

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS EXATAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA E GEOGRAFIA
CURSO DE HISTÓRIA

CAMILA LIMA MARTINS

**“O ÚLTIMO LUGAR POR ONDE PASSA O VENTO”: MEMÓRIAS DO
ISOLAMENTO COMPULSÓRIO, HOSPITAL-COLÔNIA DO BONFIM
(1936-1985).**

São Luís
2017

CAMILA LIMA MARTINS

**“O ÚLTIMO LUGAR POR ONDE PASSA O VENTO”: MEMÓRIAS DO
ISOLAMENTO COMPULSÓRIO, HOSPITAL-COLÔNIA DO BONFIM
(1936-1985).**

Monografia apresentada ao curso de História da
Universidade Estadual do Maranhão como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
licenciatura plena em História.

Orientador: Yuri Michael Pereira Costa.

São Luís
2017

Martins, Camila Lima.

“O último lugar por onde passa o vento”: memórias do isolamento compulsório, Hospital-Colônia do Bonfim (1936-1985)/ Camila Lima Martins. – São Luís, 2017.

... f.

Monografia (Graduação) – Curso de História, Universidade Estadual do Maranhão, 2017.

Orientador: Prof. Ms. Yuri Michael Pereira Costa

1. Segregação. 2. Isolamento compulsório 3. Lepra. 4. História. 5. São Luís I. Título

CAMILA LIMA MARTINS

**“O ÚLTIMO LUGAR POR ONDE PASSA O VENTO”: MEMÓRIAS DO
ISOLAMENTO COMPULSÓRIO, HOSPITAL COLÔNIA DO BONFIM
(1936-1985).**

Aprovada em: ____/____/____.

Monografia apresentada ao curso de História da
Universidade Estadual do Maranhão como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
licenciatura plena em História.

Orientador: Yuri Michael Pereira Costa.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Yuri Michael Pereira Costa
Universidade Estadual do Maranhão
(Orientador)

Prof. Dr. Ana Lívia Bomfim Vieira
Universidade Estadual do Maranhão
1º Examinador

Prof. Dr. Márcia Milena Galdez Ferreira
Universidade Estadual do Maranhão
2º Examinador

“Não é no sol, no ar, nas águas, nos alimentos, que se pode colocar, neste momento, o princípio da lepra: é no indivíduo, no leproso, que somente pode em todos os países, o importar e o propagar. A doença é ligada não aos países, mas aos homens: indubitavelmente ela é influenciada, no seu desenvolvimento pelas condições das regiões, dos climas e das raças: ela é favorecida pelas dificuldades, a miséria e as privações: mas os leprosos, morrendo a leva com ele pra o túmulo.” (BESNIER, 1897)

AGRADECIMENTOS

Nesse momento que encerra essa etapa da minha vida acadêmica, quero agradecer primeiramente à Deus e as boas companhias e inspirações vindas dEle.

A meus pais, pelo apoio e incentivo recebido nesses quatro anos de graduação, assim como meus aos meus irmãos pela paciência de ouvirem minhas problematizações diárias.

Agradeço aos professores que me ajudaram a amadurecer e dar corpo a minha pesquisa, me auxiliando quanto a teoria, conceituações e me instigando a melhorar.

Ao meu orientador, Yuri Costa, pelo norteamento no decorrer da pesquisa nos três anos de vigência do projeto de pesquisa que desembocou na monografia.

A Larissa Castro por dividir comigo angustiosos momentos de desnorteio no andamento de projetos e também da monografia.

Aos meus entrevistados, que tornaram possível o meu objeto de estudo para essa monografia, os ex internos: Edilson Pinto, Flávio Serafim, Francisco Viana, João Batista, Severina, Tereza e Raimundo Carvalho. Aos Padre: Bráulio, Dom Belizário e Dom Xavier.

Aos que chamo de boas aquisições da História, Adriana Santos, pela sua “meiguice” extrema, demonstrando ter cinco anos de idade. Francisca, a princesinha de Santa Quitéria, pelas dicas de musculação à beira mar (Panaquatira). A Jaciara Milk, a mente brilhante que não tem consciência do seu poderio intelectual. A Poliane, a pequena grande mulher de Icatu, por me ensinar que a língua corta mais que tesoura afiada. A Yann Maia, possuidor da síndrome do dez, porém, um ser iluminado e abençoado.

Em especial, agradeço a Samara Ramos pela amizade e parceria que vão além da graduação, dividimos o bom e o ruim desse trajetória. A Samira Brandão, que por dois semestres se mostrou um ser humano estranhamente peculiar, mas detentora de boas qualidades. A Paula Batista, pela recepção e ajuda no ambiente a princípio estranho que era a academia.

A todos que de longe ou de perto, nesse plano ou em outros emanaram boas energias para o bom andamento da minha pesquisa e a conclusão da mesma.

RESUMO

Este trabalho objetiva representar através da memória o que foi o Hospital-Colônia do Bonfim 1936-1985 em São Luís, tendo em vista relatos orais colhidos de egressos da colônia, e principalmente os mecanismos de poder exercidos dentro desse cenário que engloba medicina e política como duas vertentes quase inseparáveis. Uma vez que o código sanitário existente no Maranhão objetivava a exclusão dos acometidos pela lepra, tirando-os assim do convívio social, afastando-os do seio familiar e isolando-os num invólucro que ia além dos muros e cercas utilizados para conter os internos. Havia uma série de regras e normas estabelecidas dentro da colônia e qualquer atitude que fugisse às essas regras estariam sujeitas a punições. O isolamento compulsório dos leprosos era a única saída para conter a endemia e manter a população de São Luís segura, sendo uma prática muito defendida por médicos conceituados como Aquiles Lisboa e com ampla aceitação da população vista como sadia. Com o intuito de varrer a doença, o Estado, através de uma espécie de higiene social inaugura em 1936 a colônia do Bonfim para receber os “morféticos” e garantir a saúde dos moradores da cidade, mais precisamente do centro de São Luís.

Palavras – Chave: Segregação. Isolamento compulsório. Lepra.

ABSTRACT

This work aims to represent, through the memory of what was the Hospital-Colony do Bonfim 1936-1985 in São Luís, in view of oral reports collected from egresses of the colony, and especially the mechanisms of power exercised within the scenario that encompasses medicine and politics as Two strands almost inseparable. Since the existing sanitary code in Maranhão aimed to exclude those affected by leprosy, removing them as socially, removing them from the family and isolating them in a casing that is beyond the walls and fences used to contain the inmates. There were a number of rules and norms established within the colony, and any other attitude that escaped those rules would be subject to punishment. The compulsory isolation of the lepers is a unique way to contain an endemic and maintain a safe population of São Luís, being a practice very defended by doctors well-known like Achilles Lisbon and with wide acceptance of the population seen as healthy. With the aim of sweeping the disease, the State, through a kind of social hygiene, inaugurated in 1936 a Bonfim colony to receive the "morpheicos" and guarantee the health of the inhabitants of the city, more precisely of the center of São Luís

Keywords: Segregation. Compulsory isolation. Leprosy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Estatística geral dos leprosos no Maranhão.....	28
Quadro 2	– Idade dos adoecidos em 1926.....	28
Figura 1	– Mapa de São Luís de 1820 destacando a Ponta do Bonfim de frente ao centro da cidade.....	39
Figura 2	– Moradias da Colônia do Bonfim, um conjunto de duas casas conjugadas ou geminadas.....	46
Figura 3	– Vista da Colônia do Bonfim destacando um conjunto de seis casas conjugadas ou geminadas.....	46

LISTA DE SIGLAS

- CIL - Centro Internacional de Leprologia
- DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
- IPLDV - Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas
- MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1: O IDEÁRIO DE HIGIENIZAÇÃO.....	17
1.1 Políticas Sanitárias: higiene como estratégia de segregação.....	21
1.2 Biopoder: a política de controle de corpos	29
1.3 Discurso médico e a padronização do controle da lepra.....	31
CAPÍTULO 2: COLÔNIA DO BONFIM: DE LAZARETO	
A LEPROSÁRIO.....	39
2.1 A “travessia”.....	41
2.2 Estrutura e dinâmica de funcionamento da Colônia do Bonfim.....	44
2.3 Reorganização social do interno	50
CAPÍTULO 3: DAS EXPERIÊNCIAS DE ASSIMILAÇÃO AO FIM DO	
ISOLAMENTO COMPULSÓRIO.....	54
3.1 No limar das regras: entre castigos e benesses.....	55
3.2 O fim do isolamento compulsório.....	60
3.3 A vida além dos muros	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	72

INTRODUÇÃO

Mesmo com o avanço da medicina e as novas conquistas no tratamento da hanseníase, o indivíduo contaminado por tal doença ainda sofre os efeitos da estigmatização que ela abriga. Isto se deve principalmente aos significados negativos ou depreciativos da doença que não esvaneceram mesmo com a mudança do termo lepra para hanseníase.

No Brasil, a prática confinatória teve seu início na segunda década do século XX e vigorou até a década de 1960. No Maranhão foi criado um asilo-colônia em 1937 – a colônia do Bonfim - que abrigou até a década de 1980, milhares de portadores dessa enfermidade que ali foram internados compulsoriamente.

De acordo com Lenoir (1996, p. 24), entender como a lepra foi alçada à condição de problema social e caracterizada por meio de práticas, discursos e representações como uma doença perigosa, como uma ameaça à saúde pública do país, levando à adoção do isolamento compulsório como medida mais recomendável ao combate à doença, parece ser basilar para a compreensão de dois aspectos fundamentais: o primeiro seriam as representações que os portadores da doença que passaram um longo período de confinamento numa colônia para leprosos têm de si, da doença e da instituição e, diretamente relacionado com o primeiro, como a condição de leproso, ex-interno da colônia do Bonfim marca as representações de outros sujeitos acerca desses agentes sociais e repercutem atualmente em suas relações sociais.

Na preocupação com essas representações que inevitavelmente colaboram para a construção de identidades deterioradas, e segundo Goffman (1978) levam a processos de estigmatização e exclusão, não podemos deixar de perceber os contextos conjunturais e políticos existentes. Deste modo, essas representações precisam ser ponderadas segundo o processo de reformas urbanas planejadas e efetivadas já no início da República, num período em que se notavam investimentos em métodos de disciplinamento do corpo social e de higienização dos centros urbanos com o propósito de eliminar determinados grupos que poderiam pôr em risco o ideal de progresso e desenvolvimento industrial almejado para o Brasil.

Analisando os significados simbólicos que dão identidades aos ex- internos, assim como alimentam o estigma existente sobre eles, o que Goffman (1978, p. 87) chama de “carreira moral”, para falar das experiências comuns na aprendizagem e construção do Eu por pessoas que têm um estigma particular, que as difere das demais por características

desqualificadores como ser social, devemos aceitar que é muito difícil e doloroso para a maioria dos ex-internos ativarem as lembranças de seu passado, trazendo à tona sua vida antes, e principalmente durante a internação no asilo colônia.

Isso se torna possível aliado à disposição de um aparato discursivo que nos possibilite a análise. Na tentativa de entender melhor sobre a memória coletiva do antigo asilo-colônia muito profícuo têm sido os estudos de Maurice Halbwachs - A memória coletiva- sobre a constituição das memórias coletiva e individual; de Michael Pollack - Memória, Esquecimento, Silêncio e Memória e Identidade Social - sobre os quadros sociais da memória e o processo de esquecimento e silenciamento; além do estudo de Ecléa Bosi - Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos.

Se, como considera Halbwachs (2006, p. 24), a memória é “seletiva e construída coletivamente”, o presente solicita o passado de acordo com suas necessidades e conveniências. Desta forma, para Bosi (1994, p. 53) “a lembrança é a sobrevivência do passado” e, dessa forma, cada grupo assume para si diferentes pontos de referência, qualifica e delibera os eventos do passado dignos de serem lembrados num movimento que “(...) ao definir o que é comum a um grupo e o que o diferencia dos outros, fundamenta e reforça o sentimento de pertencimento e as fronteiras socioculturais” (POLLACK, 1980, p. 03).

No caso específico dos egressos da colônia do Bonfim, talvez os eventos do passado não tenham o mesmo efeito para todos: o de reforçar o sentimento de pertencimento. Pode até mesmo ter o efeito contrário, tendo em vista que a internação no passado, para alguns, foi bastante traumática. Mesmo com essa diferenciação, esses mesmos acontecimentos são acionados muitas vezes para estabelecer as barreiras que os separam em termos de sadios/doentes. Essas barreiras contribuem para a manutenção da exclusão dos egressos do Bonfim do convívio social e para o “silenciamento” de suas memórias.

Adentrar determinados compartimentos da memória dos ex-internos do Bonfim é, também, ter contato com a própria história da área Itaquí-Bacanga e da cidade de São Luís. Pollack (1989, p. 07) evidencia que, “a referência ao passado serve para manter a coesão dos grupos e das instituições que compõem uma sociedade, para definir seu lugar respectivo, sua complementariedade, mas também as oposições irreduzíveis”. Isso se faz necessário para percebermos que a memória não é única, e o silêncio nem sempre significa esquecimento.

Em relação ao valor da memória na construção da identidade, do sentimento de pertencimento, que ao mesmo tempo pode criar a identificação entre os indivíduos quanto uma distinção entre eles, é de fundamental importância conhecer que muito úteis são as ponderações de Pollack (1992, p. 05), ele nomeia a identidade como sendo o sentido da

imagem de si para si e para os outros. Ou seja, a imagem que uma pessoa adquire ao longo da vida referente a ela própria, a imagem que ela constrói e apresenta, para acreditar na sua própria representação, mas também para ser percebida da maneira como quer ser percebida pelos outros.

Nesse processo de construção da identidade, Pollack (1992, p.06) identifica três elementos basilares: um é a unidade física, isto é, o sentimento de ter fronteiras físicas, no caso do corpo da pessoa, ou fronteira de pertencimento ao grupo, no caso do coletivo; outro é o sentimento de continuidade dentro do tempo, isto é, a manutenção do vínculo do indivíduo ou o grupo com seu passado, com os elementos constitutivos da memória que são os acontecimentos, os personagens e os lugares; e finalmente, o sentido de coerência, ou seja, a unificação dos elementos que formam os indivíduos.

Essas considerações dão embasamento para nossa pesquisa, pois, analisamos e temos que lidar com memórias individuais e coletivas, lembranças que foram e ainda são decisivas na constituição da identidade dessas pessoas. Essas lembranças são marcantes nas imagens que esses sujeitos têm de si para si próprio e para os outros, e obviamente, essas imagens se compõem tendo como referência seus próprios corpos e o outro. De fato, se como diz Pollack (1992, p. 05) “a construção da identidade é um fenômeno que se produz em referência aos outros, em referência aos critérios de aceitabilidade, de admissibilidade, de credibilidade, e que se faz por meio da negociação direta com outros”. E, como esses parâmetros são medidos a partir dos atributos que a sociedade atribui a seus membros como comuns e naturais a cada um, e ainda, sendo os atributos conferidos ao egresso do Bonfim de sujeito doente, fora dos padrões estéticos, estigmatizado e incapaz de se envolver na sociedade produtiva, podemos dizer que esses sujeitos têm sua identidade deteriorada (GOFFMAN, 1978, p. 88).

Não obstante à necessária perda da condição de indivíduo integrado à sociedade, no decorrer da pesquisa podemos perceber que, como agentes sociais, foram e ainda são capazes de criar novos laços de sociabilidade e percepção mútua, pautados em um sentimento comum de pertencimento e solidariedade. Nesse sentido, em sua relação com o mundo externo à colônia, são capazes de realizar trabalhos de recorte e classificação intelectual que visam o reconhecimento de “uma identidade social, a exibir uma maneira própria de estar no mundo, a significar simbolicamente um estatuto e uma posição” (CHARTIER, 1991, p. 183).

Desta forma, esse trabalho se dedica à compreensão desse processo de ressignificação do mundo sofrida pelos egressos do asilo-colônia, no sentido de entender os

métodos adotados para interagirem no mundo além dos muros, para a partir daí melhor entender as percepções que têm de si mesmos e dos seus lugares na vida social.

Perceber o processo de socialização dos acometidos pela lepra representa um importante passo para a compreensão de um longo processo de constituição de uma identidade social estigmatizada pelo qual passaram milhares de portadores de lepra em todo o país no decorrer do século XX. Ademais, falar, contar, ouvir, escrever, pressupõe a reflexão sobre a forma como a memória desses indivíduos permite o acesso aos eventos do passado e como ela contribui para a construção de representações do próprio grupo, bem como a maneira como elas se inscrevem no contexto das relações sociais e históricas.

Reconhecer e valorizar as memórias desses indivíduos significa, como diria Marilena Chauí (1994, p. 20): “reflexão, compreensão do agora a partir do outrora; é sentimento, reparação do feito e do ido, não sua mera repetição”. Desse modo, para alcançar os objetivos da pesquisa é essencial parar para ouvir os sujeitos e, através deles, “registrar a voz e, através dela, a vida, o pensamento de seres que já trabalharam por seus contemporâneos e por nós” (BOSI, 1994, p. 37).

Para além de documentação encontrada sobre a colônia e o sistema de isolamento a pedra basilar desta pesquisa se encontra nas entrevistas realizadas com ex-internos e funcionários da asilo colônia, totalizando dez entrevistados cada um contribuindo ao seu modo relatando experiências, ou as silenciando.

O primeiro entrevistado foi seu Flávio Serafim, morador da colônia desde os quatorze anos, e morador do educandário Santo Antônio, pois alguns de seus familiares já se encontravam internados na colônia, portanto, como medida de prevenção ele foi encaminhado para o educandário. De início a entrevista se deu com dois egressos, seu Flávio Serafim e posteriormente seu Francisco Viana, creio que o impacto das informações recebidas naquele momento me fizeram repensar perguntas e também melhorar a abordagens àqueles que já foram tão marcados pela exclusão.

Logo após esses primeiros contatos, logo me indicaram outros nomes que segundo eles, seriam pessoas cheias de “boas lembranças” pois viveram por muito tempo na colônia. A partir das indicações mantive contato com João Batista, residente da Vila Nova. Diferente dos outros, seu João Batista obteve um maior acesso à educação, isso mediante ajuda das freiras vicentinas. Aqui as memórias são leves, segundo seu João Batista ele não sentia o fato de estar longe de casa, pois já possuía uma família na colônia, devido sua “adoção” por Dona Margarida.

Encontrei seu Edilson, me relatou suas experiências através de uma linguagem poética, na qual até o barulho das ondas nos muros do Bonfim, viraram estrofes da história de vida desse que foi professor na escola primária da colônia.

Dois entrevistados que demonstraram uma peculiaridade singular nos relatos, foram, dona Severina e Seu Newtom, a primeira chegou à colônia aos dezessete anos, o segundo aos nove. Entretanto, o isolamento foi encarado pelos dois de forma bem particular. Dona Severina costurava para os moradores da colônia, e por não ter nódulos e manchas decorrentes da hanseníase e também nenhuma amputação, recebia um tratamento diferenciado e frequentava os espaços considerados sadios no âmbito da colônia. Já seu Newton vindo de família um pouco mais abastada, ficou cego aos dez anos, mas, ainda hoje trabalha como locutor, profissão que também exercia na colônia, e lembra sorridente da preocupação que dava às freiras quando cismava em passear de bicicleta pela colônia mesmo sem conseguir enxergar.

Pude conhecer dona Terezinha e o seu filho Raimundo, ambos moradores da colônia, mas não portadores do bacilo de Hansen. Algo impensado, esposas de adoecidos fixarem moradia na colônia, mas de acordo com dona Terezinha, as péssimas condições financeiras impediam que ela permanecesse longe do marido e com os filhos para cuidar. Diante de sua visível necessidade, o padre que atuava na colônia juntamente com a irmã Maria, decidiram doar-lhe um pedaço de terra e ofereceram-lhe um trabalho de lavadeira. Foi assim que dona Terezinha conseguiu permanecer perto do marido e conseqüentemente renda mesmo que pouca para manter-se juntamente com seus filhos.

Por fim, Dom Xavier e Padre Bráulio me ajudaram a entender o papel desempenhado pela igreja católica dentro da colônia, pois eu não ouvia dos ex- internos nenhuma referência de outras manifestações religiosas dentro da colônia, fato que aguçou minha curiosidade. Depois das nossas conversas percebi que haviam outras religiões, mas a igreja católica se sobressaia pelo trabalho realizado pelas vicentinas.

Este trabalho estuda o período que antecede a criação do Bonfim e o cenário epidemiológico de São Luís na virada dos séculos XIX e XX, observando os aparatos políticos ideológicos que deram base ao isolamento compulsório e principalmente analisando as memórias daqueles que foram acometidos pelo mal de Hansen e submetidos às normas de políticas sanitárias existentes em São Luís.

CAPÍTULO 1. O IDEÁRIO DE HIGIENIZAÇÃO

No início da República no Brasil, acompanhando essa transição de governo, vieram atrelados os ideais positivistas de progresso nacional, que possuía como metas “manter a ordem” e cuidar para que o povo se tornasse educado e saudável, desse modo, a transição para a República torna-se um marco nas Políticas Públicas brasileiras, em relação às enfermidades que acometiam grande parte da população, das quais, se destaca a lepra. Polignano (2008) discorre sobre três premissas em seu artigo sobre o histórico da saúde no Brasil, que são elas:

Para analisarmos a história das políticas de saúde no país faz-se necessário a definição de algumas premissas importantes, a saber: 1. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los; 2. A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional; 3. A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde. (POLIGNANO, 2008, p.8)

No cenário epidemiológico no qual se encontrava e sem medidas sanitárias existentes, o país necessitava de uma imagem positiva, uma vez que o quadro de doenças consideradas tropicais¹ era numeroso e acometiam, além da própria nação, os estrangeiros que chegavam ao Brasil com a substituição da mão de obra escrava. As transformações pelas quais o Brasil passara, como a mudança do trabalho escravo para mão de obra remunerada e a transição na forma de governo, originaram novas inquietações, como exemplo, tem-se a implementação de medidas que evitassem a proliferação de doenças, como a varíola, a lepra e a febre amarela, que afetaram, de certa forma o desenvolvimento comercial, financeiro e social do país.

Imbuído desta atmosfera de mudanças, o Brasil passa a abraçar um amplo interesse de civilizar e modernizar a sociedade brasileira. Entretanto, doenças como a lepra, a varíola, a cólera e a febre amarela acometiam a população brasileira e os estrangeiros, gerando instabilidade econômica e contribuindo para reforçar uma imagem negativa do Brasil, interna e externamente, pois como afirma Souza (2008, p. 16) “demonstravam o atraso

¹ São doenças infecciosas que ocorrem unicamente nas regiões tropicais e subtropicais ou, mais seguidamente, são ou mais difundidas nos trópicos ou mais difíceis de prevenir e controlar, doenças infecciosas negligenciadas que afetam de maneira desproporcional populações pobres e marginalizadas.

e a inferioridade de seus habitantes”. Assim, para se desenvolver uma nação civilizada e moderna, tornou-se clara a necessidade de uma organização sanitária que fosse além das práticas esboçadas no plano municipal e estadual, e que tivesse a capacidade de intervenção em nível nacional. É nesse momento que se inicia a incorporação do moderno e das novas regras de civilidade e higienização do país, pois até o início da República tendo em vista o Tratado de Leprologia de 1950, a “preocupação” com estes doentes não passava de uma questão de amparo aos infelizes, e nessa missão, desempenharam papel mais destacado que os médicos, as autoridades e os filantropos.

Em relação especificamente à lepra, a primeira medida tomada pelo Estado ocorreu quando Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública em 1903 e iniciou a campanha de higienização, intervindo nas residências mesmo sem autorização dos moradores e reestruturando o meio urbano em geral através da demolição de várias habitações coletivas, casas e cômodos². O sanitarista também buscou convencer o meio médico, em geral, da eficácia de suas medidas, centradas principalmente no isolamento dos doentes, o indivíduo que tenha adquirido essa doença era visto com potencial perigo para a sociedade, e por conta disso, deveria ser afastado. Ou seja, houve uma inversão de papéis, para Cruz (1993, p. 98) “o doente passa a ser o perigo e não a vítima de sua enfermidade”.

Tal medida desagradou muito à população, que viu seus direitos transgredidos, o que contribuiu para muitas críticas ao médico. Como afirma Polignano (2008, p. 9):

A população, com receio das medidas de desinfecção, trabalho realizado pelo serviço sanitário municipal, revolta-se, tanto que, certa vez, o próprio presidente Rodrigues Alves chama Oswaldo Cruz ao Palácio do Catete, pedindo-lhe para, apesar de acreditar no acerto da estratégia do sanitarista, não continuar queimando os colchões e as roupas dos doentes.

Outros discursos, no entanto, vieram a reforçar essa medida. Exemplo disso são os estudos de Heráclides César de Souza Araújo, importante médico e pesquisador do período que afirmava que a principal medida em relação à lepra era o isolamento de seus doentes, ou seja, o internamento compulsório³.

Até a primeira metade do século XX esta forma de ação do governo persistiu, pois a lepra era vista como uma doença crônica, considerada incurável para a maioria dos médicos e seu modo de transmissão e tratamento específico eram ainda grandes incógnitas.

² Acreditava que a coletividade pobre era um vetor em potencial de diversas doenças infecto contagiosas.

³ Medida coercitiva na qual os adoecidos são levados para os locais de isolamento não levando em consideração sua aceitação para tal medida.

Nesse período, foram criados e executados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional. À frente da Diretoria Geral de Saúde Pública estava Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, ele organizou e instituiu, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinadas a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Este modelo, de inspiração americana, mas importado de Cuba, tornou-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil e no continente americano, em geral.

A política de saúde no Brasil tomou rumos diferenciados em direção a um modelo que se estruturou no discurso, que valorizava ao mesmo tempo as políticas de urbanização e de habitação. Solidificando uma estrutura administrativa de saúde centralista e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico.

Os médicos higienistas que criticavam a falta de salubridade nas cidades acusavam como responsáveis às condições de vida e trabalho, o amontoamento da população, a desordem do espaço urbano e apontavam e localizavam os focos produtores de miasmas⁴, os espaços que deveriam ser alvo de intervenções. Depois de diagnosticado o mal, de localizada a doença no espaço, o médico torna o ambiente salubre, através da “medicalização”, da higienização da sociedade e do espaço. Foucault (1984, p. 47) lembra que salubridade não é a mesma coisa que saúde. A salubridade é um estado das coisas, do meio, transformado e racionalmente preparado de modo que a saúde dos indivíduos possa ser assegurada. Através da higiene pública se faz o controle político-científico do meio, modificando-o para torná-lo salubre. A higiene, portanto, é a técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde.

A higiene pública é fundada como disciplina de intervenção. A Medicina higienista do século XIX, visando ao controle do meio, do espaço, aponta para uma proposta intervencionista. Ela se propõe a recuperar a salubridade do ambiente, a partir da “medicalização” dos espaços doentes. Os médicos, depois de “especializar” a doença, de localizar os ambientes insalubres (hospitais, prisões, matadouros, cemitérios, quartéis, barcos, instalações portuárias, casa do pobre etc.), isolam no sistema urbano as regiões a “medicalizar” de urgência e que devem constituir pontos de aplicação de um exercício do poder médico. Elaboram também medidas de tipo higiênico-social que possam contribuir para a melhoria da saúde e das condições de existência da população. Propõem o ordenamento do espaço urbano e a intervenção no meio doente. Ou seja, fazem propostas de “medicalização”

⁴ Emissão proveniente de detritos orgânicos em decomposição, considerada (antes dos avanços da microbiologia) como causadora de doenças e epidemias.

da cidade. Medicalizar a cidade, higienizar significa controlar, intervir nos ambientes suscetíveis de prejudicar a saúde pública.

Em decorrência das transformações políticas, a higienização e a urbanização das cidades, passam por um processo de ampliação: a modernização. Tal processo, no contexto das mudanças econômicas e sociais que passaram a ocorrer nas cidades brasileiras, promoveu alterações nos costumes e hábitos das populações urbanas, ao introduzirem novas ideologias e novos valores que veiculavam práticas tidas como “civilizadas”, cujas origens eram europeias.

Segundo Reis (1945, p. 45 apud BRITO, 2006, p. 10), a lógica da política higienista e do projeto modernizador materializam um amplo plano de reformulação urbana e embelezamento das cidades, marcando um novo tempo na sociedade brasileira. No Brasil, a noção de modernidade tradicionalmente foi incorporada como algo que vem de fora, que deve ser apreciado e adotado. As ideias e os modelos externos gradativamente passam a se aclimatar na sociedade brasileira, sendo absorvidos num ideário de modernidade. A formação da concepção de modernidade no Brasil toma forma inspirada em tendências europeias e surge a partir das formulações geradas em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, principais centros econômico, político e cultural do Brasil no final do século XIX e início do século XX. Trata-se de um processo que se propagou pelas grandes capitais e que teve início com o advento da República, quando uma nova ordem política foi instaurada, tornando necessário adaptar as cidades ao crescimento do comércio e das atividades industriais de exportação.

O progresso científico na área da saúde contribuiu muito para a prática higienista que acompanhou as transformações feitas no espaço urbano e na habitação popular coletiva (estalagens, cortiços, casas de cômodos e vilas) que apresentavam um quadro de insalubridade, em que se agravavam periódicos surtos de epidemias que atingiam as principais cidades brasileiras. Para a adoção dos princípios sanitaristas nas práticas urbanas, as iniciativas exigiam, num primeiro plano, demolições e saneamento de áreas inundáveis, degradadas e insalubres, para promover a abertura de espaços públicos disponíveis para novos investimentos urbanos, a eliminação de focos de concentração de epidemias e o estabelecimento de normativas para as construções. A inclusão de alguns sistemas de infraestrutura, como redes de água e de esgoto, são exemplos em que se percebe a inclusão conectada a modernização urbana.

A proposta desse capítulo é analisar como se encontrava o Brasil na transição política e de que forma essa mudança atingiu e diversificou as políticas de saúde existentes até

então. Dando destaque ao papel coadunado dos médicos do início do século XIX, representando ao mesmo tempo, forças políticas e científicas.

1.1 Políticas Sanitárias: Higiene como estratégia de segregação.

O final do século XIX se iniciou um período em que a lepra se tornou uma epidemia, transformou-se numa questão sanitária, quando seu conceito de doença bacilar e contagiosa já havia sido firmado pela medicina. A ideia de epidemia assustava a população, fazendo com que os governos tomassem decisões para controlar e frear seu avanço no país.

Por não haver medidas profiláticas, o combate da lepra baseava-se na segregação social dos adoecidos. A partir do final do século XIX vários países adotaram a segregação como medida de combate à lepra, tal medida foi aprovada por leis em Conferências Internacionais sobre lepra que datam de 1897, embora a doença já fosse existente, mas será a partir do momento que se torna epidemiológica que a visibilidade dos governos se torna maior, pois começam a se adequar cada um a sua realidade para a criação de locais de dispensa dos acometidos pelo mal de Hansen. Os problemas de saúde e principalmente as epidemias foram considerados como problemas coletivos ao longo da Primeira República. Nesse cenário de escassez de saúde surge uma consciência de melhorias na saúde pública.

No Brasil houve, portanto duas fases no movimento sanitaristas, a primeira mais preocupada nas capitais e na higienização dos portos, acarretando na unificação de serviços sanitários e a criação de Serviços de Profilaxia. A segunda fase diz respeito ao saneamento de regiões afastadas dos centros, os sertões, vistos como locais propícios para a disseminação e proliferação de doenças, devido à pobreza e a péssima qualidade de vida dos sertanejos.

No entanto, a lepra continuou a tomar grandes proporções de transmissibilidade, sendo listada como doença de notificação compulsória⁵ pelo Regulamento Sanitário de 1904, por Oswaldo Cruz, o que na prática não se tornaria uma medida profilática, e sim um alerta quanto à dimensão de pessoas atingidas pelo bacilo. Dessa forma, em concordância com o artigo 133º do Manual de leprologia, todos aqueles que possuíam doenças de notificação compulsória ficariam submetidos a um sistema de controle que acarretava em três ações: notificação obrigatória, como a prescrita para outras doenças infecciosas; exame periódico

⁵ A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados às doenças que eram endêmicas de acordo com as leis sanitárias de 1914.

dos comunicantes⁶, como meio de descobrir novos casos; e isolamento em colônias ou mesmo em domicílio, desde que cumprindo uma série de condições. Caso essas medidas não fossem seguidas, conforme Costa (1986, p. 142), estariam sujeitos aos rigores do Código Penal, podendo pagar multas ou até mesmo serem presos. Mas essa rigidez não se aplicava com tanta veemência, a princípio eram impostas ao adoecido medidas preventivas e isolamento domiciliar.

Mais precisamente em 1910 a lepra torna-se um problema sanitário de maior relevância, isso por que a medicina alcançava outros patamares no que diz respeito ao contágio da doença, dessa forma embasados do saber científico sobre a doença, os médicos passam a circunscrever os espaços, deixando claro que para manter a sociedade “a salvo” da lepra, se fazia necessário o isolamento dos adoecidos. Por não haver medidas profiláticas para doença, o Estado necessitou aprimorar suas políticas e alargar o espaço de prevenção, principalmente nos locais onde a doença se mostrava mais endêmica, que seriam nos sertões, nos interiores dos Estados. Vale ressaltar que isolamento prescrito no código sanitário poderia ser de dois tipos: O nosocomial – praticado preferencialmente em colônias-agrícolas, admitindo-se também a internação em sanatórios, hospitais ou asilos e o isolamento domiciliar que deveria ser indicado para os casos não contagiantes ou quando as condições financeiras do doente admitissem a adoção das medidas profiláticas consideradas necessárias, de acordo com as autoridades sanitárias. Tal isolamento deveria permitir uma vigilância assídua e rigorosa sobre os doentes.

Oswaldo Cruz é um dos nomes da medicina no Brasil que possui grande influência no processo de transformação no aparto da saúde pública do país. Em 1913, disseminando suas descobertas científicas nos relatórios enviados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores sobre a lepra Oswaldo Cruz abriu espaço para a Comissão de Profilaxia da Lepra. Pela peculiaridade da doença, vista como misteriosa e incurável em virtude da degeneração do organismo e de sua não restauração, eram muitas as dúvidas sobre o modelo ideal de prevenção ou uma possível curabilidade do Mal de Hansen. Sobre a profilaxia, afirma Cruz (1972, p. 35):

[...] quando se pensa na duração desse mal, na sua marcha lenta, que duram decênios, e nas suas consequências que trazem deformações diversas, percebe-se logo que a organização da sua profilaxia tem de atender a indicações muitos especiais, sobressaindo o isolamento, que nas outras moléstias contagiosas é muito breve e na lepra muito demorado, constituindo, até, uma verdadeira mudança domiciliária dos doentes, pela sua longa permanências nas leprosarias.

⁶ Eram todos aqueles que mantinham contato com o leproso.

A lepra despertava o pavor de autoridades sanitárias, incluindo os próprios médicos assim como da população em geral, como dito anteriormente, devido a sua peculiaridade no tratamento, o decreto 13.538 de 9 de Abril de 1919 passa a registrar a lepra como uma doença que necessita de uma atenção especial, dessa forma reorganizando os serviços de saúde já existentes no Brasil e redirecionando o foco de ação de cada um deles, entre eles o Serviço de Profilaxia Rural, que a partir de então priorizava a construção de leprosários para o processo de isolamento dos leprosos. A criação dos leprosários demandava uma maior participação financeira do Estado no combate à doença, e foi justamente isso que o discurso médico defendia, um Estado que se fizesse mais atuante e participasse com uma maior verba aos serviços de saúde criados no Governo. As reivindicações da classe médica não surtiram efeito imediato, tendo em vista que no início do processo de combate a lepra as instituições que abrigavam leprosos, eram em sua maioria filantrópicas, geridas por ordens religiosas que cuidavam dos doentes praticando a caridade.

A descoberta do bacilo⁷ causador da lepra trouxe à tona outras discussões e divergências sobre a doença, visto que, de acordo com Lutz (1936, p. 373) alguns médicos acreditavam na hereditariedade da doença e não na transmissibilidade por fluidos corpóreos. No entanto algumas das hipóteses levantadas se referem à falta de higiene das populações mais empobrecidas, associando a lepra ao quadro social do adoecido. A incidência da doença se dava de forma mais ampla entre as pessoas de classes mais pobres, o que não anulava o fato de famílias abastadas também serem afetadas pelo bacilo.

A década de 1930 trouxe mudanças importantes acerca das políticas públicas elaboradas em relação à doença. O Governo Federal aumentou sua presença em outros campos da política, em virtude da reforma administrativa que passou a vigorar na década de 1930. Durante o Governo Provisório (1930-1934), as estruturas de combate à lepra não foram modificadas, e até o Departamento Nacional de Saúde Pública foi mantido na sua antiga estruturação, ou seja, com o mesmo regulamento sanitário da década de 1920, houve uma tentativa de regularizar os auxílios financeiros fornecidos pelo governo federal aos estados, destinados ao problema da lepra. Com isso, observa-se na Coleção de Leis e Decretos de 1920 um crescimento anual desses recursos e uma preocupação em auxiliar um número cada vez maior de Estados.

O ano de 1934 trouxe novidades administrativas para a saúde pública. Washington Pires, Ministro da Educação e Saúde Pública (MESP), efetivou uma reforma nos serviços

⁷ *Mycobacterium leprae* ou bacilo-de-Hansen é a bactéria responsável pela hanseníase.

federais de saúde, que extinguiu tanto o DNSP quanto a Inspetoria da Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV), único órgão federal responsável pela coordenação do combate à lepra no país. Suas atividades foram pulverizadas, sendo transferidas para a responsabilidade dos Estados. Assim, tais ações perdiam a uniformidade e tendiam a enfraquecer diante da intensa burocratização da estrutura administrativa do Governo Vargas.

Em contrapartida, a pesquisa científica direcionada para a lepra ganhou um impulso com a criação, em 20 de abril de 1934, do Centro Internacional de Leprologia (CIL). Resultado de um acordo entre o Governo Brasileiro e a Liga das Nações, o CIL contou com o apoio financeiro de Guilherme Guinle, e teve Carlos Chagas como seu primeiro diretor, sendo sucedido, logo após sua morte, em 1934, por Eduardo Rabello. Dentre suas principais atividades técnicas, podemos citar a realização de um inquérito epidemiológico no Rio de Janeiro, onde estava localizado; o estudo sobre a ação dos ácidos isolados do Chaulmoogra⁸ e pesquisas bacteriológicas e imunológicas. Além disso, o CIL, em cooperação com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o Instituto Oswaldo Cruz e o Departamento Nacional de Saúde, ofereceu cursos de especialização nos anos de 1936 a 1938.

Quando Gustavo Capanema assumiu o MESP, em 1934, foi possível uma maior estabilidade na política de saúde pública. Os leprosários existentes – cerca de 20 unidades, incluindo os pequenos asilos – ainda eram considerados reduzidos diante da imensa massa de doentes: mais de 30 mil, segundo estimativas oficiais. Esse total evidenciou a necessidade de um combate mais sistemático, e indicou a falta de hospitais especializados para o recolhimento dos leprosos. Além disso, já não existia a IPLDV e nem mesmo um plano de ação que permitisse uma atuação governamental mais direta e específica.

Diante desse quadro, viu-se a necessidade de elaborar um plano de âmbito nacional para o enfrentamento da doença. Para tanto, Capanema sugeriu, em 1935, que o diretor Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, João de Barros Barreto, formulasse um plano para o controle dos doentes no país, plano que se centrava no âmbito nacional para enfrentar a doença, visando inicialmente, dotar todo o país com instituições já anteriormente consideradas fundamentais ao controle da doença, tendo sido iniciado ainda em 1935. Apesar de ser orientado pelo Governo federal, o plano deveria ser executado em cooperação com os estados, através de acordos com a União. A maioria dos estabelecimentos construídos a partir desse plano, começaram a funcionar na década de 1940, quando já estava em atuação o

⁸ O óleo foi usado por via intravenosa ou intramuscular no início do século XX contra a hanseníase. Um éster etílico do óleo foi desenvolvido por Alice Ball em 1916, o que levou à preparação e comercialização do mesmo por Burroughs Wellcome no início dos anos 1920.

Serviço Nacional de Lepra, criado em 1941. Segundo Maciel (2007), a política de profilaxia elaborada por esse Serviço, denominada ‘tripé’⁹, continuou valorizando a construção dos leprosários. Dessa forma, não podemos negar que foi notável o crescimento dos recursos federais destinados à construção e manutenção de leprosários.

Voltando especificamente para o quadro sanitário do Maranhão, observamos que os cuidados não diferiam do restante do país, apesar de a hanseníase seguir esquecida pelas políticas públicas maranhenses nas primeiras décadas do século XX, vale destacar que ações de saúde pública direcionadas a outras doenças vinham sendo elaboradas desde o início da República. A criação de serviços públicos para o combate às diversas epidemias que assolavam o estado foi característica do período e, entre as moléstias reinantes, a varíola, a febre amarela e a peste bubônica destacavam-se.

No final da década de 1910 a saúde pública no Maranhão tornou-se algo que necessitava de investimentos, devido às doenças que vinham assolando a população. Para isso, o papel do Governo Urbano Santos (1918-1922) foi determinante, pois pouco antes de assumir o poder no estado, o jurista havia sido vice-presidente do Brasil, o que facilitaria articulações do Maranhão com o Governo Federal em questões de saúde pública. No governo Urbano Santos foi criado o Serviço de Profilaxia Rural, e o Estado firmou alguns convênios com a Fundação Rockefeller para combate ao impaludismo e a outras doenças tropicais; em 20 de maio de 1919 foi inaugurado em São Luís o Instituto Oswaldo Cruz, com a incumbência do preparo de soros e vacinas, sendo um dos locais para realização de baciloscopia, que identificavam os portadores do bacilo de Hansen.

No correr da década de 1920 a ênfase dos governantes em relação à saúde pública recaiu em programas de saneamento. Tanto Godofredo Mendes (1922-1926) quanto o capitão José Maria Magalhães de Almeida (1926-1930), representantes do Executivo Estadual, deram destaque, quando de suas passagens pelo poder, a implantação e melhoramentos dos serviços de distribuição de água e coleta de esgoto, sobretudo na capital.

A despeito dos vários esforços da saúde pública em constituir-se como campo burocrático mais bem acabado durante a Primeira República, e segundo Hochman (1993, p.41) ainda que se tenha expandido "a capacidade reguladora da União sobre o campo da saúde de maneira considerável, especialmente na década de 1920", o controle mais sistemático da chamada lepra ficou restrito nesse período a algumas cidades do Sudeste. No

⁹ Política que se apoiava na construção e manutenção de preventórios para os filhos sadios dos adoecidos, dispensários para exame todos que mantiveram contatos com os doentes (comunicantes) e leprosário para internação e tratamento dos doentes.

Maranhão o controle do mal-de-lázaro, apesar de fazer parte das preocupações de alguns médicos, ficou à mercê da filantropia e de algumas atitudes pontuais, nem sempre bem-sucedidas, das autoridades sanitárias locais. O Governo Estadual, por exemplo, não conseguiu concluir a construção de um hospital para os maranhenses portadores da doença. Estes encontravam abrigo somente no precário Gavião, espaço asilar existente em São Luís desde a década de 1870.

Os discursos médicos estavam em consonância com as questões políticas levantadas pelo Governo Vargas, dessa maneira, a única saída vista pelos cientistas e autoridades políticas resultou na construção de leprosários, que visavam varrer dos centros os adoecidos, e dessa forma diminuiriam a mendicância, a vadiagem e principalmente, estariam mantendo a população sadia e segura. O significado maior da criação desses espaços para os hansenianos residia na necessidade de proteção da população sadia, passível de ser contaminada pelos doentes portadores de formas clínicas abertas, ou seja, contagiantes. Como bem observou Leila Gomide:

A Colônia Agrícola, criada para isolar os doentes acometidos pela lepra, representava a instituição idealizada pelos agentes filantrópicos sob os auspícios da medicina, que fornecia os instrumentos e o respaldo da ciência para catalogar o doente, que deveria ser isolado. A criação do espaço dito terapêutico, propiciando a exclusão do leproso da sociedade, trazia em si algumas contradições inerentes à natureza do mal que não podia ser curado nas condições existentes, porém deveria ser amenizado para se evitar sua propagação. (GOMIDE, 1993, p. 62).

Na mesma direção, Elisabeth Poorman (2006) afirma que, por trás da justificativa da política de exclusão dos doentes de hanseníase no período varguista, estava a necessidade primordial do progresso econômico e cultural do Brasil. E isso, na perspectiva dos dirigentes da política de saúde, apenas seria possível com a preservação de uma mão-de-obra sadia. Sobre a política de saúde excludente e governo autoritário:

A ideia das colônias de leproso era atraente a Vargas, em virtude da forte correlação existente entre a filosofia por trás desses espaços e sua ditadura. As pessoas que apoiavam tanto Vargas quanto as colônias acreditavam na necessidade de sacrificar a autonomia individual pelo bem comum. Quando o regime de Vargas se tornou mais opressivo, elas racionalizaram as políticas do período como necessárias para a melhoria da população. (POORMAN, 2006, p. 67, apud, LEANDRO, 2009, p. 33).

Dentro das medidas profiláticas o poder político ganhava forças e em 1932 as obras do leprosário em São Luís foram iniciadas. Localizado em amplo espaço na chamada Ponta do Bonfim, suficientemente distante do centro de São Luís, “sendo o último lugar por

onde passa o vento”¹⁰. A área em que foi instalada a colônia já possuía vocação para abrigar parcelas de excluídos, pois, segundo informa Pinho (2007), durante o século XVIII teria havido na região um albergue para prisioneiros atacados pela varíola. No início do século XIX, a localidade serviu para a quarentena de escravos oriundos da Costa da África e ainda foi utilizada como cemitério de ingleses. Ainda de acordo com Pinho (2007, p. 60), a Ponta do Bonfim "exatamente por ser um local bem afastado, tornou-se ideal para o isolamento de 'leprosos' como forma de afastá-los definitivamente do convívio social".

A presença de interventores no Maranhão como Capitão Antônio Martins de Almeida, deu outros rumos nas políticas públicas de prevenção à lepra. Dando ênfase às funções da polícia sanitária no intuito de vigilância aos locais vistos com grande potencial de proliferação de doenças, assim como, a visita escolar, na qual os policiais sanitários faziam uma anamnese dos alunos para previamente combater a lepra, caso algum deles possuíssem vestígios da doença. Visando como alvo a higiene, de acordo com o decreto 1.309 de maio de 1930, eram funções da polícia sanitária:

Art.25 – Ao médico escolar incumbe:

- a) Inspeccionar pessoalmente as escolas;
- b) Extrair ficha sanitária de cada aluno;
- c) Apresentar as inspeções individuais ao Diretor Geral de Instrução Pública;
- d) Fazer preleções de higiene;
- e) Fiscalizar o estado de asseio corporal (...)

Tomado esses dados, a polícia sanitária composta por uma equipe de médicos se responsabilizava por esquadrihar as escolas, observando o quadro de nutrição e higiene dos alunos a fim de afastar do convívio escolar aqueles que aparentassem qualquer anormalidade, dentro do previsto pelas leis sanitárias vigentes no Estado. A vigilância funcionava como principal agente para se chegar aos doentes, na reformulação do aparato de saúde, uma vez que polícia sanitária recebia denúncias sobre a moradia de adoecidos que não “queriam” buscar o “tratamento” junto ao Estado. Por temer o isolamento, o número de acometidos pelo mal de Hansen que buscavam ajuda espontaneamente era bem reduzido, e as denúncias engrossavam as estáticas, pois, uma vez denunciado o adoecido seria um procurado da polícia e uma ameaça em potencial.

¹⁰ Acreditava-se que as partículas do ar estariam carregadas de bacilos e poderiam contaminar os são, por isso a colônia teria sido feita pensando geográfica a circulação de ar de São Luís.

De acordo com o Relatório do Serviço de Profilaxia e Doenças Venéreas no ano 1926, eram 680 adoecidos no Maranhão, desses 278 estavam em São Luís e apenas 64 viviam internados na Santa Casa de Misericórdia.

Quadro 1 – Estatística Geral dos leprosos no Maranhão em 1926

Leproso recenseados	680
Sexo masculino	460
Sexo Feminino	220
Casados	415
Solteiros	152
Viúvos	43

Fonte: Relatório do Serviço de Saúde e Profilaxia de Doenças Venéreas. 1926

Quadro 2 - Idades dos adoecidos recenseados em 1926

Idade	Número de pessoas
Menores de 5 anos	1
De 5 até 10 anos	20
De 10 até 20 anos	64
De 20 até 30 anos	194
De 30 até 40 anos	156
De 40 até 50 anos	124
De 50 até 60 anos	80
De 60 até 70 anos	27
De 70 até 80 anos	11
De 80 até 90 anos	3

Fonte: Relatório do Serviço de Saúde e Profilaxia de Doenças Venéreas. 1926

Apesar das correntes médicas em sua totalidade divergirem quanto ao tratamento mais eficaz para combater a lepra, a estratégia executada foi de início a higienização dos espaços urbanos e posteriormente a profilaxia rural, tendo em vista as caravanas de adoecidos vindos dos interiores do Maranhão. Após a inauguração do Hospital Colônia do Bonfim, o número denunciados e comunicantes tornou-se ainda mais expressivo sobre a realidade do

quadro sanitário do Maranhão. Dessa forma embasado pela autoridade médica, dentro do que circula nacionalmente sobre lepra e financiado ao mesmo tempo pelas esferas Federal e Estadual, São Luís executa aquele que seria o marco do combate à lepra, o Bonfim, espaço de moradia e dispensa dos diagnosticados pela doença.

1.2 Biopoder: A política de controle dos corpos

Michel Foucault criou um projeto que identificou e descreveu as tecnologias de poder postas em funcionamento a partir da emergência do Estado nacional europeu nos séculos XVI e XVII. Ele identificou e descreveu ao longo no período que vai de 1973 a 1978, o biopoder nas suas duas dimensões, por um lado, a administração parcelada dos corpos, revelada por uma anatomia política em que o corpo humano é tratado como corpo dócil, um objeto manipulável; por outro, a gestão global da vida, posta em funcionamento através de uma biopolítica da população, na qual o corpo humano é considerado como elemento de uma espécie. O biopoder, não tem como foco o corpo individualizado, mas o corpo coletivo, não se diferenciando somente do poder disciplinar, mas também do poder soberano, pois enquanto na soberania havia um direito do soberano “deixar viver” ou “fazer viver”, no biopoder haverá uma tecnologia de poder voltada para o “fazer viver” e o “deixar morrer”, que será um poder que vai se encarregar da preservação da vida, eliminando tudo aquilo que ameaça a preservação e o bem estar da população.

Enquanto no poder disciplinar existe uma técnica de adestramento do corpo a partir da punição e da vigilância, na segunda metade do século XVIII surge uma nova tecnologia de poder que é diferente do poder disciplinar. Embora o biopoder seja algo novo, ele não descartará a técnica disciplinar. Sobre isso Foucault diz o seguinte:

Mais precisamente, eu diria isto: a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença etc. (FOUCAULT, 1999, p. 291).

Para aperfeiçoar o desenvolvimento e produção, o Estado necessitaria circundar os corpos e mantê-los sob vigilância, pois o avesso à normalidade exposta por Foucault traria mazelas sociais, inviabilizando o bem estar coletivo. Dentro dessa perspectiva o filósofo nos

ajuda a pensar o advento das disciplinas, que se dá a partir do século XVIII, momento no qual se percebe o corpo humano enquanto alvo e objeto de poder. As disciplinas consistiriam, assim, em “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade” (FOUCAULT, 2012, p. 118). As disciplinas agiriam em espaços disciplinares, como o espaço escolar, o prisional, o hospitalar e até mesmo o urbano, estabelecendo uma contínua e permanente vigilância, uma regra normalizadora e um infundável controle através dos exames.

Ainda de acordo com Foucault, disciplina seria a manifestação de um poder diferente, um poder que não é exercido como propriedade, mas como estratégia de dominação, que não supõe uma apropriação permanente, mas, sua prática se dá mediante a utilização de táticas, técnicas, manobras, que estabelecem uma permanente tensão e movimento. Para essa concepção, o poder não se localiza no Estado, embora este o exerça em suas relações com os cidadãos. Está ao mesmo tempo em todas as partes, fragmentado, multiplicado, presente igualmente nas relações entre dominadores e dominados, seria mesmo microfísico. Outro dado importante, a saber, é que esse poder possui uma estreita relação com a produção de saberes, que criam verdades, que produzem realidade.

O poder seria assim construtor da realidade, mediador das relações sociais. Daí não ser visto por Foucault apenas como criador de opressão, de separação, de exclusão, pois ao construir a realidade possuiria um valor positivo:

Pois se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento, do recalçamento, à maneira de um grande superego, se apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos a nível do saber. O poder, longe de impedir o saber, o produz. Se foi possível constituir um saber sobre o corpo, foi através de um conjunto de disciplinas militares e escolares. É a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico, orgânico (FOUCAULT, 1982, p. 145).

Outra contribuição de Foucault (1982, p. 79) para os estudos de história da saúde e da doença está no entendimento do conceito de formação da medicina social, ao qual se vinculam o surgimento e posterior desenvolvimento da prática sanitária no decorrer do século XIX e XX. Foucault analisa alguns aspectos do surgimento da medicina social. A primeira é caracterizada como Medicina de Estado, surgida na Alemanha no começo do século XVIII. Amplamente controlada pelo Estado e que se caracterizava como uma prática médica cujo objetivo seria a melhoria do nível da saúde da população concebida como

totalidade do poder público. Através da criação e aplicação da noção de polícia sanitária¹¹, a Medicina de Estado desenvolverá um sistema de observação complexo baseado na contabilidade de hospitais e de médicos; normalizará o saber e prática médicos, buscando a integração de todos dentro de um único sistema. A segunda etapa do processo de surgimento da medicina social ocorreu na França, no final do século XVIII: tratava-se da Medicina Urbana, surgida da necessidade de controlar grandes aglomerações no interior da cidade e o surgimento de epidemias.

Utilizando o modelo médico e político da quarentena, a Medicina Urbana possuiria três objetivos: o controle dos locais de acúmulo e amontoamento, os quais poderiam gerar doenças epidêmicas; o controle da circulação da água e do ar, pois se acreditava que os miasmas circulavam através destes elementos e a organização das distribuições e sequências, que consistiram em uma espécie de ordenamento dos locais de captação de água para consumo da cidade e do destino final dos esgotos, eliminando assim o perigo de contaminação dos mananciais de água potável.

Na transformação diante da higienização das cidades, o homem é colocado a se adequar às novas formas de viver em sociedade, principalmente os doentes. Esses viram seus corpos controlados pelo Estado, para fins políticos e médicos. Àqueles que de alguma forma não estivesse dentro da concepção de saudável, ou que de forma particular manifestasse a lepra seria isolado do convívio com os a população sana, para um bem maior, o bem da coletividade sadia, e não precisamente para sua curabilidade enquanto excluído do meio social. O corpo humano foi então submetido a uma “anatomia política”, em que o corpo é o foco do poder a ser exercido pelo Estado, mais precisamente na figura médico que se torna o próprio Estado legitimando suas ações pelo saber. A disciplina fabrica corpos submissos, exercitados, fortes, aumenta sua aptidão e ao mesmo tempo sua dominação.

1.3 Discurso médico e a padronização do controle da lepra

Voltando os olhos especificamente para o quadro epidemiológico em São Luís, é válido salientar que a população estava sendo assolada por diversas endemias, não somente pela lepra, algumas até acometendo muito mais pessoas, como tuberculose por exemplo. Contudo a lepra trazia um maior temor da população, pois seus sinais eram mais facilmente

¹¹ Ramificação dentro da polícia do Estado capaz de realizar determinados atos administrativos, como a fiscalização, a autuação, e a interdição de estabelecimento irregulares, de modo a garantir a segurança adequada para a população, com base em um conjunto de normas legais estabelecidos pela legislação.

visualizados, e a degenerescência causava horror na população sadia. Isso se deva talvez pelo fato da renovação e do reforço do estigma, feito com frequência pelas autoridades políticas e médicas. Moldou-se uma extensa gama de significados acerca da hanseníase. São esses significados implícitos que serviram como pano de fundo para uma série de interações negativas entre as pessoas atingidas pela enfermidade e o restante da sociedade, justificando práticas e naturalizando comportamentos.

As representações sociais da hanseníase eram atualizadas com frequências pelos médicos, ou outras autoridades com legitimidade para tal, e disseminavam a dicotomia sadios/doentes, causando uma série de polaridades estigmatizadoras, tais como: normais/anormais, limpos/sujos, e várias outras que serviam pra reforçar os lugares diferentes pertencentes a cada grupo. Trata-se de acordo com Claro (1995), de um estigma cuja prevalência e intensidade podem ser averiguadas em diferentes sociedades e períodos históricos.

O Maranhão, assim como os demais Estados do país, acompanhou o discurso das políticas sanitárias através de projetos de reurbanização das capitais, e uma das primeiras tentativas dentro dessa projeto resultaram no Código de Postura de 1904 e a Lei Sanitária. Estas medidas visavam reestruturar a cidade através da normatização das construções no Centro da capital que deveriam se adaptar as normas pré-estabelecidas, e para isto o governo do estado contava com uma equipe que supervisionava as construções já existentes e as que estavam sendo construídas.

Dessa forma, as leis urbanas representam a materialização de um jogo de forças, cujo objeto de disputa é à cidade, sendo fruto de práticas ou modelos de conduta que os grupos mais poderosos desejavam ordenar, conter ou erradicar. O Código de 1904 se encaixa nessa caracterização como um mecanismo de controle político-sanitário do espaço citadino, além de ser um indicador da concepção de cidade compartilhada pelos administradores locais. (MEDEIROS. 2007, p. 105).

O Código de Postura e a Lei Sanitária foram estabelecidos no ano de 1904, estas medidas decretadas pelo governo do estado do Maranhão tinham a preocupação com a salubridade e arquitetura da cidade de São Luís. Com ênfase no Código de Postura, pois este se preocupa mais especificamente com a cidade, ditando regras específicas às construções na parte central da cidade. Uma vez que os cortiços se encontravam no centro da cidade e junto com ele toda a insalubridade e condições de vida vistas como verdadeiros vetores e propagadores de doenças.

As classes pobres não passaram a ser vistas como classes perigosas apenas porque poderiam oferecer problemas para a organização do trabalho e a manutenção da ordem pública. Os pobres ofereciam também perigo de contágio. Por um lado, o

próprio perigo social representado pelos pobres aparecia no imaginário político brasileiro de fins do século XIX através da metáfora da doença contagiosa: as classes perigosas continuaram a se reproduzir enquanto as crianças pobres permanecessem expostas aos vícios de seus pais. (CHALHOUB, 1996, p. 29).

A cidade demanda uma intervenção da ordem e disciplina das condições de vida e do próprio trabalho por meio da higiene pública. Utiliza-se dos discursos do progresso como uma utopia para que se possam, de acordo com Foucault (1986, p. 34) disciplinar os espaços e corpos. Por isso, a classe médica e mais precisamente o médico-sanitarista, aparecem como personagens de uma elite que propiciará as intervenções necessárias ao estabelecimento da nova ordem higienista; ações sanitárias serão desenvolvidas visando combater epidemias, um ideal de limpeza e, ao mesmo tempo, desejo idealizado de progresso. Para Foucault (1986) a higiene pública nasce neste contexto, onde a má circulação da água e do vento eram veículos de patologias. Surge então a noção de medicalização, a princípio a partir dos elementos físicos ambientais. A Medicina das coisas, das condições de vida e não das pessoas. Emerge a noção de salubridade e insalubridades na Medicina Urbana, que se tornam um dos fatores primordiais da medicina do século XIX.

O mundo se transformava e os métodos curativos em São Luís ainda não se igualavam aos que já se via em grande parte do país. Métodos alternativos, como rezas, ir aos terreiros e consultar pais-de-santo eram mais comumente utilizados por aqueles que adoeciam, pois se tratar com médicos custavam caro. No decorrer do século XIX, Lacroix (2015, p. 15) aponta que forma muitos os filhos de famílias maranhenses abastadas, viajaram para a Europa em busca da formação médica. As faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia formaram médicos generalistas¹² e somente a partir de 1880 é que outros campos da medicina foram explorados, como oftalmologia, medicina da criança, psiquiatria.

O saber médico não elabora uma teoria sobre a vida urbana, mas fornece elementos para que se possa pensar o modo de organização ideal das cidades. A tarefa de estabelecer uma ponte entre o discurso normativo médico e as exigências da ordem pública será em parte dos urbanistas¹³. O saber médico fornece os elementos ideológicos que justificam as intervenções e reorganizações urbanas. Os urbanistas operam as transformações.

Na virada do século XIX para XX, um número significativo de jovens médicos recém-chegados das escolas de medicina traziam inovações nos procedimentos médicos e colocaram em prática. Aquiles Faria Lisboa foi um desses médicos, que formado em 1912 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, especializado em leprologia, foi o primeiro a

¹² Não especializados em nenhuma área da medicina.

¹³ Aqueles que conheciam a ciência e a técnica como solução para os problemas urbanos, dando ênfase aos arranjos espaciais visualmente agradáveis.

utilizar o microscópio em São Luís, desmontando a ideia de hereditariedade da hanseníase. A partir daí focou nos microrganismos existentes nas lesões da pele dos acometidos por tal doença como um dos fatores que levavam à transmissão corpo a corpo, por meio da mucosa dos infectados. Não havia profilaxia eficaz para o número assustador de casos de hanseníases notificados dentro de São Luís e principalmente nos municípios vizinhos. E outro agravante, era justamente a falta de medicação adequada e eficiente para essa enfermidade, ou seja, São Luís se tornou um local propício para a disseminação de endemias, por não possuir salubridade, como tratamento de esgoto, água adequada para consumo, moradias dignas e também um serviço de saúde eficaz.

Durante a República Velha, num período entre 1889 a 1930, foram criados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional. À frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, organizou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil, adotando o modelo das 'campanhas sanitárias', destinadas a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais¹⁴. Para Hochman (2004), a medicina apresentava diversos recursos normalizadores nos seus discursos, utilizando de todo conhecimento científico com o intuito de controlar indivíduos e seus corpos. Sobre o processo de medicalização da sociedade brasileira:

A medicina incorporou o meio urbano como alvo de reflexão e intervenção, meio social e natural diante do quais indivíduos e populações estavam igualmente ameaçados, física e moralmente. Os médicos tornam-se um misto de cientistas sociais, planejadores urbanos e analistas de instituições. Por outro lado a medicina constitui-se como um apoio, científico e como tal autorizado, ao poder de Estado - oferecendo orientações sobre como ordenar as cidades e potencializar a vida de sua população. (GIUMBELLI, 1997, p. 5-6)

O discurso médico que envolvia política e saúde e implicava diretamente no âmbito social dos indivíduos de forma latente. O médico, a representatividade maior da conservação da saúde, exerceu funções que iam além daquela para qual se formou. O conhecimento científico no século XX coloca o médico em posições importantes no andamento da vida social e individual das pessoas. O saber, ora recebido como normas ou leis, condicionava uma população que vivia o medo de ter algum familiar infectado, a disseminar e internalizar afirmativas de isolamento e repulsão àqueles que apesentassem qualquer sinal de que já estava com o mal de Hansen.

Dentro desse contexto Aquiles Lisboa ajudou a difundir o projeto do Hospital Colônia do Bonfim, juntamente com seus “benefícios” que não seriam poucos, tanto para os

¹⁴ Citados nos Relatórios da Secretaria da saúde como: malária, febre amarela e até mesmo lepra.

adoecidos quantos para os sadios. A colônia como local específico de doentes, traria a normalidade para a sociedade sadia. Aquiles Lisboa torna-se uma figura aclamada em São Luís por suas afirmações contundentes sobre a lepra na capital. Suas ideias foram difundidas por folhetins, cartilhas e principalmente jornais. Apesar do pouco tempo como governador do Maranhão o médico difundiu seu saber, e notificava a nível nacional a calamidade da saúde maranhense.

Assim como outros médicos Aquiles criou suas “verdades” sobre a lepra e as difundiu de forma a serem aceitas, não somente pelos adoecidos, mas também pelos sadios:

É a lepra o mais angustioso, o mais instante, o mais inadiável de todos os problemas nacionais. Apresenta-nos, de facto, o mal de Lázaro como temerosa esfinge que nos estabelece o formidável dilema: ou me decifras e me tolhes os passos, ou eu te devoro. E para nossa infelicidade, estamos quase à meia garganta do monstro, que desde muito nos vem minando a existência, enfraquecendo a raça e ameaçando-nos de irremediáveis desgraças o futuro. (LISBOA, 1937, p.5)

Outro feito de Aquiles Lisboa no combate à lepra dentro de São Luís se refere à publicação do seu "Catecismo da defesa contra a lepra", publicado em 1936, que propunha popularizar os conhecimentos sobre a doença e apontava para aquilo considerado, pelo médico, correto para obter êxito na profilaxia do Mal de Hansen. O panfleto era amplamente difundido, ficando a cargo de professores e militares a leitura, uma vez por semana, dos mandamentos do catecismo. Além de explanar a causa da lepra, suas formas de contágio, seus sintomas etc., o texto terminava com o 12º mandamento, o qual recomendava três preceitos básicos para as pessoas sãs evitarem o contágio: viver "uma vida sem desregramentos"; evitar "qualquer contato com leprosos infectantes"; e de modo algum "comerciar com os leprosos, visto o perigo de se transmitir o germe da moléstia pelo dinheiro como pelos objetos que tenham passado pelas mãos desses doentes" (LISBOA, 1936. p.7-8).

Além dos doze mandamentos prescritos no catecismo, o médico ainda inseriu no panfleto duas sugestões aos poderes públicos, levando em consideração que os adoecidos pelo mal de Hansen viviam livremente pelas ruas em estado de latência¹⁵ ou incubação¹⁶:

A proibição rigorosa, imediata, pela polícia ou pela própria autoridade sanitária, de se misturarem à população os doentes de lepra declaradamente contagiante, vedando-se-lhes, sobretudo a entrada nas igrejas, nas repartições públicas, nos bondes, nos cafés, nas casas comerciais, nos mercados, em toda parte, afinal, onde haja aglomeração de pessoas sãs e se exponham gêneros comestíveis [...] para os em

¹⁵ No estado de latência a bactéria está viva mas não consegue se reproduzir nem causar a doença. Quando encontrar condições propícias irá se multiplicar e provocar a doença.

¹⁶ É o tempo decorrido entre a exposição de do indivíduo com um organismo patogênico e a manifestação dos primeiros sintomas da doença.

estado de latência ou incubação, nos quais a moléstia ainda não se exteriorizou por sinais evidentes. (LISBOA, 1936.p. 15).

A luta contra a lepra tornou-se, enfim, mais contundente a partir de 1935, com a elaboração de um plano de construções e combate à doença. O então Ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema, solicitou ao Diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, João de Barros Barreto, que formulasse um plano para o controle dos doentes no país. Esse plano visava, inicialmente, a construção de leprosários em quase todos os Estados. Do ponto de vista profilático, o problema da lepra só poderia ser solucionado com a construção dos leprosários. Posto em execução no mesmo ano em que foi elaborado, o plano nacional de combate à lepra direcionou o Governo Federal, determinando um rumo a seguir e um planejamento de recursos e gastos para a construção e manutenção de leprosários em todo o país¹⁷.

A construção de leprosários tornaria possível o isolamento compulsório dos doentes, há mais de uma década determinado pela legislação. A inserção de uma maior quantidade de verbas voltadas ao problema da lepra permitiu que, a partir do plano traçado em 1935, como consta na Coleção de Leis do mesmo ano, fosse possível realizar a construção de um grande número de leprosários, dispensários e preventórios pelo país. Embora essas três instituições formassem, no conjunto, o armamento contra a lepra conhecido como tripé, apenas os leprosários foram priorizados pelo governo federal nesse momento. Os dispensários, em geral, eram geridos pelos governos estaduais e municipais, e os preventórios eram construídos e mantidos pela iniciativa privada.

Como dito, o tripé não funcionou exatamente como as políticas sanitárias previam, cabendo aos leprosários mais verba do Governo e deixando os outros dois itens do plano de lado, pois o mais importante era tirar os adoecidos do seio da sociedade sadia, evitando a proliferação do mal de Hansen.

O isolamento fora defendido como o único método eficaz de manter o bem da coletividade sadia. Então aquelas pessoas que apresentassem sintomas referentes à lepra dependendo do lugar no qual se encontravam, eram trazidas ou fugiam dos seus locais de moradia para o Bonfim, por medo do rechaço social que sofriam. O discurso circulante em São Luís, defendido pelos leprólogos alcançavam os mais longínquos municípios e povoados do Maranhão, mesmo diante do total despreparo para se controlar a doença, o

¹⁷ A princípio a construção e a manutenção dos leprosários ficavam a cargo do Governo Federal, entretanto, essa medida foi reconfigurada e alguns fatores mudaram o curso da construção em São Luís.

condicionamento pela legitimidade da fala médica ainda era o mais eficaz na ajuda da naturalização do isolamento.

Não obstante o exercício de violência inerente às práticas de isolamento nos leprosários é preciso notar que esse dispositivo adquiria sua força não simplesmente pelo rigor de suas imposições, mas, sobretudo, pela concordância com a racionalidade científica da época, o que conferia um elevado poder de persuasão junto aos indivíduos, inclusive entre os próprios portadores da doença. De acordo com Michel Foucault, foi no âmbito do saber médico que se desenvolveu um tipo de poder/saber que atuava, a um só tempo sobre o indivíduo e sobre a coletividade, sobre os órgãos e os organismos ao mesmo tempo.

A política de saúde coletiva do Estado consistia em tolher do convívio social os leproso, pois sua continuidade e contato com pessoas sadias causaria um problema enorme para o Estado. O denominado leproso era identificado a priori pelas alterações no seu corpo, tendo em vista que a lepra causa a degenerescência do organismo, um perigo para coletividade, uma ameaça social, despido de capacidades sociais. De acordo com o Manual de Leprologia de 1960:

A presença desses indivíduos tão ameaçadores ao bem estar da coletividade volta, meio século depois da transferência defendida pelo governador Thomaz Pires Figueiredo em 1838, a incomodar, constranger a sociedade. Estes habitavam um casebre pequeno de propriedade da Santa Casa da Misericórdia. De acordo com o relatório, as condições em que os hansenianos viviam eram as mais precárias que se pudesse imaginar, sem alimentação e sofrendo com a discriminação da sociedade.

Pierre Bourdieu (2002) reforça a ideia de legitimação das ideias com o poder do discurso, que “domestica os dominados”. Os próprios egressos eram condicionados a concordar que o confinamento era o melhor pra eles, dessa forma a semeadura dos métodos de combate à lepra encontrava terra fértil nas mentes influenciadas pelos médicos com seus discursos segregacionistas.

Sempre, relações de poder dependem na forma e no conteúdo do poder material ou simbólico acumulado pelos dos agentes (ou instituições) envolvidos nessas relações, o que como dom podem acumular poder simbólico. É enquanto elemento estruturado e estruturante de comunicação que os sistemas simbólicos cumprem sua função política de elementos de imposição ou legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra, dando o reforça de sua própria força às próprias relações de força que as fundamentam e constituem assim, para a domesticação dos dominados. (BOURDIEU, 2002, p.11)

É nesse contexto que o investimento em técnicas de controle social, entre elas o isolamento dos doentes faz sentido e pode ser definido como um dispositivo de poder. A noção de dispositivo nos auxilia a entender a diferença de práticas que o isolamento e a exclusão dos enfermos conceberam, pois como diz Foucault (1979, p. 246), o dispositivo

consiste em “estratégias de relações de força, sustentando tipos de saberes e sendo por eles sustentadas”.

No ano de 1937 foi inaugurada em São Luís a colônia do Bonfim que abrigou até a década de 1980, milhares de portadores dessa enfermidade que ali foram internados compulsoriamente. O isolamento compulsório foi defendido por médicos como Aquiles Lisboa e aplaudido pela população que tinha horror a conviver com leproso por medo de contrair o bacilo. Percebe-se que o poder de persuasão do Estado era pujante, era um domínio legitimado entre outras coisas no saber médico, já que a colônia do Bonfim abrigou pessoas de todas as partes do Maranhão, vista como referência no “tratamento” à doença.

O Bonfim com sua estrutura quase prisional se adequou muito bem aos anseios de uma sociedade individualista e excludente, onde a população se dividia em dois grupos os sadios e os doentes. E os discursos médicos legitimavam e fortaleciam essa individualidade, fazendo com que os leproso fossem cada vez mais estigmatizados e excluídos.

A cidade de São Luís almejava sair do quadro de atrasada em relação às outras capitais, em um período que os cuidados e investimentos com saneamento básico, saúde eram quase que inexistentes. De tal forma que a criação do Bonfim veio não exclusivamente para os leproso, mas para todos aqueles que de alguma maneira ofuscavam a beleza¹⁸ e o status de desenvolvimento do local.

Os métodos para manter a população saudável no Maranhão eram propagados também nos jornais. O seu discurso médico mesclado de política era bem absorvido pela população, o que dava ainda mais força ao isolamento compulsório na colônia.

A colônia é uma pequena cidade com sua existência própria onde se encontram os elementos da vida necessários, onde cada qual pode exercer livremente sua profissão, onde não faltam elementos de distrações, onde o leproso não vive perseguido pela ideia única do mal que o tortura (O Imparcial, 1933, p. 02).

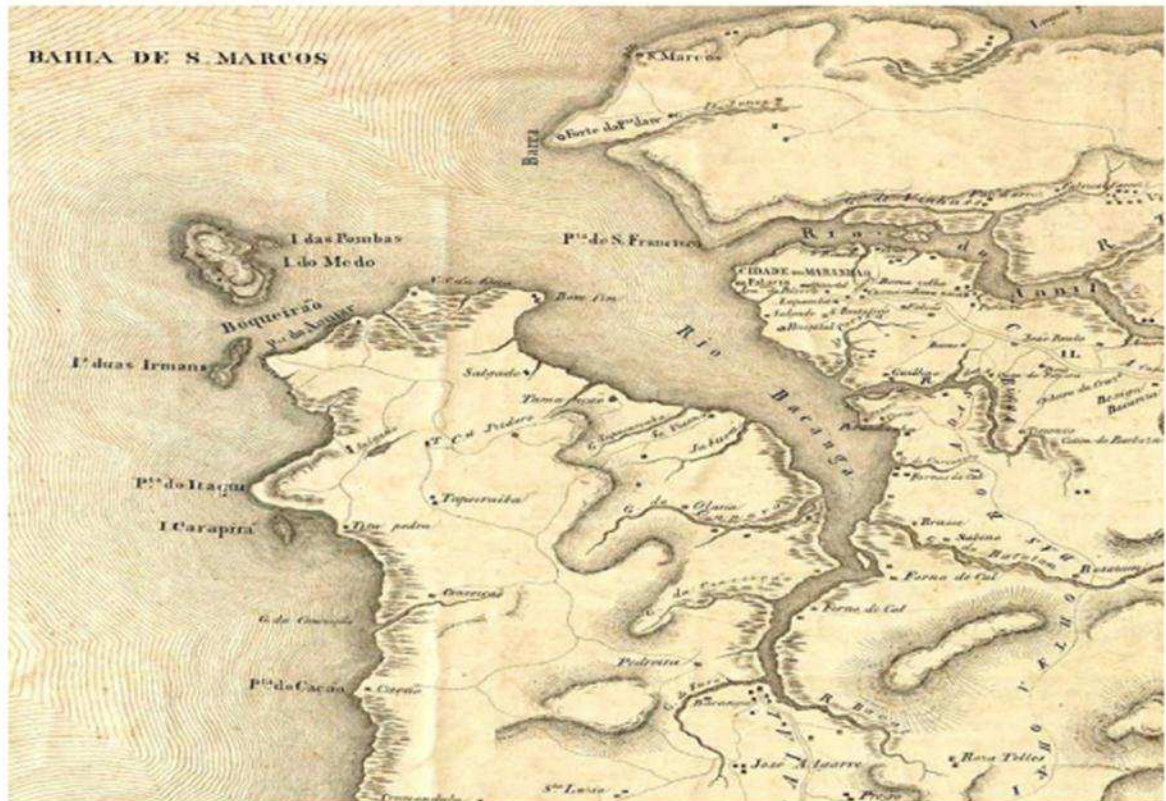
O saber médico legitimava os discursos, assim como as medidas profiláticas tomadas a partir deles para melhorar o quadro epidemiológico do Maranhão. Imbricados de concepções não somente científicas, mas com forte influência de ideais e planos políticos, os médicos tinham sua palavra “autorizada” devido à formação que possuíam. Para além de difundir conceitos, os médicos direcionavam a vida daqueles que por infortúnio fossem diagnosticados com o bacilo de Hansen, da mesma forma, os comunicantes e filhos dos

¹⁸ Cortiços, casas que não estavam de acordo com a padronização de desenvolvimento, prostíbulos, eram alvos recorrentes de exclusão por parte das autoridades sanitárias. Sendo destituídos de suas moradias, alguns indivíduos eram levados diretamente para a Colônia do Bonfim, mesmo sem bacilo de Hansen positivo.

adoecidos. O saber médico dividia pessoas pelo quadro de saúde, definindo o lugar de cada indivíduo, pensando no bem da coletividade.

CAPÍTULO 2. COLÔNIA DO BONFIM: DE LAZARETO A LEPROSÁRIO

Figura 1. Mapa de São Luís de 1820 destacando a Ponta do Bonfim de frente ao centro da cidade.



Fonte: Site da Biblioteca Nacional

A localidade escolhida para a construção da Colônia do Bonfim, já havia sido espaço de outras permanências, no Dicionário Histórico-Geográfico do Maranhão, Augusto Cezar Marques faz uma descrição do Bonfim, relatando as atividades ali ocorridas desde o início da colonização do Maranhão. Segundo o médico e historiador, em 1718 foi construído no Bonfim um hospício¹⁹ administrado pela Ordem das Carmelitas. Essa construção, segundo Marques (1870, p. 94) foi autorizada por Jerônimo d'Albuquerque, que concedeu o espaço para construção do hospício. Ainda segundo Marques tal edificação construída no Bonfim abrigou no séc. XVII presos e contaminados por bexiga. Foi utilizado como Lazareto, lugar de quarentena dos pretos novos²⁰. Teria também abrigado um cemitério de ingleses. No alto da porta da entrada principal acha-se em letras romanas, traduzidas pelo presbítero Raimundo

¹⁹Torna-se necessário destacar que o termo Hospício, usado por Cesar Marques, refere-se, como consta no dicionário Aurélio da língua portuguesa, a “casa onde se hospedam e/ ou tratam pessoas pobres ou doentes, sem retribuição”. Isto é, hospital de caridade de caráter religioso e não somente manicômio.

²⁰Pretos novos era o nome dado aos cativos recém-chegados da Costa da África e desembarcados no Maranhão.

Alves dos Santos, embutidas em pedra mármore e avivadas com tinta preta, a seguinte frase: “a caridade pública, com os socorros das esmolas de todos os fiéis, erigiu esse lugar para servir de hospital nas muitas ocasiões em que grassar o contágio, e o dedicou ao reparador da Salvação humana.” (MARQUES 1870, p. 94).

Tudo leva a crer que a Ponta do Bonfim, pela sua localização geográfica, distanciada da cidade de São Luís, tenha sido vista, desde então, como um dos lugares privilegiados para abrigo de doentes, a fim de impedir a possibilidade de contaminação e ameaça à população. Principalmente em se tratando da lepra, que já preocupava as autoridades públicas maranhenses há muito tempo. A transferência do Hospital dos Lázaros²¹ já era uma medida negociada desde o ano de 1838 pelas autoridades da Província que sugeriam a mudança para um lugar que ficasse isolado da população, isto porque, além de viverem no centro da cidade, ainda incomodavam as pessoas andando pelas ruas, pedindo esmolas e expondo à cidade as suas mazelas.

No entanto, como cita Correia (2006, p. 73) “quase meio século depois, transferidos que tinham sido, encontravam-se novamente a constranger a sociedade”. Como consequência, a ideia da construção de um espaço reservado e distanciado para os leprosos na Ponta do Bonfim já havia sido cogitada bem antes do século XX na cidade de São Luís. Contudo, as condições para transformação dessas ideias indefinidas em um projeto a ser concretizado surgiram somente quando, em acordo com outras capitais brasileiras, a questão do saneamento, higienização e delimitação do espaço urbano de São Luís tornou-se determinante para a superação do atraso econômico-social da província objetivando o acesso à civilização e à modernidade.

Neste capítulo tenho a pretensão de entender um pouco dessa história que habita na escolha de um espaço físico determinado para construção da Colônia do Bonfim. Assim, fazer um estudo da constituição histórica da colônia, apresento o local onde a mesma foi edificada, um espaço desde muito pensado para distanciar os “anormais” da sociedade saudável. Procuro ainda caracterizar o funcionamento da instituição, as formas como se desenvolviam as relações sociais e as experiências vividas pelos egressos enquanto ainda se encontravam internados na colônia, isto com base nas entrevistas com os egressos, assim

²¹ Hospital do Gavião ou Asilo do Gavião, espaço que demarcava o limite do perímetro urbano de São Luís pelo lado sul. O asilo, cujo terreno pertencia à Santa Casa de Misericórdia, confrontava na parte posterior com o Cemitério do Gavião e ficava próximo ao matadouro municipal. Ali se concentravam centenas de doentes de hanseníase que, impedidos pelas autoridades policiais de circular pelas ruas da capital, ficavam à mercê da caridade pública.

como, nas Exposições dos anos de 1935, 1938, 1939 e nos Relatórios dos anos de 1939 a escritos pelos interventores federais do estado do Maranhão nesse período.

2.1 A travessia

A Colônia do Bonfim foi inaugurada em 17 de outubro de 1937. Nessa ocasião foi divulgada a seguinte nota no jornal O Imparcial:

Será inaugurada, oficialmente, no próximo domingo, a colônia leprosário do Bonfim. Domingo vindouro, 17 do fluente, realizar-se-á a inauguração da colônia do Bonfim, destinada ao recolhimento dos hansenianos do Maranhão. Entregue, ha poucos dias, pelo governo federal, representado no ato pelo dr. Barros Barreto diretor do Departamento Nacional de Saúde, a colônia do Bonfim ao governador do Maranhão, teve empenho o dr. Paulo Ramos, governador do estado, em não retardar a transferência dos infelizes hansenianos para o nosocômio que lhes é destinado, libertando-os, afinal, da dolorosa situação em que se encontram, desabrigados nas horríveis “cubatas” do leprosário do Gavião. (O Imparcial, 1937, p. 06).

Nas Exposições do interventor federal Paulo Martins de Souza Ramos o leprosário do Bonfim é descrito sempre como avanço e em contraposição ao leprosário do Gavião. O Bonfim é descrito como símbolo da modernidade, do progresso, da saúde pública, como uma medida governamental em benefício da coletividade. O oposto, ao Gavião que era designado como “depósito de leprosos”. Em exposição de 1938, o interventor Paulo Martins de Souza Ramos refere-se aos dois leprosários: um como “depósito de morféuticos”, o outro como “moderno leprosário”. O interventor federal Ramos (1938, p. 16-17) faz ainda a descrição da Colônia do Bonfim enfatizando a sua localização geográfica: “ocupa terreno elevado, seco e ventilado, com área aproximadamente de quatro e meio quilômetros quadrados e situados numa ponta da Ilha de São Luís, fronteira à capital do Estado, da qual é separada pelo rio Bacanga, numa extensão de uma e meio milhas”.

No que se refere ao diagnóstico da hanseníase, este era obtido através de exames laboratoriais realizados com maior demanda no Hospital Geral, entretanto, convênios com a Fundação Rockefeller sob a responsabilidade de Oswaldo Cruz na década de 1920 já realizavam exames laboratoriais para a detecção de pessoas infectadas. Contudo, esses exames de davam de forma ainda tímida, tendo em vista o suporte de materiais e a demanda pelo exame. Já na década de 1930 a responsabilidade específica de diagnósticos transforma o Hospital Geral em local de referência, quanto à baciloscopia.

Uma vez confirmada a presença do bacilo nos exames, o paciente não retornaria mais para sua cidade natal, tendo em vista que a maioria dos pacientes provinha da baixada maranhense, comumente regiões alagadiças, e com condições mínimas de salubridade, e em

um maior número de homens. Nesses casos cabia à família trazer alguns pertences ou não, uma vez que seu familiar seria imediatamente encaminhado para o já inaugurado Hospital-Colônia do Bonfim. De acordo com os relatos dos egressos, o momento mais marcante nessa descoberta da então lepra, era justamente a travessia, uma transição dolorosa de vida livre para vida entre muros na colônia.

Atravessar o rio Bacanga mais parecia desesperança ao invés de um vislumbre de cura e vida normal. Dentre o meu universo de entrevistados o pensamento era similar, a travessia de São Luís para a Ponta do Bonfim era fim da vida. Isso nos leva a pensar pelo viés daqueles que se descobrem “leprosos”, estigmatizados, excluídos e se veem sendo afastados da família e de todo seu ciclo social por um propósito maior, a saúde, não necessariamente a deles, mas seguindo o que preconizavam as políticas sanitárias. O estigma da lepra começa nos primeiros sintomas da doença e começa a se enraizar nos pacientes do Bonfim a cada novo procedimento e diante do tratamento dado em diferentes repartições da capital, pois ninguém queria ouvir falar de leprosos.

Dado o parecer médico e diagnóstico positivo do Mal de Hansen ao paciente, não tinha importância a forma ou o estágio da doença, o paciente deveria atravessar em uma lancha separada dos profissionais saudáveis, pois não se misturavam pessoas sadias e pessoas adoecidas, não digo que uma hora ou outra não tivessem contato, pois se fazia necessário dentro de um ambiente hospitalar, mas isso se dava de forma bem discreta, e o contato físico era praticamente inexistente. O isolamento dos hansenianos se deu também por questões biológicas relacionadas à própria doença, para a qual, na época, se desconhecia tratamento e estava sem controle. Sobre a vinda para colônia seu Francisco Viana relata:

Quando eu me lembro que vim lá da casa do meu... Porque eu morava com meu avô, aí ele começou a brigar todo santo dia pra ver se eu ia embora porque já *tava* doente. Aquelas crianças que brincava comigo passaram a não ir mais lá em casa... Vim num caminhão cheio de saco de estopa com uma lona por cima, eu vinha escondido pra ninguém me ver e não me deixarem no meio da estrada. *Cheguemo* cinco e meia da manhã e *compremo* as passagens e vinha com cuidado pra ninguém me ver. O rapaz que veio me deixar disse: - Tu vai pro Bonfim, eu disse pronto é aqui que eu vou morrer.” (Francisco Viana, entrevista realizada em março de 2015)

A procura pela colônia se tornou cada vez maior, e além de abrigar homens, mulheres, abrigou também um número significativo de crianças. Dos seis egressos entrevistados no decorrer deste trabalho, todos eles chegaram com idades que vão entre nove e dezesseis anos. Quando não chegavam à colônia crianças, chegavam adolescentes. Muitas vezes as internações se davam de forma coercitiva, não dependendo da aceitação do paciente e nem da sua família, pois a lepra já havia se tornado responsabilidade do poder público, com

isso, aquele que fosse diagnosticado ou que estivesse sob suspeita da doença, deveria ser imediatamente isolado, visto que em 1923 no Brasil, o Decreto Federal 16.300 respaldou a compulsoriedade da internação dos hansenianos.

De acordo com Monteiro (1987) as autoridades deviam notificar ao Estado quais eram os pacientes contaminados, assim como os médicos deveriam acionar as autoridades sanitárias, ficando proibidos de tratar seus pacientes em seus consultórios. Neste período, a pessoa que fosse internada estava impedida de sair dos asilos. Esse ato de segregação formou, no decorrer da história, uma sociedade à parte, fechada, com legislação própria, paralela à sociedade geral. O indivíduo, no momento do diagnóstico da hanseníase tornava-se membro de uma nova sociedade. Os asilos-colônia estavam estruturados para impedir qualquer contato de seus pacientes com o meio social maior.

O isolamento compulsório havia contribuído para reforçar o conceito de marginalidade já existente, somando-se a um forte resíduo que permeava a mentalidade coletiva e, contribuindo para solidificar uma identidade que adquiriu contornos muito nítidos: 'o leproso. (MONTEIRO, 1987, p.44)

Por medo de represália dos vizinhos, uma vez que casos suspeitos eram denunciados e aqueles que não procurassem internar seus doentes tinham suas casas apedrejadas e em último caso até queimadas, muitas mães fugiam com seus filhos em busca de cura ou almejando internar seus filhos na colônia. Como nos disse seu Edilson Pinto, que chegou à colônia aos oito anos de idade:

Ja completar oito anos quando cheguei lá. Estudei na escola própria para as crianças doentes (educandário). Quando terminei... Ia só até a quinta série nessa época né. 1958... Pois é. E aí nós ficamos [.]. A doença não era a hanseníase, era a lepra, por isso a escolha do sanatório na Ponta do Bonfim, por que o vento vinha de lá pra cá e não levava os micróbios, bacilos da doença para contaminar a parte de lá. Vê como a mentalidade era tão retrograda?! Minha mãe me trouxe do interior, da baixada, de Penalva. Foi muito oportuno porque nunca teria tratamento no interior, não existia esses postos, ave Maria! Nessa época não tinha nada. (Edilson Pinto, entrevista realizada em maio de 2015).

Percebe-se claramente a distinção de ambas as chegadas à colônia, mas o que permanece nos dois casos é o medo de ter em suas residências alguém portador do bacilo de Hansen. Para além de qualquer sentimento sobre os leprosos, o que era fortemente alimentado pelo Estado eram o temor e as classificações estigmatizadoras que limitavam a permanência do doente no meio social. Logo isola-los a princípio, não pela intenção de curá-los, mas para que a disseminação de doença fosse freada, pois tomava conotações de saúde pública e era alarmante o número de casos no Maranhão, nos fins do século XIX.

O Bonfim com sua estrutura quase prisional se adequou muito bem aos anseios de uma sociedade individualista e excludente, onde a população se dividia em dois grupos os sadios e os doentes. E os discursos médicos legitimavam e fortaleciam essa individualidade, fazendo com que os leprosos fossem cada vez mais estigmatizados e excluídos. As famílias até tentavam esconder seus entes doentes por algum tempo, mas acabavam cedendo às pressões exercidas pelos vizinhos diante das denúncias e principalmente pela vergonha de ter um leproso em sua casa.

E quanto aos internos de início o espanto e angústia ao chegar à colônia, porém esse sentimento era parcialmente substituído pelo convívio com outros adoecidos. Apesar da reclusão no Bonfim, este era o lugar onde os leprosos podiam sair às ruas, passear, conversar, manter suas relações interpessoais levando uma vida quase “normal” se não fosse a clausura e meio subordinado que teriam que viver a partir do momento que adentrassem a colônia. Encontrar “os iguais” era satisfatório do ponto de vista dos doentes, pois fora do espaço físico da colônia ninguém manteria contato com algum deles.

2.2 Estrutura e dinâmica de funcionamento da Colônia do Bonfim

Do ponto de vista sociológico, a Colônia do Bonfim se caracteriza em parte às instituições totais, assim denominadas por Goffman (1987) e atendem ao funcionamento do aparelho ideológico do Estado:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1987, p. 11)

Esse conceito foi utilizado por Goffman após analisar estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral e em contra partida uma equipe dirigente exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição. Segundo Goffman (1987), dentro desse tipo de instituição, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob a mesma autoridade. Cada atividade é realizada na companhia de um grupo grande de pessoas. Além disso, todas as atividades são reguladas por horários de forma rigorosa. Há, obviamente, um grande controle humano: com a vigilância, os dirigentes tendem a sentirem-se superiores e corretos, do ponto de vista moral; e os internos, os sintomas contrários dessa moralidade: inferiores, fracos, censuráveis e culpados. O que ocorre é que o tempo integral do interno é

colocado totalmente à disposição do dirigente. O interno passa a ser um corpo político vigiado 24hs pelo aparato do Estado. Dentro dessa vigilância estão incluídas horas marcadas pra dormir, acordar, fazer refeições e principalmente o perímetro permitido pra “visitas”.

Na Exposição ao povo maranhense de 15 de agosto de 1938, Ramos (1938, p. 17) realiza uma descrição da estrutura física do asilo colônia. Segundo essa Exposição, a Colônia estaria dividida em três zonas: a zona sadia; a intermediária e a zona doente. A zona sadia “situada a 800 metros de distância da zona doente, liga-se a esta por uma estrada de rodagem, ficando no promontório chamado do Bonfim”. Nesta parte, existia um cais para embarcações de pequeno porte; cinco residências confortáveis para o médico, capelão e demais funcionários e um poço de água potável. Ao findar a então zona sadia iniciava a intermediária que funcionava como ala divisória e de diálogo entre as zonas que não se comunicavam: a sadia e a infectada. Na chamada zona intermediária de acordo com Ramos (1938, p 18) ficavam os edifícios da Administração, com gabinete do diretor, secretaria, laboratórios, farmácia, almoxarifado, cozinha, refeitório de funcionários, residência das freiras, parlatório e vestuário. No entanto, as representações dos internos vão de encontro às definições do interventor. Segundo Seu João Batista:

Tinha a casa do diretor, vinham as casas onde moravam os funcionários [...]. Tinha a polícia sadia que fazia o policiamento da área sadia da Colônia, porque grande parte dos funcionários morava lá na colônia mesmo, na parte sadia, naquela parte onde hoje é o Sol Nascente, ali era administração, ali morava o diretor, as irmãs, o padre, o pessoal que trabalhava na cozinha e também o administrador e os médicos, nem todos, mas alguns moravam lá. Lá tinha policiamento sadio, que era a polícia militar. (...) mais um pouco acima tinha o convento das freiras e tinha um prédio que funcionava como administração, onde ficava o diretor, o pessoal administrativo. Em frente à casa das freiras- o convento- tinha a casa do padre. (João Batista. Entrevista realizada em junho de 2015)

Na chamada zona doente, que o interventor do Estado destaca ficava “situada igualmente em ótimo lugar” abrigava: pavilhão das clínicas, hospital, capela, cozinha e refeitório, quatro pavilhões, com acomodações para 402 doentes, oitenta e duas casas distribuídas em duas ruas e uma praça, lavanderia mecânica, usina elétrica, casa das bombas, cadeia, caixa de cimento armada para 65.000 litros cúbicos e três poços de água potável. No entanto a maioria dos pacientes relata apenas dois espaços a zona sadia e a zona doente, isso separando funcionários sadios que moravam a frente da Ponta do Bonfim e os adoecidos que moravam nas casas que ficavam atrás, isso por uma questão de logística dos ventos. Abaixo seguem os modelos das casas existentes no Bonfim:

Figura 02. Moradias da colônia do Bonfim, conjunto de duas casas conjugadas ou geminadas.



Fonte: Exposição apresentada a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão em 1935, Imprensa Oficial.

Figura 03. Vista da Colônia do Bonfim destacando um conjunto de seis casas



.Fonte: Exposição apresentada a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão em 1935, Imprensa Oficial.

O projeto foi feito com ideais sanitários, esgoto e água potável para abastecer todos os quatrocentos internos, o que era preconizado pelos dirigentes em virtudes do número de casas. As casas geminadas encurtavam e familiarizava os internos que não possuíam, em grande parte, o vínculo familiar, era uma forma de integrar espaços e pessoas num ambiente de segregação. A divisão das casas se dava em pavilhões que somavam um total de oito: cinco eram habitados somente por homens; um por crianças; um por casais não casados na igreja católica, mulheres solteiras e viúvas; e de acordo com seu João Batista, um por mulheres

solteiras: “Tinha um pavilhão após chamado Nelson Pinto, mas chamavam ele de Palmeiras, não sei por que, lá era uma espécie de zona, ficavam as mulheres que se chamava mulheres da vida. Lá que os caboclos solteiros iam”.

O Hospital-Colônia do Bonfim possuía uma série de profissionais entre eles médicos, enfermeiros, zeladores, equipe administrativa, e outros profissionais. O que se torna interessante salientar é que a maioria desses profissionais da área de saúde, como enfermeiros e auxiliares não possuíam habilitação legal para exercer a profissão, os enfermeiros aprendiam a lidar com as necessidades dos internos com o tempo. Era ensinado a administrar medicações, fazer curativos entre outras coisas que constituíam o trabalho básico de um enfermeiro em exercício.

Ainda no contexto de funcionários, são bem recorrentes as informações de internos que exerciam funções diversas dentro da colônia. Alguns até trabalhavam como auxiliares de enfermagem, colocados pelas freiras vicentinas, visando justamente o contato maior com quem se encontrava na mesma situação de contaminação que eles. Mas é válido ressaltar que somente os pacientes melhorados²² ocupavam cargos. As nomeações partiam também do prefeito da colônia, que era um paciente, juntamente com as freiras. Para além dos setores administrativos e hospitalares, todos os internos eram obrigados a estudar e aprender alguma profissão, pois as construções e reformas se davam com mão de obra dos internos, assim como vestimentas, calçados, eram produzidos dentro da própria colônia por eles.

Era necessário orientar quanto à atividade profissional, pois ninguém saudável queria trabalhar na colônia do Bonfim. Até mesmo enfermeiros com formação superior não atuavam no Hospital. Como dito, os próprios pacientes eram os enfermeiros dos seus amigos de sofrimento²³. Sendo que esses enfermeiros/pacientes realizavam até amputação de alguns membro já necrosados pela hanseníase. Em alguns casos, nem os próprios médicos sabiam desses procedimentos feitos no Hospital, pois as consultas médicas eram realizadas com certa distância do paciente, o que impossibilitava uma anamnese²⁴ bem feita.

[...] pra vocês terem uma ideia da situação da gente esses procedimentos que deveriam ser cirúrgicos, as amputações de dedo, o médico nem sabia que você ia amputar o dedo, não tinha anestesia, aí o cara ia cortando até chegar no ossinho e cortava, amarrava com gaze até cicatrizar e por incrível que pareça nunca teve um caso de gangrena ou tétano. (Flávio Serafim, entrevista realizada em março de 2015)

²² Aqueles que já apresentavam melhora em virtude do uso contínuo de complexos vitamínicos e outras medicações e não possuíam deterioração de membros.

²³ Expressão usada pelos egressos para se referir aos amigos internos portadores do mal de Hansen

²⁴ Observação minuciosa dos pacientes, analisando seus sinais e sintomas.

Outros cargos também poderiam ser exercidos, sendo eles delegados, já que havia uma delegacia com apenas duas celas pequenas de aproximadamente 4m², local para aqueles que transgredissem as regras, ou guardas, que eram os homens que vigiavam as saídas e entradas da colônia, bem como os pavilhões femininos, pois visitas noturnas eram proibidas pelas freiras. Outras funções como costureira, sapateiro, lavadeira também eram exercidas por internos, exceto cozinheira ou qualquer outra função que manuseasse gêneros alimentícios pelo medo da contaminação dos alimentos.

De um modo geral quando se trata de enfermeiras ou cuidadores os nomes que mais se repetem são as irmãs, as freiras Vicentinas que trabalhavam na colônia do Bonfim por contrato com o Estado. A ordem em si prega a ação de serviços comunitários, ajudando aqueles que mais precisam e são menos favorecidos economicamente falando. De acordo com o Padre Bráulio²⁵:

O trabalho nos leprosário era parte da saúde, e como não tinham profissionais, as ordens masculinas e femininas fazia esse trabalho de caridade e cuidavam dos doentes, da alimentação e da saúde física desse pessoal todo, partindo do pressuposto que Jesus cuidou de leproso. Então essa ordem que estava aqui tinha uma predileção pelos pobres em geral. Então elas tinham esse objetivo, de quem acolhe os pobres acolhe Jesus. Isso é um ato comum na Igreja, mantendo hospitais aqui em São Luís com ordens religiosas à frente. (Entrevista realizada em Março de 2016)

As freiras eram um referencial no cuidado aos doentes, mas não somente a isso. Suas atividades eram amplas, desde a alimentação, indo pela organização das roupas e também organização administrativa da instituição. Eram sete as freiras que prestavam serviços na colônia, o número mínimo para se formar uma ordem. As freiras desempenhavam diversas tarefas dentro da colônia, ficavam responsáveis pelas internações de crianças, pela divisão das casas, pela enfermagem do hospital, pelas festas existentes na colônia, pois lá aconteciam diversos eventos culturais. Por outro lado, cabia também às freiras o pedido de prisão dos desobedientes, visando manter a ordem no Bonfim, punindo os que burlavam as normas.

Durante anos à frente da colônia como administradora, e até hoje muito lembrada pelos internos e pelos colegas de profissão a Irmã Maria geriu o Bonfim. Muito conhecida pela sua empáfia e pelo seu modo peculiar de resolver os problemas do hospital. Como diz Dom Xavier:

A hanseníase era uma doença muito temida né. Eu me lembro de uma unção que eu tinha passar nas mãos e nos pés... E eu me lembro de que a irmã me disse por que eu passei com as mãos: “Precisamos de padre e não de heróis”. E ela me deu um palito

²⁵ Padre que reside há cinco anos na Colônia do Bonfim.

pra fazer em unção sem tocar nos enfermos. (Dom Xavier, entrevista realizada em junho de 2016).

Apesar das características citadas acima, era inegável a destreza com que as freiras organizavam a colônia e mesmo fazendo seus votos de servir aos mais necessitados, possuíam a racionalidade de não se deixar contaminar por descuido, ou “heroísmo” como relata Dom Xavier, trazido pela irmã Maria para trabalhar na colônia.

O medo do contágio era algo presente no dia a dia dos que precisam lidar com internos. Até porque, a princípio pouco se sabia de concreto sobre o contágio, enquanto alguns médicos discutiam a hereditariedade outros levantam a bandeira da transmissão de pessoa pra pessoa através dos fluidos corporais, como saliva e sangue. Diante das incertezas sobre a doença, a precaução em alguns casos até extrema, era algo com que a equipe sadia se preocupava sempre que entrava em contato com os internos.

Os médicos, equipe dirigente do Hospital eram indicados mediante afinidades políticas com os governantes do Estado, e como bem coloca Goffman (1961, p. 62), “o médico dentro da colônia era a representação física do aparelho estatal dentro da instituição. Dessa forma cabia ao médico medidas preventivas e curativas”, apesar de que o quadro epidemiológico de São Luís nas primeiras décadas de funcionamento da colônia mostra que a capital não cuidou de prevenir a população quanto à lepra, tanto é que o leprosário foi criado com o intuito de controlar a disseminação que já era grande no interior do Estado.

Mesmo após internados o esquadrinhamento dos corpos continuava, pois de acordo com Foucault (1987, p. 164-167), “as disciplinas se dão de forma que não necessariamente se utilize a força, mas que o indivíduo mesmo sozinho sinte-se vigiado por um olhar hierárquico”. Os internos necessitavam de exames de baciloscopia²⁶ no mínimo de três em três meses, juntamente com a consulta médica que se dava de forma bem peculiar: O médico ia para a consulta munidos de um isqueiro para orientá-los quanto à direção dos ventos, colocavam-se sempre na direção a favor dos ventos tentando evitar a contaminação por miasmas, pois era o que se acreditava. Mediante o resultado do exame, saberiam se o paciente estava progredindo ou não com o tratamento oferecido pelo Hospital.

O que se observa dentro do espaço físico da colônia, para além da vigilância sobre os internados, há também uma observação constante quanto ao modo da equipe de profissionais de lidar com os adoecidos. Havia um conflito grande entre internos e dirigentes. As fronteiras entre internos e funcionários podem ser percebidas nas entrevistas dos internos e

²⁶ Exame que detecta o nível de bacilos no corpo e assim o nível de transmissibilidade do paciente.

até mesmo dos funcionários e citando as festas de confraternização, nas quais não podiam ultrapassar “fronteiras”, a festa era do Hospital, mas os espaços eram divididos. São momentos em que esses se relacionavam de forma socialmente aceitável, com todo o cuidado, por parte dos profissionais funcionais.

2.3 Reorganização social do internado

As colônias foram pensadas e construídas de forma bem parecida com pequenos municípios, com equipamentos administrativos e de controle internos: prefeitura; cadeia; celas; polícia; serviços correios; igreja; rede de água e esgoto; abastecimento de eletricidade; cemitérios; locais de lazer; campo de futebol; estábulo; etc. Nestes pequenos municípios, os internos levavam uma vida livre depois das cercas e muros, eram vigiados uns pelos outros. (CUNHA, 2005, p.95)

O Bonfim como instituição social se constituiu de modo a receber pacientes em situações de semelhantes, separando-os da sociedade mais ampla por um período de tempo e impondo-lhes uma vida fechada sob uma administração duramente formal de uma equipe “especializada” que se baseia no discurso de atendimento aos objetivos institucionais, que no caso seria o Estado, dentro desse contexto ela apresenta a disposição ao fechamento o que vai simbolizar o seu caráter “total”. Esse caráter total da instituição age sob o internado de maneira que o seu “Eu” passa por transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e do seu papel social.

Aparentemente, as instituições totais não substituem algo já formado pela sua cultura específica; estamos diante de algo mais limitado do que aculturação ou assimilação. Por isso, se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior: o que já foi denominado "desculturação" - Isto é, "destreinamento" - que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária. (GOFFMAN, 1961. p. 23)

Neste momento ocorrem os mecanismos de reorganização pessoal que representam um processo de reestruturação do eu, que se adequando a sua nova realidade garante um sistema de privilégios. As regras da casa, rotinas diárias, são um conjunto de prescrições e proibições que, se bem aceitas, permitem prêmios e privilégios ou, se desobedecidas, geram alguma atitude disciplinar por parte da direção. Goffman (1961) salienta que as noções de privilégios na instituição total não são retiradas do padrão da vida civil, não são considerados como favores e sim como a ausência da privação. Diante da influência reorganizadora o internado passa a desenvolver a sua adaptação que pode se dar pelos “ajustamentos primários”, quando contribui cooperativamente com as atividades

exigidas pela instituição, ou pelos “ajustamentos secundários”, quando empregam meios ilícitos ou não autorizados para obterem satisfações proibidas, escapando do que a organização supõe que deve fazer ou obter, ou seja, escapando daquilo que deve ser.

O corpo humano foi então submetido a uma “anatomia política”, onde o corpo é o foco do poder a ser exercido pelo Estado, mais precisamente na figura médico que se torna o próprio Estado legitimando suas ações pelo saber. A disciplina fabrica corpos submissos, exercitados, fortes, aumenta sua competência e ao mesmo tempo sua dominação.

Assim que o indivíduo torna-se um recém-interno, ele terá que lutar para a conservação daquilo que já carrega em si na sua formação cultural anterior a internação, enfim tentará preservar a sua subjetividade, seus valores morais. A internação era vista como destituição de direitos morais e civis, como diz seu Raimundo Carvalho²⁷ sobre o caráter prisional da colônia:

Aqui era como cadeia, você entra e não tinha mais direito de sair. A pessoa perdia seus direitos [...] Na época Bonfim, era um desespero. Era como alguém que era preso, e *os cara* disseram:- tu vai pra penitenciária! O governo não tinha interesse... Porque a família deles não pegava lepra. (Raimundo Carvalho, entrevista realizada em Março 2016).

Aparentemente a instituição não substituiria o mundo, lá fora, não seria um continuo do que se vivenciou, mas faria sempre o possível para despir o interno de suas características pessoais, numa constante tensão. O interno a partir de então sofre rebaixamentos, degradações, humilhações e assim, sistematicamente a mortificação do eu. De fato nesse processo de mortificação do eu, ocorre o por meio dos mecanismos de controle da instituição uma espécie de furto das identidades, das individualidades.

A perda de elementos indenitários começa a contar da admissão do paciente na colônia. Após passar pela triagem na administração, o paciente seria mais conhecido por um número de registro, e não necessariamente pelo seu nome, que rapidamente seria divulgado via caixa amplificadora da colônia, avisando sobre a chegada de um novo interno. Como diz seu Flávio Serafim “para a colônia eu não tinha nome, tinha um número, esse era meu nome”. Esses mecanismos de acordo com Goffman (1987) intensificavam a mortificação do eu, pois iam permanentemente destituindo o indivíduo de sua singularidade.

Nesse processo de aceitação da nova realidade social e de reorganização pessoal dentro da colônia, umas das figuras mais citadas são os representantes religiosos, principalmente a Ordem Vicente que dirigiu por anos o Hospital. Como coloca o Padre

²⁷ Funcionário filho de um egresso e morador não adoecido da colônia. Um dos poucos casos em que as freiras Vicentinas aceitaram a moradia de toda a família de um interno no ambiente na colônia.

Bráulio²⁸ quando perguntando da importância da Igreja Católica dentro da colônia, “à Igreja cabia à missão de evangelizar e diminuir o sofrimento daqueles que já não viam perspectiva de dias melhores”.

Pacientes e funcionários consideravam que dificilmente existiria vida após a internação, logo, a igreja acabava por ter esse papel de bálsamo para aqueles que se percebiam segregados, destituídos de familiares, casa, privacidade e individualidade. Viver no Bonfim era não esperar o dia de amanhã, era uma vida de incerteza, e altos e baixos no tratamento, pois alguns pacientes, durante o período de tratamento químico desenvolviam reações violentas da doença, que resultavam em óbito. Contudo a socialização e a solidariedade dos pacientes era algo que os fez criar vínculos, tanto de amizade como de relações afetivas que terminavam em casamento. Isso porque as relações se davam de forma mais intensa, já que a família biológica abandonava seus entes e passava a ser substituída por àqueles que agora mantinham contato diário, como diz seu Francisco Viana os “irmãos de sofrimento”. Sobre os casamentos e as organizações familiares na colônia:

Outra situação muito doída... As pessoas que casavam e que tinha filhos não tinham oportunidade de criar os filhos. Os filhos nascia lá e era separado imediatamente, ia para o convento das freiras e depois ia pro educandário Santo Antônio. A mãe não tinha o prazer de criar o filho, de amamentar. Como na época não havia estrada pra cá... Tipo a criança nascia nove horas da manhã, mas a maré vai tá alta só quatro horas da tarde, então a criança ia direto pro convento e quatro horas da tarde ia pro educandário. (Newton, entrevista realizada em setembro de 2015).

Os internos sob a benção da Igreja podiam casar-se e constituir família. Isso lhe traria algumas benesses, por exemplo, uma casa para morar junto com seu cônjuge. Em contra partida, se o casal que gerasse filhos, não teria o prazer de criá-los, pois assim que a criança nascesse seria levada para o Educandário Santo Antônio, que compunha o tripé de combate á lepra, servindo para o que Foucault (1987, p.108) chama de método de esquadramento dos corpos, mantendo vigiado seu desenvolvimento, prevenindo para que o filho do interno não disseminasse a doença o meio social.

Referente aos pavilhões de moradia coletiva, não levando em consideração se esses eram destinados aos homens ou às mulheres, percebe-se que a individualidade não possuía espaço, pois tudo era partilhado entre internos, desde roupas, aos dormitórios, camas e afins. De tal modo que refeições possuíam sempre horários marcados, a medicação era anunciada e a chamada²⁹ era pra todos. Dentre outras questões, quando algum paciente de

²⁸ Entrevista realizada em Março de 2016.

²⁹ Os guardas passavam nas portas das casas com um apito, avisando sobre a medicação. Em caso de atraso, o mesmo retornava e conduzia o interno até o ambulatório.

recusava a fazer os exames rotineiros de bacilospia, as freiras transmitiam via caixa amplificadora o nome e código³⁰ do paciente, para que todos soubessem quem estava “contrariando” as regras do tratamento. Alguns exames para verificação da pele eram feitos coletivamente, onde os pacientes ficavam sem roupas e o médico passava observando o estado das manchas ou nódulos na pele. O esquadramento não era somente algo externo à colônia, ele se fazia presente diariamente permeando toda a rotina do interno.

Tentando amenizar o tempo que corria de forma lenta para os internos, as freiras com frequência organizavam festas/festivais, para colorir os dias cinza dos segregados. As festividades seguiam o calendário normal incluindo páscoa, festas juninas, as demais no decorrer do ano e a mais animadora delas para aqueles que simpatizavam, o carnaval. Pedacos de tecidos eram doados para que cada interno pudesse confeccionar sua vestimenta e assim todos por alguns instantes pudessem se anestesiarem da realidade na qual estavam inseridos.

Sobre essas as atividades com intuito de distração Goffman (1961, p.70) diz que “o tempo passado numa instituição total é sentido como tempo morto, que só é compensado por atividades de distração, desprovidas de seriedade, tais como orquestra, bandas, coral, aulas de arte [...]”, são atividades que, em geral, não dizem respeito ao que o interno realmente almeja, sem sentido concreto para sua formação e para seus desejos; correspondem à distração simplesmente. Desse modo a instituição total funciona como um depósito de humanos, no entanto, essas se apresentam ao mundo como organizações racionais, conscientemente planejadas para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas.

A reorganização pessoal de cada interno se dava a partir do momento em que se viam como pacientes do Bonfim, as relações se definiam a princípio pautadas na hierarquia, que dividiam adoecidos de sadios, uma vez que os sadios eram a equipe que prestava serviço ao Bonfim, com algumas exceções no que se refere ao trabalho prestado pela equipe de enfermagem. As relações eram pautadas na vigilância, o que fragmentava as definições pré-existentes dos internos, que viam sua individualidade diariamente exposta e seus corpos circunscritos em métodos científicos ainda não tão eficazes.

³⁰ Cada paciente era reconhecido por uma numeração que recebia na sua admissão no Bonfim

CAPÍTULO 3. DAS EXPERIÊNCIAS DE ASSIMILAÇÃO AO FIM DO ISOLAMENTO COMPULSÓRIO

Adentrar na colônia era estar exposto às regras para o bom andamento das atividades internas. A partir disso, a organização interna da Colônia vai se configurando de acordo com a facilidade de assimilação das regras por uns ou pela não assimilação de outros. Ainda dentro desse contexto é observado o estado de saúde do interno, assim como o tipo da doença manifestado pelo organismo. Posterior a essas análises, os internos estariam classificados entre melhorados e piorados, categorias que possibilitavam uma diferenciação de status em virtude de atividades desenvolvidas pelo grupo de melhorados, o que se tornava impossível para os classificados como piorados por conta do estado físico no qual se encontravam pelo avançado estado da lepra.

As adaptações ocorriam por vontade própria dos internos ou mediante as punições aplicadas àqueles que de alguma forma transgrediam as regras. As aplicações de regras são consideradas uma forma de reorganização pessoal, na qual o interno precisa se adequar a nova forma de vida na qual se encontrada.

Passados pela assimilação do sistema de isolamento, os internos foram surpreendidos com as novas campanhas de saúde de 1965 que visavam o fim do isolamento compulsório, e conseqüentemente de forma compensatória, uma pensão vitalícia. Incentivando de forma mais contundente a saída da colônia, o governo do Estado passou a doar terrenos possibilitando assim a fixação de moradia dos ex-internos nos arredores, formando, por conseguinte o bairro da Vila Nova.

3.1 No limiar das regras: entres castigos e benesses

Como dito no capítulo anterior, a vida dentro da colônia não se dava a esmo, havia uma série de ordens a serem cumpridas, regras essas que quando obedecidas tornariam a permanência na colônia menos sofrida. Segundo Goffman (2001a) as instituições totais operam, ao mesmo tempo, o processo de mortificação do interno e lhes concede privilégios. Na Colônia o sistema de privilégios proporcionaria de alguma forma a possibilidade de reorganização pessoal do interno.

Dessa forma, ao adentrar na instituição total o indivíduo é apresentado ao conjunto de regras que devem ser cumpridas para obter vantagens e/ou sofrer punições. Os privilégios que vinham paralelamente às regras eram obtidos em troca da contribuição do interno com a equipe dirigente da instituição:

Um conjunto relativamente explícito e formal de prescrições e proibições que expõe as principais exigências quanto á conduta do interno. Tais regras especificam a austera rotina diária do interno. Os processos de admissão, que tiram do novato os seus apoios anteriores, podem ser vistos como a forma de a instituição prepará-lo para começar a viver de acordo com as regras da casa. (GOFFMAN, 2001^a, p. 42)

Na Colônia do Bonfim, os privilégios estavam ligados, a princípio, à gravidade do doente e ao tipo da doença que o organismo desenvolvia. Os internos eram classificados como melhorados, aqueles internos que possuíam pouca ou nenhuma mutilação e que estavam em condições de trabalhar e piorados, as pessoas que já se encontravam em estado muito avançado da doença, com o corpo mutilado. Aos melhorados, sendo esses que melhor reagiam às medicações sem reações³¹ violentas do organismo, eram indicados algumas funções a serem exercidas dentro da Colônia em troca de uma pequena remuneração.

Os chamados melhorados eram incluídos em funções e atividades bem específicas visando o bom funcionamento da Colônia, tendo em vista, que dessa forma não seria necessário que pessoas sadias adentrarem na zona infectada, porém, não todos, mas a maioria dos procedimentos se dava sob as orientações das freiras. Dentre os cargos concedidos aos melhorados podemos citar: a polícia (delegado, carcereiro e guardas), os vigias que montavam a guarda na zona infectada da Colônia; o quadro de enfermeiro (a)s, por vezes recebiam algumas orientações das freiras; outros realizavam a limpeza da Colônia; cuidavam do cemitério; trabalhavam na lavanderia; ensinavam nas escolas; além de ocuparem o cargo de Prefeito e diretor da Caixa-Beneficente³².

Dessa forma se configurava a divisão interna do trabalho que permitia ao grupo de melhorados, principalmente, a possibilidade de acesso a determinadas funções e do status resultantes da ocupação dos mesmos. Assim, um pouco além de uma questão de divisão puramente administrativa, a distinção entre melhorados e piorados carregava consigo a possibilidade potencial de hierarquização entre os próprios internos.

³¹ A reação hansênica é um dos maiores problemas no manejo dos pacientes portadores de hanseníase. Muitos pacientes, durante o tratamento ou mesmo após a alta, apresentam complicações clínicas caracterizadas por processo inflamatório, acompanhado de dor, mal estar e, algumas vezes, piora do grau de incapacidade.

³² De acordo com os internos, este seria o órgão responsável pelo que recebimento de depósitos e doações em dinheiro para melhoria da colônia e bem estar dos internos.

A partir do momento que o interno melhor e mais rapidamente se adaptava as regras da colônia, ele seria mais bem visto pelos dirigentes, em especial pelas vicentinas que mantinham um contato mais próximo com os pacientes. Cultivar a amizade das irmãs era também abrir espaço para outras oportunidades de alcançar bons cargos, vestir boas roupas em períodos de festa, uma vez que os tecidos eram doados para os internos mediante o aval das freiras, logo, aqueles que possuíam um vínculo de proximidade, teriam como privilégio os melhores tecidos.

As freiras vicentinas para além das atividades religiosas, também são muito citadas pelos egressos em virtude da importância e amplitude do trabalho que realizavam dentro da colônia. As freiras eram como administradoras do Hospital, incluindo ainda a administração geral da colônia, pois, na falta do diretor, as freiras vicentinas responderiam como tal.

De um modo geral quando se trata de enfermeiras ou cuidadores os nomes que mais se repetem são as irmãs, as freiras vicentinas que trabalhavam na Colônia do Bonfim por contrato com o Estado. De acordo com os entrevistados eram sete freiras, cada uma com uma responsabilidade específica. O foco das atividades desenvolvidas pela ordem eram os considerados mais necessitados e menos favorecidos economicamente. De acordo com o Padre Bráulio:

[...] o trabalho nos leprosário eram parte da saúde, e como não tinham profissionais, as ordens masculinas e femininas fazia esse trabalho de caridade e cuidavam dos doentes, da alimentação e da saúde física desse pessoal todo, partindo do pressuposto que Jesus cuidou de leproso. Então essa ordem que estava aqui tinha uma predileção pelos pobres em geral. Então elas tinham esse objetivo, de quem acolhe os pobres acolhe Jesus. Isso é um ato comum na Igreja, mantendo hospitais aqui em São Luís com ordens religiosas à frente. (Entrevista realizada em Março de 2016)

Independente da forma como cada egresso se refere ao trabalho das freiras, fica evidente nos depoimentos o quanto era grande a influência que elas exerciam sobre o cotidiano da instituição. A primeira coisa à qual os entrevistados se remetiam era o fato de que as freiras só davam casa para quem era casado na igreja católica, o que implicava que os casais católicos se beneficiavam de certos privilégios no interior da colônia. Dentre outras coisas, as categorizações de internos faz parte da própria instituição total. Visto que essas instituições tendem a desenvolver em sua organização interna as formas de divisão social da sociedade externa, além dos muros.

Como bem explicita Pinto (1998, p. 24):

As instituições totais tendem a classificar, segundo seus próprios princípios, determinados indivíduos classificados do ponto de vista social: estabelece hierarquias dos indivíduos e das qualidades exigidas que não seja totalmente independente das hierarquias externas.

Mas, como observou Goffman (2001a, p. 51), além dos privilégios os castigos também “são modos de organização peculiares às instituições totais”. Os castigos aplicados aos internos têm a função de manter a ordem e os padrões exigidos dentro de um sistema disciplinar. Sendo assim, tanto as infrações quanto os castigos precisariam ser de conhecimento público, como forma de enaltecer a disciplina dentro da colônia. De fato, nas instituições totais opera-se um sistema disciplinar, que como afirma Foucault (1987, p. 149), “funciona como um pequeno mecanismo penal beneficiado por uma série de privilégios de justiça, com suas leis próprias, seus delitos específicos, suas formas particulares de sanção, suas instâncias de julgamento”.

Na Colônia do Bonfim as infrações abordavam na realidade, uma série de procedimentos que tinham como finalidade endossar a obediência integral dos internos, tendo como papel principal uma espécie de “adestramento”, tendo em vista: tomar o remédio em determinados horários, não fugir ou tentar fugir, obedecer às determinações das freiras e dos médicos, não envolver-se em conflitos, etc. Todas essas formas de criação e manutenção da obediência apresentavam ainda um artifício de promoção segundo o qual se recompensava o ajustamento do interno às imposições da instituição. Esse era um dos critérios que também distinguia a categoria de melhorados entre si, de acordo com os ajustamentos eram observados aqueles que não seriam inseridos à administração e aqueles que seriam, e que estariam mais predispostos a experimentar de forma ambígua a própria situação de isolamento. Para todos aqueles que iam de encontro às determinações da instituição, fossem eles melhorados ou piorados, a penalidade era a mesma: a prisão. Como relatou seu Francisco:

A cadeia era para os desobedientes. Aqueles que pediam licença e não voltavam no tempo certo, quando chegava já sabia, ia pra cadeia, porque ele desobedeceu. Aqueles dias que passava a mais da licença³³ o médico dava de prisão. Ia pra cadeia mesmo se só desobedecia se brigava com outro, se botava sangue de outro, ia botava lá na cadeia pra obedecer. Se não tomasse o remédio ai pra cadeia. Não podia nadar sem camisa e nem estender roupa nas portas. (Entrevista realizada em Março de 2015).

³³ A licença de internos era uma prática comum nos leprosários. Mas, para isso eram feitos 12 exames médicos e só podia ter licença, por alguns dias, o doente que não oferecesse risco de contágio. Assim, segundo os entrevistados, todos os doze exames deveriam dá resultado negativo de contaminação, se apenas um fosse positivo o interno não recebia licença para sair.

Como afirma Foucault (1987, p. 150), “O castigo disciplinar tem a função de reduzir os desvios. Deve, portanto, ser essencialmente corretivo”. Deste modo a prisão do interno que transgredia as regras tinha o objetivo de corrigir seu comportamento indisciplinado, e ao mesmo tempo, servir de exemplo para os demais. Com o intuito de garantir que esse sistema disciplinar funcionasse, foi arquitetado ainda um pequeno mecanismo de vigilância composto por uma delegacia, duas celas, seis guardas fardados e armados e um delegado, ambos internos. Os guardas ocupavam locais bem estratégicos levando em consideração configuração espacial da colônia. Quanto às localizações estratégicas: um deles ficava na parte dos fundos da colônia, na saída para o cemitério, outro circulando no interior da colônia, um na entrada, próximo à cerca de arame que separa as zonas infectada e mista, outro na policlínica³⁴, um na cadeia e o outro entregava as correspondências. Dessa forma se configurava o sistema de segurança da colônia.

Mesmo com todo esse sistema de vigilância e dos aparatos de controle, as infrações às regras eram uma constante. Pode-se notar esse fato pela quantidade relativamente alta de fugas. Segundo dados do relatório da Diretoria de Saúde e Assistência do estado do Maranhão do ano de 1943, neste ano foram registradas 21 fugas de internos do Bonfim, sendo que foram internados nesse mesmo período 67 pessoas na Colônia. As fugas eram, de fato, uma prática recorrente, quase corriqueira na colônia. Seu Flávio relata que por diversas vezes fugiu da instituição sendo preso sempre que retornava para a colônia. Justifica suas várias fugas no fato de não suportar a severidade da internação, que se apoderava da sua liberdade e sua alegria, então saía pra distrair. Percebe-se no depoimento de seu Flávio certa satisfação em desafiar as regras da instituição, como uma espécie de confirmação fracionada de sua “autonomia”

Outro egresso, seu João Batista, por outro lado, pouco tratou sobre o assunto, disse apenas que saíam para beber: “Aqui era brabo tinha delegacia, eu fui preso por fugir pra beber. Aqui tinha bar, mas não tinha graça, bom era sair pro bandeira suja”. O conhecimento das penalidades não lhe impedia de cometer a infração. A prisão era certa, mas, a satisfação de fugir e entrar em contato com outro mundo parecia recompensar o castigo.

Sobre as penalidades aos fugitivos, um relato coletivo e interessante, trata justamente de uma festa de tambor de crioula, no atual bairro da Vila Nova. Houve uma fuga em massa, homens, mulheres, adultos e adolescentes, fugiram todos, cerca de vinte internos.

³⁴ Local de administração de medicamentos e complexos vitamínicos e também análise do estado físico dos internos.

No momento da fuga Seu João Batista respondia como delegado da instituição, e diz o seguinte sobre as punições de acordo com os delitos:

Se fugisse, era preso 24hs, de acordo com o delito, mas iam levar a alimentação deles, o guarda levava. Teve uma época que eu era delegado, que teve uma festa, foram mais de dez.. A irmã mandou prender todo mundo, mas como a cadeia não cabia... aí teve gente que foram preso e os outros ficaram esperando. Quando saía entrava outra turma. (Entrevista realizada em Maio de 2015)

Havia entre os internos certo prazer em burlar as regras, uma satisfação em serem punidos por não cumprirem aquilo que a eles era proposto. Contudo, observa-se que a aplicação das punições era de certa forma branda, quando nos deparamos com essa situação vemos, que a prisão se dava de forma mais simbólica. Um dos egressos presos nessa fuga sorrindo da prisão diz: “como eu era magro, passava pela grade, eu saía, mas eu voltava pra poder dá minhas 24hs”. A ideia de subversão resultando na prisão alimentava a autonomia dos internos dentro de um ambiente no qual se sentiam mais presos fora das celas do que dentro delas. Quanto à ordem e o tempo estimado de prisão, esses eram definidos pelas freiras, o delegado apenas aplicava “a pena”.

Como dito anteriormente havia uma diferenciação de moradias para casais casados na igreja católica e para os que casaram no civil. Quem era casado só no civil morava no chamado pavilhão da família. Segundo os entrevistados, eram as freiras que faziam tal divisão. Em relação a isso, seu Newton sublinha: “Era interessante, porque as casas só quem tinha direito eram os casados no católico. Nesse pavilhão morava o pessoal casado só no civil, ou então era aquela mulher que era separada do marido, tinha essa diferença”. Outro privilégio dado àqueles que decidissem casar-se na igreja era a adoção de crianças recém-chegadas à colônia. Como explica seu Newton sobre as adoções:

Tinha o pavilhão das pessoas que eram casadas no civil, as casinhas só eram distribuídas ao pessoal casado no católico, na igreja. Então quando chegava uma criança, sempre o casal se apresentava para adotar aquela criança, sempre chegava alguém pequeno por que naquela época vinha muita gente de quatro anos, de cinco de seis, era muito comum chegar criança nessa idade. Então como não tinha parente nem aderente, não tinha nada, sempre uma família assumia aquela criança. E eu fui adotado por uma dessas famílias. (Newton, entrevista realizada em setembro de 2015).

As tomadas de decisões das freiras se baseavam muito da postura religiosa dos internos, por isso talvez as diferenças entre as experiências vividas na colônia, nas quais alguns relatam familiaridade, amizade com as vicentinas, enquanto outros não demonstravam

nenhum tipo de sentimento, a não ser rancor. Contudo é inegável o trabalho prestado durante anos pela ordem “multifuncional” dentro do Bonfim.

3.2 O Fim do isolamento compulsório

Diante de tantos debates em torno do tratamento da lepra em 1965 o Brasil organizou uma nova forma de combate à lepra, de alcance nacional, baseada em métodos preventivos, de acordo com o “Manual de Leprologia” do Ministério da Saúde do ano de 1960. Esta nova campanha já tentava delinear outros meios para combater a doença, investindo em campanhas educativas e em pesquisas científicas, fundamentadas na associação entre um plano de medicalização da sociedade e a criação de leis de proteção social. Essa ideia do fim do isolamento compulsório como prática de governo baseava-se ainda na concordância com novas orientações internacionais e na eficácia dos conhecimentos acerca da própria doença, como testemunha o leprologista Agrícola (1960, p.20):

Além do conhecimento das condições epidemiológicas do foco, a aquisição de novos recursos médico-profiláticos e maior esclarecimento de certos aspectos da patologia da doença justificam modificações nos programas da campanha contra a lepra e nos métodos de trabalho.

Diferentemente do modo das campanhas anteriores de combate à lepra, nesta nova organização o leprólogo já não seria mais o único profissional recomendado para tratar dos doentes. O Serviço de Leprologia Nacional designava a presença de outros profissionais, como, do médico-sanitarista ou clínico geral na equipe. Esta campanha convocava diversos profissionais a formarem as chamadas Unidades Médicas:

Uma Unidade Médica pode ser o dermatologista de um Centro de Saúde, de um ambulatório ou de um hospital geral; o sanitarista de um posto de higiene; os médicos de institutos de previdência ou órgãos paraestatais, de corporações civis ou militares encarregados da assistência médico-sanitária aos seus elementos fixos ou recrutados; o médico clínico em seu consultório particular; enfim, qualquer elemento bastante credenciado e dedicado que se proponha a colaborar na campanha. (AGRÍCOLA, 1960 p.)

As novas diretrizes desenvolviam outras formas admissíveis para a resolução do problema que não fosse exclusivamente excluir o doente do convívio social, aliando medidas preventivas às ações curativas que já vinham sendo tomadas. Dessa forma, o Manual de Leprologia editado pelo Ministério da Saúde em 1960 determinava o uso de vacinas como forma de combater a doença, além de falar da necessidade de investimentos na “melhoria da qualidade de vida da população”:

Além da vacinação – no caso da lepra, premunição pelo B.C.G. – outras medidas se recomendam com a finalidade de aumentar as defesas da pessoa sadia contra as infecções em geral e contra a lepra em particular. A execução da profilaxia baseada no diagnóstico precoce, no tratamento sistemático de todos os doentes e na educação sanitária, deve se entrosar no mecanismo geral de controle das doenças transmissíveis, a cargo das unidades sanitárias polivalentes, com a supervisão de pessoal especializado (FONTE e TINOCO, 1960, p.170-171).

Ao analisarmos o Manual de Leprologia de 1960 percebemos a emergência de um discurso diferente quanto à doença que vai para além de uma preocupação direcionada apenas à questão da saúde. Além de sobrecarregar os cofres públicos e os efeitos negativos causados aos doentes e as suas famílias, os médicos que organizaram o Manual apresentaram os indicativos de crescimento da doença no país durante o período em que a política isolamento esteve em ação. O intuito seria demonstrar que essa política não surtira o efeito de controlar a doença. Os dados apresentados davam conta da evolução da lepra entre os anos de 1946 e 1958, evidenciando que a incidência³⁵ de casos novos atingiu quase o dobro nesse período. Em 1946 havia 3.813 doentes de lepra fichados no país, um coeficiente de 8,04 casos por mil habitantes. Em 1958 esse total subiu para 7.129, o que significava 11,81 casos por mil habitantes, confirmando o aumento dos casos mesmo o com a política do isolamento.

Esses dados foram usados no Manual para indicar a necessidade da mudança na forma de combate à doença. A partir disso, por influência dos médicos envolvidos na nova campanha, foram inseridas medidas profiláticas baseadas na educação sanitária, orientações de higiene pessoal e das habitações, além de esclarecimentos sobre os sintomas da doença visando facilitar o diagnóstico precoce. Outra sugestão dos leprólogos consistiu na mudança do termo lepra por outro “menos marcante”. Na Conferência Nacional para a avaliação da política de controle da hanseníase realizada 1976 na capital federal, o Ministro de Estado da Saúde, Paulo de Almeida Machado, fez uma conceituação da doença, diferenciando hanseníase de lepra:

HANSENÍASE é uma doença infecciosa como tantas outras, controlável com a quimioterapia. LEPRA é uma expressão utilizada com sentimentos injuriosos e discriminatórios, produto da desinformação e da superstição, manifestação cultural responsável pela permanência da endemia hanseniana. (MACHADO, 1976, p.01)

Apesar da mudança, o comportamento dos profissionais que trabalham diretamente com os doentes continuou o mesmo, o estigma continuou presente. Abraão Rotberg fala sobre a carga moral do termo lepra, dizendo ser essa a causa da manutenção do preconceito sofrido pelos adoecidos:

³⁵ Incidência é o número de casos novos da doença registrados num determinado período de tempo.

Para começar, “lepra” pode nem mesmo ser moléstia física. O máximo de imoralidade é refletido pela “lepra moral”, expressão corrente que descarta qualquer relação com “doença como as outras”. Também não se referem a doentes os dicionários que definem “lepra” como “sujeira”, “habito asqueroso”, “vício geral”, “repulsa”, “corrupção” ou “coisa muito nociva”, nem as turbas que apodam de “leprosos” os futebolistas em seus maus dias. Não pensavam em hanseníase escritores como Gustavo Corção ou Nelson Rodrigues, quando se referiam à “lepra dos costumes torpes”, à “lepra reacionária” ou à “lepra igual a lama”, embora um político, como Pedrosa Horta, bradando pela imprensa que o Legislativo não deveria ser tratado como uma “espécie de lepra”, talvez tivesse em mente o que sofre o doente na sociedade. (ROTBURG, 1976, p. 02).

Somente com a Lei nº 9.010, de 29 de Março de 1995 que o governo federal decretou a adoção, nos documentos oficiais, da designação hanseníase em substituição ao termo lepra. No Manual de 1960, os médicos já indicavam a necessidade do poder público promover medidas compensatórias de “inclusão social” para os atingidos pela doença e suas famílias. As alterações, contudo, não ocorreram na mesma velocidade das propostas: somente no ano de 1962 o governo brasileiro decretou o fim do isolamento obrigatório dos portadores da doença, por meio do Decreto nº 968 de 07 de maio de 1962

É válido ressaltar que de acordo com o Ministério da saúde o Brasil ainda está entre os cinco países que ainda não erradicaram a hanseníase. O país vem se mantendo nas últimas décadas, no segundo lugar no ranking mundial em novos casos da doença, uma posição um tanto quanto desfavorável em relação a outros países da América. O Ministério da saúde baseado em estudos regionais sobre a permanência da hanseníase apontam as regiões Norte e Centro-Oeste com uma hiperendemia³⁶; a região Nordeste num parâmetro muito alto de endemicidade³⁷; e as regiões Sul e Sudeste com um número baixo de casos novos. A partir desses dados podemos observar que passados mais de cinquenta anos do fim do isolamento compulsório, as novas políticas públicas ainda não obtiveram êxito na contenção do avanço da hanseníase. Hoje, a hanseníase está no leque das chamadas doenças negligenciadas, aquelas causadas por agentes infecciosos que são consideradas endêmicas em populações de baixa renda. Essas enfermidades também apresentam indicadores inaceitáveis e investimentos reduzidos em pesquisas, produção de medicamentos e em seu controle, mesmo incapacitando ou matando milhões de pessoas, demonstrando uma necessidade médica em populações que permanecem não atendidas.

As novas políticas estatais tinham como foco a inclusão do interno na sociedade mais ampla, a última delas visava recompensá-los pelo tempo que foram mantidos em isolamento compulsório. Com esse intento foi publicada no dia 25 de maio de 2007 no Diário

³⁶ O termo hiperendemia significa a transmissão intensa e persistente de uma enfermidade.

³⁷ É a presença contínua de uma enfermidade ou de um agente infeccioso dentro de uma zona geográfica determinada; pode também expressar a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica.

Oficial da União, a Medida Provisória n.º 373 que outorgando pensão especial aos portadores de hanseníase que foram submetidos ao isolamento e à internação compulsórios em hospitais-colônia até 31 de dezembro de 1986. A princípio, o valor da pensão girava em torno de R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais), sendo mensal e vitalícia, não podendo em hipótese alguma, ser transferida para dependentes e herdeiros. A Medida Provisória previa um reajuste anual do valor da pensão, com a anuência do Regime Geral da Previdência e com os índices econômicos cedidos aos benefícios.

Algumas organizações não governamentais foram de fundamental importância nesse processo de reparação dos Estados, pois, mediante uma série de reivindicações dessas organizações que têm se envolvido na luta pela inclusão e reintegração social de portadores e ex-portadores de hanseníase e contra o preconceito que essas pessoas sofrem ainda hoje, é que houve a concessão das pensões. A instituição de maior destaque nessa questão é o MORHAN (Movimento de Reintegração da Pessoa Atingida pela Hanseníase), que atua no país desde 1981 defendendo diversos objetivos que envolvem desde a erradicação da doença à assistência total àqueles que saíram do sistema de isolamento entre a década de 1930 e 1960 sem possuir moradia, também defendendo a inclusão do ex- portador de Hansen em ambientes como escola, igreja e emprego, impedindo que sofram qualquer tipo de restrição social. Os objetivos do MORHAN demonstram justamente o ambiente no qual se encontra um portador ou ex-portador da hanseníase no Brasil e as dificuldades encontradas para ser inserido socialmente, pois se depara com preconceito e exclusão social, barreiras difíceis de serem traspassadas.

Todos os entrevistados se referem ao benefício como pensão Sarney, e dizem ser a obrigação do Estado para com eles, uma vez que muitos já não possuem condições físicas de trabalhar. Mas ainda assim, ressaltam que o dinheiro que recebem além de ser pouco, não apaga as marcas e muita magoa do passado na colônia. Mesmo diante de mudanças de nomenclatura da doença, a mentalidade enraizada na sociedade ainda é o escárnio aos egressos, pois não há medidas de conscientização da sociedade que trabalhem a diminuição do rechaço social e posteriormente a inclusão dos egressos do leprosário.

3.3 Vida além dos muros

De acordo com os entrevistados, o isolamento na Colônia do Bonfim, só chegou ao fim na década de 1980, como se pode notar pelo testemunho seu João Batista: “Apesar de ter acabado oficialmente em 1962 esse tipo de internamento continuou até os anos 1980. Na

realidade, a Colônia foi desativada de 1980 para 1982. Mas, até nesse período a Colônia funcionava como Colônia”.

O governo do Estado do Maranhão em 1969 adotou duas medidas que tinham por objetivo a desativação do leprosário: a primeira delas foi a já citada pensão, para os internos que pedissem alta e a segunda foi a doação aos mesmos de terrenos na área situada aos fundos da Colônia (Vila Nova), para que pudessem construir suas casas e viver com suas famílias. Essas duas medidas do Estado tiveram em curto prazo dois efeitos: o movimento que os egressos chamam de “êxodo da colônia”; e a formação do Bairro da Vila Nova como afirmam alguns entrevistados:

O Bonfim começou a desestabilizar quando acabou a internação compulsória prolongada. Quando o Sarney foi ser governador aqui do Maranhão, ele criou essa lei dando o salário mínimo. (...) Aí foi um êxodo. No livro de registro de internação e alta você vai ver que tem dia que saíram 60, 70 pessoas, aí esvaziou o Bonfim, demoliram pavilhões, casas, o material foi dado para doentes que saíram daqui e foram morar na Vila Nova. (Flávio Serafim, entrevista realizada em Abril de 2015)

Então, nesse período, muitas pessoas saíram da Colônia, foram pro interior, só que muitos foram pro interior e voltaram, não conseguiram mais se readaptar no interior; outros, a família não quis mais por lá, voltaram. Eles foram voltando, e se acumulando aqui na Vila Nova. Então, na época o governo Sarney doou essa área aqui pra que os egressos da Colônia fizessem morada. Eles se organizaram, fizeram a união dos moradores, e surgiu a Vila Nova em 1972 (João Batista, entrevista realizada em Maio de 2015).

De acordo com os relatos percebe-se que a concessão da pensão gerou uma grande transformação não só na estrutura física da instituição, levando em consideração as demolições de suas instalações e diminuição da quantidade de internos provocada pelo pedido de altas em massa, mas houve certa instabilidade e insegurança daqueles que optaram por permanecer nas dependências da colônia. Aqueles que saíram carregados da expectativa de retomarem ou reconstituírem suas vidas em seus locais de origem, foram surpreendidos com o rechaço da própria família ou de vizinhos.

Quando se trata da “abertura dos portões” da colônia as opiniões tendem a ser bem distintas, cada interno observava a convivência na colônia ao seu modo, diante disso produziam sentimentos muito individuais para suas experiências. Enquanto alguns celebravam, outros que continuaram morando na colônia apresentavam um sentimento de preocupação e pesar, como foi o caso de dona Severina.

Quando a Colônia parou de receber doentes eu me senti mal, porque esta é a única casa de saúde sobre hanseníase que tem aqui no Maranhão. Aí se ela fechasse, como é que os outros iam se tratar? Depois que a Colônia fechou algumas coisas piorou e outras *melhorou*. Piorou porque as pessoas não podem mais ficar internadas muito tempo. Hoje, fica no máximo dois meses, não tá bem tratado, mas tem que sair, por

que o Estado não quer mais moradia. Melhorou, porque os que queriam ir embora foram. (Entrevista realizada em maio de 2015).

Com o fim do isolamento compulsório foram coladas como opções para os internos, sair ou continuar na internação. Alguns internos permaneceram na colônia por não terem opção de moradia, uns viviam como andarilhos pelo bairro da Vila Nova, pois não queriam voltar para a colônia e suas famílias não os aceitavam de volta, outros não chegaram nem a si desvincular da colônia depois da alta. A partir disso, observa-se que todos ainda estão ligados ao local, seja por atividades que com frequência são realizadas pela atual equipe de médicos, assistentes sociais e enfermeiras, ou pelo simples fato da colônia ser a única referência de lar para muitos dos internos.

Mas, mesmo morando na antiga colônia ou próximo a ela, essas pessoas passaram por grandes mudanças ao entrarem em contato com a sociedade mais ampla. Isso os levou a relacionar-se com pessoas que não pertenciam ao grupo de “iguais”, exigindo certa maestria no contato com indivíduos e grupos que não passaram pelas mesmas experiências que eles. Talvez, para além das relações familiares dos ex-internos, as relações com vizinhos e as amizades estabelecidas têm confirmado que as situações de rechaço continuam existindo.

Os testemunhos dos egressos que viveram o controle e tratamento da doença expressam que apesar das mudanças o estigma não tem data de validade, e ele perdura, mesmo que de forma reduzida ao que se via há sessenta anos. Por essa e outras razões, ainda tratam de ocultar, cada um à sua maneira, sua enfermidade. Para concretizar o desejo de ter uma vida normal, escondem suas manchas com camisas de manga ou simplesmente negam qualquer relação com a colônia.

Conforme apontou Goffman (1978), o indivíduo que possui algum estigma tem que lidar, em suas interações, com os atributos que lhe são conferidos por outrem e os atributos que ele realmente possui. Ou seja, o indivíduo possuidor de algum estigma tende a viver adotando estratégias que omitem ou negam informações sobre si e sua condição de estigmatizado.

Essas estratégias adotadas pelos indivíduos Goffman (1978, p. 55) chama de “controle de intenção e identidade pessoal”: a forma pela qual a pessoa manipula informações sobre si. Estratégias como essas são usadas com muita frequência pelos enfermos da hanseníase quando assumem, frente aos vizinhos e familiares, que a melhor forma de proteção contra a exclusão social é que se desconheça a sua infecção, e nem se permita conhecer.

Ainda dentro das carreiras morais Goffman (1978, p. 82) elucida que as reações diante a enfermidade estão enraizadas na mentalidade que não foi superada com a eliminação

do confinamento, de acordo com o meio no qual se encontram os egressos utilizam de tais estratégias para poder manter o seu círculo social. Um dos entrevistados, seu Francisco, relatou diversos casos em que ele, nas suas relações fora do asilo colônia, deu explicação das mais variadas possíveis para as mutilações corporais que possui. Uma delas foi dizer que as amputações de seus dedos dos pés foram fruto de seu trabalho no campo ou em decorrência de acidentes na criação de animais, como segue:

“Isso aqui não foi da *hansenia*, foi de quando eu trabalhava com meu pai lá na roça. Esse primeiro cortado aqui foi do trigo. Eu *tava* na plantação com meu pai e fui correr na plantação, capim molhado, e o trigo foi cortando meu dedos eu não senti na hora, continuei correndo atrás dos animais aí foi cortando os outros dedo tudo, mas não foi da doença não”. (Francisco Viana, entrevista realizada em Abril de 2015)

De fato, ao seu modo extrovertido, seu Francisco assemelha-se bastante àquele indivíduo de que nos fala Goffman (1978, p. 88), que constrói representações sobre si para poder atuar em suas relações interpessoais, mas vivendo fortemente pressionado pela tensão entre uma identidade “*social virtual*” e sua “*identidade social real*”. De acordo com o autor, o conceito de *identidade social* está ligado diretamente à realidade que proporciona a estigmatização, e o de *identidade pessoal* refere-se às informações sobre o estigma que são manipuladas. Como esclarece Goffman (1978, p. 91), ambas fazem “parte, antes de tudo, dos interesses e definições de outras pessoas em relação ao indivíduo cuja identificação está em questão”. Essas pressões, não são exclusividade de seu Francisco, todos os entrevistados de uma forma ou de outra partilham desses mesmos métodos para serem inseridos na sociedade, pois foram submetidos a condições e condicionamentos sociais similares. Conduzindo, recriando e mantendo com os recursos que possuía, as estórias de seu Francisco nos dão base para um entendimento bastante particular, nos levando a pensar que há um universo paralelo criado pelos egressos para manter o bom convívio com aqueles que não tiveram experiências semelhantes às deles.

De fato, a formação das identidades social e pessoal de um indivíduo não é necessariamente coerente e unificada, mas mantém relação direta com as integrações e com as situações sociais que as produziram ao longo do tempo, a formação dessas identidades parte de um conjunto de referenciais vindos de pessoas e também lugares. A partir disso para realizar uma análise da vivência externa dos ex-internos ainda estigmatizados é necessário que se leve em conta esse conjunto de referências. Nesse sentido, conforme Goffman (1978, p. 80) a análise das “técnicas de controle de informação”, através das narrativas de seu Francisco, torna-se possível apenas se, para além de seu aspecto totalmente simples, lermos

em suas palavras de que forma se estruturavam as relações sociais fora da colônia. As narrativas carregadas de justificativas para as mutilações que possuíam pelo corpo davam alicerce para possíveis relações sem rechaço. Os egressos não queriam mais viver as sensações de outrora, passando pelas restrições que ele já havia sofrido em relações cotidianas, sem poder falar, cumprimentar, sentar na mesma cadeira e outras formas de rechaço que marcou muitos dos que viveram o isolamento por conta da hanseníase.

O temor de não ser aceito pela família ou por vizinhos e o desejo de levar uma vida “normal” levaram muitos egressos do Bonfim, que pediram alta, a continuarem morando nas imediações da Colônia, local onde se sentiriam mais à vontade. Como testemunhou dona Severina: “Lá onde mora, as pessoas dizem: esse cara é doente, ele vem lá do Bonfim, ele foi pra lá doente, ele é leproso. Ele é rejeitado - é o que acontece pra muitos. Aquilo é um baque tão forte que ele volta pior do que ele foi”. No caso dos egressos da Colônia do Bonfim, a permanência do estigma se concretiza também no tratamento e exclusão da qual são objeto quando se conhece seu padecimento como ex- interno, por isso a necessidade de esconder de muitos o passado marcado pelo isolamento compulsório.

Diferentemente do que se imagina, e mesmo sendo uma local no qual se mantiveram internados por bastante tempo um aglomerado de iguais, o Bonfim foi uma instituição organizada e pensada de acordo com uma lógica estigmatizadora, não preserva os internos do estigma, ao contrário, dissemina e o reafirmava nas suas dependências. O estigma se alimentava dos discursos disseminados pelos médicos e políticos que transformavam a Colônia em uma das formas com as quais a sociedade dita sadia se protegia, não exclusivamente pelo viés da saúde pública, mas também com relação fortíssima às suas convenções estéticas, de corporeidade, segundo as quais tudo que se desvia do padrão deve ser rechaçado. Isso decorre, sem dúvida, segundo Bourdieu (1977, p. 51) porque o corpo é, na realidade, um produto social que tem suas características percebidas de forma intrínseca às categorias de percepção, às classificações biológicas e dos sistemas de classificação sociais que não são plenamente independentes da distribuição, entre os segmentos sociais, das diferentes espécies de capitais.

Edificado e idealizado dentro desses limites, em nenhum momento o isolamento significou a redução do estigma em relação à lepra. O que a princípio reduziu com a internação compulsória foi a frequente repulsa por parte dos “sãos” e o incomodo de viver diariamente a tensão do contato com os mesmos, pois ainda que marcados pelo rechaço, o isolamento é relatado por alguns dos entrevistados com sentimento de liberdade e saudosismo. Mas o estigma se manteve, ainda que os chamados leprosos estivessem

“guardados” pelas estruturas da colônia. A ideia propagada sobre lepra girava em torno das mutilações, e essa mentalidade continua em muitos: para alguns a lepra segue sendo lepra, leproso segue sendo leproso e hanseníase é uma doença que é diferente e, não raro, desconhecida. Para os próprios egressos é difícil se reconhecer como hansenianos, pois a nomenclatura que melhor os define segundo eles é justamente a que carrega o estigma, leproso, apesar do estigma não está no nome, mas nas pessoas, na pele.

Hoje, os seis egressos do Bonfim, apresentados neste estudo, vivem em condições bem parecidas: ligados à antiga Colônia e saudosos das relações de amizade e de familiaridade que construíram naquele espaço, até porque para alguns a única referência de família se deu na Colônia do Bonfim. Apenas um deles ainda reside nas dependências da antiga instituição, vive de sobreaviso quanto à possibilidade de ser removido da colônia, pois a moradia já não é responsabilidade do Estado, mas recorreu na justiça para permanecer no local. De certo modo, os egressos vivem como durante os longos anos de internação, ainda parcialmente isolado. Não porque sejam impedidos de sair de onde se encontram atualmente, mas, talvez, por sentirem que fora dos “muros” de velha Colônia, ou da sua zona de conforto o isolamento possa ser ainda pior, dadas as suas condições físicas atuais na qual se encontram: idosos mutilados pela doença.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos estudos realizados para elaboração da presente pesquisa, pode-se concluir que o período referente à Primeira República no Brasil foi um momento em que se buscou modernizar e civilizar o país a nível nacional. Tal preocupação das autoridades médicas e políticas é relacionada, principalmente, à repercussão econômica que as doenças epidêmicas e endêmicas presentes no país alcançaram e na forma pela qual “prejudicavam” a imagem do Brasil, pois simbolizavam o atraso da nação. Além disso, a Primeira Guerra Mundial também forneceu base para a concepção de um imaginário de “progresso” que instigou na elite os ideais nacionalistas, levando à busca de fortalecimento estatal.

No entanto, a doença geradora de grande estigma, que não era objeto de nenhuma política sanitária específica, e, segundo o regulamento sanitário de 1904, para a qual apenas excepcionalmente se estabeleceriam medidas de prevenção, não esteve entre as prioridades estabelecidas pelo governo federal até a primeira década do século XX, quando se converteu em um problema sanitário de maior relevância e foi assumida no discurso médico como uma das grandes manchas da nação brasileira.

No que se refere ao combate à doença, os médicos e políticos envolvidos tentaram construir um discurso coerente da necessidade de isolar os doentes na falta de meios para se combater a doença, e colocaram os leprosários como “pequenas cidades”, fundamentais para se pôr em prática tal ideal. É válido ressaltar que antes desta medida e da construção dos leprosários, os doentes muitas vezes se tornavam mendigos, tendo em vista o estigma que sofriam por terem seus corpos vistos como “formas monstruosas”, a falta de esperança em relação à cura e também pela doença não ser, primordialmente, algo que preocupasse as autoridades quando relacionada às demais endemias.

A partir da década de 1910 foram realizadas campanhas de cunho médico e científico principalmente no interior do país, financiadas pelo governo federal, a fim de tomar conhecimento da situação nos locais mais afastados. A política de isolamento se perpetuou durante as décadas de 1920 e 1930, mesmo diante da dicotomia de pontos de vista das autoridades médicas acerca da internação compulsória dos doentes e de novos recursos como a educação sanitária e a “higienização” do meio urbano. Foram construídos inúmeros leprosários em todo o país, numa aliança entre governos federais, municipais e estaduais. Além disso, foram criados departamentos nacionais designados ao estudo e pesquisa sobre a doença, responsáveis pelas ações médicas sobre a mesma, atingindo seu apogeu de modelo de sanitarismo-campanhista no início dos anos 60.

Ainda que diante do fim do isolamento e com a mudança do conceito da doença de lepra para hanseníase e de todos os adjetivos a elas ligados, o estigma que acompanha o doente não desapareceu. O convívio dos egressos com outras pessoas é pautado numa dupla estigmatização: ex-interno ou adoecidos, que os leva a considerar a lepra como uma daquelas doenças incuráveis. Não reduzindo seu significado apenas ao fato de ser uma doença de natureza corpórea, mas também social e simbólica. Todos os entrevistados ainda se consideram doentes de lepra, pois para eles a lepra não tem cura e não existe ex-leproso. Essa “incurabilidade” da doença reforça a permanência dos significados depreciativos que os acompanha, o medo, o rechaço social e a discriminação que levam muitos a adotarem estratégias de encobrimentos de informações sobre si.

Os corpos dos egressos trazem consigo não apenas as marcas da idade, os seus corpos carregam as marcas da doença. Carregam consigo as marcas de uma época em que foram marcados como “impuros” e “desviantes”, foram rejeitados e odiados. Mas, trazem também as manifestações da vida corporal que não pode ser controlada, a resistência mesmo à exclusão, às estratégias e táticas de sobrevivência.

REFERÊNCIAS

Documentos

ALMEIDA, Antônio Martins de. **Exposição apresentado a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão**: São Luís- MA Imprensa Oficial, 1933.

_____. **Exposição apresentado a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão**. São Luís Imprensa Oficial 1935. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>. Acesso em: 05 de jan. 2017.

BRASIL. **Coleções de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil**, v. 2, p. 393-7, 1920. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 11 Nov. 2016.

_____. **Decreto nº 13.538**, de 9 de abril de 1919. Reorganiza o serviço de profilaxia rural. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 11 Nov. 2016.

_____. **Manual de Leprologia**. Publicado pelo Serviço Nacional de Lepra, Rio de Janeiro, Gráfica da “Revista dos Tribunais” S. A. 1960.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_leprologia.pdf

_____. **Relatório da Conferencia Nacional para avaliação da política de Controle da hanseníase**, 1976. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/> Acesso em: 14 de jan. 2017.

_____. **Relatório do Serviço Nacional de Profilaxia**. São Luís- MA. Ministério da Saúde de 1960. <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/> Acesso em: 05 de jan. 2017.

_____. **Relatório do Serviço de Profilaxia e Doenças Venéreas**, p.. 40. 1926. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/> Acesso em: 05 de jan. 2017.

CRUZ. Oswaldo. **Relatório acerca da moléstia reinante em Santos**, apresentado a Sua Ex. o Sr. Ministro da Justiça e Negócios Exteriores. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>. Acesso em: 11 de jan. 2017.

_____. **Relatório acerca do quadro epidemiológico de São Luís**, apresentado ao Ministério da Saúde de 1972.

MARQUES, Augusto César. **Dicionário Histórico e Geográfico do Maranhão**. 3ª Edição. São Luis: SUDEMA, 1970. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>
Acesso em: 20 de Mar. 2017.

RAMOS, Paulo Martins de Souza, **Exposição apresentado a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão**. São Luis. Imprensa Oficial, 1938. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

_____. **Exposição apresentado a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão**. São Luis. Imprensa Oficial, 1939. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

_____. **Relatório feito a Getúlio Vargas pelo interventor federal e 1939 São Luís**. Imprensa Oficial, 1941. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornais

Jornal O Imparcial, 2 de agosto de 1933^a. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal O Imparcial, 18 de outubro, 1937^b. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Bibliografia

AGRÍCOLA. Ernani- **A Lepra no Brasil** In. BRASIL Manual de Leprologia. Publicado pelo Serviço Nacional de Lepra, Rio de Janeiro, Gráfica da “Revista dos Tribunais” S. A. 1960. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_leprologia.pdf.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**. São Paulo, Companhia das Letras. 1994.

BOURDIEU, Pierre. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes; Cap."Comprender", pp. 693-713. 1994

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro Bertrand Brasil. 2002.

CERTEAU. **A invenção do cotidiano I**. As artes de fazer. Petrópolis. RJ: Vozes, 1994.

CLARO, Lenita. B. Lorena. **Hanseníase: representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Cia das letras. 1996.

CHARTIER Roger. **O mundo como representação**. Estudos Avançados. vol.5 N°.11 São Paulo Jan./Apr. 1991. <http://www.scielo.br/pdf>.

CHAUÌ, Marilena de Souza. Apresentação. In: BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**-. São Paulo, Companhia das Letras. 1994.

CORREIA. Maria da Glória Guimarães. **Nos fios da trama: quem é essa mulher? Cotidiano e trabalho do operariado feminino em São Luís na virada do século XIX**. – São Luís: Edufma, 2006.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Petrópolis: Abrasco, Vozes, 1986.

CUNHA, Neiva Vieira. **Viagem, Experiência e Memória: narrativas de profissionais da Saúde Pública dos anos 30**. Bauru, São Paulo: Edusc, 2005a.

CUNHA Vívian 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 e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. 2005b. Disponível em: www.coc.fiocruz.br/pos_graduacao/completos/cunhavs.pdf

FONTE Joir e TINOCO Durval G.. ETIOLOGIA. In. BRASIL, **Manual de Leprologia. Publicado pelo Serviço Nacional de Lepra**, Rio de Janeiro, Gráfica da “Revista dos Tribunais” S. A. 1960. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_10.pdf

FOOTE WHYTE, William. **Sociedade de esquina**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2005.

_____. **Treinado a Observação participante**. In. GUIMARÃES, Alba Zaluar. *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Livraria Francisco Alves Editora S.A. 1990.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987a.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987b.

_____. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975- 1976). São Paulo: Martins Fontes, 4ª edição, 1999.

_____. **Os Anormais**. Curso no Collège de France (1974- 1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **O Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LACROIX, Bernard (Org.): Norbert Elias: **A política e a história**. São Paulo: Perspectivas, 2015.

_____. **O saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 9ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GIUMBELLI, Emerson. **Heresia, doença, crime ou religião: o espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais**. *Revista de Antropologia (USP)*. São Paulo, v. 40, n.2, p.31 - 82, 1997. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid

GOMIDE. Leila Regina Scalia. **Discurso médico e ação profilática: a hanseníase em questão**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, curso de História. 1993.

GOFFMAN. Erving. **Manicômios, Prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001a.

_____. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. São Paulo, Editora Perspectiva, coleção debates 7ª Edição, 2001b.

_____. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

HALBWACH, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Centauro, 2006.

HOCHMAN, Gilberto. **Regulando os Efeitos da Interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930)**, Estudos históricos, Rio de Janeiro, vol.6, n. 11, 1993, p. 40-61. Disponível em: www4.prossiga.br/Chagas/sobrech/sec/eh-588.pdf

_____. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Educar, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR Disponível em: calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article

_____. e ARMUS. **Cuidar, Controlar, Curar: ensaios sobre históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro-Rj: Fiocruz, 2004.

LENOIR, Remi. **Objeto sociológicos e problema social**. In MERILLIÉ, Dominique et. al. Iniciação à prática científica. Tradução de Guilherme João de F. Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

LISBOA, Achilles. **Catecismo de defesa contra a lepra São Luis**: Imprensa Oficial. 1936

_____. **“Pela Pátria Contra a Lepra”**: São Luis: Imprensa Oficial. [1937?]

_____. **A imigração e a Lepra**. In. Revista de Geografia e História. Ano II – São Luís–Maranhão. Junho de 1947, nº 2.

LUTZ, Adolpho. **A transmissão da lepra e suas indicações profiláticas**. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, tomo 31, fascículo 2, p.373-81, maio de 1936.

MACIEL, Laurinda Rosa. **“A Solução de um mal que é um flagelo”**. Notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XX- Brasília: Paralelo, 2007.

MEDEIROS, Carlos Henrique Guimarães. **Peste bubônica em São Luís: epidemia e perspectivas de reordenamento urbano**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2007.

MONTEIRO, Yara Nogueira. **Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo**. Rio de Janeiro, 1987.

PINHO, A. M dos S.M. Colônia do Bonfim no passado, hoje Hospital Aquiles Lisboa. **Projeto Acervo**. São Luís. 2007.

POLLAK, Michael. **Memória, Esquecimento, Silêncio**. (tradução) Dora Rocha Flaksman. In: Estudos Históricos, Rio de Janeiro, Vol. 2, N. 3, 1989, p. 3-15. Disponível em; www.cpdoc.fgv.br/revista/arq/104.pdf

_____. **Memória e Identidade Social**. (tradução) Monique Augras. In: Estudos Históricos, Rio de Janeiro, Vol. 5, N. 10, 1992, p. 200-212. Disponível em: www.cpdoc.fgv.br/revista/arq/43.pdf

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2008. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>.

POORMAN, Elisabeth Austin. **The hope of redemption: science, coercion, and the leper colonies of Brazil**. Thesis (History of Science) - Harvard University, Cambridge, Massachusetts. 2006. In: LEANDRO, JOSÉ. Hist.Cienc. Saúde-Manguinhos. Vol. 16 no. 2 Rio de Janeiro. Apr/ Junho 2009.

PORTELLI, Alessandro. “**O momento da minha vida**”: **funções do tempo na história oral**. In: FENELON, Déa Ribeiro et al. Muitas memórias, outras histórias. São Paulo: Ed. Olho D’água, 2000. p. 296.

REIS Filho, Nestor Goulart. **Urbanização e modernidade: entre o passado e o futuro (1808-1945)**. In: BRITO, Mônica Silveira. **Modernização e Tradição na segunda metade do século XIX**. São Paulo, 2006.

ROTBERG, A. **Contribuição para o estudo das cuti-reações alérgicas na lepra**. São Paulo, Rev. Tribunais, 1934. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina de São Paulo].

SOUZA ARAUJO, Heráclides César. **Problema da lepra no Brasil**. Trabalho apresentado no quinto Congresso Internacional de Medicina tropical e Malária. Istambul. 2008. Disponível em: [http://memorias.ioc.fiocruz.br/pdf/Tomo52/tomo52\(f2\)_156-179.pdf](http://memorias.ioc.fiocruz.br/pdf/Tomo52/tomo52(f2)_156-179.pdf)

