

ESCULÁPIO¹ À FLOR DA PELE: O PROCESSO DE CONFINAMENTO DOS “LEPROSOS” NO HOSPITAL/COLÔNIA SANTA TERESA (SANTA CATARINA – 1937-1940)²

Rafael Araldi Vaz

Graduando do curso de História pela Universidade do Estado de Santa Catarina

Resumo: Este artigo analisa o processo de confinamento dos hansenianos (“leprosos”) no Hospital/Colônia Santa Teresa durante os anos de 1937 a 1940. O ano de 1937 marca o início das políticas saneadoras do Estado Novo, que visavam segregar os portadores de hanseníase em asilos-colônia. Acreditava-se que com o isolamento dos comunicantes, de forma compulsória, seria possível eliminar os focos da hanseníase. Assim, neste mesmo ano, junto ao processo de cooptação dos “doentes”, iniciou-se as construções da Colônia Santa Teresa. Este processo se estendeu até 1940, ano de sua fundação. A estrutura montada, objetivava estabelecer um espaço de convívio similar ao que os internos poderiam ter fora do espaço clínico. Desta forma, criou-se uma série de mecanismos com intuito de regular e persuadir os internos a permanecerem neste espaço. Os desdobramentos sociais resultantes deste modelo de política de saúde são o foco desta discussão.

Palavras-Chave: Hanseníase / “lepra”. Hospital/Colônia. Segregação. Confinamento.

ESCULÁPIO TO THE FLOWER OF THE SKIN: THE PROCESS OF CONFINEMENT OF THE "LEPERS" IN THE HOSPITAL/COLONY SANTA TERESA (SANTA CATARINA – 1937-1940)

Abstract: This article analyzes the process of confinement of the "leprous" in the Hospital/Colony Santa Teresa during the years of 1937 to 1940. The year of 1937 marks the beginning of the improving politics of the “Estado Novo”, that they aimed at to segregate the carriers of “leprous” in asylum-colony. One gave credit that with the isolation of the “sick people” of obligatory form it would be possible to eliminate the “leprous”. Thus, in this exactly year, together to the process of capture of the " sick people ", initiated the constructions of the Colony Santa Teresa. This process if extended up to 1940, year of its foundation. The mounted structure, objectified to establish a space of similar conviviality to that the interns could have outside of the clinical space. Of this form, a series of mechanisms with intention of regulating was created and persuading the interns to remain in this space. The resultant social unfoldings of this model of health politics are the focus of this quarrel.

Key-Words: "Leprosy". Hospital/Colony. Segregation. Confinement.

Talvez não exista na história nenhuma doença que tenha causado tanto medo e asco quanto a lepra. O próprio termo “leproso” tornou-se sinônimo de rejeitado. Na Idade

¹ Esculápio é uma referência à medicina, mais precisamente aos médicos modernos. A figura de Esculápio, considerado o pai da medicina grega, foi recorrentemente usada durante o século XIX como alusão aos médicos do período.

² Utilizar-se-á neste trabalho os termos “lepra”, “leproso” e “leprosário” por estar se remetendo ao período onde foram utilizados de forma corrente. Contudo, reconhece-se aqui o preconceito e o estigma que se acha embutido nestas palavras. Por conta disso, não se deixará de usar os termos pertinentes a doença (hanseníase), ao seu portador (hanseniano) e a instituição clínica responsável por seu tratamento (Hospital de Dermatologia Sanitária).

Média, esta reação derivava em parte das deformidades físicas, das feridas supurativas e do odor mefítico causados pela doença. Mas emanava mais ainda da certeza reconhecida de que a lepra era o sinal externo e visível de uma alma corroída pelo pecado (...) (RICHARDS, 1993, p. 153).

As representações produzidas historicamente em torno da hanseníase, doença causada por um bacilo chamado *Mycobacterium Leprae*³, e ainda vulgarmente conhecida como “lepra”, sem dúvida alguma são muito antigas. Certamente milenares. Suas associações se relacionam recorrentemente ao longo da história com uma imagem de decadência não só física, como moral e espiritual. Fundamentalmente, por esta doença levar a degeneração de partes visíveis do corpo, como o rosto e mãos, essa “descaracterização” do corpo foi ao longo dos tempos determinante para suscitar o “medo” em relação à doença (DELUMEAU, 1990). Por sua vez, esse medo alimentara um escracho histórico à “lepra” e a conseqüente exclusão social de seu portador: o “leproso”.

Dentre as infindáveis medidas profiláticas, que perpassaram desde as fórmulas “alquímicas” antigas e medievais até a medicina moderna, na tentativa de sanar o potencial destrutivo e infeccioso da doença, poucas foram tão usuais quanto a segregação social. A segregação seja na forma do ostracismo ou do confinamento, permitiu por vezes e não de forma isolada, que o potencial epidêmico/endêmico da “lepra” fosse contido.⁴ Evidentemente, a um preço bastante caro.

Desde a Idade Média, ao surto da “lepra” se acompanhava um outro: o dos leprosários. Michel Foucault (1987) em sua obra “História da Loucura na Idade Clássica”, discute como

³ “A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório. O *M.leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é infecta muitas pessoas, no entanto só poucas adoecem. Entre as que adoecem, o grau de imunidade varia e determina a evolução da doença. A doença, inicialmente, manifesta-se através de lesões de pele: manchas esbranquiçadas ou avermelhadas que apresentam perda de sensibilidade, sem evidência de lesão nervosa troncular. Estas lesões de pele ocorrem em qualquer região do corpo, mas, com maior freqüência, na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas. Podem, também, acometer a mucosa nasal. Essas lesões são responsáveis pelas incapacidades e deformidades características da hanseníase. O contágio dá-se através de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior, contagiando pessoas susceptíveis. A principal via de eliminação do bacilo, pelo indivíduo doente, e a mais provável porta de entrada no organismo passível de ser infectado são as vias aéreas superiores, o trato respiratório. No entanto, para que a transmissão do bacilo ocorra, é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratada. Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, influem no risco de adoecer” (BRASIL, 2002, p. 12-14).

⁴ Na Baixa Idade Média o recrudescimento da lepra não se deve apenas a segregação do leproso. Outros fatores específicos podem ser considerados preponderantes para o enfraquecimento da epidemia. Durante os séculos XIII e XVI se assiste a uma modificação no padrão de solidariedade social, antes pautada na comunidade e que passa a ser baseada na família. Isso talvez tenha tornado os focos da doença mais celulares ou localizados do que outrora, o que contribuiria para a redução da lepra a grupos menores. De outro lado, vê-se uma crise demográfica em decorrência de alguns flagelos (como a peste negra e a fome) que reduziriam a população medieval ao seu mais baixo nível por volta de 1430-1450. Fatores como estes foram determinantes, junto a segregação social, para a paulatina diminuição da lepra na Europa (BÉNIAC, 1997).

em um período bastante longo, da Alta Idade Média ao final das Cruzadas, estes espaços avançaram em profusão, confinando uma quantidade considerável de “leprosos” e acabando por se tornarem inutilizados, justamente pelo paulatino arrefecimento da doença. Neste longo intervalo em que se tornam obsoletos (do século XIV ao XVII), segundo Foucault (1987, p. 03), preparam-se para “(...) uma nova encarnação do mal, um novo esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão”, onde se afigura o “louco” como o novo personagem que povoará estes lugares.

De qualquer forma, os leprosários medievais executaram funções bastante específicas. Além de se tornarem lugares de reclusão social, sua função era ao mesmo tempo de amparo espiritual, no sentido de proporcionar ao “leproso” uma vida “monástica” que o aproximaria de Deus, haja vista que sua condição era considerada muitas vezes como o resultado direto de uma manifestação diabólica. Assim, confinado poderia perecer em melhores condições espirituais, já que os leprosários quase sempre estiveram situados fora das cidades, junto a capelas, abadias e mosteiros. De outro modo, a função do leprosário era a de garantir aos “sãos” que pudessem exercer suas atividades caritativas, como o ato de dar esmolas aos “leprosos”, o que para o imaginário medieval era uma forma fundamental para alcançar o céu ao findar da vida na terra (RICHARDS, 1993).

Séculos depois, chegando aos finais do século XIX e início do XX, verificam-se novas considerações, evidentemente bastante distintas do período medieval, acerca da “lepra”. A começar pelo espaço clínico, ou o hospital, antes um lugar de exclusão e esquecimento, agora um espaço onde a prática médica se exerce, se transforma e se legitima. (FOUCAULT, 1977) Assim, a medicina moderna se profissionaliza, e em meio aos seus estudos acerca da hanseníase desenvolve discussões acaloradas sobre as condições de desenvolvimento e transmissão da doença. Hansen⁵ descobre o bacilo que provocaria a “patologia” e a partir de então muito se confirma acerca da transmissibilidade da mesma. Isso viria a ratificar muito das medidas consideradas prementes para o controle das epidemias. Uma delas, mais uma vez, seria o confinamento compulsório.

É sobre este modelo de profilaxia adotado no Brasil, em particular na Santa Catarina dos anos 1930-40, que se conduzirá este artigo, averiguando suas implicações sociais.

⁵ “Ainda no século XIX, acreditava-se que a hanseníase era uma doença contagiosa e incurável; para alguns, hereditária, dotada de um grande poder degenerativo e capaz de alterar, significativamente, o aspecto físico do ser humano, sendo, portanto, entendida como ameaça. Em 1872 o médico norueguês Armauer Hansen descobriu o agente causador da moléstia, comprovando ser infecto-contagiosa. Mesmo tendo esse fato revolucionado as teorias existentes sobre suas formas de transmissão, através da verificação de uma maior incidência em grupos familiares, a teoria da hereditariedade continuou a ser defendida por médicos e cientistas, quando no ano de 1923, com a Terceira Conferência Internacional de Leprologia realizada em Strasburgo, foi aceito o princípio da contagiosidade” (MATTOS, 2002, p. 19).

O Avanço Saneador em Santa Catarina

Olhos atentos observavam de fora as chamas crepitando, invadindo e se espalhando sobre as armações do telhado da casa. Certamente aturdido o garoto (em torno de seus quinze anos) e sua família se encaminhavam relutantes para dentro do hermético veículo, uma ambulância escura com uma minúscula janela lateral na parte traseira, por onde se conseguia alcançar um pouco de ar fresco para os pulmões ainda aflitos. Para onde iriam, ainda não sabia ao certo, mas o que ficaria na lembrança já se anunciava claro, iluminando seus pensamentos como o fogo que só deixara em pé as paredes da antiga casa.⁶

Foi triste aquela viagem. Final do ano, chegaram lá em casa e mandaram nós embarcar num carro lá e mandaram nós pra cá. Foi o Departamento de Saúde Pública. Primeiro, fizeram exame em nós. Foi um médico lá e fez o exame. Mas só escapou um casal. O resto veio tudo pra cá. Quando nós saímos, meu pai fechou a casa e daí eles queimaram nossa casa. A gasolina estava escondida na capoeira. Daí quando saímos de lá tacaram fogo. Aquela época era fogo! (...) As meninas choravam muito, vendo aquela coisarada. Só ficou as paredes, pois era casa de material né? Só ficou as paredes de pé!⁷

Corria o ano de 1940, véspera de final de ano, quando a família de G.B. recebeu em sua casa uma visita pouco aguardada, porém há algum tempo conhecida. Eram os agentes do Departamento de Saúde Pública, que em outra oportunidade já haviam entrado em contato com a família, na pessoa do médico leprologista, fazendo os exames para verificação dos possíveis infectados. Como parte do procedimento, após confirmado os casos de incidência da “lepra”, todos os “fichados” foram encaminhados para a Colônia Santa Teresa, instituição construída em São Pedro de Alcântara com o objetivo de “abrigar” os “doentes”.

Procedimentos como este, foram bastante recorrentes a partir de 1937 em Santa Catarina, como em boa parte do Brasil. Por vezes envolviam queimas de casas e demais bens pessoais (como forma de eliminar o foco da doença e, mais ainda, como forma de ruptura com os referenciais de identidade), por outras tinham um caráter mais ameno no processo de cooptação dos hansenianos (como alguns relatos nos atestam). Médicos e agentes públicos eram designados para fazer o levantamento dos suspeitos e todo o processo de triagem e encaminhamento dos casos confirmados. Enquanto as obras de edificação da Colônia, iniciadas no mesmo ano, não ficavam prontas, os sujeitos cooptados eram encaminhados para

⁶ Baseado nos relatos orais de G.B. e na consulta de sua Ficha Social e de Assentamento.

⁷ Depoimento oral concedido por G.B., 04 fev. 2006. Natural de Tubarão, G.B. entrou na Colônia com 15 anos, em 30 de dezembro de 1940. Casou-se em 17 de julho de 1948 com a interna Nair. Obteve sua primeira alta em 1954. Hoje, aos 80 anos, mora na Colônia Santa Teresa.

um abrigo provisório, que ficava a cargo das freiras da Fraternidade de Nossa Senhora Aparecida⁸, nas proximidades do atual bairro Roçado, na cidade de São José.⁹ Terminada as primeiras obras da Colônia, por volta de 1940, os futuros internos passaram a ser encaminhados para o leprosário. Enquanto isso, outros casos eram confirmados, formando assim novas levas que paulatinamente engrossavam o caldo populacional de Santa Teresa.¹⁰ Esse tipo de procedimento seria uma constante durante a década de 1940, mas seu período de maior atuação se limitaria aos três primeiros anos que antecedem a inauguração do “leprosário” (em 11 de março de 1940), época em que a “caçada aos leprosos estaria em pleno vapor”.

Os primeiros movimentos, que levaram a esta “caçada” declarada aos hansenianos do período, remontam a algumas questões candentes sobre o assunto antes mesmo dos anos 1930. Basicamente, estas discussões se dividiam entre os que defendiam o confinamento compulsório como forma de conter a “lepra” e os que divergiam destas propostas. Como afirma Mattos (2002, p.111):

Nas primeiras décadas do século XX uma série de discursos acerca dos mecanismos de profilaxia que deveriam ser instituídos no campo da hanseníase passou a ser postulados por leprologos e cientistas. Embora alguns desses discursos tenham se posicionado contra a idéia do isolamento compulsório defendido nos congressos internacionais de leprologia realizados entre os anos de 1900 e 1930, a teoria do contágio, a observação de uma maior incidência dentro do âmbito familiar e o caráter evolutivo da enfermidade acabaram dando força àqueles que se posicionavam a favor da prática isolacionista.

Estes debates, em torno do que fazer com o “problema da lepra”, tramitaram desde finais do século XIX, época em que a medicina se profissionalizava no Brasil e que os discursos higiênico-sanitários passavam a “limpar” as cidades (CHALHOUB, 1996) e a “civilizar” a “raça mestiça” (SCHWARCZ, 1995), chegando ao século XX como um problema ainda não resolvido. Contudo, somente no primeiro quarto deste século é que se

⁸ “Enfrentar o medo e o lepro-estigma da população foi o maior desafio para o governo brasileiro diante da carência e necessidade de encontrar trabalhadores para cuidarem dos leprosos. Não havia ninguém que desejasse esse tipo de trabalho. Diante desse problema o Brasil pediu que viessem da Alemanha algumas religiosas da “Congregação das Irmãs Franciscanas de São José” para atuarem na Colônia de São Roque (PR). A partir da experiência adquirida no cuidado aos leprosos do Paraná, parte desta congregação (Fraternidade de Nossa Senhora Aparecida), que habitava o Convento de Angelina (SC), assumiu a assistência aos doentes da Colônia Santa Teresa e do Educandário Santa Catarina (destinado aos filhos dos internos da colônia). As Irmãs chegaram na Colônia em 21 de janeiro de 1940, fizeram a limpeza do local e prepararam tudo para a chegada dos pacientes. Após a inauguração da instituição, elas assumiram o serviço de cozinha, lavanderia, enfermagem e do Educandário Santa Catarina” (BORENSTEIN, 2004, p. 92).

⁹ Mais especificamente, este acampamento provisório ficava onde tempos depois seria construído o Educandário Santa Catarina, local destinado ao cuidado dos “filhos sadios” dos hansenianos.

¹⁰ Na década de 1940 chegaram a passar pela Colônia cerca de 826 hansenianos.

verificam as primeiras iniciativas visando um tipo de solução prática para o problema da “lepra”.

Alguns dos primeiros ensaios profiláticos podem ser vistos a partir de algumas propostas inventariadas por Oswaldo Cruz¹¹ no início do século XX, a exemplo da construção de colônias agrícolas, como também as propostas de médicos partidários da eugenia, que viam em algumas medidas radicais, como a esterilização¹², uma forma válida para redução da lepra e conseqüente aprimoramento da “raça brasileira”. Contudo, somente:

Na esteira do Estado Novo, em que os princípios de riqueza, progresso, trabalho e civismo foram apresentados como imprescindíveis à formação da nação, os ideais eugênicos acabaram se cristalizando e se configurando como um tônico para o engrandecimento da raça e a conseqüente “salvação” do país (MATTOS, 2002, p. 50).

Por volta dos anos 1920 algumas medidas seriam decisivas para os passos que seriam dados em 1935, às vésperas do Estado Novo. A primeira delas era a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, sob direção de Carlos Chagas, junto à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. A partir destes órgãos é que se conduziram as primeiras experiências de levantamento estatístico dos “leprosos”, e a edificação das primeiras colônias agrícolas em São Paulo, que por sinal se tornariam referência para os modelos construídos na década de 1930 (entre elas a Colônia Santa Teresa). A segunda medida seria a criação da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, associação filantrópica que tinha por objetivo dar “amparo” aos “lázaros”¹³, arrecadando donativos e participando dos debates que definiriam as medidas vistas como mais eficazes para se combater a “lepra” e para “cuidar dos leprosos” (MATTOS, 2002).

Somente a partir de 1930 a campanha de combate à lepra, aliada a uma massiva divulgação por parte dos meios publicitários (jornais, revistas especializadas, etc.), ganharia maior notoriedade e respaldo por parte do Governo Federal. Por se estar em uma época onde o poder do governo se encontrava mais centralizado e com projetos nacionalistas notoriamente eugênicos, este foi o momento adequado para se dar vazão, em nível nacional, as propostas que tramitavam desde o início do século XX (MATTOS, 2002).

¹¹ O médico Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública em 1903.

¹² A esterilização foi uma medida defendida por muitos médicos eugenistas, ou neomalthusianos, desde o início do século XX. Tais médicos viam nesta forma de “tratamento” a possibilidade de conter a procriação de determinadas categorias de sujeitos, considerados indesejáveis para a sociedade, como criminosos, loucos, prostitutas, leprosos, etc. Tendo em vista que os comportamentos sociais e as doenças eram determinados por condições biológicas e hereditárias, pensavam que a esterilização seria uma medida determinante para o alcance de uma “raça forte, sadia e moralizada” (ANTUNES, 1999).

¹³ Conceito bastante utilizado nos meios publicitários da época para fazer referência aos hansenianos.

Em Santa Catarina somente em 1936 é que estes discursos tomariam um caráter prático e aplicável. Primeiro, pelo fato da fundação da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra na capital, em dezembro deste ano. Segundo, pela criação do Departamento de Saúde Pública (em 16/11/1936), que vinha substituir a antiga Diretoria de Higiene do Estado. Todo este processo fora conduzido pelo interventor federal em exercício Nereu Ramos.

Junto ao projeto de criação do tripé profilático (Colônia, Dispensário e Preventório)¹⁴ iniciou-se em 1937 os primeiros levantamentos (recenseamentos) sobre os lugares onde se encontrariam a incidência da “lepra”. Identificados e fichados, os hansenianos passaram a ser dirigidos a suas respectivas instituições.

A “Cidade dos Lázaros”

Eis o que afirma a Revista Santa Catarina, veículo de propaganda do regime estadonovista, sobre a construção da “cidade dos lázaros”.

Feita a terraplanagem do local – no distrito de São Pedro de Alcântara, município de São José, distante 25 quilômetros desta capital – se foram levantando as casas, formando-se as ruas, a praça, os ajardinados, estendendo-se os encanamentos de água e esgoto, espichando-se os fios aéreos da iluminação, e a “cidade dos lázaros”, agora em obras de conclusão, apresenta o belo aspecto que as duas páginas adiante reproduzem (SANTA CATARINA, 2002, p. 33).

Este trecho assinala um feito. Enaltece uma obra, situando através de seu discurso um empreendimento que deve ser visto. Sinalizando progresso, desenvolvimento e distinção política, esta propaganda mobiliza uma série de representações sociais, visando estabelecer uma imagem clara de êxito de parte da administração pública da época. E assim continua...

Outras construções de vulto não existissem, como atestado de esforço e capacidade surpreendentes de realização, essa a que nos referimos bastaria para consagrar um governo, através da sua profunda e extensa significação, preenchendo uma exigência social das mais instantes, reparando injustiças de desamparo sem termo,

¹⁴ “De acordo com a lei que instituía o Serviço de Profilaxia da Lepra, ficaria a cargo do referido órgão “executar e fazer cumprir todas as medidas tendentes a impedir e a restringir o desenvolvimento da lepra no Estado e a realizar pesquisas relativas a sua epidemiologia, profilaxia e terapêutica”. Para tanto, a organização deveria ser distribuída em quatro pilares básicos de sustentação: chefia; colônia para o internamento dos enfermos contagiantes e inválidos; dispensário para exames, triagem e tratamento dos doentes não contagiantes; e preventório e escola agrícola para menores comunicantes. A realização do recenseamento da população portadora da doença, o tratamento ambulatorial dos que apresentavam o quadro não contagiante, o internamento dos que possuíam a hanseníase contagiosa e a vigilância sobre os parentes que *a priori* não haviam apresentado sinal da enfermidade eram funções do assistente técnico médico, do auxiliar técnico médico e do médico especialista visitador, cargos designados pela interventoria do Estado” (MATTOS, 2002, p. 84).

suprindo alarmante falha de nossa organização sanitária e, enfim, tornando objetiva uma obra completa e esplendida de humanitarismo (SANTA CATARINA, 2002, p. 33).

Vindo a lume em setembro de 1939, a primeira edição da Revista Santa Catarina apresentava os “extraordinários feitos” dos governos federal, estadual e municipais de Santa Catarina. Dentre tais “feitos”, um em particular acenava como obra de “justiça”, “amparo” e “humanitarismo” de parte dos administradores públicos: era a construção da Colônia Santa Teresa, ou a “cidade dos lázaros”.

Este empreendimento público sinalizou para o período, não isoladamente, um ajuste de rumos. Direcionava, segundo o discurso veiculado, a trajetória de uma nação “sadia” para um caminho certo de desenvolvimento, progresso e prosperidade social. Demarcava assim uma distinção clara entre um passado político “inglorio” (antes da “revolução” de 1930) e um presente de “conquistas”, rumo a um futuro de realizações maiores. Esta imagem quase épica de empreendedorismo e conquista sem dúvida garantiu legitimidade para os “feitos” da época. Contudo, o que dizer das pessoas que por este ato de “humanitarismo” e “justiça” foram “tocadas”? O que dizer sobre os que aqui são celebrados: os “desamparados”, os “injustiçados”, os “lázaros”? Afinal, sem eles não haveria celebrações, pois são eles quem atestam a “caridade” e o “humanitarismo” do “espetáculo político” que se assiste.

Uma verificação possível pode ser feita a partir da própria Colônia Santa Teresa. Fundada em 11 de março de 1940, a “cidade dos lázaros” foi uma iniciativa, que na esteira de outras colônias construídas no Brasil na década de 1920-30, objetivava estabelecer um “espaço de convívio” para os hansenianos do período. Contudo, apesar desta imagem benemerente de cuidado e preocupação com os “lázaros”, o que se percebe é a criação clara, de parte das políticas eugênicas do período, de um lugar de segregação e confinamento compulsório de sujeitos que simbolizavam um perigo social para a “raça sadia”. Durante as décadas de 1920 e 1930 verificou-se por parte dos órgãos de saúde pública um censo assustador. Uma quantidade alarmante de “leprosos” que grassavam “sua doença” em território brasileiro (BORENSTEIN, 2004). Esses números representavam uma ameaça do ponto de vista dos projetos eugênicos preconizados pelo governo Vargas, no sentido da construção de uma “raça brasileira” trabalhadora e saudável. Via-se então que somente com o isolamento desta ameaça é que os projetos em pauta poderiam seguir um andamento seguro.

Na senda destes projetos é que a construção da Colônia Santa Teresa pode ser entendida. Sua estrutura fora planejada para dar aos seus habitantes uma vida similar a que poderiam ter fora dela. Evidentemente, com muitas distinções e limitações, principalmente

por se tratar de um local fechado, onde o contato com o mundo de fora era limitado e regulado por regras claras que deviam ser aplicadas a todos por intermédio do diretor da colônia. Para se ter uma idéia mais precisa, inventariar-se-á alguns mecanismos que faziam parte da estrutura física e organizacional deste espaço.

Construída em um território de 2.099.803 metros quadrados, circundada por montanhas e recortada pelas águas do Rio Imaruim, a “cidade dos lázaros” atingia um total de 200 mil metros quadrados de área construída (SANTA CATARINA, 2002, p. 33). Dividia-se em três zonas principais: zona A (ou zona “sadia”), zona B (ou zona “intermediária”) e zona C (ou zona dos “doentes”).

A zona “A” ou “sadia” era composta por residência do diretor, residência do administrador, 6 casas para funcionários, uma usina termoelétrica, um posto de captação de água com reservatório de distribuição e portaria. A zona “B” ou “intermediária” dispunha de um prédio administrativo, casa das religiosas, cozinha, câmara frigorífica, lavanderia, pavilhão de observação e entrada para o ambulatório. A zona “C”, reservada aos doentes, era assinalada por um refeitório, um pavilhão para atendimento médico e dentário, 7 pavilhões masculinos, 4 pavilhões femininos e um pavilhão infantil. Ainda no setor “C”, foram construídas 9 casas geminadas para casais, estação de depuração de esgoto, cemitério e praça de esportes (MATTOS, 2002, p. 115-116).

Estas três áreas demarcavam *a priori* os espaços de relação social aos quais cada tipo de sujeito deveria atuar. A zona C, em particular, delimitava o espaço dos internos. Nela, só entravam os membros da “comunidade sadia” do hospital (como os funcionários e as freiras), estando no mais das vezes apenas reservado aos doentes, que de lá não deveriam sair. As poucas formas de contato do interno com as pessoas de fora se davam por intermédio de um parlatório, um complexo mecanismo que compunha a estrutura física dos “leprosários”. Consistia em um espaço dividido por uma tela de metal ou, em sua forma mais aperfeiçoada, dividido por um vidro, que tinha por objetivo propiciar a conversa dos internos com as pessoas de fora (amigos, familiares, ou outros que não estivessem confinados), mas com a garantia de que não houvesse contato entre os mesmos. Outra forma de contato eram as cartas, que regularmente eram trocadas entre familiares e internos. Vale ressaltar que estas cartas eram passadas em uma estufa, para serem “desinfetadas”, já que se acreditava na possibilidade de transmissão da doença por intermédio delas.

Outros mecanismos, por sua vez, propiciavam um padrão de auto-gestão da colônia. Do ponto de vista econômico, estava ao encargo dos internos produzir sua própria subsistência. Assim, atividades agrícolas, como produção de fumo de corda e uma diversidade de gêneros alimentícios eram cultivados, junto a uma pequena criação de gado vacum, porcos

e galinhas. Um pequeno comércio interno também vigorava, por intermédio de uma moeda que fora cunhada, servindo como pecúnia dos internos.

Outro órgão pecuniário era a Caixa Beneficente, que funcionava como um fundo de doações. Sobre este fundo Mattos (2002, p.126-127), nos fala que:

A Caixa Beneficente se constituía em órgão instaurado dentro das instituições asilares. Seu objetivo principal era o de administrar as doações feitas aos enfermos, sem a interferência das entidades assistenciais. Sob o gerenciamento de um interno asilar, deveria garantir que os auxílios obtidos sob forma de donativos fossem aplicados a partir das necessidades e dos interesses dos doentes. Nesse sentido ela acabou assumindo particularidades. Em Santa Catarina, além de estar voltada às questões de cunho econômico e financeiro no âmbito da produção interna da Colônia Santa Teresa, a Caixa Beneficente tinha por atribuição também cuidar das questões relativas aos recursos a serem empregados nos setores de cultura, educação, esporte e lazer. Interessante salientar que o interno nomeado para assumir o cargo de chefe da Caixa Beneficente, diferente do que acontecia em outros setores, era eleito pelo voto popular, pelo menos durante a primeira década de funcionamento do asilo.

Alguns mecanismos, desta vez efetivamente políticos, regulavam a vida dos internos. Um deles, a prefeitura, era o órgão máximo dentro da “zona doente”. Era ele o responsável pela administração desta área, de forma a garantir um funcionamento ordenado dentro dos parâmetros estabelecidos pelo regulamento interno e pelo diretor.

No Santa Teresa coube à Prefeitura gerenciar a parte pública do estabelecimento garantindo a preservação dos prédios, como pavilhões, casas, delegacia, oficinas, cozinha, escola, suas mobílias e seus materiais; a preservação e manutenção das áreas externas, como campos verdes e de lazer, praças, cemitério, ruas e avenidas; a designação dos cargos públicos de menor especialização a serem preenchidos pelos internos, sob deferimento do diretor da instituição; e o pagamento dos vencimentos desses funcionários, que eram lotados pelo Estado conforme a Lei 143 (MATTOS, 2002, p. 124).

Posteriormente, outros órgãos foram sendo criados como cartório, para os registros de nascimento, casamento e morte dos internos e a cadeia, que funcionava como um artifício punitivo para os que ousassem ultrapassar os limites da norma.

No interior desta estrutura funcional vigorou um tipo de cultura distinta, produções culturais que articulavam as relações sociais dentro da colônia. Considera-se aqui como distinta, não apenas por dizer respeito a um tipo de cultura que se produz em uma instituição fechada (a colônia), mas fundamentalmente por ela se diferir do “mundo de fora” por seu objetivo central: persuadir os hansenianos a permanecerem neste lugar, fornecendo atrativos que amenizassem as atribulações de uma vida em confinamento. Assim, por intermédio de atividades culturais como rádio, cinema, teatro, bailes, festividades carnavalescas e religiosas, jogos, atividades esportivas, dentre outras, a instituição asilar atuava de forma a tornar

agradável e convidativa as acomodações da “cidade dos lázaros”.

Dentro destes parâmetros a estrutura funcional do hospital/colônia permaneceu durante as décadas de 1940, chegando à década de 1950 como uma estrutura, em alguns aspectos, já comprometida. Com a aprovação da Lei 1.045 de 1950, que autorizava a concessão de alta hospitalar para os pacientes que apresentassem um quadro clínico estável, em virtude do bom resultado dos medicamentos¹⁵, o sistema de internamento compulsório passou a ser desestruturado, cedendo lugar para políticas de saúde pública, que visavam a inserção dos hansenianos ao meio social.

Considerações Finais

O projeto de segregação dos hansenianos arquitetado em Santa Catarina durante o Estado Novo, mais do que sanar um problema de ordem pública, estabeleceu um distanciamento social de pessoas consideradas “perigosas” para uma sociedade dita “sadia”. Este distanciamento produzido trouxe uma vez mais a afirmação de um tipo de preconceito, já milenar, em relação ao portador da hanseníase.

Observando-se de um lado, constata-se que houve um decréscimo na propagação da doença durante a década de 1940. Contudo, para tal fim, as medidas tomadas foram caras para muitos. Talvez, dentre o que se pôde observar, a (re)afirmação do preconceito e a desintegração dos laços familiares foram os principais problemas gerados para os que adentraram compulsoriamente os portões da Colônia Santa Teresa. As memórias dos internos remanescentes deste período relutantemente afirmam tal condição.

Ainda hoje este hospital mantém uma pequena parte de seus antigos habitantes. Diferente de outros tempos, como eles mesmos lembram, hoje “podem entrar e sair quando quiserem”. Apesar disso, a permanência deles neste espaço se dá na realidade pela falta de opções ou mais propriamente pela dependência social que têm do hospital. Como uma espécie de retratamento, o hospital mantém muito dos antigos pacientes, haja vista que não precisariam estar mais ali dentro. A continuidade dos pacientes neste lugar é um indicativo do que, em longo prazo, o estigma e o confinamento produziram sobre os hansenianos: dificuldade de inserção social e dependência institucional.

A hanseníase ainda é uma realidade no Brasil. Diferente de sessenta anos atrás, hoje

¹⁵ Os primeiros medicamentos, tal como a sulfona ou dapsona, foram introduzidos na Colônia Santa Teresa a partir de 1946. Após a verificação de uma melhora gradativa nos quadros clínicos de alguns pacientes submetidos ao tratamento com estes medicamentos, foram concedidas as primeiras saídas através das “ordens de licença”, autorizações médicas que possibilitavam a saída dos pacientes, de forma rápida e com retorno previsto.

ela possui um tratamento adequado, feito a partir da poliquimioterapia (PQT)¹⁶, e o atendimento pode ser feito de forma ambulatorial, dispensando o internamento nos casos em que a doença não se encontra em estágio muito avançado. Muito embora os aspectos da profilaxia tenham mudado bastante, a desinformação a respeito desta doença ainda é muito grande, fundamentalmente por ela ser vista como uma doença do passado, já superada pelos “avanços” da medicina. Contudo, ao contrário deste “imaginário seguro”, a hanseníase ainda existe, e continua a ser um problema de saúde pública no Brasil, país que leva o demérito de possuir o segundo maior índice de hansenianos do mundo (BRASIL, 2002), o que poucos sabem.

Entende-se, assim, que a desinformação a respeito da hanseníase é um indicativo do estigma produzido em torno do “leproso” em um longo percurso histórico, fortalecido pelas políticas de segregação do período Vargas. O estigma produz um distanciamento forçado do sujeito estigmatizado, que em decorrência desse distanciamento passa a não ser mais visualizado socialmente. E é esse estado de invisibilidade que exclui automaticamente a hanseníase e seu portador dos círculos de debate social, reafirmando uma vez mais sua segregação.

Bibliografia

ANTUNES, J.L.F. *Medicina, Leis e Moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: UNESP, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o Controle da Hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BÉNIAC, F. *O Medo da Leprosia*. In: LE GOFF, J. *As Doenças tem História*. Lisboa: Terramar, 1997, p. 127-145.

BORENSTEIN, M.S. *Hospitais da Grande Florianópolis: fragmentos de memórias coletivas (1940-1960)*. Florianópolis: Assembléia Legislativa, 2004.

CHALHOUB, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Cia. das

¹⁶ A PQT mata o bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, e, sendo realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença. A poliquimioterapia é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre com frequência quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o Controle da Hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Letras, 1996.

DELUMEAU, J. *História do Medo no Ocidente*. São Paulo: Cia. das Letras, 1990.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

MATTOS, D. M. *Fora do Arraial: hanseníase e instituições asilares em Santa Catarina (1940-1950)*. São Paulo: USP, Dissertação de Mestrado, 2002.

RICHARDS, J. *Sexo, Desvio e Danação: as minorias na Idade Média*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1993.

SANTA CATARINA. *Revista de Propaganda do Estado e dos Municípios*. N.1, 1939. Edição Facsimilada. Florianópolis: Governo do Estado, 2002.

SCHWARCZ, L.M. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.

Rafael Araldi Vaz
E-mail: araldivaz@yahoo.com.br

Entrada: 28/08/2006
Aprovado: 27/05/2007