

Do Direito Inalienável à Alienação do Direito: uma discussão sobre poder do Departamento de Profilaxia da Lepra

Yara Nogueira Monteiro¹

A proteção da sociedade sadia foi por muitas vezes invocada para dar origem a um corolário de leis e normas, muitas delas, que terminaram por se estruturar em legislações profiláticas. O estudo dessas legislações no Brasil demonstra que, embora hierarquicamente inferiores à lei magna, muitas delas se configuraram numa espécie de “código paralelo” fazendo com que surgisse micro poderes dentro dos serviços médicos oficiais, que passaram a vigorar de forma autônoma e à revelia da estrutura legal existente no país.

Ao analisarmos as concepções profiláticas no Brasil ao longo do século XX verificamos não haver homogeneidade entre as diferentes correntes existentes, e que as defendidas pelos grupos alçados à direção dos Serviços Oficiais acabavam por se impor e foram transformadas em normas legais, suplantando assim as demais posturas existentes. A partir do estudo das diferentes legislações sanitárias, referentes às doenças contagiosas, foi possível constatar a estruturação de um verdadeiro corpo legal com poder de intervir diretamente na sociedade, de impor procedimentos que resultavam em intervenções diretas na vida cotidiana da população, e que, independentemente do gênero, faixa etária, nível sócio-econômico ou cultural, o indivíduo poderia deixar de ser um “cidadão” gozando de todos os direitos legais para se transformar em “paciente” com direitos limitados. Dentro disso, direitos, deveres, infrações, crimes passavam a ser tipificados a partir de uma outra lógica que se curvava a concepções da Política de Saúde predominante traduzida em leis e códigos sanitários que, em última instância, passavam a ter o poder de gerir os corpos.

O estudo da aplicação de diferentes legislações profiláticas demonstrou que, muito embora os decretos federais estipulassem diretrizes para o país, estas poderiam apresentar diferenças entre os Estados da Federação, tanto na forma de sua aplicação como no entendimento legal.

Ao analisarmos a legislação profilática da lepra no Estado de São Paulo, dos primeiros anos do século XX ao final da década de 60, verificamos que sua essência era regida pela mesma lógica que regia o Direito Penal dos anos trinta, uma vez que ambas afirmavam ser o propósito da pena a proteção da sociedade². Os teóricos mais liberais do Direito defendiam uma aproximação científica do problema³, afirmavam que a proteção social só se daria através do estudo das causas do crime, de forma a “viabilizar a remoção dos fatores criminosos, a reabilitação,

a segregação – ou até mesmo o extermínio – dos criminosos depois de uma avaliação científica das chances de sua reintegração à vida social como membros úteis à comunidade” (RUSCHE; KISCHEIMER, 2004). Pensamento semelhante norteava as normas profiláticas da ‘lepra’, o fato de alguém portar o *Mycobacterium Leprae* configurava uma espécie de ‘delito’ contra a sociedade passível de ‘punição’ através da exclusão social⁴. Nesse caso o ato do diagnóstico equivalia à condenação de imediato à reclusão em uma “instituição de seqüestro”⁵ especialmente constituída: o asilo-colônia. A reintegração à vida social só se daria caso houvesse a eliminação do motivo da exclusão, configurada pela ausência total do bacilo que teria que ser atestada através de avaliação clínica e confirmada por exames anatomopatológicos. Em suma, era necessário que fosse cientificamente comprovada a possibilidade da reintegração à vida social e que esta não iria configurar em ameaça de dano ao bem-estar da sociedade. Como o diagnóstico equivalia, na verdade, à sentença judicial condenatória, a lei também previa o direito de defesa, ou seja, a possibilidade de contestação do diagnóstico. Entretanto verificamos que esse direito acabava por ser cerceado e que, na prática, o recurso existia apenas no texto legal, sem que fosse garantido seu exercício.

Nesse artigo, procuramos demonstrar, a partir da análise de um processo que tramitou na Primeira Vara Criminal da Capital do Estado de São Paulo, como uma lei hierarquicamente inferior - a legislação profilática com relação à ‘lepra’ - ao invocar a proteção da saúde e o bem-estar da sociedade, conseguia não se subordinar às leis maiores, criando uma órbita de poder independente. Com isso direitos individuais, até mesmo os garantidos pela constituição do país acabavam por ser desconsiderados. É ainda nosso objetivo demonstrar como toda uma estrutura legal, solidamente constituída através dos tempos, pode-se

¹Bacharel em História e em Direito, Mestre em História Social, Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde e Coordenadora do Centro de Memória da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: yaramont@uol.com.br

²Nesse artigo optamos por utilizar o termo ‘lepra’ e não hanseníase, devido ao fato de na época em questão ser esse o termo de uso.

³Esses teóricos eram influenciados pelo conhecimento psicológico, psiquiátrico e sociológico do delito.

⁴A hanseníase é uma doença crônica, causada pelo *M. Leprae*, afetando a pele, sistema nervoso periférico e, ocasionalmente outros órgãos e sistemas. Vários estudos têm demonstrado que, diante da contaminação, a maior parte dos indivíduos oferece resistência não envolvendo a doença. Nos indivíduos que adoecem, a infecção evolui de maneiras diversas de acordo com a resposta imunológica específica, que se expressa nas diferentes formas clínicas da doença, podendo ser não contagiosa, difusa ou contagiosa (SOUZA, 1997).

⁵A expressão é de Michel Foucault.

revelar frágil a ponto de ser descumprida, mesmo quando legalmente invocada a proteção dos poderes constituídos. Muito embora o costume possa ser entendido como fonte informal do Direito⁶, o mesmo não se pode dizer a respeito de preconceitos que permeiam a sociedade e que não poderiam interferir em decisões judiciais.

Pretendemos através da análise do Processo Judicial em pauta, verificar os mecanismos empregados pelo Departamento de Profilaxia da Lepra, que possibilitaram desconsiderar evidências científicas e fazer com que um discurso técnico prevalecesse frente a direitos estabelecidos. Esse tipo de análise contribui para verificar a força que um preconceito culturalmente herdado pode exercer na sociedade, inclusive servindo para legitimar a adoção de medidas de arbítrio e provocando, em alguns casos, o exercício fragilizado do Direito. A razão científica e a defesa da saúde se curvam ante a força de um discurso que as envolve.

Legislação Sanitária sobre a Profilaxia da Lepra

A legislação referente à profilaxia da 'lepra' ao longo das primeiras décadas do século XX, previa diferentes formas de isolamento. O estudo dos textos legais revela ter havido preocupação do legislador em adequar as normas às formas clínicas da doença, estipulando tratamento diverso para aquelas que ofereciam risco de contágio das não contagiantes.

Em 1923, foi colocado em vigor a Legislação Sanitária sobre a Profilaxia da Lepra aprovada pelo Decreto nº 16.300 que, ao longo de seus 51 artigos, procurava sistematizar a matéria em todo o território nacional. Dentre as medidas estipuladas nesse decreto estava a da notificação compulsória de todos os casos diagnosticados e o isolamento obrigatório, que poderia ser em domicílio, colônias agrícolas, sanatórios ou hospitais e asilos. O decreto finalizava prevendo acordos entre os diferentes Estados e a União para o exercício da profilaxia da doença. Em suma, a legislação brasileira adotou os dois sistemas de isolamento: o domiciliar e o nosocomial, cuja escolha ficaria ao arbítrio da autoridade sanitária. O texto legal estipulava que o isolamento domiciliar seria reservado aos doentes que não oferecessem risco de contágio ou que tivessem condições financeiras suficientes para a adoção das medidas profiláticas julgadas necessárias. Previa ainda que esses, assim como seus 'comunicantes' deveriam ficar sob observação médica e se submeter aos exames periódicos⁷. A legislação era clara ao dispor que essas medidas seriam tomadas até que exames repetidos confirmassem o caso "ou que demonstrassem a conclusão inversa, sendo então suspenso o regime sanitário sob que se achavam". Ou seja, uma vez confirmada a inexistência da doença ou de sua contagiosidade cessaria a necessidade da adoção do isolamento (VALLE, 1928, p.74).

Esse assunto foi novamente abordado em 1932, atra-

vés do Decreto nº 5.352 de 16/1/1932. Este, além de abordar pormenorizadamente as diferentes formas de isolamento, ressaltava a possibilidade do doente ser tratado fora dos locais de internação, podendo isso ocorrer tanto em consultório, ambulatório ou dispensário, conforme abaixo citado:

"Aos doentes de lepra, quando autorizados e sob vigilância da Inspectoria de Prophylaxia da Lepra, será facultado o tratamento em consultório, ambulatório ou dispensário.

Parágrafo único – Poderão gozar dessa faculdade, além dos casos suspeitos em que houver indicação de tratamento, os doentes de formas incipientes frustras, anestésicas, não bacilíferas, e os doentes que, tendo alta ou cura clínica, necessitem de tratamento complementar".

Em 13 de janeiro 1949, novamente o governo se posicionou ao sancionar a Lei 610 que estipulava as medidas gerais que norteariam a profilaxia da lepra no país. O parágrafo III do artigo 1º era específico sobre o isolamento compulsório dos doentes contagiantes. Esse texto mais uma vez deixava claro que apenas os portadores de formas clínicas que oferecessem perigo de contágio deveriam ser segregados do meio social. Com isso o legislador amparava o direito dos doentes não contagiantes de permanecerem vivendo em sociedade.

Entretanto, ao se analisar a atuação do Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), no Estado de São Paulo, verifica-se ter havido o descumprimento das normas federais, uma vez que o procedimento adotado era o da internação compulsória de todos as pessoas diagnosticadas como portadoras do *Mycobacterium Leprae*, independente do estágio da doença e de sua forma clínica ser ou não contagiosa. Para viabilizar a internação de milhares de pessoas, grandes somas de recursos foram direcionadas para a criação e manutenção de uma rede composta de quatro asilos-colônia e um sanatório, que eram diretamente, e unicamente, subordinados ao DPL (MONTEIRO, 1995).

O Processo Movido contra o Departamento de Profilaxia da Lepra

O estudo do processo movido por D.C.⁸, nos revela a luta de uma mulher para preservar sua liberdade e a disputa movida contra poderes solidamente estruturados do DPL, e também contra as ações do ex-marido que, amparado pela discriminação havida contra o paciente de lepra, buscava formas de anulação do casamento⁹.

Esse processo permite a análise da trajetória de luta, de alguém que após receber diagnóstico de forma clínica não infectante de lepra, tinha que provar não constituir perigo para sociedade, e que por mais de vinte anos usou dos meios então disponíveis para atestar sua condição de saúde e preservar sua liberdade. O estudo da documentação revela a impossibilidade real de contestar um diagnóstico realizado e de fazer prevalecer os preceitos mínimos do

⁶Os costumes resumem-se nas repetidas condutas adotadas pela sociedade como prática coletivamente aceita e identificada como correta no meio social, sendo que na falta das fontes formais poderá o magistrado lançar mão do costume para decidir.

⁷Eram considerados comunicantes todas as pessoas que fizessem, ou tivessem feito parte do círculo de convivência do paciente.

⁸Apesar do Processo Judicial não ter transcorrido em segredo de justiça, optei por utilizar apenas as iniciais dos nomes dos personagens principais da ação: a paciente (impetrante) e do ex-marido (denunciante).

⁹Agradeço a Esther A. N. Monteiro Abib por ter, durante suas pesquisas, descoberto o Processo de D.C. e ter me 'presenteado' com ele.

Direito ainda que o mesmo estivesse estipulado na própria legislação sanitária. Apesar do tempo abrangido pela documentação se estender de 1929 até 1951, a maior parte das ações, e das decisões, ocorreram num curto espaço de dois meses – março e abril de 1950, iniciando quando do recebimento da intimação para comparecimento no DPL e culminando na reclusão da paciente.

As informações constantes nos autos do processo movido contra o DPL¹⁰, nos permitiram reconstruir parte do histórico de D.C. Sabemos que contraiu matrimônio em 11 de dezembro de 1926 com A.R., e o início da vida conjugal foi retratado como pontuado de dificuldades econômicas, posto que o marido era empregado braçal de seu pai H.R.; que o casal montou uma oficina onde passaram a fabricar maçanetas e fechaduras para portas e que D.C. além dos serviços domésticos ajudava nos serviços da oficina uma vez que não possuíam empregados. Enquanto que os negócios rapidamente prosperaram, o relacionamento conjugal se deteriorava havendo denúncias de freqüentes ocorrências de maus tratos domésticos e ofensas físicas. Após três anos do casamento ela se viu forçada a abandonar o lar, buscando refúgio na casa da família, passando a viver em companhia do pai e de uma irmã, enquanto que o marido passou a viver com “outra mulher mais moça”. Logo após a separação, foi procurada por emissário do marido que apresentou proposta de desquite, e que este ocorreu em 21/10/1929¹¹. Embora o marido tenha sido caracterizado na documentação como “rico”, tudo indica não ter havido concessão de pensão alimentícia uma vez que a mesma passou a viver às expensas da família.

Nesse meio tempo apareceram máculas em seu corpo e atrofia na mão direita, sendo que no dia seguinte ao desquite, em 22 de outubro, D.C. foi fichada pelo Serviço Profilático de Lepra, como portadora de uma forma não contagiante da doença. Por apresentar baciloscopia negativa foi-lhe autorizado tratamento em ambulatório, devendo se apresentar para revisões trimestrais para observação de sua inatividade bacteriológica¹². A vida de D.C., a partir de então, parece ter sido centrada unicamente no domicílio familiar e nos cuidados de comprovar a não alteração de seu estado de saúde, uma vez que é referido ter havido uma série de exames clínicos e bacteriológicos ao longo das décadas seguintes¹³.

Nesse meio tempo o ex-marido constituiu nova família sem que, no entanto, pudesse legitimá-la uma vez que a legislação brasileira de então, embora previsse a possibilidade do divórcio, não permitia um segundo casamento. Desta forma qualquer união era considerada concubinato não havendo proteção legal para a companheira e dificul-

dades legais para a legitimação dos filhos¹⁴. Tudo indica que quando o ex-marido teve ciência do diagnóstico de D.C., viu nesse fato a possibilidade de eventual anulação do casamento, em especial se conseguisse que ela fosse enviada para internação nosocomial¹⁵. Nesse meio tempo uma série de denúncias foi realizada pelo ex-marido junto ao DPL, conforme constam autos do processo:

“Desde então a impetrante tem sofrido por parte do marido, terrível perseguição pelo interesse que ele tem em vê-la declarada doente do mal de lepra, no pressuposto de que isso lhe daria motivo para a nulidade de casamento, afim de poder livremente casar com a mulher com quem vive e tem filhos”.

“Para consumir esse seu objetivo nada limpo, vem ele constantemente denunciando a mulher ao Serviço de Profilaxia da Lepra, com o intuito de da-la como portadora do mal de Hansen, esperando vê-la morta, ou pelo menos vê-la internada em um Asilo.”.

Em oito de março de 1950, D.C., recebeu intimação para comparecer ao DPL. Desconfiando de ser esta mais uma ação do ex-marido, e temerosa de acabar sendo vitimada pelo isolamento compulsório procurou cercar-se de todas as medidas cabíveis contra eventual seqüestro através de instrumento legal preventivo específico: o Habeas Corpus¹⁶. Medida esta cabível em decorrência de haver ameaça coação de liberdade de locomoção por evidente ilegalidade por parte do Diretor do Serviço de Profilaxia da Lepra, fundamentado no parágrafo 23 do art. 141 da Constituição Federal de 1946. Os mestres do Direito ao discorrerem sobre Habeas Corpus Preventivo deixam claro que este pode e deve ser impetrado mediante ‘o receio de violência que deve resultar de ato concreto, de prova efetiva, de ameaça de prisão’, situação que foi tipificada quando do recebimento por D.C. da intimação do DPL (MIRABETE, 2.000, p.710).

O Código Processo Penal brasileiro, no seu Artigo nº. 648, prevê sete hipóteses que configurariam coação ilegal. A primeira delas “quando não houver justa causa”, situação exata da paciente, por ser feito um diagnóstico discutível e, se doente fosse, por ser portadora de uma forma clínica não contagiante e considerada como ‘benigna’, que constituía perigo para a sociedade e, como tal, poderia ter o benefício do artigo 6º do Decreto 5.352, anteriormente mencionado.

O Habeas-Corpus foi impetrado e nele constam uma série de acusações contra o DPL, sendo a mais importante a suspeição do diagnóstico realizado há mais de vinte anos pelo Serviço Profilático. Caso conseguisse uma revisão do mesmo DC seria retirada da órbita de poder daquela instituição, para tanto fazia-se necessária a obtenção de provas que atestassem a inexistência da doença ou, ao menos da comprovação da ausência de qualquer possibilidade de contágio por parte da paciente. Sabedo-

¹⁰Habeas Corpus nº 15.294 – que tramitou na 1 Vara Criminal da Capital contra a autoridade coata do Sr. Diretor do Serviço de Profilaxia da Lepra., Prontuário nº 3.106.

¹¹O desquite foi homologado cinco meses depois, em 12 de março de 1930.

¹²Informação nº 3389 datada de 29 de outubro de 1940 e assinada pelo Dr Nelson de Souza Campos.

¹³Os documentos indicam que a família de DC financiava o acompanhamento de seu estado de saúde em clínicas particulares, evitando o comparecimento ao DPL, foram anexadas cópias da realização de exame bacterioscópico de esfregaços da secreção nasal realizado em laboratório especializado, Laboratório de Análises Clínicas do Farmacêutico Theodoro Migliano situado na Praça da Sé, 34 em São Paulo em 24 de junho de 1937. O resultado apresentado foi negativo para o bacillo de Hansen”.

¹⁴A Constituição de 1946 trouxe um avanço quando a equiparação dos direitos do filhos naturais aos legítimos e a Lei 883 de 21 de outubro de 1949 permitiu, sob em certas circunstâncias, o reconhecimento dos filhos adúlteros.

¹⁵No Estado de São Paulo, desde a década de trinta quando deu-se a internação em massa dos pacientes de lepra, ocorreram diferentes casos de anulação de casamento.

¹⁶O Habeas-Corpus é considerado pela doutrina dominante como uma ação e não um recurso (GRINOVER, 1981).

res da rapidez com que o DPL agia, e das formas empregadas por aquele órgão oficial de saúde, famoso por sua eficiência na captura de doentes¹⁷, diferentes ações foram realizadas nos dias que se seguiram.

“Diante da intimação, a paciente desconfiou que algo se tramava contra ela, e como medida de prevenção contra qualquer estratégia, não só mandou fazer novos exames no laboratório do Dr. Jesuíno Maciel (docs. n° 3 e 4), com resultados negativos, como ainda consultou sua Excelência o Dr. J. Alcântara Madeira, mui digno diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra em seu consultório na Rua da Consolação n°. 77, 2º andar, que também nada encontrou a respeito da tão propalada moléstia”¹⁸.

Em posse dos resultados negativos obtidos no exame laboratorial e na consulta realizada, a paciente solicitou ao Dr. Madeira que lhe fosse concedida Carteira de Saúde, ao que lhe foi assegurada a entrega para o dia seguinte, 14 de março, no Instituto de Higiene¹⁹. Entretanto quando o portador se apresentou para retirar o documento, foi lhe explicada a impossibilidade da expedição em decorrência de denúncia existente contra a paciente, quando então foi lhe mostrado pelo médico uma espécie de processo, e nele estava anexado um cartão do impresso do ex-marido.

No Habeas-Corpus foi solicitado expressamente ao Juiz que fosse designado dia e hora para a tomada de depoimentos das pessoas envolvidas, sendo elas: o Diretor do DPL, os três médicos responsáveis pelos laudos clínicos expedidos, além do ex-marido. Entretanto, a partir da análise dos autos verificamos que ao invés de marcar a oitiva das testemunhas arroladas, foi permitido que ao Diretor do DPL respondesse por escrito às acusações realizadas, conforme resposta enviada em 25 de março ao Juiz da 1ª Vara Criminal. Nesse ofício o Diretor se defende afirmando que o fato da paciente ser portadora de uma forma clínica negativa para a pesquisa do bacilo de Hansen, não invalidaria o diagnóstico de ‘lepra’ e acusa a impetrante de descumprir o Regulamento de Profilaxia que previa a apresentação periodicamente para fins de exame, e que isso configurava ‘insubordinação’:

“Essa Diretoria, diante da negativa da mesma que já data de anos, de submeter-se a exames, será obrigada, no cumprimento da lei e da proteção à saúde pública, a interná-la uma vez que se insubordina às determinações já citadas.”

Esclareço, outrossim, a V.Excia. que não há por parte deste Departamento, coação alguma, mas sim, apenas o cumprimento do dever”²⁰.

No mesmo dia em que o DPL escrevia sua defesa, expediu viatura para a residência da paciente, prendeu-a e a enviou para realização de exames desta vez na própria instituição, o que motivou protestos de seu advogado que voltou a requerer a intervenção judicial contra o ‘cons-

trangimento ilegal que a paciente vem sofrendo em sua liberdade de locomoção’. É interessante assinalar que uma série de documentos comprobatórios do estado de saúde da paciente foram anexados aos autos do processo, dentre eles receitas assinada pelo próprio Diretor do DPL, que havia atuado como médico particular da paciente nos últimos anos, receitas essas que não indicavam medicação destinada a doença em questão mas apenas “injeções intramusculares de vitaminas abecedárias, medicamento adequado ao combate de fraqueza, mas imprestável para a cura da lepra”²¹.

O advogado, em seu arrazoado, salientava o arbítrio com que foi realizado o seqüestro da paciente e mais uma vez reforçada a tese de suspeita de erro no diagnóstico emitido pelo DPL, conforme atestava os exames laboratoriais, realizados pelo próprio DPL e que apresentavam resultados negativos à presença do bacilo. Rebatia a alegação de que, no caso em questão, a possibilidade do diagnóstico seria unicamente clínica, caso o próprio Diretor tivesse oportunidade para fazê-lo, reconhecendo os sintomas da doença por ocasião das consultas realizadas. Enfatizava, ainda, que a resposta dada pelo Serviço Profilático pecava pela inexactidão, não levando em conta a coletânea de exames clínicos negativos reunida ao longo de vinte anos. Ao final, protestava de forma veemente, contra o evidente desrespeito à Justiça posto que a paciente, muito embora tivesse invocado a proteção do Direito através da medida preventiva cabível, esta não havia conseguido a salvaguarda legal invocada encontrando-se ilegalmente detida.

“Todavia, se o direito do paciente ficar ao exclusivo arbítrio da autoridade coatora, então praticamente o habeas-corpus desaparece e nem se presta para proteger a liberdade dos perseguidos, por ilegalidade. Se as leis admitem a suspeição dos peritos e até dos próprios juizes, por que os há de admitir como verdadeiras as informações dos algozes das vitimas?”.

Em suma, ao longo do processo foi diversas vezes enfatizada a ilegalidade das medidas até então tomadas pelo DPL, tais como a violação da liberdade de locomoção e a internação sem motivo justo. Contra as arbitrariedades alegadas era invocado o poder do Judiciário para que garantias individuais fossem preservadas e que para tanto a paciente tivesse o benefício de ser avaliada por outros peritos que não pertencessem ao corpo técnico do DPL.

Ao analisar resposta apresentada pelo DPL em sua defesa, torna-se interessante destacar que esta se apoiava, em especial, no poder que lhe teria sido conferido como uma espécie de guardião da saúde pública; e que em momento algum foi considerada a legislação profilática específica que regia a matéria conforme consta no Parágrafo 2º, do Artigo 2º, do Decreto 5.352. Este assegurava claramente ao doente o direito ‘de se fazer assistir por médico de sua confiança ao exame oficial de verificação de diagnóstico’ (Art. 3º, parágrafo 2º da lei 2.416 de 31/12/1929). Enquanto que o seu Parágrafo 3º do Artigo 2º da mesma lei, é explicitado de forma

¹⁷A denúncia de doente de lepra era prática comum nas primeiras décadas do século XX em São Paulo. Ao receber uma denúncia, mesmo anônima, o DPL enviava sua viatura com seus funcionários armados ao domicílio do suspeito que era levado de imediato para o serviço de diagnóstico. Em caso confirmação ou mesmo de suspeita, o paciente era internado (MONTEIRO, 1995).

¹⁸Trecho extraído do processo de D.C.

¹⁹A Carteira de Saúde era documento exigido na época e imprescindível para o exercício de uma série de atividades.

²⁰Ofício n° 1.494-A expedido pelo DPL de 25 de março de 1950; grifo nosso.

²¹Texto retirado dos autos do processo.

inequívoca os procedimentos a serem tomados em caso de suspeição de diagnóstico:

“Não se conformando com o diagnóstico, poderá o doente recorrer à Diretoria Geral do Serviço Sanitário que submeterá o caso a uma comissão constituída de um médico do serviço oficial, um clínico da confiança do doente e um docente de clínica dermatológica da Faculdade de Medicina ou outro profissional de reconhecida competência” (Art. 3º, parágrafo 4º da lei 2.416 de 31/12/1929).

O DPL continuava simplesmente reafirmando a correção do diagnóstico emitido, alegando a incompetência da defesa em emitir “opinião” na matéria e, em sua defesa invocava a tese do conhecimento científico, deixando explícita a visão que o Serviço Profilático Paulista tinha de si mesmo:

“... julgo que a opinião da defesa não pode, de modo algum, anular o diagnóstico feito pelos médicos deste Departamento, pois que sobre ser um Serviço Oficial, é tido, nos meio científicos, como o centro mais adiantado em leprologia e o seu corpo médico de renome universal”²².

Por um lado era real a importância que o serviço profilático paulista gozava nos meios científicos, como Centro de excelência em ‘leprologia’, a ponto de receber profissionais de diferentes países para conhecer o programa aqui instalado, tanto que ‘leprólogos’ paulistas com frequência eram convidados para prestar assessoria aos serviços médicos de outros países, em especial os da América Latina (OBREGÓN TORRES, 2002). Entretanto o nível técnico do serviço não os isentava da possibilidade de cometer enganos e nem poderia lhe facultar o direito de descumprir a legislação instituída ou de se colocar acima do Direito.

Em suma, o estudo do processo em questão demonstra, por um lado a facilidade com que a Legislação Profilática podia ser ignorada, e por outro como ao se invocar o Bem da Saúde Pública toda uma tradição jurídica pertinente ao Habeas-Corpus Preventivo, claramente respaldada tanto na Constituição Federal como no artigo 648 do Código de Processo Penal poderia ser desrespeitada.

Da Reclusão da “Paciente”

O término do processo marcou apenas o encerramento de capítulo da vida da paciente, o da “possibilidade de viver em liberdade junto à família”, posto que a seguir foi compulsoriamente internada no asilo-colônia de Santo Ângelo situado na cidade de Mogi das Cruzes²³. Essa internação poderia inclusive causar estranheza se fosse analisada mais detalhadamente à luz das descobertas científicas que ocorreram em meados da década de quarenta quando da descoberta da cura da lepra através das sulfonas. Esse fato, que revolucionou toda a terapêutica até então adotada, influenciou grandemente nas posturas da época fazendo surgir interessantes debates nos eventos internacionais que passaram a discutir o tratamento ambulatorial como mais adequado dentro do novo quadro. Cabe ressaltar que as

sulfonas já estavam sendo ministradas no Brasil e como decorrência, pela primeira vez no histórico da doença, estava ocorrendo um grande número de altas²⁴.

Foucault, ao discorrer sobre o poder disciplinador, alerta para a importância da vigilância e para de que o poder se mantenha é necessário que se anule a capacidade de revolta, que toda e qualquer resistência seja anulada, pois somente a neutralização dos efeitos do contra-poder é que possibilitaria tornar os homens dóceis (1986 p.XVI). Esses procedimentos ficam evidentes no caso em estudo, pois juntamente com o ofício de internação foi realizado outro direcionado à autoridade competente - o Diretor Clínico do Santo Ângelo, ambos assinados no mesmo dia pelo próprio Diretor do D.P.L. Nesse ofício era ordenado que se procedesse “severa vigilância sobre a doente” e para “não permitir visita de pessoa alguma inclusive o advogado da mesma”. Outro memorando foi expedido para a portaria do asilo, para que as restrições estipuladas fossem cumpridas. Ou seja, o fato de haver tentado defender seus direitos, configurava-a como paciente rebelde que deveria ser vigiada, e com sua liberdade duplamente cerceada uma vez que lhe era negado até mesmo o direito constitucional de constituir advogado.

Ao se analisar tanto a legislação profilática como o Regimento Interno dos Asilos-Colônia, com relação ao direito de visitas, verifica-se que estas eram permitidas desde que uma série de normas fossem cumpridas, dentre elas que os candidatos a visitantes fossem submetidos a exames no DPL, fossem fichados como comunicantes, comparecessem aos exames periódicos previstos, tivessem Carteira de Saúde atualizada, e se apresentassem nos dias e horários previstos pelo regulamento. Era prática comum dentro dos asilos punir as infrações ou atos de indisciplina com privação de liberdade e diminuição de algum direito, dentre eles estavam as visitas. No caso de D.C. esse procedimento foi aplicado de imediato pois, quando seus familiares, após cumprirem todas as normas estipuladas se apresentaram para visita em 21 de agosto, foram sumariamente barrados na portaria, conforme explicitado em ofício:

“... cumpre comunicar que ontem, pelas onze horas da manhã, compareceram nesta Portaria munidas das respectivas cadernetas de comunicantes, as Senhoras V.M. e A.C.M²⁵; que desejavam fazer visitas a internadas DC. ... tendo em vista o memorando de 8/8/50, escrito e assinado de próprio punho do Sr. Dr. Alcântara Madeira, Diretor do DPL, em poder dessa Portaria, não foi permitida então a entrada das referidas senhoras, para a visita em apreço ...”²⁶.

A análise da íntegra desse documento revela o desconforto do porteiro que, conhecedor das normas que regulavam as visitas, ao longo do memorando fez questão de deixar claro o rigor com que examinou a documenta-

²²Ofício nº 1.923 A – dirigido ao Juiz da 1ª Vara Criminal pelo Diretor do DPL em 22 de abril de 1950.

²³A internação ocorreu em 08 de agosto de 1950.

²⁴A descoberta das sulfonas representou uma verdadeira revolução no tratamento da lepra, que pela primeira vez demonstrara ser passível de cura. Essa medicação era eficaz, barata e de fácil administração e o tratamento recomendado passou a ser o ambulatorial.

ção apresentada, citando número das cadernetas, data de expedição, autoridade médica que a expediu etc. e, ressaltando que o procedimento só foi barrado devido a uma ordem superior expedida de 'próprio punho'. O fato do Diretor Clínico ter enviado de pronto para São Paulo cópia de memorando de um porteiro, o que não era procedimento de rotina, nos revela a possibilidade de ter sido dada ordem explícita para que qualquer fato relativo à paciente em questão fosse de pronto comunicada.

A análise documental também revela que a família de D.C. inconformada com as arbitrariedades que vinham sendo cometidas e na impossibilidade de invocar amparo legal, buscou ajuda nos meios políticos, ajuda para que fosse concedida a permissão de visita. Tentativa que também resultou infrutífera como demonstra o texto a seguir:

*"Em atenção ao ofício desse Diretório solicitando permissão para a família da doente D.C., Pront. 3106, poder ir visitá-la esta Diretoria lamenta não poder atender ao pedido supra citado, por tratar-se de uma doente indisciplinada"*²⁷.

O estudo sobre instituições fechadas, também denominadas instituições totais, apontam como características intrínsecas as barreiras impostas entre estas e o mundo exterior, uma estruturação interna regida por leis próprias que podem ser escritas ou não (GOFFMAN, 1961). Dentro destas, por não se poder contar com a invocação e/ou a proteção do Direito, o poder institucional aumenta tão vertiginosamente quanto diminui o do doente (FOUCAULT, 1986, p.126). A partir do momento da internação, o interno fica inteiramente a mercê do poder institucional passando a ser um cidadão sem direitos, passível de ser vitimado por qualquer medida de arbítrio que o poder local entender como necessária.

Considerações Finais

A análise do processo movido por D.C. abre amplas perspectivas de análises sobre diferentes aspectos que revestem o fenômeno da intolerância e do preconceito. O estudo de uma mulher duplamente discriminada - por um lado por ser divorciada, vivendo em uma sociedade tradicional como era a sociedade brasileira da primeira metade do século XX, por outro lado portava toda a carga de estigmatização decorrente 'ser leprosa' - que em sua batalha pelo direito de viver em sociedade acabou derrotada, mesmo tendo sido amplamente respaldada pela legislação do país. A riqueza da documentação pesquisada permite ainda estudos sobre a existência de prática do arbítrio cometido pelo serviço profilático em nome da proteção da Saúde Coletiva, e expõe a fragilidade do direito ante a força do costume, do preconceito e do medo.

O estudo tanto da legislação profilática como a prática cotidiana do serviço profilático da 'lepra' evidenciou a existência de uma órbita concreta de poder - mais de fato do que de Direito - que possibilitava determinar quem poderia viver em sociedade, aqueles que seriam alvo de restrições e os que deveriam ser banidos em nome do bem comum. Essa enorme gama de poderes permitiu uma ampliação do campo de atuação sanitária para além do legalmente estipulado, pois além da força do Direito foi instituído o direito da força o que lhes permitia corpo policial próprio. Sua atuação foi, em última instância, respaldada pelo discurso científico da proteção da saúde pública e legitimada pelo pavor do contágio²⁸.

Fontes Primárias

Legislação Federal:

Decreto nº 16.300 de 31/12/1923 (Legislação Sanitária sobre a Profilaxia da Lepra)

Decreto nº 5.352 de 20/01/1932 (Prophylaxia da Lepra)

Lei nº 610 de 13 de janeiro de 1949 (Medidas gerais para a Profilaxia da Lepra)

Decreto nº 37.019 de 12 de março de 1955 (Acordo Sanitário Panamericano)

Legislação Estadual:

Decreto nº 2.918 de 9 de abril de 1918 (Código Sanitário de São Paulo)

Decreto nº 5.027 de 16 de maio de 1931 (regulamentação da profilaxia da Lepra)

Decreto nº 7.070 de 6 de abril de 1935 (organização do Departamento de Profilaxia da Lepra)

Decreto nº 9.445 de 2 de setembro de 1938 (organização do Departamento de Saúde do Estado)

Código de Processo Penal, 1941- São Paulo, Atlas, 1983, 4º ed.

Processo nº 15.294 - Habeas Corpus que tramitou na 1ª Vara Criminal da Capital do Estado de São Paulo

Prontuário Clínico nº 3.106

Referências Bibliográficas:

DUARTE, J. **Constituição brasileira de 1946**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

GRINOVER, A.P. A Tutela Preventiva das Liberdades: Hábeas-Corpus e Mandado de Segurança. **Rev. Faculdade de Direito, USP**, v.76, jan-dez, 1981.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

MIRABETE, J.F. **Processo penal**. 10.ed. São Paulo: Atlas, 2.000.

²⁵Optei por suprimir os nomes, substituindo-os apenas pelas iniciais.

²⁶Memorando assinado pelo Sr. Sebastião Nascimento, Porteiro do Santo Ângelo, enviado ao Diretor Clínico da Instituição. Este foi anexado e seguiu para o DPL juntado ao ofício nº 691.

²⁷Trecho do ofício nº 4004-A de 29 de agosto de 1950 assinado pelo Dr J. Alcântara Madeira, em resposta ao Ofício enviado por Paulo Ribeiro da Luz do Diretório Metropolitano do Partido Social Progressista.

²⁸Estudos demonstram que o Serviço Profilático da Lepra em São Paulo dispunha de uma guarda armada que eram utilizada quando da busca de suspeitos e de doentes fugitivos. Sobre o assunto ver MONTEIRO, Y 1995.

MIRANDA, F.C.P. **História e prática do habeas-corpus**. 7.ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1972.

MONTEIRO, Y.N. **Da maldição divina à exclusão social**: um estudo da hanseníase em São Paulo. 1995. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MONTEIRO, Y.N. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen´s disease patients in São Paulo. **Rev. História, Ciências, Saúde**: Mangueiras. Rio de Janeiro, v. 10, Suppl.1, 2003.

OBREGÓN TORRES, D. **Batallas contra la lepra**: estado, medicina y ciência em Colômbia. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.

RABELLO JR, F.E. Uma classificação clínico-epidemiológica das formas de lepra. *Leprol.*,n.4, p. 375-410, 1936.

RUSCHE G.; KIRCHHEIMER O. **Punição e estrutura social**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SOUZA, C.S. Hanseníase formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.30, p. 325-334, jul./set. 1997.

VALLE, R.D. **Prophylaxia da lepra**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1928.