

CIDINALVA SILVA CÂMARA

O COMEÇO E O FIM DO MUNDO:
estigmatização e exclusão social de internos da colônia do Bonfim

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Profº Dr. Benedito Souza Filho

São Luis

2009

Câmara, Cidinalva Silva.

O COMEÇO E O FIM DO MUNDO: estigmatização e exclusão social de internos da Colônia do Bonfim / Cidinalva Silva Câmara. – São Luís, 2009. 147f.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientador: Benedito Souza Filho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2008.

1. Internos da Colônia da Bonfim – Identidade.
2. Lepra – Isolamento compulsório. I. Título

CDU 316.7: 616-002.73

CIDINALVA SILVA CÂMARA

O COMEÇO E O FIM DO MUNDO:
estigmatização e exclusão social de internos da colônia do Bonfim

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Sociais.

Aprovada em: / / 2009

Banca Examinadora

Prof. Dr. Benedito Souza Filho (Orientador)
Antropólogo –PPGCS/UFMA

Profa. Dra. Maristela de Paula Andrade
Antropóloga – PPGCS/UFMA

Profa. Dra. Regina Helena Martins de Faria
Historiadora – DEHIS-UFMA

A Wheriston, meu companheiro, a
Benedita e João Catarino, meus pais
e aos meus avós: Francisca, Manoel e
Justina Ribeiro (in momeriam) por
tudo que representam em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao longo de dois anos de aventura para realizar este trabalho, de muitas idas e vindas, de mudanças de planos, fora se constituindo, gradativamente, o corpo desta dissertação. Muito além do que a autoria do trabalho permite observar, trata-se na realidade do resultado de um investimento coletivo de familiares e amigos; sem dúvida representando mais que uma conquista pessoal que me deixa imensamente feliz.

Nesse momento, que encerra mais uma etapa de minha vida acadêmica, quero agradecer a algumas pessoas e instituições que contribuíram para que a presente dissertação fosse possível.

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por estar presente em minha vida em todos os momentos.

A Meus pais, João Catarino e Benedita por me terem trazido ao mundo e tão cedo, levados pelas circunstancias da vida, terem se desprendido de mim deixando que eu fizesse meu próprio caminho. Agradeço pelo amor incondicional que me fez ter forças para ultrapassar tudo e chegar até aqui. Agradeço pelo que sou, pelo que me fizeram ser.

Agradeço a minha tia Alice Ribeiro, por ter me acolhido em sua casa e oferecido todo suporte necessário para que eu estudasse, pelas lições de vida, por ter acreditado em mim e incentivado meus projetos.

Agradeço ao meu orientador, o Professo Dr. Benedito Souza Filho, por ter me aceitado como orientanda, pelo apoio, por ter acreditado que este trabalho fosse possível, pelas risadas e, principalmente pela amizade, que espero conservar por toda vida.

Sou grata ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais pela oportunidade fornecida à realização deste trabalho, em especial aos professores (dentre eles, com particular gratidão aos Drs Igor Gastal Grill, Maristela de Paula Andrade e Sérgio Ferreti, pela inspiração profissional, pelo interesse por minha pesquisa e pelas valiosas contribuições que me forneceram durante o curso); e meus colegas de curso pela troca de conhecimento, pelas discussões fundamentais para a construção deste projeto de vida e por terem me dado força nos momentos mais cruciais deste percurso.

Aos funcionários do Arquivo Público do Estado do Maranhão pela amizade e pelos valiosos auxílios prestados em todos esses anos que ali pesquisei.

Ao grupo de egressos da colônia do Bonfim que se dispôs a colaborar com a pesquisa que originou a presente dissertação, agradeço de forma especial pela paciência e coragem.

Agradeço à CAPES pela bolsa, ajuda essencial à realização desta dissertação.

Ao Grupo de Pesquisa História e Religião, pela força, companheirismo, pelas discussões compartilhadas nos congressos que participamos e organizamos juntos. Em especial, aos professores Lyndon Araújo e Adroaldo Almeida pelas orientações de vida, pelo carinho e pela amizade que nutrimos desde a graduação.

Aos meus eternos amigos: Gizelli, Sislene, João Ricardo, Josédla, Paulo, Ariel, Tiagão, Cínthia, Reinaldo, Renildo, Gledson, Evaldo, Denízia, Ronilson, Elthon, Diogo, Fábio, Klercilene, Rejane, agradeço por terem compartilhado meus momentos de angústia e de alegria durante este percurso.

E finalmente agradeço a meu marido Wheriston e a minha irmã Conceição pelos momentos em que precisei de silêncio, isolamento, ou de alguém com quem conversar; por sempre estarem ao meu lado, fornecendo todo o suporte necessário à minha concentração no trabalho, pelas longas conversas e divagações. Obrigada Wheriston por compartilhar comigo um projeto de vida. Sei que sem teu amor, tua ajuda, tua companhia e tua paciência este momento dificilmente teria ocorrido. A ti toda a minha gratidão e todo o meu amor.

E eu nunca sofri separação de minha família, a minha mãe e meus irmãos nunca percebi diferença dentro de casa, mas na rua! eu não saía mais na rua, aqueles meus colegas que iam lá em casa pra brincar já não iam mais. Eu não saís mais também, pra brincar na casa de meus vizinhos!

(João Batista, egresso da colônia do Bonfim)

Ai tentaram me tirar daqui, tentaram me voltar pro Educandário, eu não tinha seqüela nenhuma. Lá no Educandário, como eu tinha passado uns dias aqui. Imagine como era a mentalidade na época, não tinha como voltar né?

(Juliano, egresso da colônia do Bonfim)

RESUMO

A presente dissertação analisa os aspectos sociais, políticos e estigmatizadores relacionados com o isolamento compulsório de homens, mulheres e crianças contaminados pela lepra (*Mycobacterium leprae*) no asilo-colônia do Bonfim, em São Luís, entre os anos de 1937 e 1965. Trata dos problemas relacionados com o cotidiano dos portadores dessa enfermidade no interior dessa instituição asilar e os impactos produzidos em suas vidas. Analisa, ainda, em que medida a construção social da lepra enquanto um problema de saúde pública e a institucionalização do isolamento compulsório do doente contribuíram para a estigmatização e a exclusão social de milhares de indivíduos em todo país e particularmente no Maranhão. Considera-se que estavam envolvidas naquelas medidas que preconizavam o isolamento, disputas de poder baseadas em saberes sobre a doença e o doente, fundamentadas num projeto civilizador e de modernização do país que inscreviam no corpo dos enfermos o signo da ameaça à coletividade.

Palavras-chave: Lepra. Isolamento compulsório. Estigma. Colônia do Bonfim.

ABSTRACT

This dissertation examines the social, political and stigmatized in connection with the compulsory isolation of men, women and children infected by leprosy (*Mycobacterium leprae*) in asylum-colony of Bonfim, in São Luís between the years of 1937 and 1965. Dealing with problems related to daily life of individuals there were hospitalized for structuring in asylum institution and impacts produced in their lives. Analyzing further, the extent to which the social construction of leprosy as a public health problem and the institutionalization of compulsory isolation of the patient contributed to the stigma and social exclusion of thousands of individuals in the whole country and particularly in Maranhão. It is considered that they were involved in such measures giving isolation, disputes of power based on knowledge about the disease and the patient, and impacts produced in their lives.

Keywords: Leprosy. Compulsory Isolation. Stigma. Colônia do Bonfim

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1. Perspectiva do cemitério do Gavião mostrando o leprosário do Gavião à direita.....	p.73
Figura 2. Tipo de casas do Leprosário do Gavião.....	p.74
Figura 3. Foto de uma visita do leprólogo Achilles Lisboa ao leprosário do Gavião.....	p.75
Tabela I. Movimento de doentes no estado do Maranhão nos anos de 1923 e 1934.....	p.76
Tabela II Pessoas atendidas pela 1ª vez em 1934.....	p.77
Figura 4. Visão de parte do mapa de São Luís de 1820 destacando a Ponta do Bonfim defronte do centro da cidade de São Luis	p. 80
Figura 5. Visão de parte do mapa de São Luís de 2009 destacando a Ponta do Bonfim defronte do centro da cidade de São Luis.....	p. 80
Figura06. Foto de Internos da Colônia do Bonfim	p.88
Figura 07. Vista da Colônia do Bonfim destacando um conjunto de duas casas conjugadas ou geminadas.....	p.90
Figura 08. Vista da Colônia do Bonfim destacando um conjunto de seis casas conjugadas ou geminadas.....	p.90
Figura 09. Vista da parte central Colônia do Bonfim	p.91
Figura 10: Time de futebol de internos da Colônia do Bonfim	p.95
Tabela III. Categorias e subcategorias classificatórias dos internos da colônia do Bonfim	p. 109
Gráfico I. Quantidade de internos da colônia do Bonfim entre os anos de 1937 e 1965.....	p. 109
Tabela IV. Prevalência e detecção da hanseníase 2005 por região.....	p.121
Figura 11. Mapa da Ilha de São Luís de 2009 destacando a atual configuração da ocupação Ponta do.....	p.124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DNDS	Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
IPLDV	Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas
MES	Ministério da Educação e Saúde
MORHAN	Movimento de Reintegração da Pessoa Atingida pela Hanseníase
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SNL	Serviço Nacional de Lepra

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	13
2 - A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: um sem fim de perguntas, uma infinidade de dúvidas na prática da pesquisa	19
2.1 - As motivações para a definição do problema e do objeto de estudo.....	20
2.2 - A construção do objeto.....	22
2.3 O trabalho com narrativas: questões intrínsecas às formas de lembrar o passado.....	35
3 – “PELA PÁTRIA, CONTRA LEPROSA, UMA ENFERMIDADE NEFANDA”	40
3.1 O Brasil contra o “perigo da morfêia”: nasce a campanha nacional contra a lepra	47
3.1.1 A medicina e a uniformização do controle da lepra.....	55
3.1.2 Corpo: o lugar da doença.....	62
3.1.3 O médico Achilles Lisboa e o combate à lepra.....	68
3.2 O Maranhão Contra O “Embuste Da Lepra”	72
4 - ASILO-COLÔNIA DO BONFIM: um lugar onde o mundo nasce para uns e acaba para outros	79
4.1. Ponta do Bonfim: de lazareto a leprosário	79
4.2 Leprosário do Bonfim: “várias vidas a pensar por qual razão do destino vieram aqui morar”	83
4.3 A vida na colônia do Bonfim	87
4.3.1. Das atividades diárias e do lazer: trabalho, escola, igreja, festas, cinema.....	95
4.4 Da divisão e hierarquia espacial	96
4.4.1. Das concessões de privilégios e dos castigos.....	101
4.4.2 Os pavilhões.....	106
4.5 Movimento de doentes na colônia	108
5- NOVAS ORIENTAÇÕES NACIONAIS DE COMBATE À LEPROSA: o fim do Isolamento compulsório	112
5.1. Novas orientações nacionais de combate à lepra.....	112
5.2. A vida depois do fim do isolamento compulsório.....	124
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	137

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase ainda constitui relevante problema de saúde pública, a despeito da redução drástica no número de casos - de 17 para cinco por 10 mil habitantes - no período de 1985 a 1999. Embora o impacto das ações, no âmbito dessa endemia, não ocorra em curto prazo, o Brasil reúne atualmente condições altamente favoráveis para a sua eliminação como problema de saúde pública, compromisso assumido pelo País em 1991 - a ser cumprido até 2005 - e que significa alcançar um coeficiente de prevalência de menos de um doente em cada 10 mil habitantes. (BRASIL, 2002).

A epígrafe acima, extraída do “*Guia para o Controle da hanseníase*”¹, revela a preocupação do Ministério da Saúde, já em 2002, com o controle da hanseníase no Brasil. Naquele ano o governo federal previa a eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública até o ano de 2005. No entanto, o que os dados do próprio Ministério da Saúde (MS) demonstram atualmente é que esse objetivo ainda está longe de ser atingido. Em decorrência disso, a meta prevista para a eliminação da endemia em 2005, passou para 2010. Naquele ano ocorreu uma prevalência de 1,48 casos/10.000 habitantes, quando o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de menos de 1/10.000 habitantes.

Apesar do grande avanço 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 desapareceram 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.

Compreender como a lepra foi alçada à condição de problema social (LENOIR, 1996) 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 entendermos dois aspectos fundamentais: 1) as representações que os portadores da doença que passaram um longo período de confinamento numa

¹ O termo Hanseníase faz referência ao nome do Biólogo Gerhard Henrik Armauer Hansen que descobriu o agente causador da lepra em fins do século XIX - o *Mycobacterium leprae*.

colônia para leprosos têm de si, da doença e da instituição e, diretamente relacionado com o primeiro, 2) 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 apreensão dessas representações que contribuem decisivamente para a construção de identidades deterioradas (GOFFMAN, 1978) que levam a processos de estigmatização e exclusão, não podemos perder de vista os contextos conjunturais e políticos em que se inserem. Devem ser pensadas, portanto, à luz de processo de reformas urbanas planejadas e implementadas já no início da República, num momento em que se observavam investimentos em técnicas de disciplinamento do corpo social e de higienização dos centros urbanos com o intuito de eliminar determinados grupos que poderiam por em risco o ideal de progresso e desenvolvimento industrial almejado para o Brasil.

A partir de determinadas conjunturas, procuro analisar como foram desenvolvidas e difundidas técnicas e normas para combater a doença e controlar o portador dessa enfermidade, relacionando saber/poder, isto é, os conhecimentos médicos sobre a doença e a possibilidade de imposição de condutas ao corpo social. A criação do asilo-colônia do Bonfim, no Maranhão, é fruto desse princípio que acabou definindo um lugar fora do perímetro urbano para aqueles portadores da enfermidade considerada pelo saber médico como nefanda.

O exercício de análise desenvolvido no presente trabalho pretende tornar compreensível a relação entre a criação dos asilos-colônia e os projetos de saneamento que, articulados a nível nacional e local, tinham como principal objetivo produzir uma nação higienizada, moderna e civilizada a partir da adoção de técnicas disciplinares que normalizassem a conduta, sobretudo dos segmentos sociais mais pobres. Frequentemente, essas operações envolviam o expurgo dos pobres do interior das cidades, aliando saber médico e medidas políticas de intervenção sobre os corpos dos doentes como forma de garantir a saúde da população, da coletividade. Nessa operação, legitimava-se o afastamento do perímetro urbano daqueles considerados indesejáveis e o seu confinamento compulsório, assim como a aplicação de uma rígida disciplina no interior dos asilos-colônia, entendidas enquanto as medidas profilaticamente mais corretas no momento.

A compreensão das formas que os egressos do asilo-colônia do Bonfim adotam atualmente para se relacionar com outros sujeitos no seu cotidiano está

estritamente ligada às experiências do isolamento na instituição no passado. Nesse sentido, as representações desses agentes sociais são resultado da articulação entre suas experiências de vida anteriores ao isolamento, as relações por eles estabelecidas no interior do asilo-colônia e aquelas que estabeleceram após o fim do isolamento.

A presente dissertação visa, portanto, trabalhar com duas temporalidades, articulando o presente ao passado por meio das representações dos egressos do Bonfim durante o período de seu isolamento compulsório e os resultados desse período em suas vidas atuais.

Revisitar o passado se justifica porque se busca compreender as condições da formação e difusão, no Brasil e no Maranhão, de explicações apresentadas por médicos e agentes públicos como verdadeiras sobre a doença, o momento em que a enfermidade emerge como uma grande ameaça e inimiga da população e o denominado leproso, de forma a ser criada uma campanha nacional contra a doença que articulou sanitaristas, médicos, antropólogos, urbanistas etc. Ligando os dois momentos, está o período da internação dos portadores da doença. Para entender melhor esse momento serão enfatizados diferentes aspectos relacionados com a construção da colônia, sua estrutura física, sua distribuição espacial, as hierarquias sociais, analisados a partir do diálogo com as fontes escritas e orais (entrevistas com o grupo de egressos e antigos funcionários).

Trato também das transformações que ocorreram na estrutura da instituição e nas vidas dos internos com a desativação do asilo-colônia. A interrupção do funcionamento dessa instituição asilar provocou enormes alterações na vida dos ex-internos, criando uma série de problemas que se refletem na inserção social desses agentes sociais. Tais dificuldades se fazem sentir em sua vida cotidiana como também nas representações que têm sobre a situação atual da doença.

A análise será, portanto, norteada por uma questão fundamental: a constituição da identidade social dos egressos do asilo-colônia do Bonfim. Uma identidade marcada pela enfermidade. Identidade esta estigmatizada e deteriorada, mediada pelas categorias corpo e doença e determinada por ações de várias instituições, principalmente do Estado, da igreja, bem como da família dos internos e pelos próprios agentes. Identidade que, por um lado, se constitui também com base em entendimentos de senso comum relativos ao tratamento dado ao portador dessa enfermidade e que até hoje marca o imaginário coletivo sobre a doença e o doente. E, por outro lado, no âmbito individual, dependendo da forma como cada interno se relacionou e ainda se

relaciona com a doença, com sua condição de doente e das experiências vividas por cada um.

Em relação a esse problema observa-se uma dupla posição dos sujeitos da pesquisa. Uma, como a da dona Ana Rosa, 66 anos²², egressa do Bonfim, que tem suas lembranças de vida ligadas à doença que fala do isolamento na colônia como ela mesma afirma, como “a melhor coisa que me aconteceu”. Outra, como a do seu Juliano, 62 anos, que foi para a colônia com 16 anos de idade que, em relação à sua ida para a colônia diz: foi o “fim de meu mundo”.

Foi justamente essa dupla posição dos internos que serviu de inspiração para constituição do título da presente dissertação: para uns é o começo, para outros é o fim do mundo. Um mundo que começa e outro que termina, traduz bem os dilemas sociais vividos pelos internos da colônia do Bonfim. Apesar dessa separação operada pelos sujeitos da pesquisa, alusivas a uma nova situação determinada pela enfermidade, não se encontram isentos dos processos de estigmatização e exclusão social que a doença de que são portadores lhes impõem.

Assim, o objeto de estudo deste trabalho é compreender e analisar as representações que os internos da colônia do Bonfim que passaram por um longo processo de confinamento têm de si, da doença e da instituição e como essa condição de ex-interno repercute em suas relações sociais no cotidiano de suas vidas. Com efeito, o estudo aqui proposto enfoca as memórias dos antigos internos da colônia do Bonfim, evidenciando até que ponto o fato de serem ou terem sido portadores da enfermidade e moradores de uma colônia de leprosos interferiu e interfere em suas relações com o meio social.

Na construção do objeto de estudo proposto, a presente dissertação está estruturada em quatro capítulos. No primeiro tento apresentar o processo de construção do objeto ao falar de minhas experiências de campo, das incertezas, das construções e desconstruções realizadas a partir dos referenciais teórico-metodológicos.

No segundo capítulo serão analisadas as condições de emergência e o processo de difusão dos discursos sobre a lepra no Brasil e no Maranhão. Entendo que esta conjuntura de emergência de um discurso unificador da lepra e do denominado leproso, que teve um caráter eminentemente excludente, foi um importante marco na constituição das condições de vida atuais dos egressos do Bonfim.

²² Farei uso de pseudônimos por razões éticas e para preservar os informantes.

Ainda que não se possa marcar rigidamente as etapas relativas aos discursos sobre a lepra no Brasil, para efeito de uma distinção entre eles apontamos três momentos específicos: o primeiro, em que ela não era entendida enquanto uma questão de saúde pública, vai até finais do século XIX. Nesse momento, os cuidados com os doentes tinham um caráter de caridade cristã; o segundo momento é o da emergência da doença enquanto um problema de saúde pública em que se verificam investimentos para elevá-la à condição de ameaçadora da ordem pública e do desenvolvimento do país. Este momento pode ser demarcado, relativamente, entre as décadas de 1910 e de 1960, em que a política de controle da doença foi baseada na exclusão do doente e em seu isolamento em instituições asilares.

Pode-se dizer que o terceiro momento do discurso sobre a lepra, compreende o período da década de 1960 aos dias atuais. Neste momento observa-se uma mudança na orientação do tratamento político da doença (que passou a ser denominada hanseníase a partir da década de 1970) e ao doente, (que passou a ser chamado hanseniano).

As mudanças observadas neste período dizem respeito à profilaxia³ da doença, ao fim do isolamento compulsório. A mudança do termo lepra para hanseníase representa novamente uma medida estatal agindo diretamente nas condições de vida dos portadores da enfermidade, apontando para mudanças na postura das instituições em relação à lepra e ao denominado leproso, levando o governo federal a adotar medidas de inclusão dos doentes no seio da sociedade dita sadia.

Apesar da mudança de denominação da doença os egressos da colônia do Bonfim continuam a denominá-la de lepra por acharem que esse termo define melhor as condições que lhes encaminharam para a colônia. Ao falarem de si, referem-se a leproso como explica seu Juliano, de 62 anos: “Eu gosto de usar o termo leproso. Ele define, explica, soluciona, fica mais fácil da pessoa compreender, tem gente que não conhece o termo hanseníase”. Ao usarem esses termos os egressos Bonfim tentam demarcar que suas condições de vida atuais são fruto de uma política pública voltada para combater a lepra e não a hanseníase, isto significa que os prejuízos que eles tiveram não foram causados apenas por uma doença, mas também por intervenções diretas em suas vidas promovidas por medidas governamentais.

³ Profilaxia é uma palavra derivada do grego e significa velar, vigiar, prever. No que se refere às doenças transmissíveis, profilaxia é o conjunto de providências que se tomam com o fim de impedir a sua propagação na coletividade e anular ou diminuir os seus malefícios no indivíduo. cf. (FONTE E TINOCO, 1960, p. 162)

No terceiro capítulo realiza-se a análise da formação histórica da colônia do Bonfim, do seu funcionamento, das formas de reprodução das relações sociais e das experiências vividas pelos egressos buscando compreender como se formaram, no interior do asilo-colônia, as condições que viriam interferir nas formas desses sujeitos se relacionarem com a doença e o com o mundo à sua volta.

Para realizar esta tarefa utilizo as proposições de Goffman (2001a) sobre as instituições totais, pois considero que uma instituição asilar do tipo da colônia do Bonfim tem em sua função social e em sua organização interna todas as características de uma instituição do modelo que Erving Goffman trabalha.

Para Goffman (2001a, p. 11) “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, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Não restam dúvidas de que a colônia do Bonfim, assim como as demais colônias construídas no país com a finalidade de separar os denominados leprosos da sociedade, buscando protegê-la e impedir a propagação da doença se configura como uma instituição total.

No quarto capítulo será analisado o processo de desativação do asilo-colônia com a concessão de uma pensão pelo governo do estado para os egressos que provocou um “grande êxodo de internos”, como dizem os entrevistados; e as transformações que esses eventos provocaram na vida dessas pessoas. Por último, será feita uma análise das condições atuais de vida desses egressos do Bonfim, as relações sociais que estabelecem com a população circundante, o que pensam sobre a antiga instituição, sobre a doença e até que ponto o histórico de suas vidas, marcado pela exclusão social e estigmatização interfere em suas relações com o meio social.

Por fim, considero que é preciso conhecer mais do que a existência desses sujeitos, mas também as redes, os sistemas de troca, os pontos de encontro e muitas outras mediações que traduzem as maneiras como esses indivíduos participam efetivamente do seu cotidiano, produzindo comportamentos, determinando estilos de vida.

Capítulo Primeiro

2 - A construção do objeto de estudo: um sem fim de perguntas, uma infinidade de dúvidas na prática da pesquisa.

Este capítulo tem a finalidade de dar a conhecer o processo de problematização e construção do objeto de estudo. Nele busquei relatar as idas e vindas relativas às escolhas práticas, teóricas e metodológicas que orientariam meu olhar, de modo a auxiliar na tarefa de caracterizar o problema sociológico e delimitar o objeto de estudo a ser analisado; o universo empírico de pesquisa; os objetivos e as técnicas mais adequadas para fins de construção dos dados.

Ao descrever as experiências da pesquisa e as dinâmicas do trabalho de campo, tornar-se-á claro que nenhum objeto é construído por um ato teórico inaugural. Ele só tem condições efetivas de ser delimitado ou reformulado, de acordo com a dinâmica que a pesquisa oferece, pelos retoques sucessivos, correções, emendas, como sugere Bourdieu (2004). O exercício constante de objetivação que a tarefa de pesquisar determina, faz relativizar as certezas que temos *a priori* quando nos lançamos na complexa tarefa do trabalho de campo.

Como sublinha Clifford Geertz (2007, p. 13), nesse momento, os argumentos pré-estabelecidos se tornam oblíquos, a linguagem também, “por que quanto mais organizado e simples nos parece um certo caminho, mais temos a impressão de que estamos errados”. É justamente a partir das tensões geradas pela tentativa de interpretar determinadas experiências através de uma fraseologia limitada, de captar aspectos de uma economia psíquica que não é a nossa, que vêm à tona as dificuldades de articulação entre os conceitos de experiência próxima e experiência distante. Os primeiros dizem respeito aos conceitos que os “nativos” consciente ou inconscientemente utilizam, estando ligados às suas práticas. Os segundos correspondem àqueles que os especialistas utilizam para levar a cabo seus objetivos científicos, filosóficos ou práticos. Como assinala o referido autor, no exercício de análise científica “limitar-se aos conceitos de experiência-próxima deixaria o etnógrafo afogado em miudezas e preso em um emaranhado vernacular. Limitar-se aos de experiência-distante, por outro lado, o deixaria perdido em abstrações e sufocado com jargões” (GEERTZ, 2007, p. 87-88).

2.1 - As motivações para a definição do problema e do objeto de estudo.

Tendo em vista que a escolha de um problema e um objeto de estudo é determinada entre outros fatores por escolhas pessoais, caberia colocar como ponto de partida as motivações que me levaram à escolha do problema e a definição do objeto de estudo aqui proposto para análise.

Tudo começou com uma experiência fundamentalmente traumática. Quando ainda menina, fui pela primeira vez ao bairro da Vila Nova, nas adjacências da colônia do Bonfim. Como criança, a primeira impressão que tive ao encontrar com um egresso do Bonfim, contato esse facilitado pela proximidade, foi a de horror e medo. Os sentimentos desagradáveis decorrentes desse encontro, intensificados pelo desconhecimento, tinham nas palavras dos adultos caixas de ressonância, instrumentos amplificadores. A orientação era evitar a qualquer custo o contato com aquelas pessoas, porque tinham “uma doença feia e que pegava”. A denominada “doença feia” quase nunca era nomeada, parecendo haver até certo medo mesmo de pronunciá-la. Tudo ocorria como se existisse um tabu em torno do nome, proibindo-se o seu uso. Mas era inevitável o questionamento perplexo de uma criança: que doença era essa? Por que essas pessoas são assim? A resposta dada, ainda lembro, foi em voz baixa, quase sussurrada: “lepra, eles são leprosos”.

Esses comentários conseguiam transmitir de maneira relativamente clara que a manutenção da distância era vista como procedimento mais recomendável para a proteção individual dos moradores em relação aos ex-internos daquela antiga instituição. Havia nesses comentários um substrato peculiar de rechaço, de desprezo, como se os ex-internos possuísem uma identidade negativa e impronunciável. Para alguém que só tinha informações sobre a doença através de antigas histórias e da bíblia, relatando-a como um misto de falta de higiene e punição divina, as cenas vistas foram, de fato, bastante chocantes.

Se existe um fundamento na explicitação dessa experiência não seria ele de caráter estritamente retórico. Pretendo apontar com isso que a escolha deste tema não foi realizada como uma opção aleatória e justificável apenas pelas suas visíveis implicações nas modalidades de interações entre grupos e indivíduos, mas teve início como uma inquietação particular, que se intensificou na proporção em que obtive informações sobre as circunstâncias em que aqueles indivíduos foram parar na colônia do Bonfim.

A experiência pessoal constitui, portanto, um primeiro incentivo no esforço aqui proposto de analisar a lógica das relações entre grupos sociais rotulados como doentes e não doentes. No cerne desses acontecimentos, construído mediante um processo pessoal de afastamento inicial para fins de apropriação em outros termos, o que era um aspecto de minha própria experiência de vida, aparentemente sem qualquer interesse do ponto de vista acadêmico, foi se constituindo, paulatinamente, em um problema sociológico de grande complexidade. Questionava: que concepções ofereciam o substrato das políticas de combate à lepra e controle do portador da doença adotadas pelo Estado brasileiro a partir da segunda década do século XX? De que maneira milhares de indivíduos foram afastados do convívio social em espaços urbanos e deslocados compulsoriamente para outros espaços? Como interpretar os fenômenos sociais percebidos de maneira a não ficar preso ao peso da evidência e da simples constatação? Se os indivíduos são condicionados socialmente ao mesmo tempo pelas representações que fazem de si mesmos e por aquelas que lhes são impostas pelos outros, como esse conjunto de indivíduos estigmatizados, considerados relativamente incapazes, se agruparam de modo a (re)construir suas vidas?

Esse interesse foi se intensificando na mesma proporção em que tive acesso a mais informações, quer sobre a forma como aqueles indivíduos foram isolados na colônia do Bonfim, quer como foram retirados do seio familiar e separados de outros projetos de vida possíveis; seja pela condição de relativo esquecimento a que são submetidos na atualidade, seja pelo papel que as políticas públicas de modernização e higienização do tecido urbano tiveram nesses acontecimentos.

Nesse tipo de trabalho, que lida com experiências traumáticas, a pesquisadora pôde observar os riscos daquela espécie de mimetismo que, na estrutura da relação social entre pesquisador e sujeito da pesquisa, pode conduzir o primeiro a entrar nos pontos de vista do segundo, tornar os sentimentos do outro, seus, e conceber as razões subjetivas apresentadas como causas objetivas e instrumentos auto-explicativos. Como afirmou em certa oportunidade Pierre Bourdieu (1997, p. 700), o exercício espiritual de conversão do olhar que lançamos sobre os outros nas circunstâncias da vida, não deve nos fazer esquecer que a compreensão não pode ser reduzida a um estado de alma benevolente.

Nesse sentido, é preciso colocar em ação a *reflexividade reflexa* (1997, p. 694) que impõe discutir os pressupostos da interação em questão, esclarecendo quer a situação da pesquisa, os fins que ela busca, quer as razões que levam os participantes a

aceitar participarem da troca. Assim, a intenção deste trabalho não é de forma alguma, promover um julgamento das políticas públicas de combate à lepra. É, antes de tudo, uma tentativa de compreendê-las a partir de outros olhares que não daqueles que as pensaram e as implementaram. É pensá-las a partir da perspectiva de quem as viveu, de quem foi alvo delas e, ainda hoje, lida com as suas conseqüências.

A tessitura de relações constituídas por esses agentes sociais tem como principal ponto de partida a análise de suas narrativas, enfocando as noções, as crenças e as atitudes que giram em torno da enfermidade e que têm para esses indivíduos - na condição de egressos de um leprosário - uma representação vital e cotidiana. Aliás, essa operação depende ainda da capacidade de estabelecer relações entre o contexto sócio-cultural em que se encontram e suas experiências de vida que, como tais, são elementos norteadores na explicação e compreensão do seu comportamento social e suas atitudes atuais frente aos outros.

2. 2 - A construção do objeto

Na primeira visita que fiz à colônia do Bonfim na condição de pesquisadora tinha a intenção de verificar a estrutura física da antiga instituição. Naquele momento, pude constatar que mesmo com o passar dos anos e as transformações realizadas (como a construção de novas dependências e demolição de antigas), os vestígios da operação de esquadrinhamento e delimitação dos espaços ainda era bastante visível na disposição arquitetônica das edificações.

Nessa fase inicial, a indefinição quanto aos próprios objetivos da pesquisa, as projeções dos resultados, os receios de como chegar até o grupo, da forma como lidar com passado, atingindo lembranças que poderiam ser traumáticas levavam-me noites e dias a um sem-fim de inquietações. Senti inicialmente que o mergulho nas leituras sobre a lepra, a campanha de combate à doença, as condições de vida dos egressos em diversos asilos-colônia criados no país pareciam me conduzir a uma espécie de História da Medicina voltada para a enfermidade, ao mesmo tempo em que me afastava de uma abordagem própria das ciências sociais. Este fato me desagradava sobremaneira, pois minha pretensão era realizar um trabalho na perspectiva das Ciências Sociais, mas que me possibilitasse tirar partido da minha formação como historiadora.

Para mim, uma coisa estava clara: para entender as condições em que se encontram os egressos da colônia do Bonfim, eu precisava compreender os antecedentes

de tais condições. Portanto, compreender as reformas urbanas e sanitárias pelas quais passaram o país e a cidade de São Luís nas primeiras décadas do século XX e que levaram à criação de “verdades” acerca de algumas doenças e entre elas a lepra estava, sob meu ponto de vista, estritamente relacionada com a criação do asilo-colônia do Bonfim. Isto me aproximava do meu interesse de pesquisa: os indivíduos que passaram pelos processos de intervenção médica, excluídos do convívio social e internados numa instituição asilar para portadores dessa doença. Compreender a instituição da lepra como uma doença perigosa, e a institucionalização do tratamento dos doentes era, então, fundamental para o conhecimento da forma de constituição da identidade social dos egressos do Bonfim.

Neste momento da pesquisa sentia-me muito insegura para definir e assumir a aventura de realizar a pesquisa junto àquele grupo. O termo aventura aqui empregado deve ser entendido como uma metáfora do próprio processo de pesquisa. Ela simula uma boa imagem através da qual podemos representar a atividade científica e, particularmente, a reflexão sociológica (CUNHA, 2005a). Falo em uma aventura já que a pesquisadora, em seu ofício, encara um caminhar constante por vias imprecisas, levada por uma vontade de desvendar novos fatos e veredas, numa constante operação de (re)construção do objeto e constituição de um problema sociológico.

Além disso, a pesquisadora dispõe-se a viver o impreciso, oferece-se como ouvinte de vozes silenciadas e/ou que se silenciam, devendo, portanto, ter em mente que em seu trabalho de campo vai cruzar o caminho de seu narrador de forma imprevista, podendo, então, produzir efeitos imprevisíveis na vida de quem narra. Aliás, o próprio discurso que emerge desses momentos não é senão um fenômeno extra-cotidiano, extraordinário, uma vez que as suas condições de surgimento estão inteiramente ligadas ao contexto da interação entre pesquisador e sujeito da pesquisa – quase nunca estando lá, à espera de suas condições de atualização.

Com efeito, o método nunca está (ou pelo menos não deveria estar) definido *a priori*, mas acompanha o mesmo processo de construção do objeto: estabelecidos em conjunto, sempre submetidos às necessidades impostas pelo caminhar da pesquisa, obedecendo às constâncias e inconstâncias dos dados e seus significados e às reformulações das questões norteadoras da investigação.

Ao visitar a antiga colônia pela segunda vez, objetivo era, prioritariamente, observar o principal contexto empírico da pesquisa. Naquele momento, não pretendia fazer contato com ninguém do grupo que desejava investigar. A intenção era conhecer a

disposição do espaço, averiguar o movimento, a circulação das pessoas. Nesta oportunidade fiz algumas perguntas ao segurança que estava de plantão. Perguntei sobre a quantidade de pessoas que foram internadas e que ainda moravam na colônia; se elas tinham algum local de reuniões; se funcionava algum grupo de apóio aos egressos; qual ligação os egressos mantinham com o hospital que funciona atualmente na colônia. Busquei conhecer um pouco da rotina da instituição para poder pensar nas estratégias para me aproximar do grupo.

As respostas do segurança foram muito valiosas para o que eu pretendia. Indicou-me um interno que, segundo ele, era a pessoa ideal para fornecer maiores informações. Disse ele:

Olha, tem uma pessoa que pode dar todas as informações sobre o tempo em que a colônia funcionou, ela mora aqui desde 1950, é a mais velha aqui. Tudo mundo que vem pesquisar aqui fala logo com ela. Têm outras pessoas que moram aqui e que foram internadas, mas Sra. Margarida sabe de tudo daqueles tempos.

A partir da indicação do segurança fui fazer meu primeiro contato com meus futuros interlocutores. Cabe registrar aqui o quanto foi impactante minha primeira conversa com dona Margarida, de 69 anos. A entrevista não foi gravada. Típica incerteza de principiante sentia que a presença de um gravador naquele momento inibiria a minha interlocutora, o que poderia comprometer entrevistas futuras. A constatação inicial a que cheguei foi a de que o guarda tinha as suas razões para indicá-la como a mais autorizada para falar sobre o grupo de egressos, isto porque ela realmente se identificava enquanto tal. Ao iniciar a nossa conversa ela indagou: “Você quer saber sobre a colônia ou sobre mim? Eu já estou ficando cansada de falar sobre isso. Todo mundo que vem aqui quer saber a história da colônia, quando ela foi criada, quando foi fechada, essas coisas”..

Esta pergunta me pegou de surpresa. Não fora uma surpresa negativa, pelo contrário. Observei que se tratava de uma daquelas situações em que, como bem explicitou Bourdieu (1997) o pesquisado parece aguardar a ocasião excepcional que lhe é oferecida para testemunhar, se fazer ouvir, levar sua experiência da esfera privada para a pública; uma ocasião para se explicar e manifestar de forma aparentemente coerente seu próprio ponto de vista sobre si mesmo e o mundo; tornando compreensível, controlada e/ou justificada, para eles mesmos, o seu próprio itinerário de vida.

Beneficiado pelo trabalho de explicitação, ao mesmo tempo gratificante e dolorosa, de determinadas memórias que estavam reservadas e reprimidas, enunciadas

através de intensidades expressivas, (donde talvez advenha uma parte significativa do investimento dos entrevistados na pesquisa) o presente trabalho resulta, em certo sentido, da convergência de interesses que possibilitou e/ou favoreceu a maior parte das entrevistas, possibilitando em alguns momentos a emergência de testemunhos dotados de uma sinceridade inesperada, em outros, silenciamentos súbitos, repentinos.

Essa convergência precisa também ser problematizada. Apesar de ter havido um sentimento de alívio derivado do desejo da entrevistada em expressar-se nos termos em que desejava a pesquisadora, procurou-se tanto quanto possível controlar os efeitos dessa convergência sobre o resultado final do trabalho, particularmente pelos riscos de condução da pesquisa e das entrevistas que esse tipo de tendência favorece.

Ao ouvir a afirmação da minha interlocutora minha resposta foi, até de forma empolgada: “Dona Margarida, eu quero sim saber das histórias que a senhora tem para contar sobre a colônia, mas meu maior interesse é na sua história tanto na colônia quanto fora dela”. Nesse momento ela ficou surpresa e disse: “Eu pergunto isso minha filha, porque vem é muito estudante aqui só saber da colônia”. As colocações dela demonstravam sua vontade de falar de si mesma. Pensei então que aquele momento era fundamental para o futuro da pesquisa. Sabia bem que se eu recebesse uma recusa daquela senhora seria muito difícil me aproximar de outros membros ex-internos, já que, como pude confirmar posteriormente, ela era realmente dos internos mais antigos, aquele que sempre vivera na colônia⁴, aquela a quem todos os outros faziam referências ao falar da colônia.

Após o impacto inicial, um problema se apresentou: o estranhamento na relação com os sujeitos da pesquisa. Tinha consciência de que estas questões são inerentes ao trabalho antropológico, ou seja, o problema da dualidade da pesquisadora: estar ao mesmo tempo próximo e distante do grupo investigado; ser alguém que não é do grupo, mas que precisa aproximar-se. Como realizar uma aproximação com o grupo, era uma das questões que mais me causavam ansiedade e insegurança. Como me aproximar, sendo tão distante? Como ganhar a confiança daquela senhora, de corpo deformado pela ação da doença e fazê-la falar de si, de sua vida, de sua família, de seu passado, das marcas que a doença e os longos anos de internação deixaram nela? Que motivos levariam uma senhora a aceitar em sua residência uma pessoa que bate à porta e, talvez na ausência de melhor forma de aproximação, está disposta a ouvir seus relatos

⁴ Posteriormente, durante a entrevista com seu Ricardo fiquei sabendo que ele fora internado antes de dona Margarida, no entanto, ele tivera alta duas vezes, retornando para a colônia posteriormente.

de vida? Que se alegra pela possibilidade de ouvir suas histórias, independente de terem sido contadas várias vezes ou não?

Como em todos os vaís-e-vens da pesquisa, superadas as dificuldades de aproximação, era necessário a partir de certo ponto enfrentar a questão do distanciamento: o que fazer para não ser tomada pelos problemas e pelos pontos de vista do grupo? Como transitar pelos dois espaços, o acadêmico e o do grupo pesquisado? Naquele momento em que me encontrava já no interior da casa de dona Margarida, olhando suas mãos, pés, e face, marcados pelas seqüelas da doença, vinham-me um sem-fim de questões, inclusive o porquê de estar ali, pedindo que ela trouxesse à tona suas lembranças, algo que ela poderia não querer fazer. Seria mesmo aquilo tudo necessário? Pouco tempo depois, as incertezas foram perdendo espaço e os receios de início da pesquisa, cedendo lugar ao trabalho empírico de aproximação reflexiva.

Não havia desde o início, por certo, um método exclusivo para presidir o conjunto das entrevistas que seriam e foram realizadas. Minha preocupação principal direcionava-se para a natureza da relação estabelecida, para a espécie de intrusão arbitrária que estava no princípio da minha relação com os meus interlocutores. Nesse sentido, muito elucidativas e profícuas foram as explicitações e codificação das providências tomadas pela equipe coordenada por Pierre Bourdieu e expostas no livro *A miséria do Mundo* (1997). Desse exercício, *in acto*, pude obter não somente lições sobre a construção do meu próprio objeto, mas também ter encontrado uma postura metodológica mais adequada à minha própria pesquisa e aptidões individuais:

Levando em conta estas duas propriedades inerentes à relação de entrevista, esforçamo-nos para fazer tudo para dominar os efeitos (sem pretender anulá-los); quer dizer, mais precisamente, para reduzir no máximo a violência simbólica que se pode exercer através dele. Procurou-se então instaurar uma relação de escuta ativa e metódica, tão afastada da pura não-intervenção da entrevista não dirigida, quanto do dirigismo do questionário. Postura de aparência contraditória, que não é fácil de se colocar em prática (BOURDIEU, 1997, p. 695).

De fato, só é possível transmitir uma impressão aproximada do que foi essa experiência. Esse trabalho assemelha-se às vezes aos dilemas de um dos personagens dos contos fantásticos de Jorge Luis Borges que, em *O Aleph*, enfrentava os dilemas de tentar explicar através da escrita, com sua inescapável linearidade seqüencial, a simultaneidade das coisas que via e o efeito sinestésico, mesmo desesperador, dela decorrente.

No contato com os entrevistados tinha ainda um trunfo, por assim dizer: o fato de ter sido moradora da área próxima à colônia tornava-me alguém dotada de relativa proximidade, o que pareceu favorecer entre os entrevistados um sentimento de maior familiaridade. Por exemplo, após ter-lhe dado esta informação, dona Margarida pareceu ter ficado mais à vontade. Essa proximidade relativa, que permite um acordo mediatizado e reflexivo entre pressupostos concernentes aos conteúdos e à forma de comunicação, nunca se realiza, entretanto, de forma perfeita, “não-violenta”. Tudo se passa como se fosse impossível fugir em determinados momentos da erupção sentimental da violência que sempre caracteriza essas formas de interação, como quando levei um susto de dona Margarida, quanto tive a impressão de que ela estava passando mal quando perguntei o nome de sua mãe.

A dona Margarida me deu algumas informações que ajudaram na estruturação da pesquisa. Fiquei sabendo por ela que ainda moravam nas dependências da antiga colônia, hoje apenas hospital, outras pessoas além dela. Entre elas, destacou um senhor que havia tido alta e retornado recentemente, e de dois outros, uma senhora e um senhor, que vivem na colônia desde quando foram internados. O destaque dado por dona Margarida a essas pessoas está no fato de serem, como ela mesma, os mais “antigos aqui, [que] viveram aqui na época em que as coisas eram brabas”, como disse. Falou-me ainda de várias pessoas que foram internadas na colônia e que moram atualmente no bairro da Vila Nova, entre elas seu “filho adotivo”: hoje um senhor, que chegou ao Bonfim ainda criança sendo “adotado” inicialmente por um casal e depois por ela.

Decidi então, que seria conveniente centralizar a pesquisa nas pessoas que ainda moravam na antiga colônia. Primeiro por presumir que o fato delas ainda morarem no local significava que o vínculo com a instituição não fora totalmente rompido, o que poderia ser um facilitador no momento de se lembrarem do cotidiano na instituição, da sua estrutura no período de seu funcionamento, enfim, de suas vidas antes e durante o período da internação. Segundo, e em articulação com o primeiro motivo, pela evidência de que a sua permanência na colônia, mesmo após o término do internamento compulsório, favoreceria a compreensão das formas de inserção e interação que os egressos tiveram com os moradores da região. Afinal, o que levou alguém a continuar na instituição tendo em vista que poderia sair dali a qualquer tempo? De outro modo, por que retornar à colônia mesmo já tendo saído e vivido fora dela por algum período?

Além daqueles que moravam na antiga colônia eu entrevistei o filho de dona Margarida que reside no Bairro da Vila Nova, o seu João Batista. Ele saiu da colônia quando se casou e foi morar na Vila Nova. Seu João relatou a importância que a colônia teve em sua vida de forma muito empolgada, implicando em uma outra forma de vínculo e associação com o espaço e/ou proximidades. Ele afirmava que com o fim do isolamento, sua mãe quis que ele retornasse para casa, o que ele recusou, argumentando que não conseguiria mais viver em outro lugar:

(...) quando minha mãe quis me levar de volta para casa eu nunca quis por que eu fiz amizade aqui, a minha vida, tudo tinha sido na colônia, eu já não conseguia pensar em viver fora da colônia, longe de meus amigos que eu tinha feito aqui. Então, minha vida passou a ser ali mesmo.

Entrevistei ainda um antigo funcionário do hospital Aquilles Lisboa, seu Pedro. Ele trabalhava no local desde a década de 1970 no setor de estatística. Durante o período em que a colônia ainda esta ativada, o setor que seu Pedro trabalhava ficava na área não infectada. A entrevista com ele não forneceu muitas informações sobre o funcionamento da instituição, mas foi muito importante por ter facilitado meu contato com os livros de registros de internações da colônia. Os registros dos livros me possibilitaram traçar um perfil do grupo de internos da colônia entre anos de 1937 a 1965, período em que foram registradas todos os que ingressaram colônia por ordem de internação. As informações do primeiro livro de registros informavam a data de entrada da pessoa na instituição, o número do prontuário, o nome, idade, sexo, cor, local de origem, nome dos pais, profissão, ano do diagnóstico da doença, a profissão, o tipo da doença, tipo do tratamento, se a pessoa havia sido encaminhada para pavilhão, casa geminada ou asilo, se veio a óbito, fugiu ou teve alta. Esses dados são importantes por possibilitar uma visão do conjunto dos internos da colônia no decorrer desse período, favorecendo assim a compreensão da própria dinâmica interna das relações sociais que estabeleceram no interior da instituição.

Outra entrevistada foi a enfermeira chefe do hospital. As informações por ela prestadas ajudaram na compreensão da situação atual da doença, fornecendo-me detalhes sobre as formas de transmissão, o tratamento dos doentes, comparando os dois momentos- hoje, ambulatorial e antes, nosocomial⁵, e sobre a estadia dos ex-internos nas dependências do atual hospital.

⁵ Nosocomial refere-se ao tratamento que feito em nosocômios (hospitais). A diferença entre o tratamento nosocomial e o ambulatorial é que naquele o paciente fica internado, ao passo que neste o paciente apenas recebe as orientações e os remédios nas casas de saúde. Seu tratamento é realizado em casa, sem que haja

Além das sete entrevistas acima descritas, muito importantes para esta pesquisa foi a participação do seu Paulo, um ex-interno do hospital Aquiles Lisboa que se tratou de hanseníase, na década de 1990 e que visitou seu João Batista no momento de nossa entrevista. O debate que ocorreu entre ambos durante a entrevista com o segundo foi muito esclarecedor. Através dele pude perceber, não somente como as marcas da vida asilar intervêm na forma como os egressos da colônia se relacionam com os diversos grupos sociais com quem mantêm contato, mas como a experiência da doença e do estigma varia de uma para outra. A conversa com eles dois evidenciou que houve uma redução do preconceito sofrido pelo doente de hanseníase, mas, mesmo sendo conscientes disso ainda não se sentem livres dos estigmas da doença, o que leva, segundo constatação deles, muitos dos egressos da colônia a negarem sua condição de ex-interno do Bonfim.

Quando perguntados porque continuam morando na antiga instituição ou terem retornado, o principal motivo apontado foi a constatação de que não teriam mais ligação com o mundo fora dos muros da instituição, mesmo com os parentes. Assim, quando perguntava por que não saíram da colônia, a resposta era sempre precedida de um período de reflexão: o olhar se distanciava, como se o pensamento fizesse uma viagem ao passado tentando reconstituir a vida antes, durante e depois do isolamento. Percebo que as respostas, tal qual a questão, eram na realidade o resultado de uma formidável abstração produzida pela escolha dos entrevistados e pelo próprio questionamento: um artefato lingüístico que contém uma estrutura produzida de forma quase unânime nos depoimentos dos entrevistados, carregados de sentimentos de vínculo ao lugar e oferecendo uma justificativa para a existência e permanência daqueles que a pronunciavam.

Essa constatação pode ser percebida em alguns relatos. Segundo dona Ana Rosa: “não saí daqui por que minha vida é aqui. Aqui me sinto bem. Eu não ia voltar pro interior. Minha mãe já morreu mesmo, não tenho mais nada pra fazer lá”. Já dona Margarida disse que não tinha mais parentes vivos no Maranhão, por isso não teria para onde ir. Além disso, ela salientou: “meu lugar é aqui, ali no cemitério junto com meu marido que tá enterrado ali, não vou sair daqui, quero morrer aqui”. O seu Juliano, ainda tem vários parentes que moram em São Luis, uma irmã o visita sempre e, às vezes,

a necessidade de ficar internado. Porém, de acordo informações repassadas pela enfermeira chefe do hospital Aquiles Lisboa, no caso da hanseníase, ainda se verifica a internação de pacientes que estão em estágio muito avançado da doença. O período da internação, no entanto não ultrapassa seis meses.

visita outra irmã. Mas, segundo ele, não daria para ele morar com os parentes porque ele se sentiria incomodado por dar trabalho para os outros, além disso, ele diz que: “apesar de tudo, aqui no Bonfim nós somos protegidos, aqui é nosso lugar”. Seu Ricardo disse que retornou para a colônia por que estava muito doente e só. Preferiu voltar para ficar perto de pessoas iguais a ele.

Um dos momentos mais impactantes do trabalho de campo ocorreu durante a entrevista com dona Ana Rosa. Já no meio da entrevista, tive a impressão que ela estivesse chorando, mas não pude confirmar se era choro ou se era lacrimejar natural devido à idade. Mas com toda certeza esse momento da pesquisa fora muito tenso para mim e marcou muito minha trajetória pessoal, pois sabia que minha presença e minhas perguntas estavam, sem dúvida, afetando emocionalmente aquela senhora e que questões éticas estavam envolvidas ali. Da mesma forma se deu com a entrevista com dona Margarida no momento em que perguntei o nome de sua mãe como dito anteriormente. Não posso negar que nesses momentos eu sentia certa culpa em pensar que minhas perguntas poderiam estar causando algum desconforto para meus interlocutores, que minha aventura antropológica, que tão cuidadosamente havia planejado, poderia estaria forçando-os a lembrar de algo que eles poderiam estar querendo esquecer.

Com o andamento da pesquisa minha presença parecia incomodar cada vez menos os entrevistados (com exceção de seu Ricardo, que se mostrou muito evasivo e pouco a vontade com minha presença): todos me convidavam para retornar às suas casas, se despediam com um sorriso no rosto e um volte logo. Isto causava uma grande satisfação à pesquisadora, menos por ter realizado minhas entrevistas que por constatar que ali podia se perceber “as várias maneiras que seres humanos têm de construir suas vidas no processo de vivê-las” (GEERTZ, 2007, p. 29).

No terceiro momento que retornei ao Bonfim, visitei novamente a dona Margarida. Naquele momento, buscava informações das demais pessoas que foram internadas, assim como dela. Ela me forneceu o nome e a descrição de mais cinco pessoas. Disse-me quais das cinco haviam sido internadas ainda crianças, quais chegaram adultas, se foram levadas pela família, se haviam tido alta e retornado e mais algumas informações que poderiam facilitar meu contato com elas. No mesmo dia eu pretendia estabelecer contato com uma dessas pessoas para averiguar a disponibilidade para participar da pesquisa. Então, bati à porta do Sr. Juliano.

Ao ouvir as primeiras palavras de seu Juliano (que foram piadas sobre seu corpo e a doença) confesso ter ficado bastante desconcertada. A própria imagem do corpo de seu Juliano e a organização de sua casa já seria suficiente para causar uma forte impressão em quem chegava ali pela primeira vez. Pensei no primeiro momento que a intenção daquele senhor risonho e alegre, era me deixar chocada, o que talvez não estivesse muito longe da verdade. Tentei ficar o mais calma possível. Efetivamente, os pesquisados não têm qualquer obrigação de responder ou receber em suas residências, estranhos, interessados às vezes em fazer indagações absurdas sobre assuntos que talvez desejassem esquecer ou nunca tivessem pensado. Pôs-se em jogo, naquele momento, as estratégias de negociação a partir do qual o entrevistado verificava se a pesquisadora estava apta a prosseguir a conversa, e a mesma tentava afirmar sua posição enquanto tal.

É verdade que a pesquisa trouxe à pesquisadora uma concepção bastante particular sobre os usos sociais da ciência. O tipo específico de pesquisa aqui realizado, construída em colaboração com um grupo socialmente estigmatizado, exige uma conversão espiritual que não é somente a da identificação dos efeitos sociais decorrentes da dissimetria da natureza da relação em questão. Ainda que não seja seu objetivo principal, este trabalho carrega consigo a marca da conversão do olhar, do ver, da tradução, do reconhecimento da humanidade, do diferente, do outro. As palavras de Clifford Geertz (2007, p. 30) são importantes nesse sentido:

Acreditar que os outros possuem a mesma natureza que possuímos é o mínimo que se espera de uma pessoa decente. A largueza de espírito, no entanto sem a qual a objetividade é nada mais que autocongratulação, e a tolerância apenas hipocrisia, surge através de uma conquista muito mais difícil: a de ver-nos, entre outros, como apenas mais um exemplo da forma que a vida humana adotou em um determinado lugar, um caso entre casos, um mundo entre mundos.

Pretendi fazer este exercício, falar de minha experiência no campo, das questões que essas experiências despertaram em mim, das dúvidas, das angústias, das indefinições em que me encontrei em muitos momentos, porque considero que só o exercício da pesquisa é capaz de nos dar a verdadeira dimensão do que é a pesquisa etnográfica. Para aqueles que pretendem estudar um universo empírico como o que escolhi, estas considerações servirão, de fato, como um instrumento de interlocução. Com isso, assinalo a perspectiva de que o antropólogo não deva estar diluído em sua pesquisa e tampouco esconder um componente essencial: a sua presença e seus impactos na configuração e construção do espaço de análise.

Nessa aventura, é natural sentir a necessidade de outros repertórios metodológicos e conceituais, a fim de permitir uma construção metodológica forte. Compreende-se então a necessidade de “construir um sistema coerente de relações. (...) Interrogar *sistematicamente* o caso particular construído em caso ‘particular do possível’ (...), para retirar dele as propriedades gerais ou invariantes que só se denunciam mediante uma interrogação assim conduzida” (BOURDIEU, 2007, p. 32).

A objetividade científica é o resultado de um processo ativo e metódico de construção do saber conduzida por uma crítica argumentada dos próprios pressupostos da investigadora, reconhecendo que faz parte do mundo que pretende descrever e conhecer. É através dessa crítica dos pontos de vista grosseiramente formados, que não impõe uma concepção rígida da ruptura com as pré-noções (PINTO, 1996, p. 14), que a pesquisadora incorpora à análise suas próprias experiências. Nesse sentido, conforme assinalou Bourdieu (2007, p. 33) “um dos instrumentos mais poderosos da ruptura é a história social dos problemas, dos objetos e dos instrumentos de pensamento, quer dizer, do trabalho social de construção de instrumentos de construção da realidade social”.

Seguindo essa orientação, procurei apropriar-me reflexivamente dos estudos que abordavam o tema em análise a fim de constituir os instrumentos que me oferecessem não somente uma configuração do espaço de análise, como também os instrumentos de ruptura com as noções que me faziam pensar como inconcebível que alguém se sentisse livre no interior de uma instituição asilar do tipo da colônia do Bonfim. Para desconstruir essa minha pré-noção, um dos momentos mais marcantes de minha pesquisa foi ouvir de uma entrevistada, que na colônia do Bonfim, ela conseguiu finalmente sua liberdade. Ao ouvir tal colocação, eu vi desmontar as noções que eu tinha sobre a forma como os egressos da colônia do Bonfim se percebiam e percebiam a instituição. Compreendia a colônia enquanto uma prisão. Jamais pensei que alguém pudesse encontrar ali sua liberdade. Mas, a resposta de dona Ana Rosa, quando perguntei se fora da colônia ela não se sentia livre foi ainda mais desmontadora. Ela disse-me, com a maior simplicidade:

Minha filha, no interior o doente vive preso em casa, não pode sair nem falar com ninguém, aqui eu podia andar, falar com todo mundo, agente era tudo igual, aqui eu podia sair quando eu quisesse.

Sei que essa idéia de liberdade da dona Ana Rosa deve ser relativizada, mas o mais importante é que ela me fez compreender que era necessário relativizar a minha própria noção de liberdade. Uma pessoa doente e estigmatizada pelo grupo social onde

vivia, como o era dona Ana Rosa, tem todas as condições de se sentir protegida pelas cercas de uma instituição asilar que a afastava dos olhares curiosos e dos mexericos.

Nesse momento da pesquisa, percebi mais claramente o que pretendia compreender: quais as representações que aquelas pessoas foram capazes de elaborar sobre sua doença, seu corpo e sobre a instituição e que mediarão e ainda mediam sua relação com suas famílias e o meio social que se formou nos arredores da colônia. Quais as estratégias que elas utilizaram para construir suas vidas na colônia e as condições práticas que lhes foram oferecidas para tal.

Não existe, por certo, verdades ontológicas a serem confirmadas sobre o caráter excludente dos asilos-colônia. Sob o caráter mortificador dessas instituições, existem, na realidade, experiências de vida, experiências sociais distintas, tecidas e articuladas dentro da colônia do Bonfim. São essas experiências que compõem o referencial das lembranças dos entrevistados e suas experiências de si. Suas auto-representações estão articuladas a essas estratégias do vivido, ao lugar, à doença, ao isolamento, à instituição, ao estigma.

Com os objetivos definidos pude então reorganizar os procedimentos de tratamento dos dados e definir os dois conjuntos principais de fontes utilizadas para realizar a pesquisa, a saber: a documentação oriunda do Arquivo Público do Estado do Maranhão, os livros de Registros de entrada de internos, compilados do setor de Estatística do Hospital Achilles Lisboa e as informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa durante as entrevistas

A documentação compilada no Arquivo Público do Estado versava sobre a questão da lepra no estado do Maranhão, contendo quadros estatísticos dos doentes, tipos da doença; sobre a construção do asilo-colônia do Bonfim, da condição dos portadores da doença no antigo asilo. As obras de referência, todas de autoria de Achilles Lisboa, demonstram o pensamento desse cientista, político, leprólogo e tantos outros adjetivos com os quais costumam nomeá-lo, sobre a lepra e o denominado leproso. Os livros de Registros de internações da colônia do Bonfim contêm informações sobre cada interno desde a sua fundação em 1937.

A leitura dessa documentação, bem como de monografias existentes sobre o asilo-colônia do Bonfim, me ajudaram a formar uma idéia da estrutura física da colônia e do seu funcionamento. Mas, foram as entrevistas que me ofereceram elementos mais precisos, inclusive muitos detalhes do funcionamento interno da instituição e de práticas desenvolvidas por outros agentes responsáveis por certas atividades na colônia.

Um importante aspecto possibilitado pelas entrevistas foi o papel que as freiras desempenhavam na administração da instituição⁶. Até então, as informações diziam respeito a um convento para oito irmãs, mas não davam a dimensão do trabalho que elas desempenhavam dentro da instituição, nem mesmo do poder que exerciam na organização do cotidiano dos internos. Eram delas as determinações, segundo os entrevistados, que para morar numa das casas construídas na colônia as pessoas deveriam ser casadas na igreja católica, pois do contrário, quem fosse casado apenas no civil, somente morasse junto ou fosse de outra religião não teria o direito de morar em casa. Nesse caso moraria no pavilhão da família.

Outra peculiaridade da dinâmica interna da colônia apontada por alguns informantes é a alusão à existência de um pavilhão das “mulheres da vida”, como denominava a dona Ana Rosa. “Um cabaré” como denominou seu João Batista, nas dependências da colônia. Vale salientar que só os homens me confessaram a existência desse lugar. As mulheres já haviam falado do pavilhão das “mulheres da vida”, mas fazendo referências ao fato de serem mulheres solteiras. Os homens, com certo receio de falarem abertamente o nome “cabaré”, falavam de um “pavilhão onde os homens solteiros iam aliviar suas tristezas”, como dizia seu Pedro, funcionário da colônia.

Este fato me deixou curiosa para compreender como as mesmas freiras que exigiam o casamento religioso para liberar uma casa para um casal permitiam a existência de um espaço desse tipo nas dependências da colônia. Aliás, com estas informações, outra questão importante se apresentava para ser analisada: como funcionava esse sistema de distribuição espacial e hierárquica no interior da colônia que concedia privilégios para uns e para outros não?

Outra informação importante fornecida pelos entrevistados foi sobre o tratamento da doença. Como disse seu João Batista: “aqui era doente cuidando de doente, era um melhorado tratando dos outros”, Isto é, quem fazia os “procedimentos médicos”: fazer curativos, dar a medicação, inclusive aplicar injeção, fazer pequenas raspagens nos internos eram outros internos chamados de *melhorados*. Segundo informações obtidas durante as entrevistas, o médico fazia as consultas na policlínica, que ficava na área neutra da colônia, repassava para as freiras a medicação

⁶ A presença das freiras na colônia do Bonfim era garantida por um convênio entre a ordem das irmãs Vicentinas, à qual pertenciam, e a Secretaria de Saúde. Segundo informações dos entrevistados as irmãs Vicentinas teriam atuado na colônia entre as décadas de 1940 e 1980, a partir dessa data o governo do Estado não renovou mais o convênio com a ordem e elas não retornaram mais para a instituição. Durante esse período, passou pela Colônia uma quantidade considerável de freiras, pois o tempo de permanência de cada uma na instituição era limitado, sendo que as equipes **eram** regularmente trocadas.

que o doente deveria tomar e estas repassavam as orientações médicas para os chamados *melhorados* escolhidos para trabalharem na enfermaria que se encarregavam dos procedimentos. Assim seu Juliano, descreve como o médico procedia em seu atendimento:

O médico vinha, mas chegava, a gente consultava com ele com uma certa distância, era complicado, ele não entrava aqui no hospital. Ele só vinha até no limite, de lá ele ia embora. Não tinha enfermeira, esses enfermeiros entre ásperas, eram doentes como a gente. Aí você pergunta: essa pessoa tem curso de enfermagem? Nada, ele começou a fazer curativo nele, em outro, quando deu colocaram ele como enfermeiro, não tinha essa coisa.

O tratamento da doença, feito pelo sistema isolacionista brasileiro, era uma questão que muito me fazia refletir durante as leituras iniciais, pois apontavam para a ineficiência do tratamento, o que levava à suposição da ineficiência do próprio sistema, supondo-se que sua finalidade era a cura do dente e, conseqüentemente, sua reinserção na sociedade. Mas, de fato ao que parece, e isso os relatos dos entrevistados deixam evidente, a preocupação com a cura vinha em segundo plano. A questão fundamental do isolamento era mesmo retirar os doentes do convívio com os sadios. Quanto a essa questão, como mostrarei mais adiante, cada um dos entrevistados interpretou de forma muito particular, para uns a internação na colônia marcou o início de uma vida nova, o começo, para outros foi a secessão da vida, o fim do mundo.

2. 3 O trabalho com narrativas: questões intrínsecas às formas de lembrar o passado.

Em decorrência dos significados simbólicos que concorrem para a estigmatização das pessoas afetadas pela doença, criando-lhes uma “carreira moral”⁷ que as difere das demais por atributos desqualificadores como ser social, devemos admitir que é muito difícil e doloroso para a maioria daqueles sujeitos acionarem as lembranças de seu passado, de sua vida antes, durante e depois da internação no asilo-colônia.

Diante da possibilidade de que tais lembranças causem mais dor e desconforto, convém questionar: qual a utilidade do resgate dessa memória para a vida dos egressos do Bonfim e para as nossas? Como pano de fundo está a seguinte dúvida: como definir o limite entre o que é absolutamente necessário esquecer do passado, sob pena de se tornar coveiro do presente, e aquilo que favorece a plasticidade da vida?

⁷ A noção de “carreira moral” é utilizada por Erving Goffman (1978) para falar das experiências comuns na aprendizagem e construção do Eu por pessoas que têm um estigma particular.

A tentativa de responder a essa questão é um dos aspectos que permeia todo este trabalho. Todavia, essa operação depende ainda da disposição de um corpo discursivo que instrumentalize a análise. Nessa tentativa, muito profícuos 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.

Os efeitos atuais da exclusão desses sujeitos não parecem ser diferentes dos ocorridos no momento em que foram levados: uns na calada da noite, outros debaixo de chuva ou nas primeiras horas da manhã, há décadas atrás para a colônia do Bonfim. Porém, hoje, as especificidades das condições culturais e sócio-econômicas da capital maranhense parecem recolocá-los em outros termos.

Se, como considera Halbwachs (2006), a memória é “seletiva e construída coletivamente”, o presente solicita o passado de acordo com suas necessidades e conveniências. Desta forma, “a lembrança é a sobrevivência do passado” (BOSI, 1994, p. 53) e, assim sendo, cada grupo toma para si diferentes pontos de referência, classifica e define 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 sócio-culturais” (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 mesmo ter o efeito contrário, uma vez que a internação no passado, para alguns, foi bastante traumática. Apesar dessa distinção, esses mesmos episódios são acionados muitas vezes por aqueles com quem interagem para diferenciá-los como um grupo socialmente inferior, para estabelecer as barreiras que os separam em termos de sadios/doentes, hansenianos/não-hansenianos. Tais barreiras contribuem para a manutenção da exclusão dos egressos do Bonfim do convívio social e para o silenciamento de suas memórias, que não aparecem na história do bairro formado em seus arredores.

Acessar certos compartimentos da memória dos ex-internos do Bonfim é, também, investir na recuperação da própria história da área Itaqui-Bacanga e da cidade de São Luís. É evidenciar 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” (POLLACK, 1989, p.07). Esta observação é importante para que seja demonstrado que a memória não é única, que ela entra em disputas e que o silenciamento do passado não resulta, necessariamente, em esquecimento.

Além disso, os sujeitos que têm suas memórias submetidas e desvalorizadas, podem a qualquer tempo, trazê-las à tona e exigir seu lugar nos quadros da memória coletiva, pois a memória é um componente que pode ser constantemente acionado na (re)construção da identidade social dos indivíduos.

Com respeito à importância da memória na construção da identidade, do sentimento de pertencimento que cria tanto a identificação entre os indivíduos quanto sua distinção, muito úteis são as reflexões de Michel Pollack. No artigo intitulado “Memória e Identidade Social” ele nomeia a identidade como sendo:

(...) o sentido da imagem de si para si e para os outros. Isto é, 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 (POLLACK, 1992, p. 05)

No decurso da construção da identidade, Pollack identifica três subsídios fundamentais: um é a unidade física, “ou seja, o sentimento de ter fronteiras físicas, no caso do corpo da pessoa, ou fronteira de pertencimento ao grupo, no caso do coletivo (POLLACK, 1992, p. 05).; 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.

A importância dessas considerações de Pollack para nossa análise reside no fato de nossa pesquisa lidar com lembranças individuais e grupais, lembranças que foram e ainda são decisivas na constituição da identidade dos atores sociais em questão. Essas lembranças são marcantes nas imagens que esses sujeitos têm de si para si 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, sendo tais critérios medidos a partir dos atributos que a sociedade arroga 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).

Não obstante o imperativo da perda da condição de indivíduo integrado à sociedade, as informações que disponho sugerem ainda que eles, como atores 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 social, 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, e como já explicitado, este trabalho se dedica à compreensão desse processo de significação do mundo efetuada pelos egressos do asilo-colônia, no sentido de investigar as estratégias adotadas para interagirem na vida social. Investigar como se relacionam com o mundo do trabalho, do conhecimento e da cultura, os auxilia a entender as percepções que têm de si mesmos e os seus lugares na vida social.

De fato, é necessário analisar como esses sujeitos constroem o mundo social de maneira contraditória pondo em jogo “estratégias simbólicas que determinam posições e relações e que constroem, para cada classe, grupo ou meio, um ser-percebido constitutivo de sua identidade” (CHARTIER, 1991, p. 183). Assim sendo, poderá ser possível analisar “o recorte social objetivado como a tradução do crédito conferido à representação que cada grupo cria de si mesmo, logo a sua capacidade de fazer reconhecer a sua existência a partir de uma demonstração de unidade.” (CHARTIER, 1991, p. 183).

Entender o processo de socialização desse grupo 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.

Destarte, investir na valorização do passado, nas lembranças, significa, igualmente, investir naquele que viveu, que ouviu, que guardou em seu íntimo as marcas de uma época, de um acontecimento, de um lugar. O fundamento desse estudo não está na degenerescência e enfezamento da vida, mas na tentativa de “servir à história somente na medida em que ela serve à vida” (NIETZSCHE, 1978, p. 102).

Valorizar as memórias desses indivíduos significa, como diria Marilena Chauí (1994, p. 20): “reflexão, compreensão do agora a partir do outrora; é sentimento, reaparição do feito e do ido, não sua mera repetição”. Desta forma, para ter condições de fazer o investimento de que tenho falado, é fundamental parar para ouvir os sujeitos e, através dele, “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).

Capítulo Segundo

3 – “Pela pátria, contra lepra, uma enfermidade nefanda”⁸.

Diferentes espaços geográficos, períodos históricos, grupos sociais e indivíduos produzem seus próprios meios de definir a etiologia, a transmissão, a terapêutica, e os sentidos de uma doença. Assim, também é um processo político, social e culturalmente contingente a transformação de uma doença ou evento biológico em um problema de saúde pública. (HOCHMAN,1993, p.18)

Pode-se afirmar que eram parcas e desarticuladas as tomadas de posição do governo brasileiro para tratar da questão da hanseníase e do hanseniano no século XIX, momento em que a doença ainda era chamada de “lepra” e não representava propriamente um problema de saúde pública, ou seja, não havia praticamente nenhuma ação estatal em relação à doença e ao doente. Isto viria a se modificar nas primeiras décadas do século XX, quando a lepra emerge enquanto um problema social, uma questão de saúde pública que requeria, pela amplitude e impactos que lhes eram atribuídos, tomadas de posição oficiais.

As medidas que foram encaradas como profilaticamente mais indicadas para o tratamento da questão assentavam-se, nessas primeiras décadas, num modelo de expurgo e exclusão das pessoas contaminadas por tal enfermidade dos centros urbanos. Por meio delas pretendia-se assegurar não somente o controle da doença pela via do isolamento do doente em espaços restritos e afastados, como também a legitimidade da ação perpetrada, garantida por um simultâneo investimento na construção de “verdades” sobre a lepra, suas causas, formas de transmissão e, por último e não menos importante, de controle.

Contudo, a partir de finais da década de 1950, houve uma espécie de virada discursiva e de tomadas de posição de setores do Estado (principalmente no interior do Ministério da Saúde) quanto à doença e ao doente: momento em que as proposições excludentes do modelo anterior, que incidiam principalmente sobre o portador da enfermidade, começaram a ser questionadas, tentando-se dar lugar a outro modelo, dito mais inclusivo.

⁸ O título deste capítulo é composto por partes do título de um discurso do leprólogo maranhense Achilles Lisboa e parte do discurso do médico Mário Mourão, referência na campanha do saneamento do país.

À investigadora interessa analisar, precisamente, a emergência dos discursos sobre a lepra, relacionando-os à criação e funcionamento do asilo-colônia do Bonfim, espaço onde foram isoladas milhares de pessoas em São Luis do Maranhão. Foi nesse espaço geograficamente delimitado que esses internos tiveram de pôr em cena diferentes formas de reagrupamento, onde cada um, ao seu modo, (re)construiu o conjunto de significados que tinha de sua própria vida, onde foram vivenciadas novas experiências e compartilhados outros sentidos, os quais ainda hoje permeiam as suas relações com os demais grupos.

Na realização dessa tarefa analítica, é usada a perspectiva foucaultiana sobre a *genealogia do discurso* (FOUCAULT, 1999) por meio da qual se pretende compreender como ou por meio de quais sistemas de coerção se formaram essas *séries discursivas* sobre a lepra no Brasil (as quais culminaram na campanha contra a doença): a normatividade específica que caracterizaria cada uma e quais foram as suas condições de aparição, de crescimento e variação. Afinal, como sublinha Foucault, (1979, p. 179): “existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que (...) não podem se dissociar, se estabelecer e nem funcionar sem uma produção, acumulação e funcionamento do discurso”.

Segundo Foucault (1979, p. 65) a análise genealógica do discurso “concerne à formação efetiva do discurso, quer no interior dos limites do controle, quer no exterior, quer a maior parte das vezes de um lado e de outro da delimitação”. Assim, a análise da formação de um discurso centra-se na necessidade de compreender como se constituíram domínios legitimados sobre determinado objeto que, em nosso caso, criam enunciados diversos sobre a doença e sobre os sujeitos por ela infectadas, pretendendo dissecá-los.

Nesse sentido, quer-se compreender os processos de rarefação, de reagrupamento e de unificação desses discursos, a partir de sua formação, ao mesmo tempo dispersa, descontínua e regular, levando em conta, como assinala o próprio Foucault (1979, p. 66-67) que:

As duas tarefas não são nunca inteiramente separáveis; não há, de um lado, as formas de rejeição, da exclusão, do reagrupamento ou da distribuição; e de outro, em nível mais profundo, o surgimento espontâneo dos discursos que, logo antes ou depois, de sua manifestação, são submetidos à seleção e ao controle. (...) Entre o empreendimento crítico e o empreendimento genealógico, a diferença não é tanto de objeto ou de domínio, mas, sim, de ponto de ataque, de perspectiva e de análise.

Assim, a tarefa aqui assumida caracteriza-se pela tentativa de compreender os conjuntos de enunciados sobre a lepra e o portador da doença que motivaram a criação do asilo-colônia, admitindo a heterogeneidade entre eles, assim como o fato de que cada um tem seus elementos de regularidade e de coerção. Por meio da análise da formação desses conjuntos discursivos poderemos então perceber como se compuseram as proposições tidas como coerentes, admitidas tanto por instituições, quanto por indivíduos (vizinhos, familiares, redes de interconhecimento) sobre o perigo da doença, e aquelas que foram expurgadas dessa formação discursiva. Compreenderemos, então, o poder de afirmação desses discursos, seu poder de constituir domínios de objetos, a propósito dos quais se poderiam afirmar ou negar proposições verdadeiras ou falsas.

Nesse período, início da segunda década do século XX, a lepra passou a ser considerada como uma grande inimiga da nação brasileira, cuja ameaça encontra-se reproduzida na fala de inúmeros agentes estatais, como se pode observar, por exemplo, no comentário do arquiteto Abelardo Soares Caiuby⁹: “A lepra, moléstia repugnante, que devora as carnes do indivíduo, tornando-o repelente, é tanto mais cruel, quanto, poupando a vida da sua vítima, expõe-n’a execração publica, durante a sua longa vida” (CAIUBI, 1931, p.04 apud CURI, 2000, p. 136.). Da mesma forma, compartilhando de opinião semelhante, o Médico maranhense Achilles Lisboa, que teve um papel destacado nessa campanha, asseverou em discurso proferido na Conferencia nacional de combate à lepra na década de 1930:

É a lepra o mais angustioso, o mais instante, o mais inadiável de todos os problemas nacionais. Apresenta-se-nos, de facto, o mal de Lazaro como a temerosa esphinge que nos estabelece o formidável dilemma: 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. 05)

Tomando como referência tais discursos, podemos entendê-los a partir daquilo que Foucault (1988) denominou de “*tecnologias de poder*”, as quais são divididas pelo autor entre as tecnologias de poder disciplinar e tecnologias de regulação. Segundo Foucault, as primeiras estão dirigidas e se exercem sobre o corpo, enquanto que as segundas têm como objeto a regulação da população. Ambas, contudo, unificaram-se a partir do século XIX “para formar tecnologias de poder que ainda caracterizam nossa

⁹ Arquiteto que realizou diversos estudos sobre o tratamento da lepra na década de 1930 recomendando o isolamento do enfermo como a medida mais econômica. A este respeito cf. Cunha, 2005b e Curi, 2002.

situação atual”, as quais Foucault denominou de *biopoder* e que se caracterizam pelo poder de atuar sobre a vida. Em relação à manifestação do biopoder, Foucault (1999, p. 289) destaca:

Ao que essa nova técnica de poder disciplinar não se aplica é – diferentemente da disciplina, que se dirige ao corpo – a vida dos homens, ou ainda, (...), ela se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo; no limite, (...), ao homem-espécie. 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. Logo, depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se faz consoante o modo de individualização, mas que é também massificante, (...) que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem espécie.

Nesse sentido, pode-se afirmar que no momento em que a vida é submetida “em parte no campo de controle do saber e da intervenção do poder” (FOUCAULT, 1988, p.134) percebemos então o exercício de uma *biopolítica*, ou seja, a construção de uma rede de aparatos e dispositivos que produziam e regulavam costumes, hábitos e práticas da população.

No Brasil, percebemos essa preocupação já na década de 1920 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e a regulamentação de suas atividades para “os serviços de hygiene e de saúde publica, executados ou a executar no paiz pelo Governo Federal” (DECRETO N. 14.354 - DE 15 DE SETEMBRO DE 1920). Este decreto visava controlar a saúde pública dos domicílios aos portos do país com a “organização da estatística, demographo-sanitaria e a publicação dos boletins respectivos”.

Considera-se que o isolamento do doente de lepra foi uma evidência da maneira como se articulavam saber e poder sobre o corpo do doente, seus males e como submetê-los a técnicas de controle. Ademais, as práticas institucionalizadas de segregação dos portadores da doença derivavam sua legitimidade de uma rede a qual Foucault (1988, p. 244) chamou de dispositivo:

Através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre elementos.

Foucault entende que um dispositivo corresponde a “um tipo de formação que, em determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica” (FOUCAULT, 1988, p. 246). Um dispositivo instaura assim um exercício divisório que tem efeitos ontológicos, constituindo *sujeitos-forma*. Logo, um dispositivo se faz ao instituir um novo campo de racionalidade em que relações de poder, práticas e saberes se articulam.

O isolamento dos doentes de lepra apresentou-se como um dispositivo possível para responder à necessidade de afastar indivíduos considerados como perigosos do seio da dita sociedade saudável, mobilizando concepções de anormalidade e de normalidade. 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 heterogeneidade de práticas que o isolamento e a exclusão dos enfermos engendraram, a natureza dessas práticas, os saberes que foram mobilizados para lhes dar sustentação, 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”.

Como enfatiza Foucault em seu estudo sobre a história da loucura, a diferenciação e/ou demarcação entre normal e patológico traduz-se por um exercício divisório instaurado pelo dispositivo. Esta prática divisória promove a constituição de uma nova unidade, no caso de seu estudo, o doente mental. Esta nova unidade é, pois, composta de um núcleo interno onde se aloja a nova identidade padronizada, o homem louco, e fora dele, uma exterioridade que lhe é oposta, mas essencial para sua afirmação: o homem normal.

No caso específico deste estudo podemos identificar uma operação semelhante. Para combater a doença, um conjunto de profissionais, com motivações próprias, desenvolveram estratégias no esforço de demarcarem uma identidade para o doente e um projeto político, que teve no isolamento e no expurgo dos leprosos dos centros urbanos seu resultado final. Nessa estratégia, um investimento específico na estética do corpo do contaminado pela lepra foi fundamental. Criaram-se *identidades virtualizadas* (GOFFMAN, 1978) para quem era atingido pela doença. O denominado leproso era identificado por sua “degenerescência”, era descrito tanto como um perigo para a coletividade, quanto como um coitado necessitado de cuidados, portanto, despido de suas capacidades sociais, o que justificava seu isolamento. Isolamento que, não raro, era iniciado dentro do próprio ambiente familiar, afinal, uma das primeiras orientações

quanto à detecção e controle da doença direcionava-se às famílias a fim de que mantivessem o doente em compartimentos isolados dentro de suas casas, de forma que não entrassem em contato quer com os demais membros da família, quer com qualquer outra pessoa.

Esses mecanismos e dispositivos criados em defesa da coletividade e contra a lepra, tinham sua função assegurada através de procedimentos de inclusão-excludente desenvolvidos por meio de um conjunto de instituições construídas com essa finalidade: 1) os *asilos-colônias* (como o do Bonfim em São Luís), os 2) *preventórios* e 3) os *dispensários*. Estas três instituições formaram o chamado *tripé do sistema isolacionista brasileiro*: os *leprosários* eram locais de isolamento do doente, podendo ser tanto asilos, como sanatórios, Hospitais Gerais e hospitais-colônia; os *preventórios* consistiam em locais de controle dos membros da família do doente, também chamados de *comunicantes* e, por fim, os *dispensários*, também conhecidos como educandários, eram os locais para onde iam os filhos dos portadores da doença. Assim, por meio dessas três instituições funcionava o aparato estatal de isolamento e controle dos doentes no país e dos considerados potencialmente contaminados: suas famílias.

Não obstante o exercício de violência inerente às práticas de isolamento nos asilos-colônia é preciso notar que esse dispositivo adquiria sua força não simplesmente pelo rigor de suas imposições, mas, sobretudo (daí vêm a sua força social), 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 enfermidade.

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz o discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem como função reprimir. (FOUCAULT, 1979, p. 8)

Conforme esclarece Foucault, as *tecnologias de poder disciplinar* produzem positivamente sujeitos, saberes e discursos verdadeiros que adentram todos os campos da sociedade estando, por isso mesmo, situados numa multiplicidade de redes de poder e não nos indivíduos exclusivamente. Os indivíduos não devem ser tomados como simples marionetes submissas ao poder disciplinar. Eles são também parte do próprio aparato. O poder é esse exercício que ocorre de forma difusa, através de múltiplos discursos tidos como socialmente verdadeiros, “de procedimentos regulados para a

produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados” (FOUCAULT, 1979, p.14).

Se observarmos bem, essa engrenagem constrói uma trama de existências não somente por colocar em cena macro-procedimentos, mas fundamentalmente pelo jogo de pequenos fragmentos, separados uns dos outros, mas que compõem um mesmo objeto, uma mesma configuração de poder: como não lembrar aqui da denúncia feita pelos vizinhos e pela família? Do abandono dos internados nos asilos pelas famílias? Do rechaço social e a estigmatização pelos quais passava, e ainda passa o portador dessa enfermidade no Brasil?

O denominado leproso quase sempre foi visto como misto de corpo doente e a alma pecadora. A doença era entendida com um castigo divino, e isso agravava ainda mais a situação do doente, uma vez que sendo ele um pecador, deveria pagar por seus pecados e resignar-se ao confinamento dos leprosários. Isso não exclui, evidentemente, que houvesse resistência por parte dos enfermos, posto que as relações de poder são também sempre permeáveis e apresentam fissuras para a recusa e elaboração de variadas formas de luta¹⁰.

Para além da *disciplina*, o aparato desenvolvido no Brasil para combater a doença pressupunha a *regulamentação* dos denominados leprosos. Assim, através da disciplina foi posta em prática a *tecnologia de poder normalizadora*. Uma modalidade de controle que tinha como alvo o corpo social; indo além do corpo individual. Esta, segundo Foucault (1999, p. 288/289), é

(...) uma tecnologia de poder que não exclui a primeira [a tecnologia disciplinar], mas, que a embute, que a integra, que a modifica parcialmente e que, sobretudo, vai utilizá-la implantando-se de certo modo nela, e incrustando-se efetivamente graças a essa técnica disciplinar prévia.

Essa nova tecnologia, surgida em finais do séc. XVII e voltada para a coletividade tinha preocupação com a saúde pública, com os índices de mortalidade e natalidade e, principalmente, com o combate dos efeitos que as doenças poderiam ter sobre a população. Tecnologia de poder essa que demarca a passagem do poder de soberania ao poder sobre a vida; do homem-corpo para o homem-espécie; isto é, demarca o nascimento do *biopoder*. Esta tecnologia regulamentadora, como assevera Foucault (1999, p. 294): “consiste em fazer viver e em deixar morrer” consiste em “levar

¹⁰ MACHADO, Roberto. Por uma Genealogia do Poder. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro: Edições Graal, 15ª Edição.

em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre ele não uma disciplina, mas uma regulamentação”.

Nesse tipo de controle a medicina teve um papel fundamental. Foi nela 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. Em consequência, a medicina possibilita efeitos disciplinadores e regulamentadores atuando sobre a higiene, centralizando conhecimentos e promovendo a medicalização da população (FOUCAULT, 1999).

Esse poder de que passou a gozar a medicina contribuiu para o desenvolvimento de mecanismos de combate à lepra assentado num modelo que, segundo Foucault (1999), é baseado no *controle*. Um modelo estigmatizador e excludente; um modelo que dividia a população entre doentes e não doentes, “leprosos” e “não-leprosos”. O leproso fora então rechaçado, expulso para longe da cidade, tendo sido negado ao mesmo o direito de ser cidadão por que iria de encontro aos projetos de civilização desejados naquele período.

Analisando-se assim, o desenvolvimento no país de uma verdadeira marcha contra a lepra, onde se cogitou até mesmo a criação de uma cidade para os chamados leprosos localizada em alguma ilha, assim como a criação do asilo-colônia do Bonfim, observa-se a existência de um projeto de construção de “um espaço próprio para os morféticos”, preferencialmente fora do perímetro urbano do país. Isto se fez no sentido de ordenar os espaços nas cidades, de forma a conferir um lugar para cada sujeito que proporcionasse a separação entre os indivíduos considerados aptos ao labor, dos ditos inaptos; dos considerados sãos, dos tidos como não-sãos.

3.1 O Brasil contra o “perigo da morféia”: nasce a campanha nacional contra a lepra.

*O leproso atacado de lepra andar*á com as vestes rasgadas, os cabelos soltos e barba coberta, gritando: ‘Impuro! Impuro!’ Durante todo o tempo que estiver contaminado de lepra, será impuro. Habitará a sós e terá sua morada fora do acampamento. (Lv 13-45,46).

Segundo Souza-Araújo (1953) a lepra só é considerada problema de saúde pública de caráter nacional a partir de 1935. Entretanto, ela já aparecia nos embates realizados por organismos e agentes ligados à medicina pelo menos a partir da década de 1910. Não se trata de assinalar que antes não houvesse a doença no país, mas sim de destacar o fato de que a mesma era encarada como uma questão de menor gravidade;

aliás, vale destacar que ela era vista muito mais como uma questão de caridade cristã do que propriamente como uma questão de saúde pública.

Por muitos anos os poderes públicos da União, Estados e Distrito Federal, não tomavam conhecimento do progresso da endemia no Brasil. A assistência ao doente de lepra estava a cargo da caridade pública. A única medida posta em prática era o asilamento dos doentes, sendo a sua manutenção feita por instituições particulares (AGRICOLA, 1960, p. 15)

Até o final do século XIX o cuidado com os portadores dessa doença no Brasil estava a cargo de religiosos católicos. Nesse período, tratamento direcionado às pessoas infectadas pela lepra tinha caráter religioso, configurando as medidas direcionadas à lepra e ao denominado leproso como obra da caridade cristã, assentada nas orientações bíblicas de amor ao próximo. O perfil das instituições direcionadas ao atendimento aos doentes era marcado pelo caráter piedoso e caridoso que movia seus mantenedores a dedicarem-se ao atendimento dos enfermos, bem como por seu caráter profilático na medida em que praticavam a segregação social desses doentes. A atenção que a igreja católica e seus seguidores davam aos chamados leprosos, desde a Idade Média, foi ambígua, pois reunia compaixão e perseguição, piedade e condenação, simpatia e discriminação.

Durante a Idade Média a segregação dos enfermos foi orientada pelo Livro bíblico de Levítico, que fala sobre a manifestação da doença, das leis específicas para o seu combate, do tratamento que deveria ser dado aos doentes - a exclusão- e principalmente, faz referências a seu caráter depreciativo (BROWNE, 2001).

De fato, na bíblia, o termo pode fazer referências a uma série de doenças identificadas na pele, manchas em tecidos, paredes e animais. Assim, no capítulo 13 do Levítico encontramos as orientações quanto à identificação e cuidados com a lepra humana. Dessa forma, alguém que tivesse no corpo algum tumor, pústula, manchas brancas ou róseas, úlceras em carne viva ou erupção na pele era suspeita de ter lepra e deveria ser levado até o sacerdote - a quem cabia proceder ao diagnóstico. “Se os pêlos da mancha na pele se tornarem brancos, e a parte afetada aparecer mais afundada que o resto da pele do corpo, é mancha de lepra. Após examiná-lo, o Sacerdote o declarará impuro” (Levítico, 13, 3).

O isolamento era recomendado para os casos em que o sacerdote necessitava confirmar o diagnóstico. Assim, a pessoa deveria ser isolada por sete dias e depois examinada. Se as manchas sumissem seria declarada pura e sairia do isolamento, mas se as manchas permanecessem o isolamento era estendido por mais sete dias e depois disso

se não sumissem as manchas a pessoa era declarada impura. O sinal de impureza era carne viva “porque a carne viva é impura, é lepra” (Levítico, 13, 15).

A este respeito, em História da Loucura, Foucault descreve um “modelo de exclusão” que atuava sobre loucos, doentes, crianças, pobres e que, em sua opinião, só subsistiu na sociedade ocidental até a Idade Média, momento histórico em que ele data o desaparecimento da lepra na Europa. Contudo, Apesar do desaparecimento dessa enfermidade das terras européias, segundo Foucault (2007, p.06):

Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado.

Na aula de 15 de janeiro de 1975, em que fala sobre a exclusão dos leprosos e inclusão dos pestíferos, Foucault oferece-nos uma descrição da exclusão dos leprosos do seio da sociedade medieval que não deve em nada à que ocorreu no Brasil no século XX. Assim prossegue Foucault em sua descrição:

A exclusão da lepra era uma prática social que comportava primeiro uma divisão rigorosa, um distanciamento, uma regra de não-contato entre um indivíduo (ou grupo de indivíduos) e outro. Era, de um lado, a rejeição desses indivíduos num mundo exterior, confuso, fora dos muros da cidade, fora dos limites da comunidade. Constituição, por conseguinte, de duas massas estranhas uma à outra. Enfim, (...), essa exclusão do leproso implicava a desqualificação - talvez não exatamente moral, mas em todo caso jurídica e política - dos indivíduos assim excluídos e expulsos. Em suma, eram de fato práticas de exclusão, práticas de rejeição, práticas de ‘marginalização’. (FOUCAULT, 2001, p.54).

Ainda que a Foucault dê a lepra como desaparecida da Europa no final do período medieval e o modelo de exclusão “grosso modo, em fins do século XVII – início do XVIII” (FOUCAULT, 2001, p. 55) parece ser precisamente estes referentes modelares que aportaram nessas paragens. De fato, se nos voltarmos para o Brasil veremos que o modelo de exclusão e o estigma do leproso vieram juntos. O tratamento dado ao doente até a década de 1960, não parece ser tão diferente do modelo utilizado na Idade Média, com exceção do ritual litúrgico. Como escreve Cunha (2005b, p. 14):

(...) o imaginário medieval relativo à lepra foi, de certa forma, transplantado para o continente americano a partir dos colonizadores portugueses e espanhóis (...). Dentro de um outro tempo, caracterizado pelo ideário científico, esse imaginário continuou a manifestar-se com força e vigor.

O modelo de caridade cristã destinada aos chamados leprosos, que predominou durante séculos foi envolvido por esse sentimento de repulsa e compaixão. Dessa forma, algumas instituições católicas contribuíram decisivamente para a reprodução dessas representações sobre a lepra e os sujeitos por ela atingidos. Instituiu a caridade e a segregação que, mais tarde, o poder estatal transformou em isolamento compulsório.

A figura do leproso não tem um significado único para a comunidade: ele é ao mesmo tempo portador de perigo e digno de caridade, compaixão. Sua solidão aproxima-se da solidão da morte, desperta, ou deve despertar a mesma solidariedade que os mortos. Assim como não se deixam cadáveres insepultos, não se deve deixar leprosos desamparados. É um dever de caridade sepultar os mortos e amparar, dar abrigo àqueles que se acham entre a vida e a morte. Sendo assim, o leproso é e pode ser qualquer um; entre si distinguem-se pelo recurso à medicina e pela possibilidade de se furtar à visão pública; para os sãos, possíveis futuros leprosos, ele é aquele que os ameaça e por quem se deve ter compaixão (Machado, apud Curi 2002, p. 81).

Curi (2002, p. 92) cita uma passagem de um texto de Oswaldo Cruz publicado no jornal carioca “O Imparcial”, do dia 03 de julho de 1903, em que o médico descreve a questão da lepra no Brasil da seguinte forma:

Incompletos e insuficientes são nossos conhecimentos acerca da transmissão da lepra. Importa isto em dizer que nos falta base científica para constituir a prophylaxia da moléstia. Não é essa a razão bastante, entretanto, para que fiquemos à moda dos mulçumanos: braços cruzados diante do flagelo que, aos poucos, se expande e alastra. O que é positivo é que a moléstia se transmite. O como, não sabemos. Mas o leproso é, ao menos um depósito de vírus. Isto está provado. Dahi a necessidade de isolá-lo da comunidade (...) A hospitalização do leproso não é coisa exequível como medida prophylática. (...) No hospital, o leproso fica entregue à sua fatalidade, tratado como doente, improdutivo, tendo como preocupação exclusiva sua moléstia que o infelicitiza e os governos ver-se-iam sobrecarregados de colossal desprezo. (...) A sequestração do morpheico só é prática quando feita em colônias de leprosos. São instituições perfeitamente adequadas e onde o enfermo pode exercer toda a actividade que as suas forças permitem. 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 idéia única do mal que o tortura (sic).

O discurso de Oswaldo Cruz, assim como de outros profissionais, tanto os que com ele concordavam, como aqueles que dele discordavam é também permeado pelos dois princípios que acompanham o tratamento do leproso desde a antiguidade: caridade e exclusão.

Nessa perspectiva, a caridade cristã e a exclusão social fundamentada na religião cristã eram partes da mesma moeda. Eram atitudes marcadamente religiosas, mas que

tinham implicações políticas. Esta orientação, que prevaleceu durante esse período, foi substituída pelas medidas de intervenção médica, mas não saíram totalmente de cena. Pode-se mesmo dizer que ela somou forças aos novos discursos que, a partir do final do século XIX, passaram a fundamentar a exclusão do denominado leproso. Dessa forma, a caridade começou a ser gradativamente substituída pelos discursos médicos provenientes dos avanços da medicina legal.

Segundo Curi (2002, p. 82), nesse período, “surge, então, uma filantropia que desenvolvia uma prática um pouco mais sistematizada e secularizada, reatualizando o medo que sempre revestiu a lepra através da noção de contágio, embasando-se para isso na teoria microbiana das doenças”. De fato, pode-se afirmar que neste momento surgiu uma figura única, nova, um novo objeto: a articulação da linguagem médica com seu objeto.

Observa-se neste momento a reedição da antiga forma de exclusão do chamado leproso: o isolamento. Essa prática ganhou maior repercussão a partir da década de 1930 e prevaleceu até a década de 1960, momento em que se começa a pensar a lepra como uma doença qualquer e não mais como a grande inimiga da nação. A medida de exclusão social dos doentes não foi escolhida simplesmente devido a influências do antigo uso do isolamento vinculado à questão do estigma da doença. Pode-se dizer que além disso, essas medidas foram motivadas pelas próprias dificuldades científicas da época em propor ações que impedissem a propagação da doença, assim como a inexistência da cura. A certeza do contágio e da incurabilidade da doença fizeram com que o isolamento dos doentes fosse tomado como a medida mais indicada para controlar a lepra.

Foi exatamente neste período que a enfermidade passou a ser considerada no país como um fenômeno patológico singular, compreendida como uma ameaça sanitária. Essa caracterização possibilitou a criação de uma série de leis e instituições pelo governo brasileiro, uma vez que se tornou alvo de políticas públicas formuladas graças a uma mudança no conhecimento científico sobre a doença e às disputas no interior da classe médica sob o domínio das verdades científicas acerca das formas de transmissão e tratamento da doença.

Estas novas formas de conceber a doença estavam ligadas a questões como: “a profissionalização do médico, a disputa pelo monopólio da autoridade sobre o diagnóstico e tratamento da doença e a própria terapêutica da doença” (COSTA, 2007, p. 05). Neste momento, a lepra passou a ser entendida como uma ameaça aos projetos

desenvolvimentistas do país, agravando a sua já precária condição sanitária. Passou a ser entendida muito além dos efeitos que causava ao indivíduo doente: ela não era um problema apenas do chamado leproso, mas da coletividade - uma ameaça à ordem pública.

O reconhecimento da lepra enquanto um problema de saúde pública nacional no início do século XX deu-se graças à sua inclusão na agenda de pesquisas científicas do período que se debruçavam nas discussões sobre a etiologia da doença, suas formas de transmissão e cura. Os conhecimentos existentes sobre a doença ainda eram muito incipientes e tenderam para a recomendação do isolamento como medida política antileprosa no país. Como assevera Costa (2007, p. 90), “(...) este elemento nos ajudará a compreender não só o estatuto que a doença adquire entre as endemias brasileiras nas duas primeiras décadas do século XX, como também sua dimensão simbólica e os fatores que contribuíram para atualizar seu conteúdo e defini-la conceitualmente”.

Nesse momento, na medida em que se evidencia o empenho de agentes em diferentes instituições nacionais para ordenar e higienizar os espaços urbanos, a Saúde Pública passou a receber uma grande atenção. Apesar dessa preocupação de parte de setores do Estado, observa-se que as mesmas careciam de apoio da população, o que levou, por exemplo, à conhecida Revolta da Vacina no Rio de Janeiro em 1904. Mas a existência de uma série de surtos epidêmicos como a da varíola, febre amarela, peste, malária, entre outras, facilitou o apoio da população à implantação de “medidas de cunho companhista” que, segundo Marcos Curi (2002), são orientados por modelos de intervenção estatal na saúde pública através de uma espécie de estilo militarista de política médica:

Adotando-se uma terminologia militar e objetivando-se criar um ambiente propício e galvanizador de energias e esforços para a resolução dos problemas da saúde pública, tomava-se de empréstimo a metáfora da ‘guerra’ nas ações então praticadas. Buscava-se um clima de euforia parafraseando-se o ideal do ‘esforço de guerra, onde atitudes não habituais encontravam apoio social dado a anunciada situação de contingência (CURI, 2002, p. 79).

As medidas estatais e os debates desenvolvidos no Brasil no que diz respeito ao combate à lepra seguiram exatamente esse modelo, desenvolvendo, em momentos específicos, campanhas em que o país era convocado para lutar contra a doença. Um exemplo disso é a LEI Nº 3.542, de 11 de fevereiro de 1959 que Institui a “Campanha Nacional contra a Lepra e dá outras Providências”. Esse modelo ainda levou à combinação de práticas discursivas e extra-discursivas, formando dois conjuntos de

práticas que promoveram, simultaneamente, a disseminação e divulgação de saberes e conhecimentos próprios sobre a doença e o doente elevando-os à condição de ameaças à ordem pública, requerendo a adoção de medidas de controle do perigo disseminado pelos discursos “verdadeiros”.

Estudos sobre a história da saúde e da doença no Brasil (HOCHMAN, 1993; MONTEIRO, 1998, LIMA E HOCHMAN, 1996) apontam as intervenções realizadas no âmbito da saúde pública como um fator de suma importância na extensão do controle do Estado brasileiro sobre o território nacional, sobretudo nas regiões do interior do país. Segundo Hochman (1993), apesar dessas políticas terem um caráter de curta duração, nem sempre atingindo resultados efetivos, representaram a:

Constituição de poder político e aumento da capacidade de seu exercício sobre as elites e a população em todo o país via políticas de assistência à saúde e de saneamento, com impactos sobre o sistema político, sobre os grupos envolvidos com o problema e sobre a própria capacidade do Estado de produzir políticas. (1993, p. 40).

Naquele contexto, a saúde passou gradativamente a ser encarada como um bem à coletividade “cuja produção exigia a criação de arranjos coletivos, voluntários e coercitivos” (HOCHMAN, 1993, p. 41). A coletivização da saúde levou à nacionalização de políticas de controle sanitário e publicização dessas políticas; o que significou a retirada das questões de saúde/doença da esfera individual e a sua elevação para a esfera coletiva, chegando ao ponto de serem tomadas enquanto problemas de abrangência nacional.

Estando ligado à emergência do chamado “movimento Sanitarista”: “um movimento político e intelectual que, de 1916 a 1920, proclamou a doença como o principal problema do País e o maior obstáculo à civilização” (LIMA E HOCHMAN, 1996), os discursos empreendidos sobre a doença procuravam não só localizá-la no quadro das doenças endêmicas do país, como, ao mesmo tempo, indicar os elementos que a constituíam enquanto um perigo para a nação. Nesses discursos a lepra era identificada como um misterioso inimigo que avançava silenciosamente pelo país corrompendo suas forças.

Nesse sentido, o movimento sanitarista, alicerçado em modelos médicos de exclusão (pelo menos desde a Primeira República), formulava discursos sobre a população brasileira, associando-os a questões bem mais amplas, como as idéias de “Nação brasileira”, de “Povo brasileiro” e de “cidadania”. O modelo sanitarista identificou, portanto, na doença, nas precárias condições sanitárias e no abandono da

população brasileira o principal problema do país, transformando a saúde pública em questão nacional (COSTA, 2007, p.169).

As ações de combate à lepra, assim como as dos sanitaristas, seguiam o modelo de ação militarizada, criando a polícia médica. Segundo Neiva Vieira da Cunha (2005a, p. 61) e de acordo com essa concepção “cabia ao Estado, manter a saúde de seus cidadãos, estabelecendo, em detalhes, as condutas que as pessoas deveriam seguir nesse sentido”.

Foi nesse contexto que a lepra surgiu no quadro das doenças perigosas e ameaçadoras da ordem pública, num momento em que estava sendo gestado um projeto de modernização do país alicerçado no discurso médico que se buscava justificar na formação de uma série de intervenções no espaço urbano e rural. Este foi também o momento de institucionalização de entidades médicas e científicas no país que assumiriam a frente do projeto de civilização e modernização: entre essas entidades estavam a Fundação Oswaldo Cruz, a Academia Nacional de Medicina e o Departamento Nacional de Saúde Pública. Nessas instituições atuavam alguns cientistas que foram responsáveis pela criação da Liga Pró-Saneamento que, no final da década de 1910 divulgaram uma imagem de um Brasil doente¹¹.

Para cientistas como Oswaldo Cruz, Adolpho Luz, Arthur Neiva, Belisário Pena, que ocuparam cargos de destaque naquelas instituições e dirigiram, por várias vezes, as políticas nacionais de saúde pública, o problema do Brasil e do brasileiro era a doença. As medidas adotadas para combater a lepra foram resultado da atuação desses diversos profissionais e instituições ligadas à saúde e que a empregaram enquanto um domínio social.

Nesse contexto foram formulados dispositivos que envolveram técnicas, táticas, saberes e poderes, fazendo imissão no corpo e na vida através de técnicas disciplinares, de investimentos técnicos e políticos (PIMENTEL & BRUNO, 2006). Esse investimento no corpo e na vida se articulava a certa concepção de nação brasileira e de homem brasileiro. Noções essas baseadas, diria, insistentemente associadas às idéias de civilização e progresso planejados por agentes e instituições como os antes citados. Nesse sentido, os investimentos realizados na construção de uma idéia de Brasil e de seus problemas se expressaram nos cuidados com a saúde coletiva do brasileiro

¹¹Para maiores informações sobre a consolidação de instituições médico-científicas e a atuação de alguns cientistas no desenvolvimento do projeto de civilização do Brasil ver: BENCHIMOL, Jaime Larry. Febre Amarela e a institucionalização da Microbiologia no Brasil. In. HOCHMAN e ARMUS (2004)

acoplando um domínio biológico a um domínio político em “enunciados relativos à ciência e práticas biotecnológicas” (NEVES, 2008, p. 41).

A adoção de medidas radicais como o isolamento compulsório de pessoas atingidas pela lepra pode ser entendida então como um efeito da propagação desses enunciados que tinha nas ciências e práticas biotecnológicas seu fundamento explicativo como um *dispositivo disciplinar dos corpos* (FOUCAULT, 1999). Percebe-se, nesse contexto, a emergência de uma gestão médica da população, assentada numa série de estratégias políticas, através da noção de saúde, que separava a população em termos de doentes e não doentes: entre corpos saudáveis e aptos a produzir, e corpos doentes, perigosos, logo, considerados como inaptos à produção.

A criação de instituições de isolamento dos contaminados pela lepra como o leprosário do Bonfim, pode ser compreendida como a aplicação de técnicas disciplinadoras e regulamentadoras da população e dos indivíduos, enquanto que o isolamento se apresenta como um dispositivo de poder com uma função estratégica: controlar a doença e excluir os doentes. Percebe-se então, naquele contexto, a aplicação daquilo a que Foucault chamou de *biopoder* que “se perfilou segundo a gestão da saúde pelo Estado e pela administração dos indivíduos no interior das instituições” (PIMENTEL & BRUNO, 2006, p.47).

3.1.1 A medicina e a uniformização do controle da lepra.

Da mesma forma que as doenças, a medicina também varia de significado através do tempo e do espaço (RODRIGUES, 2006a). No momento aqui estudado a medicina apresentava um arsenal de recursos normalizadores visíveis em discursos racionalizados, com linguagem e conhecimentos específicos destinados a controlar indivíduos e seus corpos (HOCHMAN E ARMUS, 2004). Como diria (GUIMBELLI, 1997) nesse projeto de medicalização da sociedade brasileira:

A medicina incorporou o meio urbano como alvo de reflexão e intervenção, meio social e natural diante do qual 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.

Nesse contexto “a veracidade científica é sustentada por um sistema de créditos lógicos que garante a eficácia” (NUNES, 2000, p. 310). Os médicos receberam

do Estado a licença para realizarem o diagnóstico clínico da doença. “Ambos – médicos e Estado – eram os responsáveis pela retirada do indivíduo doente do convívio de sua família e de todo um contexto social para interná-lo em instituições geralmente criadas e/ou mantidas pelo Estado para o seu isolamento” (CUNHA, 2005b, p.33)

A medicina naquele início de século como bem observou (ADAM & HERZLICH, 2001, p. 33) era: “caracterizada por uma orientação crescentemente empírica, pela especialização do papel do médico, pela busca de um saber racional sofisticado” com pretensões universalizantes - o que influenciou fortemente nas medidas adotadas para combater as doenças que assolavam o país. De fato, buscava-se apresentar o saber médico através da posse da autoridade para recomendar a melhor forma de tratar dos diversos problemas referentes à população. A medicina, como diria Nunes (2000, p. 315-316), “apresentava-se como tendo o controle e a previsão dos instrumentos terapêuticos utilizados, quer na cura dos ‘indivíduos’, quer na cura da sociedade’ e ‘agrupamentos humanos’”.

Contudo, há que notar-se que o monopólio que a Medicina detinha no espaço do poder não se fez sem oposições ou mesmo disputas internas e com outros domínios. O campo médico se configurava como um lócus de disputas pelo saber constituído, donde o monopólio de competências garantidas pelo saber técnico-científico era traduzido, interna e externamente, pela ocupação de postos e cargos de maior prestígio, seja no conjunto de instituições de formação médica, seja na própria estrutura governamental.

No Maranhão, como bem demonstrou NUNES (2000, p. 319), “garantida mediante as disputas com outros domínios ou universos fixados a partir de limiares distintos. (...) A competência médica é, pois, afirmada e diferenciada mediante a comparação ou distinção perante outras competências”. Os principais concorrentes dos médicos no momento aqui estudado eram os bacharéis em Direito. Tomadas em conjunto, “observa-se, nesse sentido, o domínio da medicina e do direito como disciplinas cujos princípios de visão e de di-visão do mundo social são preponderantes no âmbito da produção do conhecimento”(NUNES, 2000, p. 320).

Nesse sentido, percebe-se que no interior dos debates sobre a lepra no país naquele momento, as disputas pelas proposições mais acertadas sobre a doença, seu contágio, sua cura ou sobre tratamento e o doente, não eram circunscritas às práticas terapêuticas, como também remetiam a estratégias de legitimação social de determinados domínios, em detrimento e competição com outros.

Um espaço de disputas entre os médicos acerca das proposições em torno da lepra eram também as conferências, congressos e encontros nacionais, em que se reuniam especialistas voltados para o debate do tema e problemas provocados por tal enfermidade. Nesses encontros estavam em jogo as disputas pela colocação e imposição de um modo específico de conceber a doença, as formas de contágio, seu tratamento e as medidas a serem tomadas para contê-la, estando permanentemente em pauta a necessidade de isolar ou não os infectados. Vale à pena destacar, a título de exemplo, os debates encarnecidos ocorridos entre Belisário Penna¹² e Eduardo Rabello¹³, acerca do modelo de tratamento e de isolamento dos doentes.

Belisário Penna defendia a criação de municípios de leprosos, os chamados “Municípios da Redenção”, locais habitados somente por portadores da doença, administrados por eles, de onde retirariam tudo que fosse necessário à sua sobrevivência sem que fosse necessário entrarem em contato com o mundo exterior e com pessoas sadias. Contrário a essa idéia, Eduardo Rabello defendia medidas mais humanitárias para os doentes. Para ele o isolamento deveria ser em colônias agrícolas, locais aonde os doentes poderiam remontar suas condições de vida anteriores.

As divergências em torno das formas de combate à doença e do isolamento evidenciam que a sua adoção profilática, enquanto medida para controlar a doença, não fora resultado de um consenso - estando freqüentemente sob questionamentos. Superada a visão de unidade e homogeneidade que advêm das tomadas de posição oficial, deslinda-nos disputas diversas pela constituição de verdades sobre a doença e o doente.

A padronização das medidas de controle da lepra só veio acontecer após a Conferência para a Uniformização da Campanha Contra a Lepra, realizada em 1933. Segundo Curi (2002), nessa conferência fora estabelecido que o isolamento compulsório “deveria estabelecer diferenciações no interior dos estabelecimentos onde seriam confinados os leprosos”. Ainda na década de 1930, uma comissão designada pelo Ministério da Educação e Saúde formulou um plano nacional de combate à doença que pôs em prática o isolamento compulsório dos doentes. Nesse plano estava previsto, dentre outras coisas:

- a) construção pela União de um número suficiente de leprosários, preferentemente do tipo colônia agrícola;

¹² Belisário Augusto de Oliveira Penna: Médico sanitarista brasileiro, atuou como inspetor sanitário do Rio de Janeiro e no Serviço de Profilaxia da Febre Amarela no início do século XX.

¹³ Eduardo Rabello. Médico Dermatologista brasileiro. Inspetor de profilaxia da lepra e doenças venéreas do Departamento Nacional de Saúde Pública. Fundador da Sociedade Brasileira de Dermatologia 1912

- b) ampliação e melhoramentos nos leprocômios já existentes, nos quais tais medidas sejam consideradas necessárias;
- c) hospitalização nos estabelecimentos construídos, ampliados ou melhorados, dos doentes de formas contagiantes, dos mendigos, indigentes, mesmo apresentando formas fechadas, sendo calculado aproximadamente em 65% o número de doentes a internar por motivo de ordem profilática ou assistencial; (AGRICOLA, 1960, p. 18).

Além de determinar a construção de leprosários, o plano nacional de combate à lepra previa a realização de pesquisas sobre a doença, a realização de um censo da população contaminada do país, a legislação específica para esses fins e a organização administrativa. As instituições de isolamento dos portadores da doença não eram de um tipo único, como já explicitado, mas a mais recomendável era o tipo hospital-colônia. Segundo Cunha, (2005b, p, 95):

Essas colônias deveriam estar localizadas nas proximidades dos centros urbanos, com facilidades de comunicação e de transportes. Na organização interna desses hospitais-colônia, era de fundamental importância a separação do terreno em três zonas distintas. A zona doente, onde deveriam ficar unicamente os doentes de lepra, com área suficiente para a construção da parte residencial, com casas, pavilhões, cozinha e refeitório, gerando economia própria; a parte relativa à assistência, constituída de enfermarias com conjunto operatório e policlínica, além de local para a reclusão de loucos, criminosos e indisciplinados; a parte de diversões, com quadra de esportes, cinema e clube; e a parte do trabalho, com oficinas, lavanderia e terrenos para a agricultura e a criação. A zona intermediária, ou neutra, estaria reservada à administração e seus anexos, farmácia, laboratórios, enfermarias, clínicas e demais estabelecimentos, onde os doentes estariam em contato com o pessoal administrativo e de saúde; e a zona saudável, local de residência dos enfermeiros, funcionários administrativos e outras pessoas sãs.

Como se sabe, essas instituições não seguiam um modelo único. Havia quatro tipos de leprosários: sanatórios, asilos, hospitais gerais e hospitais colônias (CUNHA, 2005b). Os sanatórios, em geral, eram construídos em locais com pequenos focos da doença e/ou destinados a doentes que tinham boas condições financeiras. Os asilos abrigavam aqueles já inválidos pela doença e podiam ficar próximos ou anexados aos hospitais-colônia. Os hospitais gerais só recebiam doentes de lepra quando não havia locais específicos para recebê-los, mas esse procedimento era desaconselhado por causa do perigo de contágio para os demais pacientes do hospital. Entre eles, os hospitais-colônias foram as instituições mais implementadas, recebendo grandes investimentos dos governos federal e estadual no sentido de serem estabelecidos em todo o território nacional¹⁴.

¹⁴ Vale à pena mencionar o depoimento do Diretor do Serviço Nacional de Lepra, Orestes Diniz, que na Conferência de Uniformização da Campanha Contra a Lepra em 1933, sugeriu que no interior dos asilos-colônia fosse permitido àquelas pessoas de melhores condições sociais que tivessem algumas regalias, a

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, 2005b, p, 95)

Uma das questões mais debatidas também entre os cientistas brasileiros com relação à lepra girava em torno de seu contágio: quais as formas de penetração do agente infeccioso no organismo, os focos de contágio e as condições necessárias à transmissão da bactéria? A esse respeito, as proposições de Adolpho Lutz, Chefe do Serviço do Instituto Oswaldo Cruz e mestre da zoologia médica brasileira, animado polemista, são bastante interessantes.

Na Conferência para Uniformização da Campanha Contra a Lepra ocorrida em 1933, Lutz defendeu a idéia de que a lepra era uma doença transmitida por mosquitos. Como afirmava, “Já decorreram 17 anos desde que tive ocasião de expor detalhadamente as razões que falam em favor da transmissão da lepra por sugadores de sangue, especialmente pelos culicídeos que freqüentam as habitações humanas” (LUTZ, 1933, p. 515). Naquela ocasião Adolpho Lutz, recorreu a sua experiência no estudo da febre amarela para confrontar suas opiniões com as dos leprólogos: “A lepra está no mesmo caso que a febre amarela, com a única diferença que se trata de uma moléstia muito crônica e de incubação longa, o que não constitui uma razão para ignorar indícios tão claros” (LUTZ, 1933, p 515).

A recomendação de Lutz era que se combatesse a lepra através do combate do mosquito. “A profilaxia contra os mosquitos é hoje a tarefa mais importante na guerra contra a lepra, já que nem os maiores otimistas podem nutrir a esperança de erradicá-la pelos tratamentos de que dispomos atualmente” (LUTZ, 1933, p. 516). E fornece um diagnóstico do quadro do conhecimento científico da doença no país e naquela terceira década do século XX:

Aliás, é desnecessário esperar a demonstração atual de transmissão dos bacilos, que ainda hoje é dificultada por quatro fatores importantes, a saber: 1. Não sabemos distinguir o micróbio vivo, e apto à propagação, do germe morto; 2. Ainda não dispomos de processos seguros e fáceis para cultivar os germes; 3. Não dispomos de um animal que se deixe inocular facilmente; 4. Faltam, ainda, provas biológicas que permitam reconhecer se a moléstia existe em

saber: permissão para construir casa de moradia própria, que fazia parte do patrimônio do asilo; atendimento médico diferenciado mediante pagamentos extras; restaurante particular; isenção de obrigações em realizar algumas tarefas designadas aos internos; permissão para fazer outros tratamentos paralelos ao da lepra, se esses existissem e mediante pagamento (CURI, 2002).

forma ativa nos doentes suspeitos e se as curas aparentes são reais (LUTZ, 1933, p. 516)

Lutz salienta em seu discurso a discordância existente entre ele e os leprólogos:

Creio, todavia, ter apresentado argumentos novos em favor dessa tese, argumentos esses que foram aprovados por alguns colegas distintos, embora a maioria se conservasse indiferente a eles. Entre os chamados leprólogos, quase ninguém compreendeu a importância do assunto, preferindo, em geral, seguir os velhos caminhos que nunca deram resultados (LUTZ, 1933, p.516).

No artigo “A transmissão da lepra e suas indicações profiláticas” publicado em 1936, Lutz desenvolveu argumentos sobre a transmissão e a profilaxia da lepra. Quanto à transmissão Lutz advogava a não transmissão de uma pessoa para outra de forma direta e defendeu novamente a transmissão por meio de mosquitos. A defesa dessa idéia se assentava em experiência feita em seres humanos em que o contágio de um doente para outro fora pequeno, o que indicaria, segundo ele, que:

Tais resultados contradizem por completo a idéia de que a emissão de germes pelos doentes, por descamação, secreção ou excreção, possa infectar outros indivíduos. Concordam, porém, com a observação anteriormente feita de que os morféuticos não são infecciosos nas grandes capitais européias. Os advogados do contágio direto ignoram constantemente fatos importantes como estes que acabamos de referir. (LUTZ, 1936, p. 597).

Adolpho Lutz fazia ressalvas ao uso do isolamento do doente de lepra, uma vez que essa prática era a muito utilizada em países como a China sem surtir efeito algum; como afirma: “Evidentemente não produziu o resultado almejado, já que a China continua a ser um dos focos mais intensos da morfêia” (LUTZ, 1936, p. 599). Além disso, ele asseverava o isolamento como sendo “(...) Uma medida bastante áspera e, por conseguinte, não só desagrada, mas também dá ensejo à oposição e ao ocultamento dos casos e (...) nas condições em que tem sido praticado até agora, não dá resultado satisfatório” (LUTZ, 1936, p. 599). Para Adolpho Lutz, o isolamento de doentes de lepra só faria sentido se fosse acompanhado por uma medida preventiva: a eliminação dos mosquitos. O que significava impedir que os contaminados fossem picados por tais insetos.

A principal instituição dedicada ao combate e controle da lepra era a Comissão de Profilaxia da Lepra, criada em 1915, proposta pelo médico Belmiro Valverde. A Comissão nasceu formada por representantes da “Academia Nacional de Medicina; pela Sociedade de Medicina e Cirurgia; pela Sociedade Brasileira de Dermatologia; pela

Sociedade Médica dos Hospitais; pela Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro” (COSTA, 2007, p.183).

Vigorando até 1919 tal Comissão deu destaque à lepra como um grande mal para o país, caracterizando-a como um fator social e científico, organizando discussões que destacavam temas como “‘a lepra e profissões’, ‘lepra e domicílio’, ‘lepra e casamento’, ‘lepra e migração’, ‘lepra e isolamento’, e ‘a transmissibilidade da lepra’” (CUNHA, 2005b, p. 40). Dentre esses temas o que teve maior destaque foi o isolamento, tanto que orientou as ações posteriormente desenvolvidas no combate à doença, visto que não haveria, à época, outro procedimento profilático mais recomendado para conter o contágio, controlar e curar a doença.

A Comissão defendia a transmissibilidade da doença e com base nessa concepção recomendou o afastamento do doente do convívio social. Assim os dois médicos responsáveis pelos estudos sobre a doença e o isolamento sugeriram que “sendo a lepra doença contagiosa, determinada por agente específico, cujo papel etiológico não parecia ter dúvida, parece que como medida profilática, única que se possa aconselhar, é o afastamento do convívio social de quem por ela foi vitimado”. (MOREIRA & TERRA, 1956 apud COSTA, 2007, p. 185).

Outro evento importante para a discussão sobre a doença no país foi a Conferência América da Lepra, que ocorreu no Rio de Janeiro de 8 a 15 de outubro de 1922. Naquela ocasião foram discutidos os temas que os médicos elegeram como relevantes no tocante à incidência da doença nos países americanos e à profilaxia que estava sendo adotada, bem como as novas orientações para o controle da doença.

A partir da década de 1920 os debates sobre a lepra se debruçaram sobre a questão da epidemiologia e a profilaxia. Para isso foram criados pelo Decreto nº 3.987 de 02 de janeiro de 1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, e a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, subordinada àquele Departamento. A partir de 1923 o tratamento da lepra passou a ser regulado pelo decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

O Decreto estabelecia os serviços que deveriam ser desenvolvidos pelo Departamento Nacional de Saúde Pública. O Título V, capítulo II, trata da profilaxia especial da lepra. O Art. 133 determinava o seguinte: “quando for notificado um caso suspeito de lepra, como tal considerado pela autoridade sanitária, ficará o enfermo sob vigilância, devendo o médico assistente confirmar a notificação logo que tenha positivado o diagnóstico”. O Decreto tratava ainda do tipo de isolamento permitido que

seria: “o nosocomial em asilos, sanatórios ou hospitais e colônias agrícolas e o isolamento domiciliar que só era permitido quando fosse possível uma assídua vigilância, e se o domicílio não fosse casa de habitação coletiva ou de comércio”. Além disso, o regulamento determinava o uso da força policial para conduzir o suspeito de contaminação para fazer os exames necessários (COLEÇÃO DE LEIS, 1920). Com esse regulamento era montado um aparato público para combater a lepra ao mesmo tempo em que se afirmava um espaço de discussões por parte da medicina que seria muito utilizada nas décadas seguintes.

Apesar dos estudos dos médicos noruegueses considerarem que a questão da transmissibilidade da lepra já estava elucidada, entre os brasileiros isso ainda não era consenso. Essas incertezas podem ter lançado dúvidas sobre as formas recomendadas para a profilaxia da doença, provocando o não cumprimento das medidas de isolamento recomendadas pelo decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, de forma que só a partir de 1930 foram tomadas medidas no sentido de pô-la em prática.

3.1.2 Corpo: o lugar da doença.

L'existence d l'homme est corporelle. Et le traitement social et culturel dont celui-ci est l'objet, les images que en dissent l'épaisseur cachée, les valeurs que le distinguent nous parlent aussi de la personne et des variations que sa définition et ses modes d'existence connaissent d'une structure sociale à une autre. Parce qu'il est au coeur de l'action individuelle et collective, au coeur du symbolisme social, le corps est una analyseur d'une grande portée pour une meilleure saisie du present. (LE BRETON, 2001, p. 7-8)

Nesse contexto, o corpo doente foi eleito como a base da doença, seu disseminador e elemento sobre o qual foram centralizadas as medidas de combate a ela. As marcas da doença evidenciavam-se no corpo, estavam à mostra, ao olhar de todos, Um corpo no qual se inscreviam significados negativos e sobre o qual agentes e instituições de diferentes tipos intervinham para sanear e civilizar. Como assevera FOUCAULT (1987b, p. 09):

A doença referenciável no quadro, aparece através do corpo. Neste, ela encontra um espaço cuja configuração é inteiramente diferente: espaço dos volumes e das massas. Suas regras definem as formas visíveis que o mal assume em um organismo doente: o modo como ele aí se reparte, se manifesta, progride alterando os sólidos, os movimentos ou as funções, provoca lesões visíveis na autópsia, desencadeia, em um ponto ou outro, o jogo dos sintomas, provoca reação, e com isso, se orienta para uma saída fatal ou favorável. Trata-se de figuras complexas e derivadas pelas quais a essência da doença, com sua

estrutura de quadro, se articula com o volume espesso e denso do organismo e nele toma *corpo*.

Esse corpo isolado e controlado, doravante, poderia “mais facilmente ser alvo de olhares objetivadores e vigilantes” (RODRIGUES, 1999, p.110). Sobre o corpo do doente estava se gestando um domínio específico de saberes que classificavam doenças e doentes. Ao mesmo tempo havia uma disputa entre diferentes agentes - médicos, sanitaristas, sociólogos, antropólogos, etc.- e instituições pelo domínio desses saberes que se constituíam em poderes específicos.

O doente passou a ser rastreado através de um estudo minucioso, apropriado por uma complexa rede de articulações estratégicas de saberes e de poderes, que utilizavam o corpo do doente como seu alvo e, mais do que isto, como seu objeto de manipulação e exclusão. Esse mesmo corpo que nas palavras de Foucault (1979, p. 22) é: “(...) superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto que a linguagem os marca e as idéias os dissolvem), lugar de dissolução do Eu (que supõe a quimera de uma unidade substancial), volume em perpétua pulverização”, era alvo de enunciados que o (re)significavam enquanto um objeto de determinações coletivas, um elemento de distinção e dominação.

De acordo com Marcel Mauss (1979) toda sociedade possui uma forma particular de definir e utilizar o corpo. “Essa unidade física não é uma realidade objetiva em si mesma, senão o resultado de uma construção social, e como tal, é definida e vivida de distintas formas segundo os sistemas culturais de referencia de cada grupo humano” (SOUZA FILHO, 2004, p. 217).

Através de estratégias discursivas e extra-discursivas, houve um movimento de inscrição no corpo do doente de lepra que lhe conferia um atributo, um ter no lugar e no tempo indiscerníveis de sua identidade (LE BRETON, 2002, p. 21). Esta invenção do tempo e do corpo em um espaço determinado nos recorda que o corpo não é um dado natural, tampouco uma evidencia imediata. Trata-se de um corpo descrito, inscrito, numa relação intrincada e complexa de saber/poder que define a este corpo uma posição determinada no seio do simbolismo geral da sociedade.

Esse processo de construção social e simbólica do corpo, que tende a reduzir o seu mistério, tem sido trabalhada conceitualmente naquilo que poderíamos designar

de teoria sociológica do corpo, a partir de duas concepções: uma que se assenta no fundamento do corpo vivido e outra que se apóia na perspectiva do corpo inscrito.

Esse debate busca seus fundamentos nas concepções de corpo vivido derivado dos trabalhos de Merleau-Ponty e na concepção foucaultiana de *corpo inscrito* inscrevendo-se em torno da existência ou não de uma separação radical entre essas concepções. Na concepção foucaultiana o corpo é atravessado pelas relações de poder/saber, portanto, inscrito por normas e disciplinas. Já na concepção de Merleau-Ponty o corpo é compreendido como “fonte de percepção, de sentidos e de amplos processos lingüístico-histórico-culturais” (SILVEIRA, 2005, p. 03).

Estudiosos como Elizabeth Grosz (1993), David Levin (1989) e Bryan Turner (1984), segundo Nick Crossley (1996), adotam claramente a concepção de Maurice Merleau-Ponty a respeito do corpo como vivido. Alguns, não admitindo a existência de afinidades entre as duas perspectivas, destacam a incompatibilidade entre elas. Já Nick Crossley (1996) tenta demonstrar que, não obstante as diferenças existentes entre essas formas de perceber e descrever o corpo, as concepções foucaultiana e merleau-pontyana de corpo não somente são conciliáveis como se complementam:

In this article I argue, contra Grosz, that we do not need to choose between the lived body and the inscribed body. These conceptions, I maintain, are not only commensurable and compatible, they are mutually informing and complementary. They are two sides of the same coin and there are considerable gains to be achieved by recognizing this. (CROSSLEY, 1996. P, 99).

Crossley (1996) considera que a concepção sócio-histórica do corpo é compartilhada por Merleau-Ponty e por Foucault. Para explicitar seu entendimento sobre o assunto, analisa a relação da agência humana com o poder (do corpo-disciplina ao corpo-poder) no trabalho de cada escritor o que “involves a discussion of body-space relations, of forms of body mastery and of forms of body awareness.” (CROSSLEY, 1996, p. 99 -100)

Uma análise inspirada na genealogia foucaultiana compreende o corpo “enquanto materialidade microfísica de acesso e de embate em uma complexa rede de saberes e de poderes que o constitui”, (SILVEIRA, 2005, p. 03-04) através da qual o poder intervém materialmente, no próprio corpo social, penetrando na vida cotidiana

(FOUCAULT, 1979). Já um estudo baseado na análise de Merleau-Ponty estaria interessado em compreender a maneira em que o corpo adquiriu a forma material dos hábitos, a base de nosso estar-no-mundo. Daí deriva algumas diferenças entre as percepções foucaultiana e merleau-pontyana de corpo. Enquanto este analisa o corpo em termos de suas funções existenciais, como maneiras de estar-no-mundo, aquele o compreende em termos de suas história e função políticas (CROSSLEY, 1996.)

but where Merleau-Ponty would call for an analysis of feelings as ongoing, situated forms of conduct which constitute a person's mode of being with others or with certain objects, Foucault would call for a historical (genealogical) analysis of such feelings and their (in all probability) ignoble, petty and malicious roots. Moreover, he would seek out their role in contemporary political life (CROSSLEY, 1996, p.102-103).

Para Crossley as duas concepções de corpo são conciliáveis na medida em que buscam compreender o corpo partindo das ações que empreende e das ações que sofre. Não estando, portanto, nem uma análise nem a outra reduzida a um ou outro aspecto. Além disso, para Crossley (1996), Foucault fornece um modelo dentro do qual ambos os aspectos se relacionam, donde os corpos ativos também são submetidos.

Em O nascimento da clínica (1987b), nos estudos sobre a sexualidade (1988, 1986, 1987) e a disciplina (1979, 1987a, 1999), Foucault discute a emergência de constituições discursivas particulares do corpo. Para Foucault o corpo é uma unidade política, onde as mais ínfimas práticas sociais se encontram com as grandes estruturas de poder que só são eficazes porque se articulam ao poder. “As instancias de poder têm alcance imediato sobre ele: elas o investem, o marcam, o dirigem, o suplicam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais” (FOUCAULT, 1987a, p. 25). Essas inscrições políticas feitas no corpo, segundo Foucault, estão ligadas à sua utilização econômica que se realiza através daquilo que ele chamou de “tecnologia política do corpo”:

Traríamos aí do ‘corpo político’ como conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem fazendo deles objetos de saber. (FOUCAULT, 1987a, p. 27)

A partir dessa perspectiva podemos compreender o isolamento dos doentes de lepra enquanto um episódio localizado do investimento político feito no campo da saúde pública no Brasil. Rodrigues (2006a) afirma que a sociedade humana dispõe de meios

simbólicos de lidar com as anomalias, com os desvios por meio de estratégias que as evitam e as canalizam. Como nos diz, “estes meios de controlar as coisas anômalas, incertas, ambíguas, estranhas e intersticiais que tendem a romper as categorias estabelecidas representam uma reação contra algo ameaçador” (RODRIGUES, 2006a, p. 25).

O corpo da pessoa atingida pela lepra foi (re)significado passando de uma unidade que era alvo da filantropia para uma unidade que representava risco à saúde pública. Para que esse fator de risco fosse neutralizado foram aplicadas formas de controle através de normalizações sociais. Isto é, o doente de lepra passara a viver sob normas que o afastavam do convívio social e do seio de sua família. Percebe-se, então, que a pessoa atingida pela lepra passou a ser dotada de uma particularidade unificadora: a doença e o perigo social. Como assevera Souza Filho (2006, p. 227): “Al tratar de la categoría cuerpo, como problema de naturaleza antropológica o sociológica, hace falta comprender como este se convierte en el principal atributo de una persona, en algo que le confiere singularidad”.

Podemos compreender essa particularidade em termos do que Erving Goffman (1978) denominou de “*identidade deteriorada*”, construída por meio de um processo de estigmatização do doente de lepra. A questão do estigma se coloca neste trabalho na medida em que oferece um instrumental analítico para apreensão das formas de categorização da pessoa doente de lepra. De fato, ela está ligada de forma contrária à existência de uma idéia de normalidade, de “pessoa normal” (GOFFMAN, 1978, p.09) e, no que se refere aos egressos do Bonfim, compõe um dos elementos mediadores e constitutivos de suas relações sociais, de suas visões e maneiras de estar no mundo.

A palavra estigma representa algo de mal, que deve ser evitado, uma ameaça à sociedade. Para Goffman (1978, p.11) “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias”. Cria-se então o que o autor chamou de “*identidade social virtual*”, com base na qual aqueles que possuem atributos incomuns ou diferentes, são enquadrados, tornando-se, este, critério para a sua rejeição do contexto social.

Dessa forma, para os indivíduos estigmatizados, a sociedade restringe os espaços criando fronteiras que se mostram por vezes intransponíveis, conferindo-lhes uma imagem *deteriorada e virtualizada*. O diferente passa então a ser concebido como

“nocivo”. Quanto mais visível for a marca, menos possibilidade tem o sujeito de reverter, nas suas inter-relações, a imagem formada anteriormente pelo padrão social.

Para Goffman (1978), dentre outros estigmas, existem aqueles relacionados às abominações do corpo – as várias deformidades físicas, entre as quais certamente poderiam ser enquadradas aquelas decorrentes da hanseníase. A visibilidade é aqui um fator crucial, afinal, “o simples fato de que ele entre em contato com outros levará o seu estigma a ser conhecido” (GOFFMAN, 1978, p.59). Contudo, tal conhecimento não se limita apenas à possibilidade de uma interação direta, mas também poderá ser baseado apenas nos mexericos e rumores.

No momento em que são formuladas representações a respeito da lepra e os significados depreciativos dos sujeitos por ela infectados ganham uma explicação científica percebe-se uma virada estratégica na forma de tratar esses sujeitos. Nota-se o aparecimento de “regras de evitação das coisas incertas, obscuras, vacilantes, irregulares, excepcionais e aberrantes” [com a finalidade de afirmar e reafirmar]¹⁵ as “definições categoriais a que tais coisas não se conformam” (RODRIGUES, 2006a, p. 25).

Essas regras de evitação, assentadas nos corpos dos indivíduos doentes, eram legitimadas pela competência de quem proferia os discursos: médicos, sanitaristas, leprólogos, etc. Essas estratégias não se circunscreviam apenas nas relações entre doentes de lepra e não doentes. Eram também percebidas no interior das instituições criadas para isolar os doentes – os leprosários. No leprosário do Bonfim, por exemplo, havia uma hierarquização dos internos. Eles eram divididos, de acordo com suas condições físicas, em *melhorados* e *piorados*, ou seja, entre aqueles que tinham condições físicas de desenvolver alguma atividade laboral e outros que não tinham condições de realizá-las. Dentre estes havia ainda aqueles que não tinham condições nem mesmo de cuidar de si e ficavam isolados dos demais, num asilo que havia na colônia. Essa divisão espacial era exercida através de uma concepção de otimização dos corpos que criava “espaços complexos: ao mesmo tempo arquiteturais funcionais e hierárquicos” (FOUCAULT, 1987a, p. 126)

Assim, observa-se que no decorrer da primeira metade do século XX, foram desenvolvidos no Brasil princípios de exclusão dos doentes de lepra baseados na idéia

¹⁵ Intervenção da autora.

do risco que eles representavam à população, e segundo a orientação da uma epidemiologia que estava em franco desenvolvimento no país naquele momento. Conforme assinala Neves (2008, p. 189) “O discurso de risco é, em sua essência, um discurso pedagógico que reforça a *ideologia* preventiva e contribui para tornar imperativa a inclusão das normas relacionadas aos comportamentos e hábitos nas relações dos indivíduos entre si e consigo mesmo”.

Esta idéia de risco a que se reporta Neves, diz respeito a uma prática da epidemiologia contemporânea que se baseia na *prevenção* como fundamento para o controle de doenças em substituição à *medicalização* que era dominante no início do século XX. No início do século passado, a idéia de *prevenção* adotada para controlar a lepra centrava-se na retirada do doente, ou mesmo do suspeito de estar infectado, do convívio dos sadios. Essa estratégia se baseava na noção de que a pessoa infectada, objeto do saber médico, oferecia um risco por conter em seu corpo o agente causador da doença.

3.1. 3 O médico Achilles Lisboa e o combate contra a lepra

Uma figura que ocupou papel de destaque nos debates nacionais acerca do problema da lepra foi o médico maranhense Achilles Lisboa. Nos diversos artigos por ele publicados faz uma série de orientações sobre como as pessoas deviam se comportar com relação à lepra. Dessa forma, ele relacionou os cuidados para que se evitasse o contágio da doença:

1º) viver uma vida sem desregramento, (...) tratando da syphilis, do paludismo e das verminoses; tudo isso porque a lepra, que é doença de lugares sem hygiene, só se desenvolve em organismos enfraquecidos e predispostos. 2º) evitando qualquer contacto com leprosos. 3º) De modo nenhum procurar comerciar com os leprosos. (LISBOA, 1936, p.8)

Achilles Lisboa conclui dizendo que ser evitado “o criminoso habito do comercio com esses infelizes e a caridade perniciosa de lhes acudir às necessidades dando-lhes dinheiro, muito tem contribuído para o alastramento da lepra nesta capital (S. Luiz)” (loc. cit.). O referido agente é um exemplo notável do poder social que detinha os médicos, não somente pelo fato de que propunha um programa de ação para o estado do Maranhão como forma de combater a lepra, como também pelo trânsito que o mesmo detinha na esfera política, donde extraia parte de sua legitimidade (NUNES,

2000, p. 322). Da mesma forma, a nível nacional, outros médicos lançaram mão de seus atributos como cientistas para se especializar em áreas cruciais da saúde no país, e, partindo desses atributos, galgarem cargos na estrutura política.

Achilles Lisboa, que nascera na cidade de Cururupu em 1872, no interior do Maranhão, ocupou diversos cargos locais e nacionais no espaço médico, político e intelectual. Graduou-se em Farmácia na Faculdade de Farmácia da Bahia; em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; foi membro da Academia Maranhense de Letras; Diretor da Sociedade Maranhense de Agricultura; Delegado Geral do Recenseamento do Maranhão; Diretor da Faculdade de Farmácia do Maranhão; Membro do Instituto Histórico e Geográfico do Maranhão; Prefeito da cidade de Cururupu; Diretor do Jardim Botânico; Governador do estado do Maranhão nos anos de 1935 e 1936 e aposentou-se como Naturalista do Museu Nacional¹⁶.

Os artigos escritos por Achilles Lisboa são bem representativos das dimensões e significados que a lepra recebeu no Brasil e dos tipos de “recursos investidos - científicos, políticos e simbólicos - que buscavam garantir seu lugar como um problema sanitário, em contraposição a outras doenças que assolavam a população brasileira nesse período” (COSTA, 2007, p.169). Em seus artigos sobre lepra Lisboa parecia tentar colocar em prática um projeto pedagógico. Para isso solicitava em seu *Catecismo de Defesa Contra a Lepra* (1936) que seus mandamentos fossem amplamente divulgados além de sugerir aos “poderes competentes”, medidas de combate e controle à lepra:

Proibição rigorosa, imediata, pela polícia ou pela própria autoridade sanitária, de se misturarem à população os doentes de lepra declaradamente contagiantes, vedando-se-lhe 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 são e se exponham gêneros comestíveis, deverá ser severamente estabelecida (LISBOA, 1936, p. 14)

Achilles Lisboa, adotando o postulado do contágio bacilar da lepra,¹⁷ classificou a doença em dois tipos: a “anestésica” (sic) quando afetava os nervos, “que

¹⁶ Para um estudo mais detalhado sobre a trajetória, política, social e intelectual de Achilles Lisboa ver NUNES, Patrícia Maria Portela. **Medicina, Poder e Produção Intelectual**: Uma análise sociológica de Medicina no Maranhão. São Luís: Edições UFMA/PORIN/CS, 2000.

¹⁷ Até o final do século XX havia duas teorias sobre a transmissibilidade da lepra. Os contagionistas que defendiam a idéia de que a doença era contagiosa, transmitida por um bacilo. Esta noção ganhou maior validade com o isolamento do *Mycobacterium leprae*. A outra vertente defendia a idéia de que a doença era hereditária.

é a menos contagiante, não obstante a hediondez das lesões que provoca” (1936, p. 07). O outro tipo era a lepra “tuberosa” que atingia a pele, considerada por ele como altamente contagiosa devido a abundância da eliminação de bacilos. Mais adiante o leprólogo descreve os sintomas da doença.

Hiperetesia cutânea, com sensação de calor, de ardor, de formigamento ou picadas; mal estar geral, quebramento no corpo, sonolência com sensação de indisposição, de preguiça; acessos febris irregulares, ligeiros, com internitência, resistentes à ação da quinina; secura do nariz, com entupimento ou hemorragias, ou então comichão do nariz acompanhada de coriza, dores vagas na cabeça, com um estado de sub-vertiginoso; dores vagas nos membros, sem localização nas articulações; perturbações menstruais nas moças; supressão do suor em zonas isoladas da pelle, com sudação compensadora abundante nas porções vizinhas; excesso de secreção pilosebacea acompanhada de queda dos pêllos; um certo calor na planta dos pés; queda dos supercílios, começando pelas extremidades. (LISBOA, 1936, p. 8-9)

É verdade que Achilles Lisboa não tratava, nesses trabalhos, exclusivamente da lepra. Usando uma linguagem rebuscada, incluindo termos médicos para falar da imigração, do desenvolvimento econômico (que segundo ele dependia dos investimentos na agricultura), em artigo publicado na Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Maranhão do mês de junho de 1947, intitulado “A imigração e a lepra”, Achilles Lisboa destaca a imigração como a única forma de tirar o estado do atraso econômico e efetuar uma limpeza racial. Assim sendo ele declara:

Representa a imigração para nós uma verdadeira transfusão de sangue, que nos venha levantar o valor da circulação da fortuna, trazendo-nos para as explorações agrícolas, além de normas de trabalho racionais, que nos evitem a devastação das florestas, trabalhadores capazes da intensificação de que carecemos nessas explorações. (LISBOA, 1947, p. 103).

A “transfusão de sangue” de que falava Lisboa não era apenas uma metáfora médica, ele estava se referindo à substituição de uma população rural que ele julgava doente devido às heranças africanas, expressas, por exemplo, no “folgado bárbaro do bumba-boi, usança africana que nos veio [sic] com a escravidão do negro e continua, aqui mesmo dentro da nossa Capital, e dar-nos o triste espetáculo de uma civilização [sic] bastarda” (LISBOA, 1947, p. 105). A população rural era apontada por ele como um povo “sem saúde, porque sem educação higiênica, preguiçosa e malandra porque doente e indisciplinada” (LISBOA, 1947, p. 104). Assim, Achilles Lisboa aponta nesse artigo o que considera a causa da improdutividade da população rural maranhense:

Com males outros muitos da imigração africana, tais como a lepra, a boubá, a ainhum, a diamba, o timbó, a bilharzia, o tambor, o bumba-boi, veio também o Necator, que é, mais do que o paludismo, fator essencial da nossa anemia tropical e, portanto, da preguiça, da inaptidão e moleza, dos nossos trabalhadores rurais. (LISBOA, 1947, p. 103)

Para o médico, o que estava em questão era um projeto de civilização para o estado do Maranhão. Tal projeto era atravessado por questões muito caras para as elites locais das quais ele fazia parte – a busca de uma raça pura que colocasse um fim na degenerescência da mestiçagem, a superação do antigo modo de trabalho – fatos que, para ele, dependiam da entrada de imigrantes de povos considerados mais avançados. Nesse sentido ele se pergunta: “Que fazer então para nos regenerar a raça, dando-lhe vitalidade e energia que lhe levantem a capacidade civilizadora com a subtaneidade exigida pelas circunstancias internacionais do momento de transformações por que passam todas as nações?” (LISBOA, 1947, p. 104)

A resposta encontrada por Lisboa foi a imigração, a promoção de um “processo de renovação rápida da introdução de um sangue novo” (LISBOA, 1947, p. 104). Mas este processo de purificação da raça dependia de medidas urgentes, dentre elas estava sanear o estado, afinal, para Lisboa, “a saúde, como maior certeza do que a própria terra tem de ser garantida aos que vierem trabalhar pela formação da sua fortuna e engrandecimento da nossa” (LISBOA, 1947, p. 105)

O objetivo de Achilles Lisboa estava para além da divulgação do perigo que a lepra representava para o Maranhão, era antes de tudo promover a divulgação de seu projeto de imigração marcado por idéias eugênicas que via no maranhense de origem africana uma ameaça à sua busca pela raça pura. O temor não parecia ser simplesmente, que a lepra amedrontasse os prováveis futuros habitantes do estado (como relata ao solicitar uma desinfecção da cidade de Alcântara escolhida para ser uma colônia de italianos). Lisboa temia também a não realização de mais um de seus vários projetos que não vingaram no Maranhão, como foi o caso da instalação de um Jardim Botânico.

Diante de seus planos de limpeza racial, a imigração se apresentava, assim como em outras partes do país, como a melhor opção e a lepra era apenas mais um mal trazido da África pelos negros que, em sua opinião era a causa do atraso econômico do estado.

Em seu “Catecismo contra a Lepra”, Lisboa destaca doze mandamentos da profilaxia ante-leprosa em forma de questionário. O primeiro mandamento fala das

causas da doença “um gérmen que pode penetrar no organismo pelas mucosas (nariz, bocca, olhos) e pela pelle (através de golpes, escoriações, feridas, ou as larvas do ancylostomo¹⁸ nas pessoas que andam descalças, pisando nos terrenos humidos [sic] e polluidos com escremento dos opilados” (LISBOA, [1937?], p.03). Os mandamentos seguintes falam: do perigo do contato próximo com um doente; do tempo de incubação da doença, que segundo Lisboa, variava de 4 meses a 32 anos; da possibilidade de se reconhecer um doente; dos sinais que poderiam levar à suspeita da doença; dos primeiros sintomas que poderiam levar ao reconhecimento do contágio; do que uma pessoa deveria fazer se suspeitasse estar com a doença; das possibilidades de cura; e por último, da possibilidade de um doente continuar trabalhando após o diagnóstico.

As estratégias discursivas adotadas por Achilles Lisboa para conquistar espaços e postos políticos estavam assentadas basicamente em sua legitimidade científica. Acompanhando sua trajetória intelectual, estudada por Nunes (2000), percebemos que o médico, cientista e leprólogo maranhense tratara de compor um vasto leque de produção (de jogar vários jogos) que variava de projetos de intervenção educacional na cidade de Cururupu até orientação de como a humanidade poderia alcançar a paz, passando por orientações sobre agricultura, alcoolismo, questões aciais e outras referentes à produção literária brasileira.

3.2 O Maranhão Contra O “Embuste Da Lepra”

No Maranhão, assim como nos outros estados, já havia instituições que cuidavam de doentes de lepra seguindo o modelo filantrópico. O primeiro leprosário da capital maranhense foi estabelecido em 1830, numa casa localizada na Rua do Passeio, no Centro da cidade, por trás do cemitério da Santa Casa de Misericórdia. Este estabelecimento funcionou até 1870 mantido pela Santa Casa que, após esta data, o transferiu para outro terreno que ficava também por detrás de outro cemitério, agora o cemitério municipal do Gavião descrito pelo leprólogo Sousa Araújo como: “sórdido e tétrico (...) ali reinam a miséria, a indisciplina e o vício” (Apud, ALMEIDA, 1933, p. 55). Foi iniciada ainda a construção de outro leprosário, em 1920, no sítio Sá Viana que não foi concluído, sendo a obra abandonada em 1927, ficando os doentes alojados no leprosário do Gavião até 1937.

¹⁸¹⁸ O *Ancylostoma duodenale* verme parasita causador da Ancilostomose, também conhecida por amarelão, opilação, anemia tropical ou ancilostomose, é dos tipos de verminose mais comuns no Brasil, principalmente nas zonas rurais. É também conhecido como *Necator americanus*.



Figura 1. Perspectiva do cemitério do Gavião mostrando o leprosário do Gavião à direita
Fonte: Exposição apresentada a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão Antonio Martins de Almeida em 1935, Imprensa Oficial

No Maranhão, o Serviço de Profilaxia Rural só foi criado em 1933. Na Exposição apresentada a Getúlio Vargas em 1933 pelo Intendente Federal no Estado do Maranhão, o Capitão Antonio Martins de Almeida são relatadas as condições da saúde no estado apresentando seus principais problemas sanitários como “absolutamente inadiáveis: lepra, malária e assistência a psicopatas” (ALMEIDA, 1933, p. 54)

As exposições feitas pelos interventores ao presidente da República tinham o objetivo de prestar contas das atividades desenvolvidas nas unidades federativas. Dessa forma, as fotos contidas na exposição de 1933 tinham o objetivo de destacar o que o interventor considerava um problema e assim alertar o presidente para a urgência de sua solução. Ao descrever esse leprosário o interventor diz: “as condições dos casebres desse depósito de humano é de iminência de ruína, não resistindo às primeiras chuvas ou vento que já se anunciam” (ALMEIDA, 1933, p. 54). Utilizarei essas fotos nesta parte da dissertação com o objetivo ilustrativo de demonstrar a localização desse leprosário.

O interventor dá conta das providências por ele tomadas, como: a criação no Maranhão do Serviço de Profilaxia Rural no interior e na Capital; da Inspetoria da

Saúde, com o dever de fazer a fiscalização das fábricas e seus trabalhadores; e de postos e Dispensários da Lepra e das Doenças Venéreas.

A construção do asilo-colônia do Bonfim, com instalações previstas inicialmente para 130 doentes, teve início em 1932. Um ano depois o interventor federal reclamava a insuficiência de suas futuras instalações para abrigar os doentes do estado, isso porque, mesmo não tendo condições de apontar a quantidade exata de doentes, ele afirmava ser muito superior ao que a estrutura do leprosário suportaria. Segundo ele, o número estimado de doentes era em torno de 3.000, dos quais 584 eram recenseados na capital e desses somente 80 recebiam assistência “num depósito situado atrás do Cemitério Municipal aonde apodrecem paulatinamente” (ALMEIDA, 1933, p. 54). Esse local que o interventor denominava de “Depósito de pessoas” era o leprosário do Gavião, o qual pode ser observado nas fotos a baixo. Na primeira, vêem-se moradores do leprosário apoiados em cima do muro do cemitério à esquerda. Na segunda, observa-se o leprosário por ocasião de uma visita do médico Achilles Lisboa.



Figura 2. Tipo de casas do Leprosário do Gavião.

Fonte: Exposição apresentada a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão Antonio Martins de Almeida em 1935, Imprensa Oficial

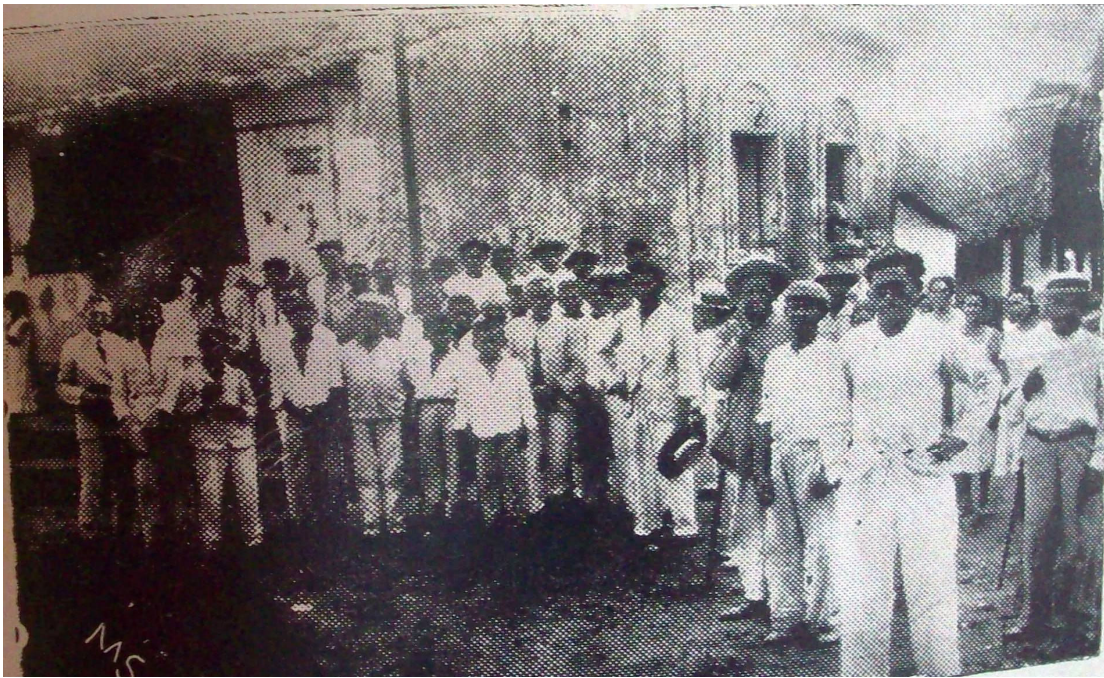


Figura 3. Foto de uma visita do leprólogo Achilles Lisboa ao leprosário do Gavião.
Fonte: Exposição apresentada a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão Antonio Martins de Almeida em 1935, Imprensa Oficial

Ainda segundo o interventor, o número de internos desse leprosário aumentava a cada dia por causa da grande quantidade de doentes que vinham do interior do Estado com a divulgação das notícias da construção do leprosário do Bonfim. Diante da quantidade de doentes já registrados no estado até 1934, o asilo-colônia que estava sendo construído parecia mesmo não ser suficiente. Devido a isso, o interventor federal solicitou ao presidente da República a liberação de verbas para que fossem construídos além da capital, asilos em Caxias, Viana, São Bento e Anajatuba, áreas de onde vieram o maior número de doentes de lepra para o leprosário do Bonfim como se pode observar no livro de Registro de Internações do Bonfim de 1937.

Acompanhemos agora a evolução dos serviços de combate à lepra no Maranhão no período em que o asilo-colônia do Bonfim estava em construção. No ano de 1934, segundo a exposição feita pelo interventor, haviam 97 doentes internados no asilo para os portadores da doença situado nos fundos do cemitério do Gavião. Nesse mesmo ano foram recolhidos 13 doentes para o dito asilo e foram matriculados no serviço de profilaxia da doença do estado mais 14 pessoas, sendo delas 11 homens, 1 mulher e 3 crianças.

Encontra-se ainda na exposição de 1935, nos dados referentes ao ano de 1934, um quadro do movimento de doentes no estado do Maranhão nos anos de 1923 e

1934. Neste quadro são registradas as doenças de maior incidência no estado, sendo que a lepra é a doença de menor incidência entre elas. Isto por sua vez não significa que no estado tivesse poucos casos de lepra, mas, antes disso, podemos atribuir este fato à grande dificuldade de diagnosticar a doença naquela época, tanto pela falta de conhecimento dos sintomas, quanto pelas dificuldades que os doentes poderiam ter para procurar o sistema de saúde ao suspeitarem do seu contágio devido ao grande estigma que pesava sobre o portador da doença à época e os significados sociais que estavam sendo construídos sobre a enfermidade naquele período.

TABELA I
MOVIMENTO DE DOENTES NO ESTADO DO MARANHÃO NOS ANOS DE 1923 E 1934

Doenças	Em 1923	Em 1934	Diferença
Ancilostomose	17.263	1.360	15.903
Outros helmintos	5.321	1.490	3.831
Sífilis	15.654	1.186	14.468
Doenças venéreas	25.028	293	24.735
Lepra	1.408	5	1.403
Paludismo	1.311	3.886	12.425
Várias doenças	39.701	1.764	37.937

Fonte: Exposição apresentada a Getúlio Vargas pelo Interventor Federal no Estado do Maranhão Antonio Martins de Almeida em 1935, Imprensa Oficial

Este quadro apresenta uma diferença de informação quanto ao número de casos diagnosticados no ano de 1934. Outro importante dado que podemos retirar do quadro é que, apesar da grande preocupação das autoridades governamentais e do médico Achilles Lisboa com o avanço da lepra no estado do Maranhão, a exposição de Antonio Martins de Almeida demonstra que em onze anos, de 1923 a 1934, a doença com menor índice de movimento de doentes no sistema de saúde do estado foi exatamente a lepra. Portanto haviam outras doenças que ofereciam maior perigo à saúde pública, como era o caso das doenças venéreas e outras que não entraram no quadro comparativo dos 11 anos de intervalo, mas constam em outro quadro, o de pessoas atendidas pela primeira vez, em que são repetidas algumas das já citadas.

Esse fato nos remete às dificuldades enfrentadas para por em prática as políticas de controle da lepra no país naquele momento: a falta de orientação para a população sobre o contágio e o tratamento da doença; de censo populacional que determinasse o número de doentes e, principalmente, o estágio de desenvolvimento científico da compreensão e tratamento da doença (a fim de tomá-la efetivamente como objeto).

TABELA II
PESSOAS ATENDIDAS PELA 1ª VEZ EM 1934

Ancilostomose	1360
Outras helmintoses	1.490
Paludismo	3.886
Sífilis	1.186
Doenças Venéreas	293
Chistozomose	11
Bouba	37
Leishmaniose	3
Tracoma	89
Tuberculose	22
Lepra	5
Outros serviços	1.602

Fonte: Fonte: Exposição apresentada a Getúlio Vargas pelo Interventor Federal no Estado do Maranhão Antonio Martins de Almeida em 1935, Imprensa Oficial

Segundo dados da exposição de 1941, entre os anos de 1939 e 1940 foram descobertos 982 casos novos da doença que, adicionados aos doentes já internados no leprosário do Bonfim – um total de 166 – faziam com que o estado do Maranhão chegasse ao número de 1.148 doentes conhecidos naquele início da década de 1940.

Os dados acessados acerca da situação da lepra no Maranhão durante os anos de 1942 e 1943 dão conta de que, dentre as doenças de notificação compulsória – coqueluche, difteria, disenteria amebiana, disenteria bacilar, febres tifóidicas, lepra, malária, tuberculose, outras, doenças transmissíveis, segundo relatório apresentado ao interventor do Estado pelo diretor geral de saúde e assistência, Dr. Talmo Moraes, a lepra era uma das doenças com os mais baixos índices de notificações. No ano de 1942 foram notificados 15 casos e no de 1943 apenas 3, enquanto que a tuberculose, com o maior número de notificações e de morbidade, atingiu 184 em 1942 e 133 casos no ano seguinte.

Como mencionado anteriormente, o sistema isolacionista era composto por três instituições: o *leprosário*, o *dispensário* e o *preventório*. Em São Luís, o Dispensário Frei Querubim realizava “tratamento ambulatorio dos contagiantes, censo, vigilância e diagnóstico dos casos recentes dou dissimulados de lepra” (RAMOS, 1938, p.17). O *preventório* de São Luís, mais conhecido como Educandário Santo Antônio, que assim como os demais pelo Brasil afora, ficava sob os auspícios da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra no Brasil, foi inaugurado em 8 de

dezembro de 1941 no convento São Antônio, no antigo Bairro do Cutim, do lado oposto da ilha do Maranhão, ao Bonfim, completando assim o tripé isolacionista maranhense.

Entre o ano da fundação do Leprosário do Bonfim, 1937, e o ano de 1965, período limite dos registros de internações no livro de Registro do ano de 1937, foram encontrados mil trezentos e noventa e seis internos. No ano de 1965 foram registradas apenas duas internações, isto porque a internação compulsória já não era mais obrigatória. Segundo informação de um antigo funcionário da colônia os últimos internos foram pessoas levadas pelas famílias até a instituição. Segundo seu Pedro, funcionário do Hospital Achilles Lisboa, “as famílias vinham e jogavam o doente do lado de fora da colônia e ia embora, não voltava mais para vim nem ver”.

Capítulo Terceiro

4 - Asilo-colônia do Bonfim: um lugar onde o mundo nasce para uns e acaba para outros

Mas a cidade não conta seu passado, ela o contém como as linhas da mão, escrito nos ângulos das ruas, nas grades das janelas, nos corrimãos das escadas, nas antenas dos pára-raios, nos mastros das bandeiras, cada segmento riscado por arranhões, serradelas, entalhes, esfoladuras. (Ítalo Calvino)

Conforme observou Pierre Bourdieu (1997; 1977), toda a ação histórica põe em presença dois estados da história social: a história em seu estado objetivado, acumulado nas coisas, nas máquinas, edifícios, monumentos, etc., e a história no seu estado incorporado, inscrito no corpo, funcionando como uma linguagem pela qual se fala, sem que se tenha emitido qualquer palavra. O poeta Calvino tem razão quando assinala que a cidade não conta o seu próprio passado, porque essa história objetivada só pode ser vista enquanto resultado de investimento daquele que se predispõe a interessar-se pelo seu funcionamento, suas transformações, suas inscrições.

Este capítulo foi construído com a finalidade de tentar apreender um pouco dessa história que habita e é habitada em um espaço determinado, a Colônia do Bonfim. Assim, a fim de fazer um estudo da formação histórica da instituição, apresento o local onde a mesma foi construída, um espaço desde muito utilizado para distanciar os “anormais” da “boa sociedade”, descrevendo, posteriormente, o processo mesmo de construção da Colônia. Procuro ainda caracterizar o funcionamento da instituição, a codificação institucional das práticas, relacionando-as a aspectos menos codificados, como as formas de (re)produção das relações sociais e as experiências vividas pelos egressos enquanto ainda se encontravam internados na Colônia. Isto com base nas entrevistas e nas informações retiradas dos Livros de Registro de Internações da Colônia do Bonfim; além dessas fontes, serão ainda utilizadas as Exposições dos anos de 1935, 1938, 1939 e os Relatórios dos anos de 1939 a 1944 e 1960 escritos pelos interventores federais do estado do Maranhão nesse período.

4.1. Ponta do Bonfim: de lazareto a leprosário.

Bonfim, cabo fronteiro à capital do Maranhão, na margem esquerda do Bacanga, cercado por um banco d'areia, que é encoberto completamente pela enchente da maré. Fica a 2º 23 lat.merd., e a 36º 31' long. Occ.”(MARQUES, 1870 p .93-94).



Figura 4. Visão de parte do mapa de São Luís de 1820 destacando a Ponta do Bonfim defronte do centro da cidade de São Luís

Fonte: Site da Biblioteca Nacional



Figura 5. Visão de parte do mapa de São Luís de 2009 destacando a Ponta do Bonfim defronte do centro da cidade de São Luís

Fonte: Site do Google maps.

Augusto Cezar Marques, em seu Dicionário Histórico-Geográfico do Maranhão, faz uma descrição do Bonfim, relatando as atividades ali ocorridas desde o início da colonização do Maranhão. Segundo esse historiador, em 1718 foi construído

no Bonfim um hospício¹⁹ administrado pela ordem dos carmelitas. Essa construção, segundo Marques (1870, p. 94), foi autorizada por Jerônimo d'Albuquerque, em “portaria de 20 de fevereiro de 1616, que concedeu duas léguas n’este cabo para a edificação d’este hospício” Ainda segundo Marques tal edificação erigida no Bonfim acolheu no séc. XVII presos e contaminados por bexiga. Foi utilizado como Lazareto, lugar de quarentena dos pretos novos (escravos recém chegados da Costa da África). Tteria ainda abrigado um cemitério de ingleses, além de ser palco de uma grande festa ao santo: Nosso Senhor do Bonfim.

Tudo indica que a Ponta do Bonfim, pela sua localização geográfica distanciada da cidade de São Luis, fora vista, desde muito, como um dos espaços privilegiados para abrigo de doentes, a fim de inibir a possibilidade de contaminação e ameaça à população. Especialmente em se tratando da lepra, que já preocupava as autoridades públicas maranhenses há muito. Desde o ano de 1838, por exemplo, o presidente da Província já propunha a transferência do hospital dos lázaros 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 idéia 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 Luis. Contudo, as condições para transformação dessas idéias difusas em um projeto a ser implementado surgiram somente quando, em consonância com outras capitais brasileiras, a questão do saneamento, higienização e delimitação do espaço urbano ludovicense tornou-se determinante para a superação do atraso econômico-social da província objetivando o acesso à civilização e à modernidade.

Entre projeto e finalidades, alguns obstáculos deveriam ser superados. Entre as preocupações das autoridades ludovicenses, paulatinamente a lepra assume um lugar de grande importância, o que exigiria tomadas de posição mais imediatas. A preocupação com o saneamento da cidade criou as condições para a construção na Ponta

19 Torna-se necessário destacar que o termo Hospício, usado por Cesar Marques, refere-se, como consta no dicionário Aurélio da língua portuguesa, à “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.

do Bonfim de um espaço destinado a abrigar os portadores de lepra. Afinal, como assegurar o saneamento da cidade, quando o símbolo do castigo divino e da desgraça do corpo assume a força da evidência contrariando os planos de modernização e embelezamento da cidade? Tudo indica que o Bonfim fora destinado a assumir esse contraponto: lugar do outro repulsivo, face contrária do desejável. Resultado de uma inscrição no espaço e no imaginário, a partir de então o lugar seria cada vez mais temido, pois não abrigaria apenas uma doença caracterizada como vergonhosa, representava o próprio lugar da doença.

A operação de construção de *espaços próprios e impróprios* para os “doentes”, assim como para os “sãos”, pode ser evidenciada através do discurso do leprólogo Achilles Lisboa que em seu *Catecismo da Defesa Contra a Lepra* de 1936, sugeria a instituição de exames médicos periódicos e obrigatórios em locais como as escolas, hospitais e repartições públicas, enfim, nos locais de aglomerações, “(...) por não se ter como adivinhar quando o indivíduo está em estágio de incubação” (LISBOA, 1936, p. 12).

Além dessas orientações, o cientista Achilles Lisboa, levou a público suas preocupações com a questão da lepra em discurso proferido em 1948 na Assembléia Legislativa do estado, publicado em 28/10/1948 no jornal O Imparcial. Neste discurso Lisboa, além de indicar os lugares considerados de risco (zona do baixo meretrício e os terrenos próximos ao cemitério do Gavião), orientava os cuidados que deveriam ser tomados para com os mesmos. Assim, com relação ao baixo meretrício, o leprólogo orientava:

vigilância rigorosa e continuada da zona do meretrício que deverá ser também interdita até a rigorosa desinfecção nos trechos em que apurem os casos de lepra suspeita. Deverá a mesma Higiene pelo que apurar da inspeção feita pelas visitadoras, tomar providências para o isolamento dos casos que encontrar e interdição das moradias onde observarem, até que as medidas de desinfecção rigorosíssima se possam praticar, sendo preciso notar que, em tais medidas de desinfecção o expurgo deve ser absolutamente e demorado. (LISBOA, 1948. O Imparcial 28/10/1948)

Quanto aos terrenos que ficavam nas proximidades do cemitério do Gavião, onde os portadores da doença viviam antes de serem encaminhados para o Bonfim, Achilles Lisboa demonstra sua preocupação com a construção de casas naqueles terrenos ao salientar que “o contato com aqueles terrenos facilita a propagação da moléstia de maneira a mais alarmante”. A recomendação do médico era a interdição e a

incineração dos terrenos do Gavião e o exame amplo, geral e irrestrito na zona do meretrício.

Ao chegar à terceira década do século XX, vê-se que o Bonfim já não era mais apenas um porto de quarentena, onde os escravos esperavam até chegarem a seu destino - São Luís. Fora escolhido para abrigar aqueles que, atingidos pelo “grande mal”, ameaçavam a tranquilidade e a saúde da cidade, representando “um perigo imediato para a população sã da cidade na possibilidade de uma invasão, mais dia menos dia”²⁰. Uma cidade que se preparava para o suposto progresso que viria com a modernização do espaço urbano, tão prometida naquele século e na qual o governo getulista tanto apostava.

4. 2 Leprosário do Bonfim: “Várias vidas a pensar por qual razão do destino vieram aqui morar”²¹.

A Colônia era totalmente fechada, era um exílio realmente, hoje não existe mais Colônia, está tudo aberto. (João Batista, egresso da Colônia do Bonfim)

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 acto pelo dr. Barros Barreto director 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, 15/10/1937).

Convém salientar que na oportunidade da inauguração da Colônia os doentes que ali seriam isolados não compareceram. Foi uma cerimônia restrita às autoridades políticas, religiosos e médicos, como consta na mesma reportagem: “ a inauguração será feita sem a presença dos doentes, que só serão removidos, do leprosário do Gavião para a colônia do Bonfim, a partir da segunda-feira vindoura” (O Imparcial, 15/10/1937).

²⁰ Palavras do interventor do estado do Maranhão, Antonio Martins de Almeida, em Exposição apresentado a Getúlio Vargas em 1933. Imprensa Oficial.

²¹ Parte retirada do poema, meu Bonfim de autoria de seu João Batista, egresso da colônia do Bonfim

Este fato não representa nenhuma surpresa, afinal, a construção da Colônia do Bonfim tinha como objetivo a separação entre “doentes” e “sadios”. Destacamos ainda que a separação enfatizada pela nota de jornal aconteceria no interior da Colônia, ou seja, a separação entre os doentes e a direção da instituição.

O leprosário do Bonfim é descrito nas Exposições do interventor federal Paulo Martins de Souza Ramos sempre 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. Ao contrário, o do Gavião era designado como “depósito de leprosos”, repositório desagradável. 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 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 Luis, fronteira à capital do Estado, da qual é separada pelo rio Bacanga, numa extensão de uma e meia milhas” (RAMOS, 1938, p. 16-17).

Além do conjunto de concepções que desde muito predispunham à escolha do espaço como locus possível para a construção das instalações dos leprosários, dois outros motivos pareciam assegurar a sua escolha como ideal: 1) a dificuldade de acesso, possível apenas por via marítima e 2) a sua posição em relação aos ventos (as correntes de ar do espaço direcionavam-se em sentido contrário ao da cidade de São Luis). Quanto à dificuldade de acesso, o que estava em jogo era impedir a fuga dos internos, sua ida e/ou retorno à cidade, uma vez que só se dispunha de duas embarcações na área, duas lanchas, as quais eram de propriedade da Colônia. Em relação à direção dos ventos, esta era uma das maiores preocupações que cercavam a escolha do local de construção dos leprosários. O local deveria estar posicionado de maneira a permitir que a direção dos ventos fosse da cidade para o leprosário, e não ao contrário. A preocupação, como se pode observar, era a de impedir que os bacilos da doença rumassem para o centro administrativo da região urbanizada.

A preocupação com a direção dos ventos era tamanha que influía até na hora do médico atender os doentes no interior da Colônia. Seu Juliano, de 62 anos, um dos egressos entrevistados ao fazer uma descrição da Colônia e da forma de tratamento dado aos doentes assim comenta:

E como na mentalidade daquele tempo a doença se pegava pelo vento, o que fizeram... A única entrada pra cá era pela via marítima então, eles construíram a parte sadia pra lá, porque o vento vem de lá pra cá. Aqui tinha um diretor que quando vinha falar com a gente (ele não fumava não), ele acendia um isqueiro pra ver de onde o vento tava soprando. Ele ficava do lado que o vento ia. Tinha um morro que separava. Doente não passava pra lá por nada. Era restrito mesmo.

Em Exposição ao povo maranhense de 1939, o mesmo interventor declara o Bonfim da seguinte forma: “A colônia do Bonfim representa um grande avanço do poder público no terreno da assistência aos leprosos, a qual, por sua vez, constitui a medida mais segura para a defesa da população contra a [lepra]” e citando os leprólogos Rogers e Muir diz: “a mais cruel doença que a espécie humana tem por herança” (RAMOS, 1938, p. 54). Em outro momento, na Exposição de 1939 - enviada ao presidente Getúlio Vargas - Paulo Ramos assim fala da Colônia do Bonfim: “constituiu, indubitavelmente, um bem-aventurado melhoramento que tirou o Maranhão do opróbrio, passado por dilatados lustros, quando eram atirados, como se o fossem num horripilante monturo de tuberculosos e gangrenas, os desgraçados hansenianos” (RAMOS, 1938, p.146).

Mas, para falar do que se tornou o Bonfim no século XX, muito elucidativo é o poema a seguir, escrito por seu João Batista, egresso do asilo-colônia do Bonfim: poeta, comunicador, homem de espírito alegre, deficiente visual (cego), foi para o Bonfim nas vésperas de seus nove anos de idade, em 1969. Hoje, com 48 anos de idade, casado, pai de dois filhos, sente como se nunca tivesse saído da Colônia. A história da Colônia ainda o habita e inscreve-se na superfície de lembranças que remonta, que até revive e tenta dominar pela fala, pela escrita. Sente, mesmo passados vinte anos, que é capaz de descrever detalhadamente cada canto da antiga Colônia, esclarecendo inclusive o que foi e como está hoje.

No poema que segue, composto quando seu João Batista tinha 17 anos de idade e já cego, ele narra seus sentimentos acerca da Colônia. Fala, com uma intensidade expressiva permeada de romantismo, uma certa dose de paixão, como o faz até hoje, ao felicitar-se no ato de expressar sua localização; a disposição dos grupos que ali conviviam; os questionamentos feitos por aqueles que não concordavam com o isolamento; a fala dos religiosos e religiosas que ali viveram exercitando sua caridade cristã. Não há dúvidas de que seu João Batista foi um dos meus informantes mais dedicados, mais interessado na pesquisa.

Seu João Batista compôs este poema para concorrer num concurso realizado na Colônia conseguindo o prêmio principal: um rádio. O título do poema que segue é *Meu Bonfim*. É uma declaração de amor de seu João Batista ao “viver na instituição”, considerada por ele como sua verdadeira casa:

Meu Bonfim

Edificado sobre uma colina
Que avança para o mar.
Todo cercado por praias que as ondas vêm beijar.
Linda vegetação tem, sombra luxuriante
Seja inverno ou verão está sempre verdejante.
E dentro de ti estão várias vidas a pensar:
Por qual razão do destino
Vieram aqui morar?!
Muitos vivem aborrecidos, com a sorte dada por Deus
Estando sempre sozinhos, longe dos entes queridos seus.
Mas, eu sei meu Bonfim que tu não é só tristeza
Em ti existe alegria que fazem rir com firmeza.
O pessoal que aqui trabalha
Velando pelos sofredores
Buscando sempre um caminho
De aliviar suas dores
Entre tantos, estão as irmãs de caridade
Já marcaram época de trabalho e santidade
Foram muitas que por aqui passaram
Sempre com trabalho afinho
E as que aqui agora estão
São em número de cinco
Cuidando também de nós
Com trabalho no coração
Quem nem brasileiro é: nosso querido padre João.

(João Batista Henrique Dinis Pereira, 48 anos, egresso do Bonfim).

A leitura do poema de seu João Batista nos lança de forma repentina em um universo valorativo bastante peculiar. Independentemente dos juízos críticos que tenhamos sobre a instituição e seus efeitos, não há como não reconhecer em *Meu Bonfim* uma tematização emotiva que articula uma experiência particular e saudosa do espaço, com um julgamento valorativo a partir de sua própria trajetória de vida.

Na oportunidade em que foi recontada, envolvida em uma atmosfera de intensidade expressiva, de emotividade, a narrativa produzia efeitos que a pesquisadora não pode desconsiderar em seu trabalho reflexivo. Apresentada fora do contexto de ação, não é dado ao leitor as condições para apreender a importância dos aspectos metalingüísticos na construção do enunciado, particularmente o efeito de fusão do

sujeito que narrava com a sobrevalorização de uma espécie de significação dominante e autorizada sobre a experiência da vida em colônia, traduzida em um artefato lingüístico. Afinal, o que é o Meu Bonfim senão também esse esforço de síntese dos valores e opiniões através do qual o autor representa a si, a sua história de vida?!

Toda reencenação estética carrega consigo complexidades que se movimentam sempre um pouco além ou aquém dos limites do próprio enunciado. Existem diversas vozes distribuídas entre trechos do poema, dos quais não podemos ouvir completamente por que se movem livremente distribuídos pelo espaço da escrita, preenchendo e, às vezes, ignorando suas circunscrições. É por isso que é necessário afirmar: “Mas, eu sei meu Bonfim que tu não é só tristeza”. E frente à questão existencial de “Por qual razão do destino / Vieram aqui morar?!” contentar-se com paroxística assertiva de que “Muitos vivem aborrecidos, com a sorte dada por Deus”.

Tudo indica que estamos mais predispostos, pelo conhecimento das condições de isolamento, a interpretar tal poema sob uma atmosfera da suspeita que, no final das contas, nega qualquer possibilidade de aproximação interpretativa. Isso cria um abismo que reforça os limites de nosso próprio pensamento, incapacitando a compreensão de que a experiência do isolamento é também ela produto de uma dramatização que é produzida simbolicamente, e que o conhecimento centrado exclusivamente na instituição incapacita conceber.

4.3 - A Vida na Colônia do Bonfim

Nós e a maré.

*Como eterna enamorada
Sem ter paixão por ninguém.
Ela vem toda ondulada
Beijar as praias também.
Não se cansa, não se afada
Todo dia vai e vem.
E é sempre resignada
Com a luta que tem.
Conosco é diferente
Às vezes se põe a gente de encontro com o que Deus nos faz.
Somos lama apodrecida
A maré de nossa vida
Quando vai não volta mais.*

(Luizinho Pires)²²

²² Este poema foi recitado pelo Sr. João Batista durante sua entrevista. Ele conferia a autoria a um interno da Colônia do Bonfim que todos os entrevistados mencionam com sendo “um poeta, um verdadeiro artista”: o senhor Luizinho Pires.



Figura 06. Foto de internos da Colônia do Bonfim.

Fonte: www.leprosyhistory.org/

Como dito anteriormente a colônia do Bonfim caracteriza-se como uma *Instituição Total*. Segundo Goffman (2001a) toda instituição total tem tendência ao *fechamento*. “Seu ‘fechamento’ ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas em seu esquema físico” (GOFFMAN, 2001a, p. 16). Ele realiza ainda uma tipificação dessas instituições entre as quais estão aqueles “locais estabelecidos para cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosário” (GOFFMAN, 2001a, p. 16).

É essencial para a atuação desse tipo de instituição o exercício do poder sobre os indivíduos que a compõem, tanto os internos quanto os funcionários. Elas são locais de exercício do poder pleno. Locais onde o *biopoder* de que fala Foucault é exercido. Onde as tecnologias disciplinares são realmente eficientes por estabelecem relação com os aparatos institucionais (RABINOW & DREYFUS, 1995).

Segundo Michel Foucault essas instituições de reclusão reúnem as características para um exercício de poder pleno que “pode se manifestar em estado puro em suas dimensões mais excessivas e se justificar como um poder moral” (FOUCAULT, 1979, p. 73). Para Foucault, portanto, o poder não está localizado

exatamente em instituições específicas, diferindo assim de Goffman, mas é exercido de maneira difusa através de múltiplos discursos tidos como socialmente verdadeiros, “de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados” (FOUCAULT, 1979, p. 14).

Como já mencionado, a construção da Colônia do Bonfim, foi resultado de um conjunto de medidas estatais de combate à doença baseadas no isolamento do doente e que vigorou em nosso país, enquanto política de governo, da década de 1920 até a de 1960. A colônia começou a ser construída em 1932. Constava no projeto a construção de 14 grupos de 2 casas germinadas; 2 grupos de 3 casas; 5 grupos de 4 casas; 3 grupos de 6 casas, somando assim um total de 24 grupos com 72 casas que comportariam cerca de 300 doentes.

O interventor federal, Paulo Martins de Sousa Ramos, na Exposição ao povo maranhense de 15 de agosto de 1938 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” (RAMOS, 1938, p.17). 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 terminar a chamada *zona sadia* iniciava a *intermediária* que funcionava como linha divisória e de comunicação entre as zonas que não se comunicavam: a *sadia* e a *infectada*. Na chamada *zona intermediária* ficavam os edifícios da Administração, “com gabinete do diretor, secretaria, laboratórios, farmácia, almoxarifado, cozinha, refeitório de funcionários, residência das freiras, parlatório e vestuário”. (RAMOS, 1938, p.17).

Na chamada *zona doente*, que o interventor do estado faz questão de salientar que 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. Abaixo seguem fotos dos modelos de casas construídas no Bonfim.

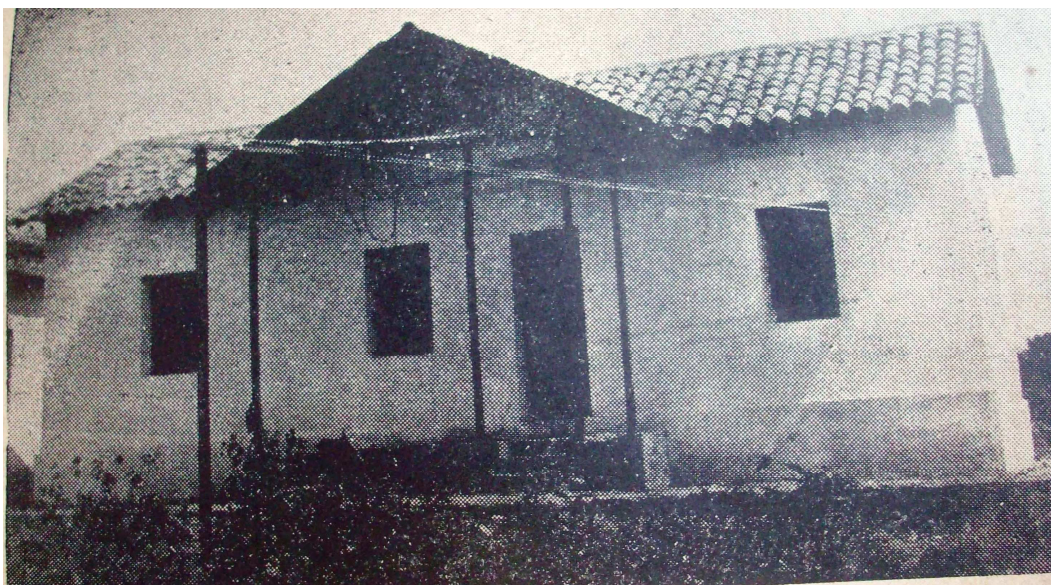


Figura 07. Vista da Colônia do Bonfim destacando um conjunto de duas casas conjugadas ou geminadas.

Fonte: Exposição apresentada a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão Antonio Martins de Almeida em 1935, Imprensa Oficial



Figura 08. Vista da Colônia do Bonfim destacando um conjunto de seis casas conjugadas ou geminadas.

Fonte: Exposição apresentada a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão Antonio Martins de Almeida em 1935, Imprensa Oficial

Existia ainda nesta área uma enfermaria que comportava cerca de 40 doentes; 2 banheiros gerais com 8 gabinetes, 4 para cada sexo, um campo de agricultura e zona de pesca “nas quais os doentes exercem suas atividades” (RAMOS, 1938, p. 17). Na exposição o interventor dizia que existia “uma escola mista”. Já na década de 1960, segundo depoimentos dos egressos, existiam duas escolas, uma para crianças, que funcionava pela manhã e à tarde. Segundo um egresso do Bonfim, seu João Batista, de

48 anos “tinha tanta criança na colônia na época que tinha aulas de manhã e de tarde” e outra para os adultos, que funcionava à noite.

Fazia parte ainda do projeto que todas as casas possuísem esgoto, água potável e instalação elétrica. Para isso seria instalada uma usina para tratar as águas residuais antes de serem jogadas ao mar.



Figura 09. Vista da parte central Colônia do Bonfim.

Fonte: Exposição apresentada a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão Antonio Martins de Almeida em 1935, Imprensa Oficial

Como já descrito no capítulo segundo, as colônias, apesar de suas singularidades, seguiam um modelo geral. Eram divididas em três zonas: a chamada *sadia*; a denominada *intermediária, neutra ou mista* e a caracterizada como *doente ou infectada*. Foi exatamente dessa forma que o interventor federal Paulo Ramos descreveu a colônia do Bonfim na exposição de 1938. Tratar-se-ia aqui, como bem apontou Louis Pinto (1996), de um procedimento institucional direcionado à limitação dos deslocamentos no espaço interno da instituição a fim de demarcar a perda da “autonomia do indivíduo”.

Contudo, os ex-internos, em geral, não adotam essa divisão. Eles descrevem a colônia como tendo duas áreas: a *sadia* e a *doente*. Portanto, as duas primeiras zonas como sendo uma só. Essa divisão adotada pelos egressos da colônia está ligada à forma

de tratamento dado ao doente: as pessoas que moravam na chamada zona *sadia* não entravam em contato direto com os doentes, apenas as que ocupavam a denominada zona *mista, neutra e intermediária*. Assim, vê-se como os ex-internos da colônia do Bonfim fazem uma descrição diferente, própria, da divisão dos espaços dentro da instituição.

O acesso à Colônia do Bonfim se dava por via marítima, sua entrada e saída para a cidade eram o porto de embarque e desembarque, onde hoje fica o bairro Sol Nascente que se formou recentemente com a ocupação de áreas pertencentes ao antigo leprosário. Nas proximidades do porto ficava apenas um guarda que recebia os doentes e os encaminhava ao Prefeito.

No percurso entre o porto e a Prefeitura (centro administrativo do leprosário), localizada na chamada zona *mista, intermediária ou neutra*, ficava a zona *sadia*. Nessa área estavam localizadas as residências do diretor, dos funcionários, as instalações da *polícia sadia*, a casa das freiras e do padre. 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, por que 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.

Seu João Batista considera que a colônia propriamente dita, era a que ele chama de zona *doente*. Este modo de classificação dos espaços e de suas subdivisões expressa, na realidade, a forma particular com que o mesmo percebia a colônia. De maneira distinta à divisão hierárquica e esquadrinhada que a instituição fornecia e impunha, os internos, a seu modo, a refaziam, donde advém o sentido de que a colônia propriamente dita era o local em que os doentes ficavam isolados. Essa percepção é importante porque recorda à pesquisadora que a descrição dos aparelhos e dos discursos gerados pelos mesmos não são as matrizes reais e únicas das práticas e modos de interpretação. A compreensão das políticas inscritas nos aparelhos, juntamente com seus modos de classificação, não nos permite deduzir as práticas, tampouco reduzir os agentes ao papel de executantes, vítimas ou cúmplices. Ainda que a instituição opere no

nível do exercício de *técnicas disciplinadoras e reguladoras* nas relações cotidianas em seu interior, representando o “modo de funcionamento do poder no espaço” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 208), esse controle jamais é absoluto, sob pena de não permitir o próprio equilíbrio do sistema.

Observa-se que, apesar da instituição ter sido pensada e construída com seu espaço recortado, dividido e esquadrihado de acordo com as funções de cada um de deles, tal qual a caracterização goffmiana de uma instituição do tipo total, os internos realizaram outros recortes. Assim seu João Batista considera como “a Colônia mesmo” as áreas por onde os internos podiam circular, e, assim a descreve:

Vinha já adentrando na colônia mesmo tinha a clínica, onde hoje funciona a escolinha, ali era o local de consultas, ali que o médico ficava para realizar consultas, que o pessoal ficava para fazer exames, tomar injeção – nome da clínica era Dr. Fausto Galheiros. Ao lado da clínica ficava a igreja católica, que ainda tem hoje. Antes da clínica, do outro lado era o prédio onde funcionava a prefeitura. Na mesma direção tinha um prédio que, de um lado funcionava a barbearia - o barbeiro também era doente- e de outro um estúdio de som e locução - um auto-falante-, na época era muito comum, pra se fazer programa, pra mandar mensagem. E tinha a cozinha geral, que era o refeitório, para aqueles que não tinham família, que não eram casados, que não moravam em casa de família como a gente chama, moravam nos barracões, faziam as refeições no refeitório. Tinha a cozinha geral onde fazia as refeições do pessoal do refeitório e do hospital.

Percebe-se a partir dessa divisão espacial que o leprosário do Bonfim dispunha de uma *tecnologia disciplinar integrada* (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 208). Era dotada de “um mecanismos de localização dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos uns em relação aos outros, de organização hierárquica e de disposição eficaz de centros e canais de poder”. (RABINOW & DREYFUS, 1995, p. 208). Podemos observar ainda, pelo depoimento acima, a existência de espaços que garantiam uma diversidade de práticas sociais, culturais e políticas semelhantes às do mundo exterior e indispensáveis ao funcionamento da própria instituição. Como assevera Goffman (2001a, p. 66) “Toda Instituição Total pode ser vista como uma espécie de mar morto, em que aparecem pequenas ilhas de atividades vivas e atraentes; essa atividade pode ajudar o indivíduo a suportar a tensão psicológica usualmente criada pelos ataques do eu”.

Essas atividades, como assinalou Goffman (2001a), faziam parte do *processo de mortificação*, ou seja, de perda de elementos identitários. Essa perda, que jamais é completa, ocorria desde a entrada da pessoa na instituição, momento a partir do

qual passaria a ser identificado pelo número do prontuário, como asseverou dona Margarida: “Quando eu cheguei aqui, ainda me lembro, fui a novecentos e noventa e nove. Esse era o meu número, o número de meu prontuário. Para a colônia eu não tinha nome, tinha um número, esse era meu nome”.

Identificamos no depoimento acima umas das formas de mortificação definidas por Goffman (2001a): a negação de qualquer singularidade que se inicia na admissão da pessoa na instituição. Como assinala, “o processo de admissão pode ser caracterizado como uma despedida e um começo. Talvez a mais significativa dessas posses não seja física, pois é nosso nome; qualquer que seja a maneira de ser chamado, a perda de nosso nome é uma grande mutilação do eu” (GOFFMAN, 2001a, p. 27). Esse procedimento de mortificação de que fala Goffman, faz parte do processo de desapropriação da identidade dos internos tendo como primeiro acontecimento a substituição do nome, que é algo único e individual pelo número, que retira toda individualidade tornando cada um em um todo homogêneo.

Esse modelo de funcionamento das instituições de isolamento de doentes de lepra foi trabalhado por Michel Foucault (1987b, p. 164) onde ele ressalta que: “o leproso é visto dentro de uma prática de rejeição, do exílio-cerca; deixa-se que se perca lá dentro como uma massa que não tem muita importância diferenciar”. A estrutura física do leprosário promove exatamente esse movimento. Ele se constituía como uma pequena cidade como dizem os próprios internos:

Era aqui era uma cidadezinha como outra qualquer. Tinha a prefeitura, tinha uma delegacia, tinha uma cadeia, tinham os policiais que eram internos do hospital. Tinha cinema, tinha futebol, tínhamos 2 times de futebol. Tínhamos uma ampliadora que nós fazíamos programação. Todas as noites nós tocávamos músicas pras meninas, das 6 às 9 horas. A luz aqui, nós tínhamos luz própria, das 6 às 9 horas, quando tinha os filmes, que era às 4ª e domingo, a luz ficava até as 9:30, quando terminava o filme. Aqui tinha o alfaiate, sapateiro, pra fazer nossos calçados, tudo era feito aqui. (seu Juliano, 62 anos, egresso da colônia do Bonfim.)

4.3.1. Das atividades diárias e do lazer: trabalho, escola, igreja, festas, cinema.

O tempo era marcado pelo apito, tudo era apito. Tinha apito do médico que chegou, apito pra tomar injeção, apito do remédio que chegava e se ia buscar pra tomar na hora do almoço. (Dona Margarida, egressa da Colônia do Bonfim).



Figura 10: Time de futebol de internos da Colônia do Bonfim.

Fonte: www.leprosyhistory.org/

É inerente ao tipo de instituição asilar a tentativa de supressão da autonomia do sujeito e o controle de suas atividades diárias. Isso é observável na organização de seu tempo feita pela instituição, aliás, pelo seu desapossamento feito pelo aparelho. As atividades diárias dos internos eram reguladas de acordo com as atividades que desempenhavam: acordar, trabalhar, ir à escola, tomar banho, tomar o remédio, ir à igreja, receber visitas, quase tudo era marcado pelo apito do guarda ou pelas badaladas da sineta, como diz dona Margarida: “aqui tudo era marcado pelo apito do guarda ou pela sineta. Na hora do cinema três pancadas, na hora que o operador chegou. Batia na Prefeitura três batidas; bá-bá-bá”.

As recreações, que podiam ser coletivas (jogos de futebol, cinema, leituras, bailes, etc.) tinham seus horários e datas definidos previamente pela direção da Colônia e organizados pelas freiras. Nos dias de cinema, quartas-feiras e domingos a eletricidade que era desligada às 21h, ficava ligada até às 21:30.

Os momentos de festa são lembrados pelos entrevistados com muita saudade. São narrados como momentos de comunhão, de divertimento comunitário. As

festas mais citadas são a do mês de maio, “mês de Maria”, e a de aniversário da colônia, dia 17 de outubro. Este dia é lembrado por seu João Batista como: “um dia de liberdade, onde todo mundo se misturava, tinha a banda de música da polícia que vinha tocar. À noite vinha um conjunto de música que tocava: todo mundo era igual nesse dia”. Tudo ocorria como se, por alguns instantes, fossem rompidas as barreiras, subvertidos os limites; o que antes havia estado separado, misturava-se: “todo mundo era igual nesse dia”.

As atividades diárias das crianças internas eram: ir para a escola pela manhã e, à tarde, para a igreja católica²³ onde as freiras davam aulas de catecismo. Havia ainda aulas de bordado, pintura e costura, para as meninas. Os meninos além da escola e das aulas de catecismo freqüentavam as oficinas onde aprendiam ofícios de sapataria, carpintaria, serraria, alfaiataria, etc. Essas práticas são caracterizadas por Goffman (2001a, p. 30) como “uma tática padronizada no mundo da instituição (...) a colonização”. Esta tática consiste em reproduzir parte do mundo externo para produzir uma sensação de “existência estável” (GOFFMAN 2001a, p. 30) ao interno, conferindo-lhe alguns momentos de satisfação.

4.4 - Da divisão e hierarquia espacial.

Em geral a estrutura administrativa dos leprosários era parecida. Em seu projeto arquitetônico já constava a existência de alguns equipamentos básicos para a administração da instituição como o prédio da Direção na chamada *zona sadia*, e submetidos a ela, a Prefeitura e a Caixa Beneficente que se localizavam na denominada *zona doente*. Estes órgãos eram responsáveis por diversos serviços de manutenção e organização dos leprosários. Os ocupantes destes cargos eram *doentes melhorados* escolhidos pela Direção da instituição.

Havia equipamentos responsáveis pelo controle, disciplinamento e regulação dos espaços, como: parlatório, delegacia, cadeia e selas, igreja, escola que ficavam na mesma rua. Além desses, havia as oficinas (carpintaria, serraria, sapataria, alfaiate etc.) e os espaços de lazer e diversão (cinema, teatro, biblioteca, campo de futebol). Os espaços de lazer e diversão também ficavam próximos uns dos outros:

²³ Segundo os entrevistados havia uma igreja batista na colônia, na mesma rua que a católica, mas nenhum deles a freqüentava. Fazem referência a ela apenas para falar que o convívio entre católicos e não católicos era bom.

Aqui onde hoje funciona a administração funcionava o bar, onde as pessoas iam beber, jogar bilharina. Logo em seguida, tinha o Cassino que era o cinema. Depois era a sede da caixa beneficente - era uma espécie de associação para as pessoas terem direito de ajuda financeira. O outro prédio era a biblioteca. (João Batista, egresso da Colônia do Bonfim)

Esses locais e equipamentos reproduziam uma estrutura física bem parecida com uma pequena cidade, com espaços planejados e controlados. A forma de distribuição espacial é identificada por FOUCAULT (1987) como própria do espaço disciplinado das instituições de controle e correção. A repartição que efetuam consiste numa tentativa de divisão precisa, de acordo com a função, controle da circulação e determinação do lugar de cada indivíduo:

São espaços complexos: ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos. São espaços que realizam a fixação e permitem a circulação; recortam segmentos funcionais e estabelecem ligações operatórias; marcam lugares e indicam valores; garantem a obediência dos indivíduos, mas também uma melhor economia dos gestos. São espaços mistos: reais, pois regem a disposição de edifícios, de salas, de móveis, mas ideais, pois projetam-se sobre essa organização caracterizações, estimativas, hierarquias (FOUCAULT, 1987, p. 126).

Na colônia do Bonfim, as *zonas sadia e doente* eram separadas por uma cerca de arame. Seus limites eram demarcados pelo *parlatório*- único, meio de comunicação do interno com o mundo que havia do outro lado da ilha.

A colônia era separada por uma cerca de arame. Tinha um parlatório que separava a visita sadia do paciente doente, mesmo visita o pai, a mãe, não entrava na colônia pra visitar o doente, era chamado: - olha fulano de tal, teu pai, tua mãe, tão aqui, vem aqui rápido. A pessoa ficava de um lado e falava pela vidraça. Na época o negócio era brabo. (João Batista, egresso da Colônia do Bonfim)

O parlatório era uma peça fundamental na vida da colônia. Ele era a única via de comunicação do interno com o mundo exterior, com seus parentes. Tudo indica que sua função era bastante paradoxal: por que, se é possível afirmar que através dele o doente, que se encontrava com parte de sua vida anterior, poderia rever seus familiares, de outro, era o lugar que tornava mais visível sua exclusão, seu distanciamento e a impossibilidade de sua volta. A impossibilidade de ultrapassar aquela parede de vidro, de aproximar-se do familiar/visitante tinha, não raro, efeitos devastadores. Por exemplo, dona Ana Rosa, de 66 anos, que se sentia protegida na colônia, ao lembrar-se do parlatório demonstra todo seu pesar:

Quando eu cheguei aqui tinha um parlatório, era muito ruim, porque a gente já estava isolada e pra família da gente chegar, ela ficava de um lado e a gente ficava do outro, seria pior do que no interior, por que no interior a gente não podia andar na rua, mas podia viver com a família.

Na primeira rua, da chamada zona *doente*, ficavam os equipamentos que davam ao local um ar de cidade em miniatura. Nela estavam a capela, a escola, a sapataria, os comércios, e as casas principais, razão pela qual era chamada de “a rua principal”, como comenta seu João Batista:

Vinha aquela rua principal de ponta a ponta tinha casas de um lado e de outro, hoje já está desativada boa parte. Na parte esquerda da rua tinha uma capelinha, ainda tem, ali era a primeira igreja, depois que fizeram a que tem hoje. Nesse prédio, quando eu cheguei já funcionava um colégio para adultos, à noite, e vinha casinha de um lado e de outro. Tinha um comércio logo na chegada, tinha três comércios, dois de um lado e um de doutro que era chamado de cooperativa. Tinha o comércio de seu Zé Soares, o de seu Benedito Costa e a cooperativa. Descendo a rua até lá em baixo tinha casa de um lado e de outro, lá no final, do lado direito tinha a igreja de crente e em frente à igreja era o colégio onde as crianças estudavam, tinha tanta criança na colônia na época que tinha aulas de manhã e de tarde.

Ao chegar à Prefeitura da colônia do Bonfim, o doente era encaminhado para o local onde iria morar. Segundo os egressos entrevistados, depois da chegada das irmãs vicentinas, eram elas que faziam a seleção do local para onde iria cada novo interno levando em consideração, a idade, o sexo, o estágio da doença e o seu estado civil.

Nota-se, a partir dos dados do primeiro Livro de Registros de internos do Leprosário do Bonfim, que até 1940²⁴ os doentes eram encaminhados para casas geminadas ou para o hospital. Essa seleção levava em conta apenas o estágio da doença. Os que necessitavam de cuidados médicos mais imediatos e que não podiam cuidar de si eram encaminhados para o hospital até que melhorassem. Dona Ana Rosa passou por esse processo. Os que estavam em melhores condições de saúde, independentemente de seu estado civil, eram encaminhados para as casas geminadas. Após esse período não consta mais nesse primeiro livro o local para onde os doentes foram encaminhados. Porém, pode-se perceber a partir do segundo Livro de Registros de Internos (organizado por ordem alfabética) que a partir dessa data os doentes passaram a ser conduzidos para casas geminadas, pavilhões, hospital (enfermaria) e asilo. Os pavilhões, o asilo e o hospital ficavam na rua seguinte à rua principal.

²⁴ Período em que, segundo seu João Batista, teriam chegado as primeiras freiras ao Bonfim.

Era uma prática recorrente nos leprosários em geral que as crianças ficassem sob os cuidados de casais. Na Prefeitura havia uma lista de casais dispostos a recebê-las como assevera seu João Batista: “De vez em quando o casal ia lá e dizia: - olha, quando chegar uma criança eu quero, vai lá deixar que eu quero tomar de conta. Assim se formava outra família”.

No Bonfim eram as freiras que levavam as crianças até o casal encarregado. Dona Margarida, Seu João Batista (que chegaram à colônia ainda crianças) e seu Juliano, já adolescente, foram levados pelas freiras a casais que as “adotaram”. Foram morar em casas geminadas como se pode notar a partir dos relatos dos três entrevistados.

Quando nós chegamos deixaram nós lá na Prefeitura, era mais quem queria nós, um dizia: eu quero a menina, outro dizia eu quero o menino. Aí disseram: o velho tu bota lá barracão. Aí levaram nós pra casa de família cada criança pra uma. Eles ficaram tomando conta de nós como se fosse filho. Eles eram responsáveis por levar nós pro colégio (...), Eu chamava eles de tio, eles eram como pais e mãe pra mim” (Margarida, egressa da Colônia do Bonfim)

Fui morar com um casal. A moça morreu, eu tinha quatro anos que estava lá. Eu fiquei só com o rapaz, (...), depois ele teve alta, pediu alta e veio morar na Vila Nova, só que eu não quis vir, eu nunca quis sair da colônia, eu me habituei tanto na colônia que eu nem me imaginava saindo de lá, embora eu tivesse habilidades, acesso para sair, mas eu queria ficar lá todo tempo. Nesse período a Sra. Margarida foi quem ficou responsável por mim, por que eu não tinha visão e as irmãs não queriam que eu fosse morar no barracão. Naquele barracão moravam só os homens e rapazes solteiros, mas as irmãs não queriam que eu fosse pra lá, não tinha quem cuidasse de mim. Tinha que fazer as refeições no refeitório. Isso aconteceu entre 1977 e 78 (João Batista, egresso da Colônia do Bonfim).

Quando eu cheguei aqui, em 1962, fui morar com meu irmão que era casado. Meus pais não tinham condições de cuidar de mim, eles eram mutilados. A função das freiras era encontrar um pai, uma mãe para dotar. A função do casal era dá pra a criança o carinho que fosse preciso (Luciano, egresso da Colônia do Bonfim).

Os outros dois entrevistados, seu Ricardo e Sra. Ana Rosa, foram internados depois de adultos, com 23 e 22 anos respectivamente. Seu Ricardo quando chegou à colônia foi enviado para um pavilhão. “Quando eu cheguei fui morar no pavilhão 17 de Outubro, tinha só homem lá”. Dona Rosa, devido à gravidade de seu estado de saúde, foi enviada para o hospital, onde passou três anos internada até casar-se com outro interno que trabalhava na enfermaria: “Eu, quando cheguei, passei 3 anos no hospital. Depois eu casei e vim morar nesta casa aqui. Nunca morei no pavilhão”.

Percebi que tanto dona Ana Rosa quanto dona Margarida deram ênfase ao falar que nunca moraram em pavilhão, como se esse fato lhes tivesse garantido algum tipo de status. É provável que o tenha possibilitado, pois elas tinham espaços que lhes garantiam privacidade, além da possibilidade de sentirem-se donas das casas em que moravam. Ao falar de sua casa dona Margarida fala com orgulho dos móveis, dos troféus, das fotos dos times de futebol e diz:

Depois que casei vim morar aqui, nesta casa (admirando o imóvel com um olhar distante). Depois que meu marido morreu, eu casei de novo, e continuei aqui nesta mesma casa. Nunca me mudei daqui. Aqui é meu lugar.

Morar em uma casa era privilégio dos casais casados na igreja católica. Quem era casado só no civil morava no pavilhão da família. Segundo os entrevistados, eram as freiras que faziam tal divisão. Em relação a isso, seu João Batista 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”.

Nas revisões bibliográficas sobre os leprosários no Brasil não encontrei referência alguma relativa ao papel desempenhado por religiosos ou grupos de religiosos no interior dessas instituições. Por isso mesmo que as informações sobre o trabalho feito pelas irmãs vicentinas na Colônia do Bonfim me causaram surpresa, pois os entrevistados revelaram o trabalho desse grupo como uma espécie de segunda administração no interior da colônia, ainda que houvesse um diretor geral, como se pode perceber nas falas seguintes:

As freiras assumiam a direção da colônia na falta do diretor, de médicos. Quando o diretor não morava, iam embora 11,12 horas, elas ficavam responsáveis. Na hora do parto elas que faziam (João Batista, egresso da Colônia do Bonfim)

Tinha cinco, cada uma trabalhava um setor. Tinha uma responsável pelo hospital, pela enfermaria, tinha uma que trabalhava na clínica. Qual a função dela na clínica? Era acompanhar o médico nas consultas, selecionar e entregar os remédios. Tinha outras que trabalhava cuidando dos velhinhos. (Juliano, egresso da Colônia do Bonfim)

O fato dos egressos enfatizarem mais o trabalho das freiras do que o dos diretores da colônia ou algum médico, derivava da percepção de serem elas as pessoas que mais se aproximavam dos doentes, como fala seu João Batista: “Não tenho dúvidas que quem tratava mais diretamente com o paciente eram as irmãs”. Mas, a forma de se

referir às freiras não é homogênea. Dona Margarida e se João Batista, por exemplo, falam das freiras com bastante intimidade e carinho, o que parece estar associado também às experiências religiosas que têm e tiveram, as quais não somente permeiam seus depoimentos, como traduzem parte da experiência que tem de si e do espaço, sobretudo pela presença de sentimentos de resignação, perdão e sacrifício, entre outras virtudes “reconhecidamente” cristãs.

Ao passo que seu Juliano deixa transparecer certo ar de descontentamento, principalmente com uma das últimas equipes que trabalharam na colônia:

Elas faziam o trabalho delas, agora, essa equipe que entrou aqui foi embora, e entrou outra, essa equipe que começou, eu diria assim, a denegrir a imagem das outras freiras, porque eram freiras já totalmente modernizadas, para que você tenha uma idéia, quando o convento foi destruído foi descoberto que lá tinha banheira de água quente, de água fria. O que vinha do bom e do melhor pra nós, por exemplo, carne, bife, tudo era pra elas, era do bom e do melhor. Tinham carro só pra elas, como a gente dependia delas, então... (Juliano, egresso da Colônia do Bonfim).

Independente da forma como cada egresso se refere ao trabalho das freiras, fica evidente nos depoimentos o quanto era grande a influencia 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 gozavam de certos privilégios no interior da colônia. A esse grupo pertenciam dona Margarida, dona Ana Rosa e seu Ricardo, depois de ter casado. Seu Juliano também nunca morou em pavilhão, mesmo não tendo casado continuou morando na casa em que vivia com seu irmão após o falecimento dele e da esposa. Seu João Batista ficou morando com dona Margarida até seu casamento, quando saiu para fixar residência no bairro da Vila Nova.

4.4.1. Das concessões de privilégios e dos castigos.

Segundo Erving Goffman (2001a) as instituições totais operam, ao mesmo tempo, o processo de mortificação do interno e lhes concede privilégios. Seria exatamente o *sistema de privilégios* operado pela instituição que garantiria ao interno a possibilidade de reorganização pessoal.

Dessa forma, ao adentrar na instituição total o indivíduo é apresentado ao conjunto de regras que devem ser cumpridas pelo interno para obter vantagens e/ou sofrer sanções. Os privilégios que acompanham as regras são 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.)

Na Colônia do Bonfim, os privilégios estavam ligados, a princípio, à gravidade do doente. Os internos eram classificados no interior da instituição como *melhorados*, aqueles doentes com pouca ou nenhuma mutilação que estavam em condições de trabalhar e *piorados*, as pessoas em estado muito avançado da doença, com o corpo mutilado. Os *melhorados* poderiam ser designados para desempenhar certas funções na Colônia em troca de uma pequena remuneração.

Aqueles classificados como *melhorados* eram envolvidos em atividades que faziam a Colônia funcionar sem que houvesse necessidade de pessoas sadias entrarem na *zona infectada*, desenvolvendo todas as atividades necessárias sob o comando das freiras. Os internos compunham, na realidade, diversas atividades, a saber: a *polícia doente* (delegado, carcereiro e guardas), conjunto de agentes que trabalhavam na parte considerada contaminada da Colônia; o quadro de *enfermeiro(a)s*, recebendo treinamento realizados pelas freiras; 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-Beneficente.

Essas práticas retratam uma espécie de divisão interna do trabalho que permitia aos chamados *melhorados*, principalmente, a possibilidade de acesso a determinadas funções e do status decorrentes 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 nas posições e funções assumidas dentro da colônia. Como se pode observar nos relatos de seu João Batista e seu Juliano a seguir, a função prática dos *melhorados* naquele espaço (predispostos a servir como intermediários e obter as vantagens de uma quase

dupla posição) era vista como de grande importância para o próprio funcionamento institucional:

Lá na Colônia mesmo tinha polícia fardada com doentes. Geralmente eles escolhiam aqueles rapazes, senhores de pé, mão, físico bom. Na época os enfermeiros que cuidavam diretamente dos internos na enfermaria, no hospital todos eram doentes. Era doente cuidando de doente. Só os médicos que eram sadios, as irmãs, mas quem fazia curativo, aplicava injeção, dava banho, eram os outros doentes que a gente chamava de melhorados. Eram eles que tomavam de conta dos doentes. (João Batista, 48 anos egresso da colônia do Bonfim)

Naquele tempo tudo que existia aqui no Bonfim, todo tipo de trabalho, tudo: capina, sepultamento, limpeza de cemitério, lavagem do hospital, assepsia em outros doentes tudo éramos nós que fazíamos isso. Nesse tempo a prefeitura pagava uma coisa tão pequenininha, que nós chamávamos de pé de cobra, por que era pouquinho. (Juliano, 62 anos egresso da colônia do Bonfim)

Nenhuma das minhas amputações, meus pés e minhas mãos, chamo meus pés de Sérgio Reis e Nelson Ned, foi com acompanhamento médico. Então a pessoa que fazia essa cirurgia era um doente como a gente. Aí você pergunta: essa pessoa tem curso de enfermagem? Nada, ele começou a fazer curativo nele, em outro, quando deu colocaram ele como enfermeiro, não tinha essa coisa. Hoje, a mentalidade é outra. Hoje, temos enfermeiro aqui, temos médicos. O médico vinha, mas chegava a gente consultava com ele com uma certa distancia, era complicado, ele não entrava aqui no hospital. Ele só vinha até no limite, de lá ele ia embora. Não tinha enfermeira, esses enfermeiros entre áspers, eram doentes como a gente. (Juliano, 62 anos egresso da colônia do Bonfim)

Os privilégios que os *melhorados* recebiam não se resumiam à possibilidade de poderem desempenhar algum trabalho remunerado, que segundo dona Margarida, era tão baixa que todos chamavam de “*pé de cobra*”. A possibilidade de trabalhar na instituição fazia parte ainda de um processo de integração do interno. É apresentada ao interno como a possibilidade de restabelecer e reorganizar seu mundo desarticulado e suavizar os sintomas do afastamento do Eu. (GOFFMAN, 2001a).

A classificação dos internos em termos de *piorados e melhorados* leva em conta, como já mencionado, a condição física do interno, isto é, a medida era o corpo: corpo mais doente, mutilado, incapaz; e corpo menos doente, capaz de laborar. Essa classificação faz parte da própria estrutura de uma instituição total, posto que essas instituições tendem a desenvolver em sua organização interna as formas de divisão social da sociedade mais ampla 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 é 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 uma métrica disciplinar. Sendo assim, as infrações e os castigos deveriam ser conhecidos por todos, como forma de celebração da disciplina. De fato, no interior das instituições totais funciona um sistema disciplinar, que como assevera 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 eram claramente delimitadas a fim de não permitir qualquer dúvida quanto às obrigações. Trata-se, na realidade, de um conjunto de procedimentos cuja finalidade era assegurar a obediência incondicional, detendo a função quase que de adestramento: tomar o remédio em determinados horários, não fugir ou tentar fugir, obedecer às determinações das freiras e/ou dos médicos, não envolver-se em conflitos, etc. Esse sistema de construção da obediência trazia ainda consigo um aparato de reconhecimento e promoção segundo o qual se reconhecia e recompensava o ajustamento à ginástica institucional. Era esse provavelmente um dos critérios que distinguiam, entre os *melhorados*, aqueles que não seriam integrados à administração e aqueles que seriam, e que estariam, portanto, 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 saber: a prisão. Como relatou dona Margarida:

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 licença²⁵ 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.

²⁵ 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 dar 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”. Assim a prisão do interno desobediente tinha a função de corrigir seu comportamento indisciplinado, e ao mesmo tempo, servir de exemplo para os demais. A fim de garantir que o sistema disciplinar funcionasse fora montado ainda um pequeno aparato de vigilância composto por uma delegacia, duas prisões e duas celas, seis guardas fardados e armados e um delegado, ambos internos. Os guardas ocupavam locais bem estratégicos na configuração espacial da colônia. 1) Um deles ficava na parte dos fundos da colônia, na saída para o cemitério, 2) outro circulando no interior da colônia, 3) um na entrada, próximo à cerca de arame que separa as *zonas infectada e mista*, 4) outro na policlínica, 5) um na cadeia e o 6) outro entregava as correspondências.

Apesar do sistema de vigilância e dos aparatos de controle e contenção, as infrações às regras eram bem acentuadas. 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 Juliano e seu Ricardo relataram que por diversas vezes fugiram da instituição sendo presos, todas às vezes, quando retornaram para a Colônia. Ambos dizem que fugiram por não suportar a severidade da colônia.

Seu Ricardo, por outro lado, pouco tratou sobre o assunto, disse apenas que saía para beber: “Aqui era brabo tinha delegacia, eu fui preso por fugir pra beber. Aqui tinha bar, mas não tinha graça, bom era sair, aí depois era preso”. Percebe-se no depoimento de seu Ricardo certa satisfação em desafiar as regras da instituição, como uma espécie de demonstrativo da conquista parcial de sua “autonomia”. 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.

Durante a entrevista que realizei com seu Ricardo ele não demonstrou abertamente nenhuma descontentamento ou revolta por ter sido isolado ali. Não conferiu também às suas fugas esse sentido, restringindo-se, apenas, a assinalar a

satisfação em fazê-las. Ao contrário dele, seu Juliano foi bem enfático em relação aos motivos de suas fugas, procurando racionalizá-las:

E o certo é que com tudo isso eu comecei a me rebelar contra as normas. Comecei a beber, fugia de noite e ia pro cabaré, ali na Vinte e Oito; pro Tamancão, me enfiava na lama, chegava aqui todo sujo, bêbado, lambudo.

Seu Juliano demonstra uma enorme revolta com sua internação na Colônia demonstrando certo nível de racionalização, daquelas que vêm à tona especialmente nos momentos de desespero e frente a situações angustiantes. Muito revoltado com isso, julga sua internação como algo desnecessário, isto por que, como afirma, a forma de sua doença era do tipo não transmissível. No isolamento, vê o fim de sua vida:

Porque você tava ali e de repente sua vida pára. Quando você é uma pessoa ruim, quando você é uma pessoa que tem dificuldades de vivência com as outras pessoas, pode até ser que você pense: - eu sacaneei, sou uma pessoa ruim, eu não presto. Mas, você fica: - o que foi que eu fiz? Tinha esperança, era um menino, modéstia parte, muito inteligente, mas de repente sua vida pára. De ante disso não há outra prerrogativa se não que a revolta.

Apesar da revolta, os internos supracitados consideram hoje a ex-colônia como seus lares. Seu Juliano, desde sua internação, nunca mais morou em outro lugar fora da Colônia. Seu Ricardo teve alta duas vezes e voltou, e justifica sua volta dizendo: “Aqui é o lugar do repouso da gente, eu já tava aleijando e voltei pra cá”.

4.4.2 Os pavilhões.

Depois da rua principal ficavam os pavilhões, o hospital e o asilo. Os pavilhões 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 um por mulheres solteiras, ou como disse seu Pedro, antigo funcionário da colônia, “o pavilhão onde o homens iam se aliviar, o pavilhão das outras”. Essas outras foram denominadas pelas entrevistadas como mulheres de vida livre: “Tinha cinco barracão²⁶ de homem solteiro, 1 de mulher livre e outro de casado, viúva, de moça” (Ana Rosa, egressa da Colônia do Bonfim).

²⁶ O termo “barracão” é usado pelos entrevistados em substituição de “pavilhão”

Quando dona Ana Rosa e dona Margarida falaram desse “pavilhão de mulher livre” eu não o associei à prostituição e nem elas fizeram menção aberta da existência dessa prática no interior da colônia. Foi apenas durante as entrevistas com os homens que esse fato foi mencionado. Seu João Batista foi o primeiro a tocar no assunto durante a descrição que fazia da colônia, mas de forma muito tímida e com certo receio:

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. (João Batista, egresso da Colônia do Bonfim)

No chamado pavilhão das crianças ficavam os adolescentes que não dependiam de um adulto para cuidar deles, como diz seu João Batista: “Eram aquelas crianças já adolescentes que não tinham família para ficar e nem uma pessoa responsável por elas. Esses adolescentes faziam suas refeições no refeitório, junto com todos os outros moradores de pavilhões e casas de palha”.

Depois do pavilhão das crianças tinha o das famílias e após este, os cinco pavilhões dos homens. Seu João Batista destaca o fato de que só os casais casados no católico terem o direito de morarem nas casas.

Após esse tinha outro chamado pavilhão família. Era interessante, por que às 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. Era um pavilhão com vários apartamentos. O negócio era bem social naquela época bem ajeitadinho. Do outro lado, na esquerda, tinha pavilhões. Era o 17 de outubro, logo após o Caxias, o Duque de Caxias, o Gonçalves Dias e o Frei Pedro. Esse 5 pavilhões era só homem solteiro, só para ver como tinha muita gente na colônia, todos esses pavilhões eram lotados.

Internamente os pavilhões masculinos eram divididos em quartos, cada um com dezoito. Cada quarto com capacidade para quatro ou cinco pessoas. Havia ainda um banheiro coletivo e áreas de uso coletivo. Cada pavilhão era vigiado por um guarda, que também era doente.

Cada pavilhão tinha um corredor grande, de um lado e de outro tinha quartos. Cada quarto abrigava quatro ou cinco pessoas. Cada pavilhão tinha dezoito quartos, nove de cada lado. Tinha um banheiro pra todos, uma varanda no fundo e o alpendre na frente onde se reunia para jogar dominó e pra ficar sentado na porta. ((João Batista, egresso da Colônia do Bonfim)

O pavilhão de família e o das chamadas “mulheres de vida livre” tinham a divisão do espaço parecida, mas a distribuição dos internos era diferente, como se pode notar no relato de seu João Batista:

No que era de família, era um apartamento pra cada família, pro casal, aliás, filhos não, por que quando a mulher tinha neném, imediatamente o filho era levado para o educandário. Quem tinha filho na colônia era se o filho fosse doente ou os meninos que as mães entregavam pras famílias. No caso do pavilhão que funcionava como se fosse uma zona, era um cabaré no popular, esse era um quarto pra cada mulher, pra receber suas visitas. E tinha uma chefe, essa chefe era pra evitar tumultos, mas o banheiro, o alpendre e cozinha, era igual a dos outros.

Além dos oito pavilhões e das casas geminadas, que somavam aproximadamente cinquenta, havia ainda casas de palha, construídas por homens solteiros que não queriam viver nos pavilhões, como diz dona Ana Rosa: “Nas casas de palha era só homem, mulher não. Os homens que moravam no barracão que não queriam, fazia casa pra lá”.

4.5 - Movimento de doentes na Colônia.

É possível ainda realizar uma descrição do movimento de entrada, saída, fugas e óbitos, de internos da colônia do Bonfim a partir de dados coligidos dos Livros de Registro de internos da Colônia e dos Relatórios dos Interventores Federais do Estado. Em conjunto, estes livros oferecem informações organizadas a partir das quais se pode realizar uma caracterização da população internada na instituição, indicando, por exemplo, a procedência, profissão, idade, sexo, etnia, tipo de doença, etc.

As informações oriundas dos Livros de Registro estão ordenadas segundo critérios, obedecendo a uma padronização, donde se pode observar claramente a construção de categorias e subcategorias (vide a esse respeito o quadro apresentado a adiante). Nem todas as subcategorias são preenchidas com informações daquele que estiver dando entrada na instituição. Tudo indica que nessa classificação, algumas informações são mais importantes, devendo, necessariamente, serem registradas. Outras se apresentam como complementares, parecendo não requisitar atenção especial por parte do agente encarregado pelo registro. Por exemplo, existem subcategorias que praticamente não têm registro nenhum, como, “regime sanitário”, localizada na categoria “situação anterior”; também é o caso das subcategorias “epidemiologia;

administrativa” da categoria “Classificação”. Na categoria “Destino” há poucos registros. A categoria Identificação e suas subcategorias, ao contrário, são sempre preenchidas. Abaixo faço uma descrição dessas categorias e subcategorias:

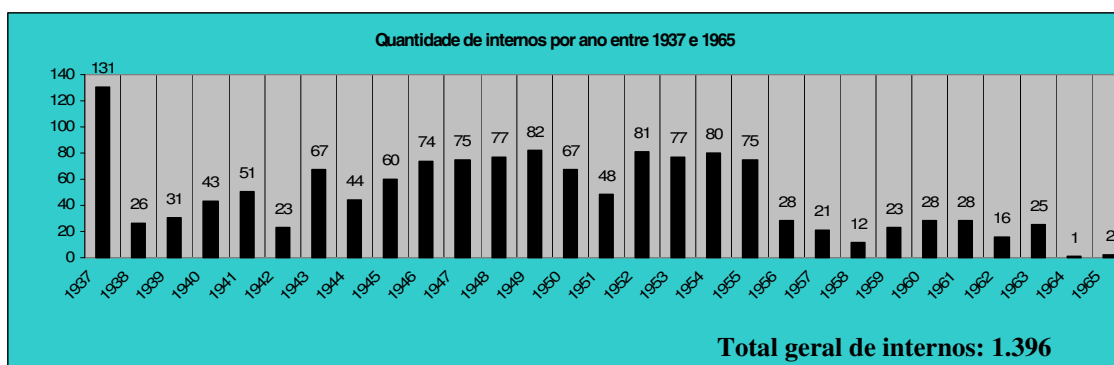
TABELA III
CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS CLASSIFICATÓRIAS
DOS INTERNOS DA COLÔNIA DO BONFIM

Categorias	Subcategoria
Matrícula	Ano e ordem de internação (número do prontuário)
Identificação	Nome; sexo; cor; idade; naturalidade; filiação; estado civil; profissão
Procedência	Local onde a pessoa estava internada antes ou onde foi feito o diagnóstico
Situação anterior	Início da doença; início da investigação; regime sanitário; contágio
Classificação	Forma clínica; epidemiologia; administrativa
Destino	Focalização; atividade
Alta	Condição e data

É válido questionar ainda a ausência dos dados relativos aos nascimentos ocorridos na Colônia que, segundo os entrevistados, representava um número muito grande. A presença desses dados poderia permitir uma visão, mesmo que muito genérica, sobre a quantidade de crianças que foram encaminhadas para o Preventório Santo Antonio.

Por outro lado, com base nos dados retirados dos livros, foi possível construir um primeiro quadro, referente à quantidade de internações por ano no período que compreende os anos de 1937 a 1965 (28 anos). O ano de maior entrada de doentes foi o primeiro, entre os dias de 19 e 24 de outubro de 1937, período em que foram transferidos os 124 doentes que se encontravam no Hospital dos Lázaros do Cemitério do Gavião.

GRÁFICO I



Fonte: Livro de internações da Colônia do Bonfim, ano 1937.

No período de 1937 a 1965, foram internadas 1.396 pessoas na Colônia do Bonfim. Eram indivíduos de várias procedências. A maior vinha da cidade de São Luis e de Caxias, 1º e 2º lugar respectivamente no número de internações, mas também de cidades de outros estados, como Goiás, Pará, Amazonas, Ceará e Piauí. A soma total de internos das cidades do interior é superior à de internos oriundos da capital. A idade média dos internos variava entre 15 e 50, sendo que, desse total, 72,56% eram do sexo masculino e 27,44% do sexo feminino.

Levando em conta estes últimos dados, percebe-se que o mercado matrimonial era caracterizado por uma grande dissimetria. Boa parte dos internos chegava em idade para casar-se, mas havia uma quantidade bem maior de indivíduos do século masculino do que do sexo feminino, quase na razão de 3 por 1. Isto parecia oferecer maiores oportunidade de escolha às mulheres, em virtude da multiplicação das oportunidades de enlacs possíveis. Tudo indica, pelas características de divisão do trabalho dentro da colônia e pelas hierarquias de status e prestígio vinculados a determinadas funções, que os *melhorados* que possuíam posições na estrutura institucional tendiam a ser melhor sucedidos nessas questões, inclusive detendo maiores possibilidade de escolha. Aliás, se notarmos bem, os entrevistados eram todos *melhorados*, ou, como no caso de dona Margarida e dona Rosa, casadas com *melhorados*, o que deve ser levado em conta para compreensão do tipo particular de experiência de si e do espaço que caracteriza seus depoimentos.

Por outro lado, entre os critérios de classificação dos internos chama atenção o critério cor, subcategoria de Identificação. Organizados os dados de acordo com as formas de classificação da própria instituição, observa-se que foram coligidos quatro tipos de registros nesse campo, a saber: preto, branco, pardo e moreno. Segundo os registros, entre estes, a maioria era de pardos, 48,57%, seguidos dos brancos, 38,68%, pretos 11,75 e, por último, morenos, 1%.

Na classificação de profissões de origem encontramos uma diversidade de ocupações: lavrador, doméstica, lavadeira, sapateiro, serralheiro, operário, funcionário público, comerciante, escolar, marceneiro, marinho, militar e uma prostituta. Além disso, havia alguns registros de pessoas sem profissão. No interior da colônia, como dito antes, algumas dessas profissões poderiam ser desempenhadas, dependendo do estado de saúde do interno e da proximidade entre as experiências anteriores e dentro da colônia. Isso não excluía, por exemplo, que pessoas como seu Ricardo aprendessem

durante o período de internação determinadas profissões, como as de pedreiro, o que lhe ofereceu garantias de trabalho dentro da própria instituição. Isto indica, ao menos de forma parcial, em que pese as características próprias da instituição total, de supressão das características pessoais, elas nunca são suficientes para anular as propriedades sociais daqueles que adentram e, tampouco, para dar a conhecer as condutas e práticas verificadas dentro da mesma.

5- Novas orientações nacionais de combate à lepra: o fim do isolamento compulsório.

A partir da década de 1950, as conferências internacionais de combate à lepra, a começar pelo Congresso Internacional de Lepra, realizado na cidade de Madrid no ano de 1953, começaram a questionar a eficiência do isolamento no tratamento da doença. As razões disso estariam na constatação de que as medidas adotadas até aquele momento não teriam sido capazes de conter o avanço da doença nos diversos países que as adotavam. Seguido as orientações internacionais, o Brasil decidiu por fim ao isolamento compulsório daqueles atingidos pela lepra em 1962.

Com a decretação do fim do isolamento compulsório as instituições criadas para dar suporte a essa prática deveriam ser desativadas. Isso não ocorreu de forma imediata em todo o país. No caso da colônia do Bonfim, segundo os informantes, a desativação do isolamento só ocorrera na década de 1980. Antes disso, em 1969, o governo do estado do Maranhão concedeu uma pensão para os internos que tivessem alta, provocando um “grande êxodo de internos” em vista de ocasionar solicitações de alta em grande quantidade. Após esse período, nota-se que a quantidade de internos na colônia diminuiu drasticamente.

Este capítulo se volta à análise do debate que girou em torno da decretação do fim do isolamento como política de governo, do processo de desativação do asilo-colônia do Bonfim e dos seus significados para aqueles que passaram à condição de ex-internos. Por fim, discuto as condições atuais de vida desse grupo de egresso do Bonfim, as relações sociais que estabelecem com o meio social circundante, o que pensam sobre a antiga instituição, sobre a doença, tentando compreender até que ponto o estigma de serem, ou terem sido, portadores dessa enfermidade interferiu e/ou interfere em suas relações com o meio social.

5.1. Novas orientações nacionais de combate à lepra.

Em 1965 o Brasil instituiu uma nova forma de campanha de combate à lepra, de abrangência nacional, baseada em ações preventivas, segundo consta no “Manual de Leprologia” do Ministério da Saúde do ano de 1960. Esta nova campanha já tentava

implementar outros meios para combater a doença, investindo em campanhas educativas e em pesquisas científicas, caracterizadas pela associação entre um projeto de medicalização da sociedade e o desenvolvimento de leis de proteção social. A proposição do fim do isolamento compulsório como prática de governo, pelos portavozes da campanha, alicerçava-se ainda na convergência com novas orientações internacionais e no efetivo aprimoramento dos conhecimentos acerca da própria doença, como testemunha o leprologista Ernani 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.

Nesta nova campanha o leprologo já não seria mais o único profissional recomendado para tratar dos doentes. O Serviço de Leprologia Nacional instituía a presença de outros profissionais, a exemplo, 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 para-estatais, 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 apontavam outras formas possíveis para a resolução do problema que não fosse 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, como sejam higiene, boa alimentação e ausência de condições orgânicas debilitantes. A execução da profilaxia, hodiernamente 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. Observa-se a emergência dessas medidas num momento em que se estabelece “una relación entre salud y ‘desarrollo’, donde la salud pública desempeñaba un importante papel”. (CAMPOS, 2005, p. 242).

Dessa forma, os médicos Joir Fonte²⁷ e Durval G. Tinoco²⁸, que participaram da elaboração do Manual de Leprologia de 1960, destacaram as limitações do modelo de tratamento que era adotado até então. Eram evidenciados, principalmente, os gastos econômicos ao país e os prejuízos à vida dos internos proporcionados por esse modelo. Com base nisso eles sublinharam:

Esta orientação, decorrente das limitações da terapêutica então disponível e, em parte, da não aplicação à lepra das normas gerais de controle das doenças transmissíveis, redundou na criação e hipertrofia de serviços especiais para a profilaxia, provocando gastos e despesas elevadas sem proveito algum para o controle da enfermidade, ao par da estigmatização e desintegração da família dos doentes. (FONTE e TINOCO, 1960, p. 170-171)

Além de onerar 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 objetivo parecia ser o de 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 incidência²⁹ 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.

Esses dados foram usados no Manual para indicar a necessidade da mudança na forma de enfrentamento da doença. Os médicos sugeriam que fossem incluídas nas campanhas, medidas de educação sanitária, orientações de higiene pessoal e das habitações, além de esclarecimentos sobre os sintomas da doença visando facilitar o

²⁷ Chefe da Seção de Epiologia — S.N.L. - Serviço Nacional de Lepra

²⁸ Assistente da Seção de Epiologia – S. N. L

²⁹ Incidência é o número de casos novos da doença registrados num determinado período de tempo.

diagnóstico precoce. Segundo eles, essas medidas poderiam substituir “a fórmula Leprosário+Dispensário especializado+Preventório = Controle da lepra que perdeu completamente o seu valor, por ser inoperante” (FONTE e TINOCO, 1960, p. 171).

Outra sugestão dos leprólogos era a mudança do termo lepra por outro “menos marcante”. Na Conferência Nacional para a avaliação da política de controle da hanseníase realizada nos dias 24 e 25 de 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. LEPROSA 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)

Nessa Conferência fora debatido ainda a necessidade de investimento na substituição do termo lepra por hanseníase, como determinava o Decreto Federal Nº 76.078 de 04 de agosto de 1975. Este Decreto determinou a mudança de todos os termos usados até então para fazer referência à lepra. Assim, em seu Art. 1º decreta que:

A Divisão Nacional de Lepra e a Companhia Nacional Contra a Lepra, integrantes da Secretaria Nacional de Saúde, a que se refere o número 1, letra "e", do artigo 2º do Decreto número 74.891, de 13 de novembro de 1974, que dispõe sobre a estrutura básica do Ministério da Saúde, passam a denominar-se, respectivamente, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e Campanha Nacional Contra a Hanseníase. (BRASIL, 1976)

Contudo, essas mudanças não significaram uma mudança no comportamento dos profissionais que trabalham diretamente com os doentes, como foi denunciado pelo médico Abrahão Rotberg, em artigo que compõe o relatório de tal conferência, denominado: “As barreiras culturais da ‘lepra’ que impedem a solução do problema da hanseníase”. Rotberg protesta contra a “carga moral” do termo lepra, dizendo ser esta a causa da manutenção do preconceito sofrido pelos contaminados:

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 turmas 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 Pedroso 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. (ROTBERG, 1976, p.02).

Foi 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.

Por ser a lepra, ainda, um fator de invalidez do homem, criando problemas sociais de difícil solução, continuam sendo necessárias medidas de assistência material, educativa, judiciária e de reajustamento ocupacional aos doentes e, até mesmos, aos seus dependentes. Acha-se em foco a questão da “reabilitação” do leproso, com o propósito de atenuar o pesado encargo que representa a prestação dos referidos serviços assistenciais. É de se esperar, todavia, que as providências diretas e indiretas indicadas para o controle e prevenção da doença, aliadas à melhoria das condições sócio-econômicas, sejam suficientes para assegurar a eliminação da lepra como problema sanitário, tornando-a uma endemia residual sem valor demográfico e social. (FONTE e TINOCO, 1960, p. 171)

Apesar de decretado o fim do isolamento compulsório, segundo Diltor Vladimir Araujo Opromolla (1976), em 1972 ainda havia 16.111 pacientes internados em todo o país, daí ter sido decretada a hospitalização seletiva pela portaria Nº 236 de 28/12/1972, da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. De acordo com essa portaria a internação do portador de hanseníase só ocorreria em dois casos: 1) Em caráter facultativo para tratamento que demanda hospitalização que não possa ser realizada em Hospital Geral; 2) Em caráter obrigatório para os casos de:

a) – para asilamento de doentes lepromatosos (virchowianos)³⁰ e dimorfos comprovadamente indigentes;

³⁰ Segundo o Ministério da Saúde, existem quatro formas da doença: 1) Indeterminada; 2) Tuberculoíde; 3) Dimorfa ou Borderline; 4) Virchowiana ou Lepromatosa. O tipo indeterminada ocorre quando a doença está no início, essa forma e a Tuberculoíde, não são consideradas contagiosas e podem curar-se espontaneamente ou estacionar, mas, se não forem tratadas podem evoluir para as formas seguintes. As formas dimorfa e virchowiana, são consideradas contagiosas se não tratadas adequadamente, mas com a primeira dose da poliquimioterapia que o bacilo é neutralizado e deixa de ser transmissível. O agente causador é sempre o mesmo, o que difere são os estágios da doença.

- b) – para reclusão de doentes lepromatosos (virchowianos) e dimorfos a disposição da justiça;
- c) – para isolamento de doentes lepromatosos (virchowianos) e dimorfos apresentando psicopatias graves;
- d) – para isolamento de doentes lepromatosos (virchowianos) e dimorfos que não acatarem as determinações de autoridades sanitárias relativas ao seu tratamento e as recomendações que visem reduzir os riscos e disseminação da doença (OPROMOLLA, 1976, p.03).

Segundo Opromolla (1976), apesar destas medidas e a ênfase dada ao tratamento ambulatorial, os hospitais continuavam com um número considerável de doentes e funcionando sem os Padrões Mínimos de Organização de Hospitais. Havia uma mistura entre doente residente, socialmente incapaz de viver fora do asilo e doentes que necessitavam hospitalização.

Em março de 1976 havia 140.000 doentes recenseados no Brasil, segundo o relatório da Conferência Nacional para a avaliação da política de controle da hanseníase - sendo fichados pelo menos 8.500 casos novos por ano. Deste total, 90% estavam em idade produtiva, com mais de 15 anos de idade, o que causaria um prejuízo anual de 459.900.000 cruzeiros por ano no PIB do país, segundo o Ministério da Saúde. No texto de abertura da conferência o Ministro de Estado da Saúde Dr. Paulo de Almeida Machado, destacou a necessidade, tendo em vista estes dados, de se meditar sobre a eficácia da política em vigor. Os custos dessa política, nas considerações do ministro, não se restringiam ao que não era produzido por sua força de trabalho. Havia o custo monetário pelo dispêndio de verbas direcionadas aos “asilos-colônias e preventórios. Some-se a isso o custo das aposentadorias e pensões e o modestíssimo custo da profilaxia e chegar-se-á a cifras assustadoras, revelando o significado econômico da LEPRO. Não da HANSENÍASE, notem bem. Da LEPRO!” (MACHADO, 1976, p.01)

Percebe-se nesta afirmação a preocupação do ministro em destacar a superioridade dos custos econômicos e morais da política de controle da hanseníase praticada no país. Para ele, essa política, na verdade, “lutava contra a lepra” e buscava apenas o “controle da hanseníase”. A distinção conceitual efetuada pelo ministro alicerçava-se na idéia de que as políticas que buscavam *combater*³¹ a doença estavam centradas no isolamento e na exclusão dos indivíduos doentes, havendo o controle e combate da pessoa. Nesse sentido, o problema não era a doença, mas o doente. Quando

³¹ O termo “combate” aqui em itálico refere-se ao modelo “Companhista” das políticas sanitárias tratado anteriormente. As políticas dirigidas a diversas doenças, inclusive à lepra eram assentadas na idéia de combater os inimigos da nação civilizada que eram: a doença e o doente. A partir da década de 1960 começam a falar em “controlar” a doença, no caso a hanseníase e não mais lepra.

se buscava controlar a hanseníase estava-se focando na realidade a doença. Contudo, o combate a uma e o controle da outra se fazia através da mesma medida, o isolamento do doente, cuja finalidade estaria mais em separá-lo da sociedade sadia do que propriamente em eliminar seus problemas de saúde, para tratamento da doença.

Tudo indica que a natureza da ruptura aqui destacada não se traduz somente por uma espécie de refinamento das noções (que exigiria uma revisão das formas de classificação e nomeação em questão) e tampouco pela disposição de instrumentos mais poderosos que fariam conhecer algo antes desconhecido. Entra em ação uma outra positividade do saber (FOUCAULT, 1987b) que refina um antigo objeto, que tenta deslocar sua essência abstrata para um saber sobre o corpo-doente em articulação com novas concepções de planejamento, que se apropria e redefine uma espécie de discurso humanitário em voga a fim de legitimar a construção de novos conceitos e instrumentalizar uma nova metodologia. Essa parece, pois, a natureza da ruptura em questão, cujos fragmentos encontram-se em várias falas, em vários enunciados oficiais:

Mais grave do que o prejuízo para o Produto Interno Bruto é a marginalização de 140.000 brasileiros, afastados da comunidade pela ignorância e pelo medo injustificado. Mães que têm o seu filho isolado ao nascer, mães a quem são concedidos os sofrimentos da gravidez e do parto e às quais se negam os legítimos prazeres da maternidade. Crianças que são normais e que são segregadas em preventórios exclusivos, privadas do convívio com crianças normais como elas o são, e marcadas definitivamente como um grupo à parte. Jovens portadores de formas iniciais curáveis açodadamente aposentados, definitivamente segregados. Pais portadores de formas não contagiantes e excluídos apressadamente do ambiente de trabalho. (MACHADO, 1976, p.01).

Neste momento, procurava-se no governo brasileiro adotar medidas que promovessem a reinserção social do hanseniano por meio de medidas de reabilitação corretiva, da prevenção de incapacidades, reabilitação econômica e educacional. Mas, para tal, era necessário programar medidas que substituíssem as formas de tratamento que até aquele momento eram praticadas e que, em sua opinião, agiam “lesando tão cruelmente o indivíduo e desintegrando a família, esta política insensível ao sofrimento espiritual do nosso doente”. E questiona: “esta política terá prestado algum benefício ao povo brasileiro? À comunidade sadia? Ao doente? À economia nacional? Parece-me que há várias contradições entre verdades científicas e a política de trabalho adotada” (MACHADO, 1976, p. 04).

As contradições às quais se refere o ministro, reside no fato de as políticas adotadas, mesmo usando verdades científicas alicerçadas no desenvolvimento técnico da medicina para ser justificada, estava orientada, na prática, por antigos tabus e superstições que efetuavam a segregação do doente como um mecanismo de auto-defesa, por considerá-lo o causador da doença. Contrário a essa opinião o ministro de Estado da Saúde escreve:

É muito provável que um reexame frio e objetivo nos leve a conclusões capazes de chocar preconceitos medievais e obrigar-nos a opções incômodas se quisermos ficar em paz com a ciência, com a nossa consciência, com os nossos deveres para com o povo. Tudo indica que o responsável pela manutenção da endemia não seja o nosso doente controlado e sim o pobre doente que tanguado pela repulsa de uma sociedade egoísta e desinformada, esconde-se, isola-se, priva-se do tratamento. O Brasil precisa livrar-se da LEPRO que existe na mente e no coração de muitos e da HANSENÍASE que existe na pele de alguns (MACHADO, 1976, p. 04).

Durante a Conferência Nacional de 1976 se reuniram sete grupos de trabalho: Grupo de Trabalho 01, tratava das Barreiras culturais; Grupo de Trabalho 02, dos Hospitais, Asilos-Colônias e Preventórios; Grupo de Trabalho 03, ocupou-se da Legislação; Grupo de Trabalho 04, da Profilaxia; Grupo de Trabalho 05, abordou a Reintegração Social; Grupo de Trabalho 06, a Prevenção de Deformidades e Reabilitação; e por fim o Grupo de Trabalho 07 ocupou-se da Formação de Pessoal. Ao final, cada grupo produziu um relatório com recomendações que viriam orientar a proposta da política de controle da hanseníase do governo Geisel (1974-1979).

Inicialmente, o relatório apresenta dados estatísticos da situação da hanseníase no país segundo informações prestadas por cada estado. Dessa forma, foram montados quadros que dão conta:

- 1) da prevalência de hanseníase no Brasil casos conhecidos em 31/12/74;
- 2) prevalência da lepra, segundo as formas clínicas e as macroregiões e unidades da federação;
- 3) incidência de hanseníase, no período de 1966 a 1975;
- 4) situação dos doentes durante o decênio – 1966 – 1975 –;
- 5) recursos disponíveis capacidade instalada 1966 – 1975;
- 6) recursos disponíveis – humanos 1966-1975;
- 7) recursos disponíveis — financeiros 1966 — 1975;
- 8) controle de comunicantes 1973 – 1975;
- 9) hospitais colônias;

10) tipo de assistência social prestada ao hanseniano 31.12.75.

Os dados apresentados são do período posterior à publicação do decreto que pôs fim ao isolamento compulsório (Decreto Nº 968 de 1962). Por um lado põem em relevo as insuficiências do Decreto tendo em vista o irrelevante efeito que ele teve no controle da doença, por outro, tem a intenção de propor uma nova política direcionada à questão, traçando um detalhado quadro da hanseníase no Brasil em termos econômicos e sociais, dando uma visão geral dos efeitos práticos e simbólicos da lepra no país naquele período. No ano de 1974, o país registrava uma incidência de 1,32 pessoas contaminadas pela hanseníase em cada mil habitantes, bem acima do exigido pela Organização Mundial de Saúde.

Os dados constantes no relatório evidenciam a gravidade da doença no país naquele período, e com isso, a ineficiência do isolamento compulsório do doente no sentido de controlá-la. Além disso, percebe-se que ganha terreno a argumentação de que o isolamento do doente, antes mesmo de proporcionar uma vitória do país no combate à doença tenderia a agravar o problema, na medida em que promovia a “morte social” das pessoas isoladas, além de representar muitos gastos.

Vale salientar que atualmente o Brasil está entre os cinco países que ainda não erradicaram a hanseníase. Segundo dados do Ministério da Saúde, o país vem se mantendo, nas últimas décadas, numa situação desfavorável em relação a outros países na América, ocupando o segundo lugar no ranking mundial em novos casos. Esses estudos apontam ainda as regiões Norte e Centro-Oeste com uma hiperendemia; a região Nordeste num parâmetro muito alto de endemicidade; e as regiões Sul e Sudeste com um número baixo de casos novos.

Como podemos notar nas informações a seguir, passados mais de cinquenta anos do fim do isolamento compulsório, as políticas públicas ainda não conseguiram conter o avanço da doença (agora denominada hanseníase). Hoje, a hanseníase está no leque das chamadas doenças negligenciadas³². No final de 2005 o Brasil registrou um coeficiente de prevalência³³ de hanseníase de 1,48 casos/10.000 habitantes (27.313 casos em curso de tratamento até dezembro desse ano e um coeficiente de detecção de

³² A este respeito ver o edital MCT/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/DECIT- Nº 034/2008 que “tem por objetivo apoiar atividades de pesquisa científica, tecnológica e de inovação em Doenças Negligenciadas: Dengue, Doença de Chagas, Esquistossomose, Hanseníase, Leishmanioses, Malária, Tuberculose. Site. www.cnpq.br/editais/ct/2008/034.htm

³³ Prevalência é o número total de casos novos e antigos existentes numa determinada data.

casos novos de 2,09/10.000 habitantes somando 38.410 casos novos em dezembro de 2005). No quadro abaixo, observa-se a prevalência da por região nesse mesmo ano.

TABELA IV
PREVALÊNCIA E DETECÇÃO DA HANSENÍASE 2005 / POR REGIÃO

Região	Prevalência	Parâmetro	Deteccão	Parâmetro
Norte	4,02	Médio	5,63	Hiperendêmico
Sudeste	2,14	Baixo	0,88	Médio
Sul	0,53	Baixo	0,69	Médio
Centro-Oeste	3,30	Médio	4,41	Hiperendêmico
Nordeste	2,14	Médio	3,07	Muito alto
Brasil	1,48	Médio	2,09	Muito alto

Fonte: SINAN/DATASUS/MS http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacao_hansen_2007.pdf

A última política estatal no que se refere à hanseníase, voltada agora para a inclusão daqueles que passaram pelo isolamento compulsório em instituições asilares no país, visa, de alguma forma, recompensá-los por terem sido obrigados a ficar isolados.

Com essa finalidade foi publicada no dia 25 de maio de 2007 no Diário Oficial da União, a Medida Provisória n.º 373 que concede pensão especial aos portadores de hanseníase que foram submetidas ao isolamento e à internação compulsórios em hospitais-colônia até 31 de dezembro de 1986. A pensão especial, cujo valor inicial foi R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais), é mensal e vitalícia, não podendo ser transferida para dependentes e herdeiros. A Medida Provisória prevê ainda um reajuste anual do valor da pensão, conforme os índices concedidos aos benefícios de valor superior ao piso do Regime Geral de Previdência. Esta medida foi convertida na Lei nº 11.520, de 18 de Setembro de 2007.

A concessão desse benefício foi fruto de uma série de reivindicações de organizações não governamentais 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. A instituição de maior destaque nessa questão é a MORHAN (Movimento de Reintegração da Pessoa Atingida pela Hanseníase), que atua no país desde 1981 defendendo os seguintes objetivos:

- a) Colaborar para a eliminação da hanseníase;
- b) Ajudar a curar, reabilitar e reintegrar socialmente pessoas que contraíram hanseníase;

- c) Impedir que portadores de hanseníase sofram restrições em seu convívio social (emprego, família, igreja, escola);
- d) Contribuir para que portadores de hanseníase conquistem o pleno exercício da cidadania;
- e) Lutar para que os antigos hospitais-colônias sejam transformados em equipamentos de interesse coletivo (hospitais gerais, hospitais especializados, centros culturais e de lazer etc.). Deve-se garantir moradia, sustento e atendimento às pessoas atingidas pela hanseníase na época do isolamento compulsório (entre as décadas de 30 e 60) que estando nos antigos hospitais-colônias lá desejam ficar.

A existência de uma entidade como o MORHAN, como os objetivos acima colocados, reflete bem a atual situação do portador e ex-portador da hanseníase no Brasil: preconceito, exclusão social, redução de sua participação cidadã, rechaço social, falta de informação. Não ao acaso, o artigo 2º da Lei 11.520 reflete a atual forma de enfrentamento do governo federal através da referência explícita a dimensões mais humanitárias, tentando tratá-la como “uma questão de direitos humanos”, como diz a letra da Lei.

A concessão do benefício foi assunto em todas as entrevistas que realizei. Todos os entrevistados se dizem ansiosos pela pensão, mas, ao mesmo tempo, lembram que uma recompensa financeira não é capaz de apagar as marcas do passado e tampouco reinseri-los socialmente. Tendo conhecimento do caráter arraigado das crenças e modos de percepção social da doença ainda hoje, concebem que essa medida não supre o trabalho de conscientização das famílias e da sociedade que (tanto quanto no fim do isolamento) poderia diminuir o rechaço social que os egressos dos leprosários sofreram e ainda sofrem.

Além disso, foi discutida também, pelos entrevistados, uma questão que a Lei 11.520 deixa em aberto: O que o governo está chamando de compulsório? Como fica o caso das pessoas que foram levadas para o Bonfim por seus parentes? A internação deles também é considerada compulsória? Seu Juliano dedicou um longo momento da entrevista que realizei com ele para falar sobre esse assunto. Mostrou-se muito crítico ao fato de a indenização não ser acompanhada por maiores investimentos em políticas informativas sobre a doença:

Essa lei agora do Lula, veio dar uma melhoria em nossa situação financeira, porque afinal de contas são setecentos cinquenta reais mensais, mas, para

isso tem que se obedecer determinado critério, por exemplo: o sistema de internação compulsória. Mas, O que é internação compulsória? Bom, na minha opinião, eu tenho vários dicionários aqui, até hoje não achei nenhum que explicasse direitinho. Mas compulsório é o que você faz compungido, né? Na opressão ou social, ou família ou financeira. Aí você passa por um processo chamado de processo compulsório. Aí tem um caso do doente ter vindo passa dois, três, dias, quatro, cinco, seis dias (...). Toda ficha de internação que vem pra cá, antigamente, quando prevaleceu o suporte de internação, ela vem bem no cantinho da guia tinha um trecho assim: internado por questões sociais. Então, mesmo que uma pessoa passe um dia, dois, três dias aqui ela está passando por um processo de internação compulsória. (Seu Juliano, 62 anos, egresso da Colônia do Bonfim).

Para seu Juliano não é o dinheiro que vai recompensar os anos que ele passou dentro da Colônia sem ter a possibilidade de produzir nada para deixar para o futuro. Para ele não há nenhuma forma de recompensa, além de ser tratado com dignidade e se sentir incorporado no seio da sociedade. O trecho de seu depoimento a seguir traduz bem esse sentimento:

Então agora, indenizatória. Porque indenizatória? Porque é uma forma do governo encontrou pra tentar reparar os prejuízos que agente tem, que a gente sofre e que não são poucos. Eu quero deixar também bem claro que a origem maior disso tudo é o preconceito, né? Porque ainda hoje o hanseniano sofre, por exemplo: pra que você tenha uma idéia: é preciso que as pessoas entendam que o preconceito independe das pessoas ter alguma seqüela, no momento em que a pessoas é conhecida como portadora do bacilo de Hansen, pronto! É fim de carreira pra ela. Por isso que eu digo que o valor da indenização do governo é pouca.

Que é um avanço, é, mas por exemplo, se o governo desse pra gente um valor de cinco mil reais até o resto de minha vida, porque é vitalício, eu não posso deixar pra minha família, ainda assim era pouco. Porque não é fácil. Hoje, eu tenho maturidade pra eu poder, tá te dizendo essas coisas, mas não é fácil. Você ta..., e de repente sua vida dá uma estagnada. Você olha e para um lado, olha pro outro, não encontra resposta.

Então, quando se fala em indenização, não é só isso aqui (mostra suas mutilações). Não é o aspecto físico. Não é só o aspecto moral que a gente sofre ainda hoje. A gente sofre lá fora ainda hoje. Às vezes, a gente vai fazer compras tem gente que não vende pra gente. E aí, tudo isso que a gente passa... é muito pouco essa pensão que o governo dá pra gente é muito pouco. Até porque estou com 46 anos de vida aqui. Hoje, eu tô com 62 anos, cheguei aqui com 16, quer dizer, 46 anos de vida perdido.

5.3– A vida depois do fim do isolamento compulsório

Nada, nada, nada, nada. Aqui não tem expectativa nenhuma pra gente. (Seu Juliano, 62 anos, egresso da Colônia do Bonfim)



Figura 11: Mapa da Ilha de São Luís de 2009 destacando a atual configuração da ocupação Ponta do Bonfim Fonte: Site do Google maps.

Na colônia do Bonfim, segundo os entrevistados, o isolamento de pacientes só chegou ao fim na década de 1980, como se pode notar pelo testemunho seu João Batista: “Apesar de ter acabado oficialmente em 62 esse tipo de internamento continuou até os anos 80. Na realidade, a Colônia veio a ser desativada a partir de 82, de 80 para 82. Mas, até nesse período a Colônia funcionava como Colônia”.

Desde o final da década de 1960, mais precisamente em 1969, o governo do Estado do Maranhão adotou duas medidas que visavam por em prática a desativação do leprosário: a primeira, foi a concessão de uma pensão para os internos que pedissem alta e a segunda foi a doação a estes de terrenos na área situada aos fundos da Colônia, para ali construírem suas casas e viver com suas famílias.

Estas medidas tiveram dois efeitos imediatos: o movimento que os egressos chamam de “êxodo da colônia”; e a formação do Bairro da Vila Nova como asseveram 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 (Juliano, 62 anos, egresso da colônia do Bonfim).

(...) 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. Foram atrás da mulher, ela já tinha outro homem. Filho também não quis mais saber, então, 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, 48 anos, egresso da colônia do Bonfim).

Depois que muitos receberam alta acabou tudo. Muitos derrubaram suas casas pra irem morar na Vila Nova. Agora querem voltar, mas o diretor não deixa (Margarida, 69 anos, egressa da colônia do Bonfim).

Como é possível perceber a partir dos relatos, a concessão da pensão provocou um grande impacto não só na estrutura física da instituição, com demolições de suas instalações e diminuição da quantidade de internos provocada pelo pedido de altas em massa, mas teve também, uma grande repercussão na vida dos que ali permaneceram. Aqueles que saíram cheios de esperança de reconstituírem suas vidas em seus locais de origem foram surpreendidos com o rechaço da família ou de vizinhos. Outros, na ânsia de recuperar o tempo perdido, foram levados à extravagância, como diz seu Juliano:

Eu conheço uma porção de gente que trabalhava no interior, em casa de patrão, ele chegava de tarde lá no patrão pegava um vazezinho pra ele comprar, não pagava nem o arroz, esse dinheiro, e de repente o cara via a possibilidade de ganhar, no caso hoje, 415,00 reais sem fazer força nenhuma, ele passa é por cima dele. Ele não tá nem aí se ele tem ferimento no pé, se ele vai querer pegar o negócio. Tem muitos deles que se desgraçou em bebidas. (Juliano, 62 anos, egresso da colônia do Bonfim).

As opiniões sobre esses fatos não são homogêneas, cada pessoa vive e lembra-se de forma muito particular cada acontecimento, imprimindo sentidos específicos para essas experiências. Para alguns que continuaram morando na Colônia, o sentimento foi de preocupação e pesar, como foi o caso de dona Ana Rosa, 66 anos.

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 ela fechando, 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 2 meses, não tá bem tratado, mas tem que sair, por que o Estado não quer mais moradia. Melhorou, porque os que quiseram ir embora foram.

A partir do estabelecimento do fim do isolamento compulsório os internos da Colônia tinham a opção de sair ou continuar na instituição. Dos cinco que menciono neste trabalho, seu Ricardo foi o único que saiu logo, mas depois voltou e hoje mora na antiga instituição. Dona Margarida, dona Ana Rosa e seu Juliano continuaram morando na Colônia, na mesma casa que moravam antes. Seu João Batista saiu depois e hoje mora com sua família no bairro da Vila Nova. Portanto, todos ainda estão ligados ao local, mesmo seu João Batista, pois, além de ainda se envolver com as questões referentes à Colônia, assim como os que moram lá e outros que moram no bairro da Vila Nova, ele presta assistência para “sua mãe adotiva”, dona Margarida, que ainda mora na ex-colônia, uma das pessoas com quem ele morou quando era interno e que considera como se fosse sua mãe.

As razões para que essas pessoas não se afastassem da Colônia são bem parecidas. Uns não saíram porque não tinham para onde ir, não havia mais condições de serem reintegrados em suas famílias; outros porque a Colônia se tornara seu único ponto de referência na vida e, por isso mesmo lhes oferecia proteção, com se pode observar nos relatos a seguir.

(...) eu não quis vir, eu nunca quis sair da Colônia, eu me habituei tanto na Colônia que eu nem me imaginava saindo de lá, embora eu tivesse habilidades, acesso para sair, mas eu queria ficar lá todo tempo. (João Batista, 48 anos egresso da colônia do Bonfim)

Nunca pensei em sair daqui, até hoje não penso em sair daqui. Porque aqui foi que eu achei minha liberdade, onde eu achei minhas melhoras e sou muito feliz aqui nesse lugar. (Ana Rosa, 66 anos, egressa da colônia do Bonfim).

Eu tive alta, mas não queria sair daqui, minha gente toda já tinha ido pra São Paulo. Minha mãe morreu, eu não tinha mais ninguém, eu fiquei aqui, casei, e fiquei aqui na minha casinha. Fico logo aqui, meu túmulo já está pronto ali. Fico logo ali. Na hora que Deus quiser me levar, pronto! É só me engavetar. Ali está meu marido, o padre e minha cunhada. Aqui é meu mundo! (Margarida 69 anos, egressa da colônia do Bonfim).

Mas, mesmo morando na antiga Colônia ou próximo a ela, essas pessoas passaram por grandes mudanças ao entrarem em contato com os grupos externos. Isso os levou a relacionar-se com pessoas que não se localizavam no grupo de “iguais”, exigindo o manejo e contato com indivíduos e grupos que não passaram pelas mesmas experiências que eles.

Talvez, mais que no plano das relações familiares dos ex-internos, as “novas relações comunitárias” com vizinhos e com as amizades estabelecidas ao redor delas têm demonstrado que as situações de rechaço continuam sendo importantes. Se o conjunto de situações apresentadas destaca o rechaço aberto e brutal a que foram submetidos os enfermos quando do confinamento, a necessidade de lidar de forma diferente com a “aceitação” dos demais grupos (quer do ponto de vista do outro, quer do ponto de vista si mesmos) tem se expressado pela constituição psíquica de indivíduos angustiados, cheios de temores e algumas vezes carregados de ressentimentos.

Os testemunhos desses agentes sociais que viveram as duas etapas de controle e tratamento da doença, expressam o fato de que houve na realidade uma vigência do rechaço social de que eram/são objeto. Por essa e outras razões, ainda tratam de ocultar ao seu modo sua enfermidade, como se o desejo de levar uma “vida normal” exigisse uma antecipação do comportamento em relação aos demais: a exemplo do uso de camisas de mangas longas para esconder as marcas da doença.

Conforme assinalou Erving Goffman (1978), o indivíduo que possui algum estigma tem que lidar, em suas interações, com os atributos que lhes são atribuídos por outrem e os atributos que ele realmente possui. Ou seja, o indivíduo possuidor de algum estigma vive tensionado entre o “*alinhamento grupal*” e seus próprios atributos e, talvez por isso mesmo, adota estratégias que omitem ou negam informações sobre si e sua condição de estigmatizado

A estas estratégias adotadas pelos indivíduos Goffman (1978) chama de “controle de intenção e identidade pessoal”: ação através da qual a pessoa manipula informações sobre seu defeito. Estratégias como essas são usadas com muita frequência pelos enfermos da hanseníase quando assumem, frente aos vizinhos, amigos e/ou familiares, que a melhor forma de proteção ante o rechaço social é que se ignore a sua infecção, que não se permita o seu conhecimento.

Dado que as atitudes ante a enfermidade estão arraigados em prejuízos que não foram superados com a eliminação do confinamento, tais estratégias são também acionadas por muitos dos egressos da colônia do Bonfim. Um dos informantes, seu Juliano, relatou diversos casos em que ele, em situação de interação 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 da mão foram fruto de seu trabalho como mariscador de caranguejo, explicando ao interlocutor que ao tocar sua

mão em buracos de caranguejo teve seus dedos, um por um, cortados pelo crustáceo, como segue:

Certa vez fui levar uma interna para ter nenê na Santa Casa. Eu fiquei na praça em frente esperando o resultado. Eu tava nervoso. Andava de lado para outro. Tinha um senhor sentado só me observando. Eu tava, assim como gosto de usar, com uma camisa branca de manga comprida e com as mãos nos bolsos. Quando cheguei mais perto dele ele viu que eu tinha mesmo dedos cortados. Ele me perguntou o que tinha acontecido. Eu disse pra ele. Veja só a história, e ele acreditou. Eu mostrei meus dedos e disse: olha! Eu tenho uma mulher e dez filhos pra sustentar. Pra isso eu tiro caranguejo no mangue. O senhor sabe como se pega caranguejo? A gente mete a mão no buraco onde ele fica e puxa. Só que quando eu metia a mão no buraco o caranguejo mordida meu dedo e eu puxava de vez e ele cortava meu dedo. Assim foram todos. O senhor esta vendo este aqui? Mostrei o ultimo dedo que tinha sido amputado a pouco tempo. Foi o ultimo. Quando cheguei em casa disse pra mulher: olha, perdi meu ultimo dedo. Ele tava me olhando com a maior atenção. Eu disse pra ele. Agora veja o senhor. Como o brasileiro só fecha a porta depois de roubado. Depois que perdi meus dez dedos que fui descobrir uma forma de tirar caranguejo do buraco sem perder os dedos. Ele perguntou: como? Eu disse: é só pegar um pedaço de pau e botar no buraco que o caranguejo morde e a gente puxa. Ele ficou com pena de mim. Se levantou e apertou minha mão e foi embora. Agora veja. Se ele soubesse que eu era um leproso ele nunca tinha apertado minha mão. Se descobrisse depois era capaz de tocar fogo na mão dele (risos). (Luciano, 62 anos, egresso da colônia do Bonfim)

Outra explicação dada por ele foi que seus dedos haviam sido amputados por uma prensa de papel no local em que ele trabalhava (uma fábrica de papel):

Uma vez fui no centro da cidade comprar uma roupa nova. Quando tirei as mãos do bolso para pegar uma calça o vendedor chegou perto de mim e disse: eita! Recebeu uma bolada né? Eu disse: bolada de quê? Ele respondeu: de indenização desse acidente. Não foi um acidente de trabalho? Eu disse: foi, foi sim. Agora veja a estória absurda que eu contei e ele acreditou. Eu disse pra ele que uma prensa de papel tinha cortado meus dedos. Disse que eu trabalhava numa fábrica de papel, isso em 1978/79, que nem tinha fábrica de papel em São Luis. E que eu me descuidei e a máquina puxou minhas mãos, só não fui moído porque um colega desligou a luz e a máquina parou. Ele acreditou e, pensando que eu ia comprar muita coisa, porque tinha recebido muito dinheiro com a indenização, começo a me mostrar tudo na loja. Se ele soubesse que eu era leproso, morador do Bonfim, ele tinha era me enxotado loja.

Algumas outras estórias desse tipo foram narradas por seu Juliano durante nossas conversas informais. Ele as narrava sempre com muita satisfação e de forma muito risonha. Com orgulho por ter encontrado uma forma de não se sentir constrangido ao entrar em contato com outras pessoas, e dizia: “minha filha, se eu dissesse a verdade eu ia ser enxotado como fui certa vez. Eu me senti muito mal. Não quero mais passar por isso. Tudo isso só existe por causa do preconceito”.

De fato, ao seu modo extrovertido, seu Juliano assemelha-se bastante àquele indivíduo de que nos fala Goffman, 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*” (GOFFMAN, 1978). Nos estudos goffmianos, o conceito de *identidade social* está ligado à análise do processo de estigmatização, e o de *identidade pessoal* está ligado à análise do controle de informações na manipulação do estigma. Como esclarece, ambas fazem “parte, antes de mais nada, dos interesses e definições de outras pessoas em relação ao indivíduo cuja identificação está em questão” (GOFFMAN, 1978, p.91). Essas pressões, como se sabe, são partilhadas por todos aqueles que foram submetidos a condições e condicionamentos sociais similares, como aqueles sobre os quais se está discutindo, mas cada um, ao ter uma trajetória e uma localização únicas no mundo, internaliza uma combinação incomparável de esquemas de percepção e apreciação, respondendo também de forma bastante particular aos contextos de ação em que está inserido. Manejando com os recursos e repertórios que lhes eram disponíveis, as histórias de seu Juliano são reveladoras assim de uma concepção bastante particular, de um micro-cosmos dentro de um macro-cosmos, um mundo no interior do mundo.

De fato, as identidades, social e pessoal, de um indivíduo são formadas de modo não necessariamente coerente e unificada, mas revela graus variados de integração e tensão que são dependentes da compatibilidade e do caráter das situações sociais que as produziram ao longo do tempo, do conjunto de referenciais advindos de pessoa e lugares. Daí que para realizar uma análise da rotina de pessoas estigmatizadas é necessário que se leve em conta esse conjunto de referências. Nesse sentido, a análise das “técnicas de controle de informação” (GOFFMAN, 1978, p.80) através das anedotas contadas por seu Juliano, torna-se possível somente se, para além de sua aparência totalmente banal, lermos em suas palavras a estrutura das relações objetivas, presentes, passadas e invisíveis que a organizam como uma interação que a princípio parece exclusivamente pontual (as restrições que ele já havia sofrido em relações cotidianas e o temor de se repetirem situações semelhantes, como também à possibilidade dele vir a ter alguma aceitação, quer dos demais indivíduos, quer da própria pesquisadora).

No estudo sobre as técnicas de manipulação da identidade, Erving Goffman trabalha ainda com dois grupos de pessoas. A um deles chama de *desacreditáveis*, ou seja, aquelas que manipulam as informações (como fizera seu Juliano nas ocasiões

narradas acima) e em que as pessoas com quem estabelecem contato não sabem dos motivos de seu estigma. No outro grupo estariam aquelas que Goffman denomina de *desacreditadas*, as quais não podem passar despercebidas em razão de suas marcas serem visíveis, tendo de manejar as tensões que resultam de seus encontros (GOFFMAN, 1978, p. 89).

Uma das maneiras mais comuns de expressar uma reação contra a estigmatização que se dá em uma sociedade que assimila idéias arcaicas acerca da enfermidade, apesar dos novos conhecimentos produzidos, consiste em ocultar a enfermidade ou em manter-se em estado de permanente alerta para não delatar ou minimizar a percepção do seu padecimento.

O temor de não ser aceito pela família e/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 sentiram mais à vontade. Como testemunhou seu Paulo: “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 de que são objeto quando se conhece seu padecimento: os testemunhos são bastante eloqüentes nesse sentido. Ao contrário do que se poderia imaginar, independente de ter-se constituído no Bonfim um conglomerado de iguais, sempre se tratou de uma comunidade organizada de acordo com a lógica estigmatizadora; que não protegia do estigma, ao contrário, reafirmava-o.

Expressando a força que alcançou a estigmatização, a Colônia era apenas uma das formas com as quais a sociedade dita sadia se protegia, não somente do ponto de vista da saúde pública, senão com relação a suas convenções estéticas, de corporeidade, segundo as quais o que se desvia do padrão deve ser rechaçado. Isso ocorre, sem dúvida, porque o corpo é, na realidade, um produto social cujas propriedades são apreendidas de forma inseparável das categorias de percepção, das taxonomias e dos sistemas de classificação sociais que não são plenamente independentes da distribuição, entre os segmentos sociais, das diferentes espécies de capitais (BOURDIEU, 1977, p. 51).

Construído e inventado dentro desses limites, em nenhum momento o isolamento significou a redução do estigma com respeito à lepra. O que impediu foi a cotidianidade do rechaço por parte dos “sãos” e a exigência de viver permanentemente a tensão que resulta de seus contatos com os “normais” – donde advém parte do sentimento de liberdade e saudosismo presentes em alguns relatos. Mas o estigma se manteve, ainda que os chamados leprosos estivessem “guardados”. A idéia de que uma pessoa mutilada perde pedaços seguiu na mente de muitos: para algumas delas lepra segue sendo lepra, leproso segue sendo leproso e hanseníase uma doença que é diferente e, não raro, desconhecida.

Hoje, os cinco 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. Os quatro que ainda permanecem nas dependências da antiga instituição, vivem de sobreaviso quanto à possibilidade de serem mandados para fora. Vivem, como durante os longos anos de internação, ainda parcialmente isolados. Não porque sejam impedidos de sair, mas, talvez, por sentirem que fora dos muros de velha Colônia o isolamento possa ser ainda pior, dadas as suas condições físicas atuais: *idosos mutilados pela doença*.

Considerações Finais

Discutiu-se neste trabalho as políticas públicas direcionadas ao combate da lepra por meio do controle dos doentes em instituições asilares tendo como *locus* da pesquisa a colônia do Bonfim e como foco os testemunhos de cinco egressos.

No Brasil, como explicitado neste trabalho, a lepra emergiu como um problema de saúde pública no início do século XX juntamente com outras doenças. Nesse período observa-se a criação de um conjunto de medidas por parte do Estado voltadas para o saneamento e limpeza dos espaços públicos, levados a cabo por uma elite médica que estava em formação e que ganhara amplo destaque ao investir no combate daquilo que diziam ser os principais problemas do país: a doença e a preguiça.

Dessa forma, a conversão da lepra (aparentemente sem tanto destaque no cenário das doenças que ameaçavam a saúde pública do país) em um grande mal e inimiga da nação, deve ser entendida em concomitância com o processo de transformação da própria ciência médica e a emergência de um projeto de nação e de “povo brasileiro” levado a cabo por políticos e cientistas.

As formas de enfrentamento das doenças nas primeiras décadas do século XX tiveram um caráter de campanha militar em que os indivíduos doentes eram o principal foco das medidas governamentais. Nesse contexto, observam-se a criação de aparatos públicos compostos por instituições de pesquisa, associações de cientistas e órgãos de governo que tinham como objetivo formular e colocar em prática as políticas públicas de saúde. Surgiram então, nesse contexto: o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, sob o comando de Oswaldo Cruz; o Instituto Manguinhos; o Instituto Oswaldo Cruz; Departamento Nacional de Saúde Pública; a Liga Pró-Saneamento; e, finalmente, Inspetoria da Lepra e das Doenças Venéreas que converteu definitivamente a lepra em uma doença perigosa ao desenvolvimento do país.

Esse estatuto dado à doença foi logo estendido ao doente. Logo, quem era portador de lepra, passou a ser considerado como uma ameaça à coletividade, requerendo, portanto, planejamentos e intervenções de parte do Estado. O perigo oferecido pelo chamado leproso se assentava na idéia de que seu corpo era o foco de emissão dos bacilos causadores da lepra. A esse respeito não havia um consenso, mas a falta deste não foi suficiente para que a idéia do isolamento fosse abandonada. Assiste-

se, então, investimentos e disputas de diferentes agentes na constituição de enunciados sobre a lepra e o seu portador que levariam à adoção do isolamento compulsório dos enfermos em instituições asilares próprias: os chamados leprosários.

Dessa forma, criou-se no país o chamado sistema *isolacionista*, composto por *leprosários, dispensários e preventórios* que constituíam um amplo aparato de vigilância, disciplinamento e normalização do doente, de seus filhos e demais membros de sua família que, não raro, recorria a procedimentos policiais. O confinamento dos doentes de lepra no Brasil começou a ser praticado no final da década de 1920 e esteve em vigor como medida estatal até a década de 1960 quando o dispositivo do isolamento dos doentes foi posto em questão, discutindo-se sua utilidade e relevância enquanto medida profilaticamente mais indicada.

As novas orientações surgidas nesse período sobre o tratamento da lepra estavam vinculadas a descobertas científicas que destacavam a ineficiência do isolamento do doente para o controle da doença e para a cura do mesmo. O confinamento do chamado leproso passou a ser descrito, a partir de então, por parte do próprio Ministério da Saúde, como uma medida de exclusão do doente e um paliativo no enfrentamento do problema. As conferências nacionais para discussão desse problema social, desde o final da década de 1950, começaram a apresentar novas orientações sobre como o país poderia enfrentar a doença sem que fosse necessário ou mesmo viável recorrer ao isolamento dos doentes. Essas orientações centravam-se principalmente em uma nova percepção de medicina (preventiva conjugada à curativa) que vinha sendo gestada e aplicada no país.

Como vimos, o isolamento do doente de lepra como medida de controle da doença foi adotado no Brasil por pelo menos trinta anos. Nesse período, milhares de indivíduos foram retirados de forma compulsória dos lugares em que viviam rompendo com as relações que haviam constituído até então com amigos e familiares. Esses procedimentos causaram graves alterações na vida desses indivíduos, uma vez que tiveram que deixar para trás não somente o convívio com familiares, como também sonhos, ilusões e projetos de vida. Foram colocados compulsoriamente nessas instituições asilares, tomadas aqui enquanto *Instituições Totais*, no sentido atribuído por Erving Goffman.

Esta dissertação procurou dar conta dos problemas relativos à estigmatização e exclusão social daqueles que foram compulsoriamente levados para o asilo-colônia do

Bonfim, inaugurado em São Luís (capital maranhense), em 1937, para abrigar os doentes de lepra do estado. A finalidade da instituição, na realidade, não era somente a de afastar os portadores da doença do centro urbano, para controle da doença e proteção da coletividade. Esta medida representou uma forma de evitar o contato com pessoas portadoras de uma enfermidade que, pelas suas deformidades e úlceras, estavam à margem de um padrão estético desejado, perseguido, que simbolizariam a construção de uma nação “civilizada”. Nesse projeto civilizador, a, donde a saudação de sua construção do asilo-colônia do Bonfim, foi pensado, como sugeria o interventor federal Antonio Martins de Almeida, como um “símbolo da modernidade”.

Passaram pela Colônia do Bonfim, entre os anos de 1937 e 1965, segundo o livro de Registros de Internos da mesma, mil trezentos e noventa e seis (1.396) pessoas: eram homens, mulheres, crianças, idosos, jovens, contagiosos e não-contagiosos; domésticas, lavradores, prostitutas, marinheiros, estudantes, sapateiros, funcionários públicos. Submetidos a uma forma de reclusão estigmatizante, os internados foram capazes, entretanto, de estabelecer novas relações de amizade e de familiaridade com seus pares, alguns dos quais chegaram a concretizar uniões matrimoniais. É necessário reconhecer, contudo, que o livro de registro de pacientes não nos dá uma dimensão precisa da quantidade de pessoas que passaram pela Colônia. A este quantitativo deveríamos ainda acrescentar os filhos nascidos dessas novas famílias, desses vínculos matrimoniais, que eram imediatamente separados de seus pais, a fim de serem encaminhados ao Educandário Santo Antônio.

Mesmo submetidos às mesmas condições, os internos, ao contrário do que os olhares externos tendiam a conceber, constituíam mais do que uma massa homogênea e disforme de iguais, de doentes. No interior da instituição, sob a vigilância das irmãs Vicentinas e uns dos outros, estava um conjunto de indivíduos que elaboravam ao seu modo estratégias de enfrentamento, que reagiam de forma bastante particulares. Superado o enfoque institucional que tendeu a unificar tudo sob as mesmas prerrogativas do aparelho, o que vemos são não somente formas de delimitação, de divisão do espaço físico, atribuindo a cada um uma localização geográfica, como também a construção de outras hierarquias que situavam posições interdependentes, as quais não deixavam de ter como referência a lógica estigmatizante: como não lembrar então das distinções entre *piorados* e *melhorados*?! Entre solteiros e casados (católicos

e não católicos!), dos efeitos que essas subdivisões tinham no que se refere aos moradores dos pavilhões, das casas geminadas e moradores das casas de palha?!.

Os diversos mecanismos de organização de suas vidas no interior da colônia, como a constituição de novos laços de sociabilidade, outras famílias através de casamentos, adoção de crianças, aprendizagem de funções a serem desempenhadas na instituição, recobrem na realidade um exercício intrincado de estratégias de conjunto e táticas individuais, algumas mais organizadas que outras.

Tudo funcionava segundo um sistema de estigmatização amplo e difuso. Com a confirmação da infecção, através do diagnóstico, ocorria como que um rito de passagem através do qual se iniciava aquilo que Goffman denominou de “Carreira moral”, ou seja, os enfermos aprendiam, de forma freqüentemente abrupta, que eram diferentes. Simultaneamente se proporcionava aos “normais” a informação de que necessitavam para inabilitar-los e asilá-los. Para algumas famílias, era a chance de liberar-se do perigo de ser também objeto do estigma e da obrigação de atender ao enfermo (algumas das quais não tinham condições efetivas de tratá-lo), o que conduzia ao seu abandono. Todos os entrevistados, em graus variados, passaram por esse mesmo sistema, como seu João Batista, que sentiu de imediato a rejeição dos vizinhos, ou a dona Ana Rosa, que passou mais de dez anos vivendo num quarto isolada sem poder sair de casa ou como seu Juliano, que depois de ter sido levado para o leprosário onde os médicos constataram que sua doença não era contagiosa (o que permitiria a ele viver fora da colônia), não fora mais aceito no educandário onde vivia nem em nenhum outro local; ou ainda como ocorrera com a dona Margarida, denunciada pelos vizinhos aos dez anos de idade e trazida ao preventório no “camburão da polícia sanitária”.

Com o fim do isolamento compulsório foram adotadas medidas que visavam a inclusão dos antigos internos da Colônia do Bonfim na sociedade. Essas medidas se traduziram na desativação da Colônia, na concessão de uma pensão do Estado para os egressos e na doação de terrenos para a construção de casas numa área próxima à antiga instituição. Ali, onde hoje é o bairro da Vila Nova, um número considerável de egressos do leprosário começou uma “vida nova”, fora da instituição, mas não muito distante, de modo que ainda se mantinham de algum modo ligados a ela. Outros tantos foram procurar suas famílias, mas, não conseguiram ser reinseridos em seu local de origem, retornando então para as proximidades da antiga instituição.

Mesmo o fim do isolamento, 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. Os egressos do Bonfim são marcados por dois deles: o de doente e de ex-interno do Bonfim. Logo, em suas interações com outros grupos esses indivíduos são duplamente estigmatizados, o que os leva a considerar, entre outros, que a lepra seria uma daquelas doenças que não tem cura. Nesse caso não uma doença de natureza física, mas sim social e simbólica. Todos os entrevistados se consideram doentes de lepra, isto porque para eles não existe ex-leproso. A incurabilidade da doença reside na permanência dos significados depreciativos que os acompanha, do medo, do rechaço social e da discriminação que levam muitos a adotarem estratégias de encobrimentos de informações sobre si.

Assim, a condição de “leproso” é imposta a aqueles indivíduos pelo exercício classificatório que os sujeitos sociais operam, em termos de normais e anormais, de doente e não doentes, assentado no *corpo* que é: “simultaneamente natureza e representante da cultura” (RODRIGUES, 2006, p, 149). Uma unidade natural e social, motivo de aceitação e exclusão, controlado, disciplinado e normalizado pelas sociedades modernas que “é bom para pensar a dualidade da estrutura social, exprimindo no que é corporalmente ‘puro’ e ‘impuro’ respectivamente e que a sociedade quer e não quer.” (RODRIGUES, 2006, p, 149).

Os corpos dos egressos da colônia do Bonfim trazem em si não somente as marcas da doença e/ou da idade. Carregam consigo as marcas de uma época em que foram caracterizados 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, as estratégias e táticas de sobrevivência.

Referências

- ADAM, Philippe & HERZLICH, Claude. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001
- AGRÍCOLA. **Ernani-** A Lepra no Brasil (Resumo Histórico) 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/manual_leprologia.pdf
- ALMEIDA, Maria da Conceição Pinheiro de. **Saúde pública e pobreza: São Luís na Primeira República**. In: COSTA, Wagner Cabral da, (Org.). **História do Maranhão: Novos Estudos**. - São Luís: Edufma, 2004.
- AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta de Moraes (Org.). **Usos e Abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 1996
- ANTUNES, José Leopoldo F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras &. Letras. 1991
- ARENDT, Hannah. **Entre o Passado e o Futuro**. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- BEAUD, Stéphane & WEBER Florence. **Guia para a pesquisa de Campo: produzir e analisar dados etnográficos**- Petrópolis, RJ: Vozes, 2007
- BECKER. Haward. **Uma teoria da ação social**. Rio de Janeiro: Zahar Eds. 1976. Cap. 5- as regras e sua imposição.
- BENJAMIM, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Lenskov. In. **Walter Benjamin: obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política**: São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993.
- BERGER, Peter L. ; Thomas Luckmann – **A construção social da realidade** : tratado da sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1976.
- BÍBLIA SAGRADA. Traduzida para o português por João Ferreira de Almeida, revista e atualizada no Brasil, 2ª ed., São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993. Antigo Testamento, Levítico, caps. 13 - 14, p. 116 - 122.
- BONET, Octávio. **Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomédicina**. Rio de Janeiro, Editora da Fiocruz, 2004
- BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**. São Paulo, Companhia das Letras. 1994.
- BOULTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 1979.

BOURDIEU, Pierre. **Remarques provisoires sur la perception sociale du corps**. Actes Rech Sci Soc 1977; vol. 14, nº 1, pp.: 51- 54. Disponível em: www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid

_____. O campo científico. In. ORTIZ, Renato (org). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1994. p. 122-155. (Coleção grandes cientistas sociais)

_____. (coord.) (1997): **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes; Cap. "Compreender", pp. 693-713.

_____. **A economia das trocas lingüísticas**. Edusp. São Paulo. 1998

_____. L'ordre de l'interaction. In. GOFFMAN, E. **Les moments et leurs hommes**. Paris: Ed. du Seuil/Munuit. 1988

_____. **Ofício do sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia**
Rio de Janeiro Bertrand Brasil. 2004.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro Bertrand Brasil. 2007

BRAGA, Andréa Baptista Freitas. **“O que tem que ser tem força”**: Narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955): Rio de Janeiro, 2006, 198f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde)- Casa Oswaldo Cruz- Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: www.fiocruz.br/ppghcs/media/bragaap.pdf

BRANDÃO, Helena HATHSUE Nagamine. **Introdução à análise do discurso**, Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2004

BRASIL. **Manual de Leprologia**. Publicado pelo Serviço Nacional de Lepra, Rio de Janeiro, Gráfica da “Revista dos Tribunais” S. A. 1960. http://bvsms.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: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0118conf_hanseníase.pdf.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseníase.pdf

BROWNE, Stanley George. **A Lepra na Bíblia – estigma e realidade**. São Paulo: Ed. Ultimato. 2001

CALVINO, Ítalo. **As cidades invisíveis**. São Paulo: Companhia das letras, 2006

CAMPOS, André Luis Vieira de. **La expansión de la autoridad estatal yel Servicio Especial de Salud Pública en el Brasil, 1942-1960**. Dynamis: Acta Hispanica ad

Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam, V. 25 (2005) p. 227-256
Disponível em: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=130886

CANESQUI, Ana Maria. **Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990.** Ciência. Saúde coletiva, 2003, vol.8, no.1, p.109-124. ISSN 1413-8123. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a09v08n1.pdf

_____. **Ciências Sociais e Saúde no Brasil.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

_____. & QUEIROZ, Marcos de Souza. **Antropologia da Medicina:** uma revisão teórica. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 20(2): 152-14, 1986. Disponível em: www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-9101986000200006&script=sci_arttext - 86k

_____. **Contribuições da Antropologia à Medicina:** uma revisão de estudos no Brasil Rev. Saúde Pública, São Paulo, 20(2): 141-151, 1986. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v20n2/05.pdf

CANO, Rodrigo Zapata. **La dimensión social y cultural del cuerpo:** Boletín de Antropología, año/vol. 20, n. 037, Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia, pp. 251-264. Disponível em: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/557/55703713.pdf

CARVALHO Heitor Ferreira de. **Urbanização em São Luis:** entre o institucional e o repressivo. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – PPGCS, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. 2005

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

CHARTIER Roger. **O mundo como representação.** Estudos Avançados. vol.5 Nº.11 SãoPaulo Jan./Apr. 1991. <http://www.scielo.br/pdf>.

CHAUÍ, 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 séc. XIX. - São Luís: Edufma, 2006.

COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. **Entre idéias e ações:** medicina, lepra e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)- Niterói-UFF/ICHF. Tese de Doutorado. Universidade federal Fluminense, Departamento de História, 2007. Disponível em: www.historia.uff.br/posgrad/teses

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

CROSSLEY, Nick. **Body-Subject/Body-Power**: Agency, Inscription and Control in Foucault and Merleau-Ponty *Body Society*. 1996; 2: 99-116

CURI, Luciano Marcos. **Defender os sãos e consolar os lázaros**: lepra e isolamento no Brasil 1935/1976. - Uberlândia, Programa de Pós-graduação em História da Universidade de Uberlândia. Dissertação de Mestrado, 2002 Disponível em: www.coc.fiocruz.br/pos_graduacao/completos/curilm.pdf

DUARTE, Luis Fernando Dias (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1998f

ELIAS, Norbert. **O processo Civilizador**: Uma história dos costumes. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zaar Editor. 1994

_____. **Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zaar Editor. 1994

_____. **A Escola de Chicago**. Campinas, SP: Papirus Editora, 1995

FENELON, Déa Ribeiro, CRUZ, Heloíza Faria e PEIXOTO, Maria do Rosário Cunha. In. FENELON, Déa Ribeiro et al. **Muitas memórias, outras histórias**. São Paulo: Ed. Olho D'água, 2000.

FERREIRA, Marieta de Moraes & AMADO, Janaína. (Coord.). **Usos e Abusos da História Oral**. Rio de Janeiro, FGV, 1998.

JESEPH. Isaac. **E. Goffman e a microsociologia**. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2000

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.

_____. **História da Sexualidade – A vontade de Saber 1**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **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.

_____. **Seguridad, Territorio, Población:** Curso no Collège de France (1977- 1978). 1ª edição- Buenos Aires: Fondo de Cultura Econômica, 2006a.

_____. **A ordem do discurso.** Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 13ª edição, 2006b.

_____. **Ditos e Escritos IV.** Estratégia, Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c.

_____. **História da loucura:** na idade clássica. São Paulo, SP: Perspectiva, 2007

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

GARRIGOU, Alain e LACROIX, Bernard (Org.): **Norbert Elias: A política e a história.** São Paulo: Perspectivas, 2001.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

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

GIDDENS, Anthony. **A construção da sociedade.** - São Paulo, Sp: Martins Fontes, 2003.

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

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.

GOLDENBERG, Paulet (Org.). **O clássico e o novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 444p.

GOMES, Romeu, MENDONÇA, Eduardo Alves & PONTES, Maria Luiza **As representações sociais e a experiência da doença.** *Cad. Saúde Pública*, Out 2002, vol.18, no.5, p.1207-1214. ISSN 0102-311X. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/10993.pdf

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

KHOURY, Yara Aun. **Muitas memórias, outras histórias**: cultura e o sujeito na história. In. In. FENELON, Déa Ribeiro et al. **Muitas memórias, outras histórias**. São Paulo: Ed. Olho D'água, 2000.

LAPLATINE, François. **Antropologia da Doença**. 3ª edição São Paulo: Martins Fontes, 2004

Le BRETON, David. **Adeus ao Corpo: Antropologia e Sodiedade**, Campinas, SP: Papirus, 2003.

_____. **Anthropologie du corps et modernité**. Paris, Quadrige, 2001.

LE GOFF, Jacques. **História e Memória** Campinas: Editora da UNICAMP, 1994. p.203-231

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.

LIMA, Nísia Trindade, HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor, SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996. 252p. Disponível em: www4.prossiga.br/Chagas/sobrech/sec/eh-592.pdf

LISBOA, Achille. **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 pelos mosquitos** (“Conferência de Unificação da Campanha contra a Lepra. A transmissão da lepra pelos mosquitos”) 1933. (BR. MN. Fundo Adolpho Lutz, pasta 256, maço 5). [N.E.] Disponível em: www.bvsalutz.coc.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pi/textos/Transm-lepra-pelos-mosq.pdf

_____. **A transmissão da lepra e suas indicações profiláticas.** Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, tomo 31, fascículo 2, p.373-81, maio de 1936. www.bvsalut.coc.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pi/textos/Transm-lepra-esuas-indic-profilaticas.pdf

MACHADO, Roberto. Por uma Genealogia do Poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979, 22ª Edição

MACHADO, Paulo de Almeida. Discurso de Instalação da Conferencia Nacional para avaliação da política de Controle da hanseníase, Brasília, 24.03.76. In BRASIL **Relatório da Conferencia Nacional para avaliação da política de Controle da hanseníase, 1976.** Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0118conf_hanseniase.pdf

MARICATO, Ermínia. Brasil. **Cidades: Alternativa para a crise urbana.** - Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MAUSS, Marcel. As Técnicas do Corpo. In: Mauss, M. **Sociologia e Antropologia.** São Paulo: Cosac Naif, 2003, pp. 399-422

MONTEIRO, Yara Nogueira. **Violência e profilaxia:** os preventórios paulistas Para filhos de portadores de hanseníase. Saúde e Sociedade Print. ISSN 0104-1290 Saúde Soc. vol.7 n.1 São Paulo Jan./July 1998 Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid

NEVES, Edinalva Maciel. **Antropologia e ciência:** uma etnografia do fazer científico na era do risco. São Luís: EDUFMA, 2008.

NIETZSCHE, Friedrich. **Considerações extemporâneas.** S. Paulo, Abril Cultural, 1978.

NUNES, Patrícia Portela. **Medicina, poder e produção intelectual:** uma sociologia da medicina no Maranhão.- São Luís: Edições UFMA; PROIN (CS), 2000.

OLIVEIRA, Leda Maria Leal de. Memórias e experiências: desafios da investigação histórica. In. In. FENELON, Déa Ribeiro et al. **Muitas memórias, outras histórias.** São Paulo: Ed. Olho D'água, 2000.

OPROMOLLA D.V.A. Asilos-Colônias, Educandários. In BRASIL **Relatório da Conferencia Nacional para avaliação da política de Controle da hanseníase, 1976.** Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0118conf_hanseniase.pdf

ORLANDI, Eni Puccinelli. **As formas do silêncio:** no movimento dos sentidos. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007

PALHANO, Raimundo Nonato. **A Produção da Coisa Pública, Serviços Públicos e Cidadania na Primeira República:** a república ludovicense.- São Luís: IPES, 1988.

PIMENTEL Cesar Pessoa & BRUNO, Fernanda. **Corpo, sujeito e visibilidade:** implicações das biotecnologias sobre a tópica da interioridade. Interações, São Paulo, v. 22, 2006. Disponível em: redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/354/35402201.pdf

PINTO, Louis. Experiência vivida e exigência científica de objetividade. In MERILLIÉ. Dominique et. al. **Iniciação à prática científica.** Tradução de Guilherme João de F. Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

POLLAK, Michael. **Memória, Esquecimento, Silêncio.** (tradução) Dora Rocha Flaksmam. 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

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.

RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault:** uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro, ed. Forense Universitária, 1995.

RODRIGUES, José Carlos. **O corpo na História.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1999.

_____. **Tabu do corpo.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2006a

_____. **Tabu da morte.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2006b

ROTBERG. A. As Barreiras Culturais Da “Lepra” Que Impedem A Solução Do Problemada Hanseníase . In BRASIL **Relatório da Conferencia Nacional para avaliação da política de Controle da hanseníase, 1976.** Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0118conf_hanseníase.pdf

SALAZAR, Alexis Romero. **La lepra:** invisibilidad y estigma. Opción, agosto, año/vol.17, n. 035, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, pp. 11-42. Disponível em: <http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?>

SEVALHO G. **Uma abordagem histórica de representações sociais de saúde e doença.** Cadernos de Saúde Pública 9(3):349-365, 1993. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?

SILVA. Nilson Carvalho da. Reintegração social do hanseniano. In. **Relatório da Conferencia Nacional para avaliação da política de Controle da hanseníase, 1976,** Ministério da Saúde. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/.

SILVEIRA, Ademyr Rodrigues da. **Hanseníase: Situação atual da endemia no Brasil In BRASIL Relatório da Conferencia Nacional para avaliação da política de Controle da hanseníase, 1976.** Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/

SILVEIRA, Fernando de Almeida. **Corpos sonhados - vividos: A questão do corpo em Foucault e Merleau- Ponty,** Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), 2005. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis.

SOUZA ARAUJO, Heráclides César. **Problema da lepra no Brasil.** Trabalho apresentado no quinto Congresso Internacional de MAdicina tropical e Malária. Istambul. 1953. 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)

SOUZA FILHO, Benedito. **Cuerpos, Horcas y Látigos: esclavitud y espectáculo punitivo en el Brasil decimonónico** Tese de Doutorado em Antropologia Social e Cultura, Universidad: Autonoma de Barcelona, Barcelona, 2003. Disponível em: <http://www.tesisenxarxa.net/>

STRAUSS, A. L. “Interação”. In. BOURDIEU, P. **Espelhos e Máscaras.** São Paulo: Edusp, 1999

_____. “Transformações da Identidade” In._____. **Espelhos e Máscaras.** São Paulo: Edusp, 1999.

TRONCA, Ítalo A. **As máscaras do medo: lepra e AIDS,** Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2000’

VAITSMAN, Jeni (Org.). **A ciências e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

VELHO, Gilberto (Org.). **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social.-** Rio de Janeiro: Joege Zahar, 1999.

_____. Becker. **Goofman e a Antropologia no Brasil.** Sociologia. [online]. maio 2002, no.38 [citado 14 Agosto 2008], p. 9-17. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?>

DOCUMENTOS CONSULTADOS.

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

_____. **Exposição apresentado a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão.** São Luís Imprensa Oficial 1933.

_____. **Exposição apresentado a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão.** São Luís Imprensa Oficial 1935.

Livro de Registros de internações da Colônia do Bonfim 1937

MARQUES, Augusto César. **Dicionário Histórico e Geográfico do Maranhão**. 3ª Edição. São Luis: SUDEMA, 1970.

RAMOS, Paulo Martins de Souza, **Exposição apresentado a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão**. São Luis. Imprensa Oficial, 1938.

_____. **Exposição ao povo maranhense**. São Luis. Imprensa Oficial, 1938

_____. **Exposição ao povo maranhense**. São Luis. Imprensa Oficial, 1939

_____. **Exposição apresentado a Getúlio Vargas pelo interventor federal no Estado do Maranhão**. São Luis. Imprensa Oficial, 1939.

_____. **Relatório feito a Getúlio Vargas pelo interventor federal e 1939** São Luis. Imprensa Oficial, 1941

_____. **Relatório feito a Getúlio Vargas pelo interventor federal e 1941** São Luis. Imprensa Oficial, 1942

_____. **Relatório feito a Getúlio Vargas pelo interventor federal e 1942** São Luis. Imprensa Oficial, 1943

_____. **Relatório feito a Getúlio Vargas pelo interventor federal e 1943** São Luis. Imprensa Oficial, 1944

Relatório do Serviço Nacional de Profilaxia. São Luis- MA. Ministério da Saúde de 1960

MORAIS, Talmo de. **Relatório ao interventor federal Dr. Paulo Martins de Sousa Ramos pelo Diretor geral de saúde e assistência** São Luis. Imprensa Oficial, 1943

JORNAIS

JORNAL O IMPARCIAL 1937

JORNAL O IMPARCIAL 1948

LEGISLAÇÃO

BRASIL, Coleção de Leis, 1920, Decreto nº 3.987 de 02 de Janeiro de 1920. [www.senado.gov.br/http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=182609](http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=182609).

BRASIL, Coleção de Leis, 1920, Decreto nº 14.189 de 26 de maio de 1920.
<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>

BRASIL, Coleção de Leis, 1920, Decreto nº 14.354 de 15 de Setembro de 1920.
<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>

BRASIL, Coleção de Leis, 1923, Decreto nº 16.300 de 31 de Dezembro de 1923.
<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>

BRASIL, Coleção de Leis, 1930, Decreto nº 19.398 de 11 de Novembro de 1930.
<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>

BRASIL, Coleção de Leis, 1931, Decreto nº 19.560 de 05 de Janeiro de 1931.
<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>

BRASIL, Coleção de Leis, 1941, Decreto Lei nº 3.171 de 02 de Abril de 1941.
<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>

BRASIL, Coleção de Leis, 1959, LEI Nº 3.542, de 11 de fevereiro de 1959
<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>

BRASIL, Coleção de Leis , Decreto nº 76.078 - de 4 de Agosto de 1975
<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>

BRASIL, Coleção de Leis, 1941, Lei nº 9.010, de 29 de Março de 1995.
<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>

SITES PESQUISADOS

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacao_hansen_2007.pdf

<http://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v25p227.pdf>

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_leprologia.pdf>

<http://www6.senado.gov>

<http://www.scielo.br/scielo>.

www.bn.br/bndigital