e outros agentes políticos buscam justamente nessas memórias o respaldo necessário para legitimar à inclusão social dessas pessoas que foram vítimas de diversos preconceitos implicados pela doença e reforçados pelo Estado brasileiro.

Os leprosários foram instalados em praticamente todos estados⁴ brasileiros, sob recomendação dos principais nomes da medicina do país, entre os quais, Oswaldo Cruz, Emílio Ribas, Arthur Neiva, Belisário Penna e Heraclides Araújo. À rede leprosarial, construída com recursos públicos e privados, foi incorporada mais duas instituições na década 30: o preventório e o

⁴ No Nordeste, durante a primeira metade do século XX, foram construídos os leprosários: São Francisco de Assis (Rio Grande do Norte, 1926), Antônio Diogo (Ceará, 1928) e São Lázaro (Piauí, 1928); e os hospitais-colônias: Colônia do Bomfim (Maranhão, 1937), Colônia Eduardo Rabelo (Alagoas, 1940), Colônia da Mirueira (Pernambuco, 1941), Colônia Getúlio Vargas (Parnaíba, 1941) e Colônia Lourenço de Magalhães (Sergipe, 1945).

dispensário. O primeiro, como já registrado, era voltado para o internamente dos filhos dos doentes de lepra; o segundo acompanhavam os casos suspeitos da doença, como por exemplo, os amigos e familiares que conviviam com o paciente diagnosticado. A atuação planejada e organizada dessas três instituições ficou conhecida como “tripé”.

A noção de *instituição total*, apesar de reunir alguns elementos comuns existentes entre leprosários, prisões, conventos e manicômios, pouco ajuda com a compreensão das especificidades de cada uma dessas organizações. Goffman (2001) apresenta a *instituição total* como uma unidade cuja administração controla de forma “absoluta/ total” o comportamento dos pacientes e o cotidiano do nosocômio, entretanto, na realidade isso é um tanto relativo. A base empírica tem demonstrado que os personagens ditos “subalternos”, como doentes mentais, leproso e presos, incorporados à cena histórica como sujeitos passivos, na realidade, foram sujeitos que participaram ativamente dos eventos históricos ocorridos dentro dessas instituições. No cotidiano do leprosário, por exemplo, não era incomum que os doentes transgredissem às regras, como fugir, tomar bebida alcoólica demasiadamente e vivenciar sua sexualidade às margens dos ordenamentos jurídicos-morais-conservadores do *casamento*.

No leprosário, existia uma espécie de sistema político-administrativo interno (formado pelos próprios enfermos internados) que era responsável pela gestão e disciplina da comunidade doente no espaço médico-institucional. Nesse sentido, desse conjunto destacamos a prefeitura e a delegacia.

A prefeitura era um órgão, sobretudo político, através do qual o paciente investido representava os “interesses” dos demais colegas isolados perante a administração oficial do leprosário, traduzida pela figura do médico-diretor. O prefeito era escolhido via processo eleitoral, a partir da consulta dos internos. Com isso, percebemos que por mais que o médico-diretor tivesse poder de exercer ações decisivas, nem sempre as executava de maneira “total”, absoluta.

No interior do leprosário, pelo menos na chamada “zona doente”, o médico-diretor em alguma medida descentralizava à administração. Ele delegava responsabilidades ao prefeito que, na condição de doente, conhecia com mais propriedade as necessidades dos internos. Assim sendo, o exercício do poder de modo relativamente fragmentado de alguma forma facilitava à gestão da

comunidade doente da instituição. Na realidade, como observou Foucault (1987), o poder não é matéria exclusiva de um só indivíduo ou grupo, é antes um elemento compartilhado de maneira nem sempre proporcional entre uma variedade de sujeitos, grupos e instituições sociais. Desse modo, a prefeitura enquanto instituição social interna basicamente organizava a vida dos internos e servia como uma ponte entre esses e a direção institucional.

Por outro lado, a delegacia era expressão máxima do poder disciplinador. O delegado era um sujeito de histórico e conduta ilibados nos registros oficiais da instituição. Além disso, gozava de prestígio e boas relações com a administração oficial. Com isso, percebemos que essa dinâmica cotidiana, centrada na distribuição de cargos internos de prestígio, por si só já estimulava muitos indivíduos a manterem uma boa relação com a administração oficial e a autodisciplina com o objetivo de futuramente pretear e assumir algum cargo interno da instituição.

O leprosário em geral era um tipo de *espaço médico* que reunia em sua constituição dimensões físicas, ideológicas e abstratas. O *espaço médico* é diversificado, podendo comportar hospitais gerais, hospitais-colônias, clínicas particulares, consultórios, salas adaptadas (na casa do próprio médico), a residência do paciente (nos casos em que o médico trabalhava de modo nômade) e a medicina enquanto ciência instrumental, técnica e ideológica. Entretanto, a referência sempre utilizada para definir esse tipo de espaço é a figura do médico e a sua forma de atuação. Evidentemente é uma conceptualização espacial que não alcança os anseios e vivências pela perspectiva dos doentes, por isso, entendemos que existe uma necessidade de desdobrar outras concepções, que mudem o foco do médico e suas formas de atuação para a experiência do vitimado.

No caso das experiências dos antigos doentes de lepra, temos pensado fortuitamente na noção de *espaços "lepróticos"*. Refere-se a uma categoria teórico-conceitual voltada para a analisar os múltiplos espaços (hospital, leprosário, cidade, bairro, rua, ciência, medicina, política, imprensa etc.) ocupados pelos leprosos. O que define um *espaço leprótico* é a existência de uma relação estabelecida entre os sujeitos históricos e a lepra enquanto um acontecimento social, histórico e cultural. O marco de referência para essa

definição deve ser a doença e o acometido para que durante a análise as experiências dos enfermos não fiquem em plano secundário em benefício exclusivo da atuação da figura médica.

Desse modo, apesar do termo “*leprótico*”, o conceito pretende desgastar o estigma existente em torno do leprosário, a partir da sua historicidade e desnaturalização espacial. A estigmatização do espaço do leprosário constituiu uma herança automática da própria *identidade deteriorada* do doente; o sujeito que tinha sua *identidade social* desestruturada pelo estigma, paradoxalmente carregava o poder de estigmatizar qualquer ambiente e espaço que frequentasse assiduamente; sendo assim, em relação ao leprosário, que se tornou artificialmente sua “morada” compulsória, não foi diferente.

Considerações finais

A *identidade social* do doente de lepra na década de 1930, formada por atributos e categorias (nome, naturalidade, profissão, ocupação etc.), pode ser definida de forma distinta a depender do período que levarmos em consideração. O sujeito, antes da doença, na realidade, mais precisamente antes dela se tornar um fato socialmente conhecido, mantinha uma *identidade social* comum. Em geral, era alguém de origem popular que residia em uma área geográfica propícia a proliferação da doença. Após diagnosticado com a lepra, o sujeito, sua identidade, suas relações e os seus espaços eram automaticamente desestruturados no plano social. Com isso, a *identidade social* do sujeito, suas relações interpessoais e espaciais passavam a ser fortemente estigmatizadas, quer dizer, o estigma consistiu em parte na deterioração da *identidade social* do leproso e do espaço do leprosário, através da estigmatização da lepra.

A produção do estigma da lepra ocorreu através de diversas experiências sociais, culturais e históricas em diferentes espaços, tempos e povos. A sua consolidação no Brasil foi efetivada por intermédios dos discursos religiosos, médicos e políticos que o reforçavam com o objetivo de manter algum controle social do público doente. No Norte do país, por exemplo, na busca de executar o isolamento compulsório a todo custo, os agentes do estado perseguiram os leprosos dentro do matagal, como “criminosos” fugitivos, até capturá-los e

encaminhá-los para uma instituição oficial, onde eram submetidos a uma série de procedimentos para a destruição das suas subjetividades e *identidades sociais*.

A partir da fundação desses espaços isolacionistas, os respectivos médicos esperavam extinguir a lepra da sociedade brasileira, entretanto, tal objetivo nunca esteve nem perto de ser alcançado. Até o ano passado, em 2023, o Brasil foi o segundo país com mais casos de *hanseníase* registrado no mundo, ficando atrás apenas da Índia (BIERNATH, 2023). Isso quer dizer que, a política do isolamento compulsório, além de autoritária, como diversos autores têm destacado, foi ineficiente em seu objetivo de eliminar a enfermidade. Além disso, os recursos mobilizados para o isolamento reforçaram o *estigma* milenar em torno da doença e restringiram às perspectivas de vida dos vitimados pela segregação, pois a *identidade social* dos doentes foi completamente desconfigurada.

O processo de estigmatização do leprosário estava relacionado ao tipo de sujeito doente que recebia, o que demonstra a natureza social e cultural da construção identitária desse espaço.

Referências

AGRA, Giscard Farias. Dissecando um campo historiográfico: uma produção brasileira da história das doenças. In: ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA, 13., 2008. Guarabira, **Anais Eletrônicos**. Guarabira: ANPUH/PB, 2008.

BIERNATH, André. **Por que o Brasil é o segundo país com mais casos de hanseníase no mundo**. Saúde. Disponível em: < Por que Brasil é o segundo país com mais casos de hanseníase no mundo | Saúde | G1 (globo.com)>. Acesso em: 21 de janeiro de 2024.

BERTOLLI, Cláudio Filho. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso** (1900-1950). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

BRASIL. Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa a à hanseníase e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 mar. 1995. Disponível em: [L9010](#). Acesso em: 10 novembro 2024.

CUNHA, Vivia da Silva. **O isolamento compulsório em questão**: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). 2005. 142 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 1976.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

FERREIRA, José Jhonys. *A colônia do carpina: a dinâmica espacial e o corpo leproso na narrativa de um interno no ano de 1975*. *Revista Espacialidades*, Natal, v.18, n.1, pp.1-20, fev. 2022.

GOMES, Ordival Cassino. **História da medicina no Brasil no século XVI**. Rio de Janeiro: Aurora, 1974.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed. São Paulo: LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora, 1988.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

LE GOFF, Jacques (org). **As Doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985.

MONTEIRO, Yara Nogueira. Violência e profilaxia: os preventórios paulistas para filhos de portadores de hanseníase. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.7, n.1, p.3 26, fev.1998.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

NASCIMENTO, Marcia Maria da Costa e Et al. **Hospital colônia do Carpina: sua história, sua gente**. (Org.) Marcia Maria da Costa Nascimento. Parnaíba: Siert, 2018.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. A Doença como Objeto da História. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo. **As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 25-44. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081143.0004>. Acesso em: 18 de janeiro de 2024.

NAVA, Pedro. **Capítulos da história da medicina no Brasil**. Rio de Janeiro: Brasil Médico Cirúrgico, 1949.

PORTER, Roy. *História do corpo*. In: BURKE, Peter. **A escrita da História**. São Paulo: editora Unesp, 1992.

PINHO, Osmundo. "Morte social". In: Enciclopédia de Antropologia. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia. Disponível em: <https://ea.fflch.usp.br/conceito/morte-social>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

REIS, João José. **A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec/ Editora da Universidade de São Paulo, 1991.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

José Jhonys Ferreira

Professor concursado da Secretaria Municipal de Educação de Cedro (CE), lotado na Escola Francisca de Jesus Cavalcante (FJC), considerada a 37 melhor escola do estado conforme o Sistema Permanente de Avaliação da Educação Básica do Ceará (SPAEBCE). É graduado em História pela Universidade Federal do Piauí (UFPI, Picos), Mestre e doutorando em História pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, Natal). Tem interesse no estudo histórico do sindicalismo rural cearense.

Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/6539822301369988>
