

Entre a "loucura" e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas.

Between madness and leprosy: historical interfaces of instituted practices and policies

José Ricardo Lopes Garcia¹

RESUMO

A "loucura" e a hanseníase, dois quadros patológicos muito diferentes, apresentam em suas histórias diversas semelhanças e complementações no que diz respeito às práticas e políticas públicas de saúde. Foi a esta relação que este estudo atentou-se, verificando através do resgate da literatura, as interfaces existentes entre ambas, no que diz respeito aos seus aspectos históricos, sociais e culturais. Entre as principais semelhanças verificou-se todo um contexto de isolamento social, segregação, estigma e, em muitos momentos, descaso com as políticas de Saúde Mental e de Dermatologia Sanitária. Desde a disseminação dos antigos leprosários europeus na Idade Média, que posteriormente passaram a pertencer, por herança histórica, aos insanos, que a hanseníase e a "loucura" vivem na instituição do asilamento. Nos dias atuais, em especial no contexto brasileiro, onde presenciamos ainda um considerável índice epidemiológico da hanseníase e há mais de uma década o movimento antimanicomial, que busca garantia de direitos básicos de cidadania às pessoas com transtorno mental, vemos que estas duas realidades mantêm traços de seus processos históricos. As incapacitações físicas e dores da hanseníase e o sofrimento mental, não são as únicas dificuldades enfrentadas por seus portadores. Estes continuam à margem da sociedade, ainda incompreendidos por um contexto social que segrega o diferente.

Descritores: Loucura; Hanseníase; Políticas Públicas; Isolamento Social; Saúde Mental; Dermatologia Sanitária.

INTRODUÇÃO

Procurou-se realizar neste texto uma análise das relações existentes entre a loucura e a hanseníase, enfocando as instituições e a história da Saúde Mental e da Dermatologia Sanitária respectivamente.

A loucura e a hanseníase, dois quadros patológicos muito diferentes, apresentam, em suas histórias e representações, diversas semelhanças e complementações no que diz respeito às práticas e políticas públicas de saúde. Foi a essa relação que este estudo se atentou, verificando através do resgate da literatura, as interfaces existentes entre ambas, no que tange seus aspectos históricos, sociais e culturais.

Entre as principais semelhanças verificou-se todo um contexto de isolamento social, segregação, estigma e, em muitos momentos, descaso com as políticas de Saúde Mental e de Dermatologia Sanitária.

Desde a disseminação dos antigos leprosários europeus na Idade Média, que posteriormente passaram a pertencer, por herança histórica, aos insanos, que a hanseníase e a "loucura" vivem na instituição do asilamento. A história destas doenças nos traz subsídios para algumas reflexões no sentido de procurar compreender o que denominamos de instituição do asilamento, e quais os reflexos que existem ainda hoje na práticas e políticas de atenção à saúde.

Da origem da relação entre a loucura e a hanseníase

Quando procuramos nos remeter às histórias da loucura e da hanseníase talvez seja válido tomar como referencial sua história no ocidente. Foucault (1991) aponta que no final da Idade Média a lepra desapareceu no mundo ocidental, ele se refere ao ocidente acima do Equador, mais especificamente a Europa. Foi a Igreja da época das Cruzadas que criou os leprosários, procurando atender à miséria dos milhares de leprosos, que expulsos da comunidade, vagavam pelas estradas, mendigando.

Mestrando em Psicologia pela Unesp de Assis-SP Especialização em Psicologia Clínica pelo HRACF-USP psicólogo da Divisão de Reabilitação do Instituto "Lauro de Souza Lima" — Bauru-SP, da Secretaria de Estado da Saúde.

A criação destes serviu para agregar e ao mesmo tempo garantir a segregação dos leprosos. Eram levados aos leprosários sob forma de punição de Deus, para que pagassem pelo pecado cometido, assim a Igreja lhes garantia a misericórdia divina (Mesgravis, 1976).

Na Idade Média, com a constatação da contaminação da doença, o leproso era expulso dos principais locais da comunidade ou, em muitas vezes, eram fechados em suas cabanas e queimados dentro delas. A Igreja, naquela época, para diminuir o impacto dessa reação, criou um rito de sacramento que referendava esse procedimento de exclusão ou eliminação (Mesgravis, 1976). Este procedimento, trouxe também, como uma alternativa, do ponto de vista médico, o desaparecimento da lepra na Europa até o século XVII.

Na alta Idade Média, os leprosários tinham se multiplicado em toda a Europa, chegando a haver 19.000 deles. Por volta do final do século XVII, estes não tinham mais o mesmo número de pacientes, que mereceram anteriormente vasta rede de instituições de assistência à lepra. Estas casas de tratamento e suas estruturas, que ficavam cada vez mais vazias, passavam a ser destinadas a outros fins.

O desaparecimento da lepra na Europa, que trouxe estranheza à população, foi atribuído como resultado espontâneo da segregação e da ruptura com as fontes orientais de transmissão da doença após o final das Cruzadas (Foucault, 1991). Esse desaparecimento não fez mudar as imagens e valores atribuídos à lepra. O processo de exclusão que envolveu esse personagem o tornou temido e indesejado, respaldado pelos valores religiosos vinculados a este processo. Alguns movimentos da Igreja determinaram ao leproso a condição de um grande pecador. Muitos foram abandonados nas ruas onde morriam ou agonizavam, porém este abandono era, segundo a Igreja, a sua forma de salvação, e a sua exclusão lhe traria uma nova comunhão com Deus.

Dois séculos depois do desaparecimento da lepra, as estruturas dos leprosários seriam novamente ocupadas, agora pelos vagabundos, presidiários, pobres e as "cabeças alienadas", como denominou Foucault (1991), que herdariam não só o local dos lazarentos, mas todo o conjunto de valores a eles atribuídos.

A lepra foi substituída inicialmente pelas doenças venéreas no final do século XV. Esta teve, num primeiro momento, um cuidado médico, não sofrendo a exclusão social, mesmo ocorrendo epidemiologicamente em grande expressão. A doença venérea tornou-se constituída de preconceito e isolamento social somente no século XVII na Europa, se integrando ao lado da loucura, por herança da lepra, em um espaço moral de exclusão.

No século XVII a loucura aparece na Europa enquanto um problema de saúde pública. Dois séculos se passaram até que a loucura sucedesse a lepra em seu espaço de asilamento, herdando também todos os preconceitos, medos e exclusão.

Para explicar esse processo, Foucault (1991) reporta-se à Nau dos Loucos², um estranho barco que transportava uma carga insana de uma cidade para outra. Podemos entender como um primeiro momento de exclusão da loucura e fechamento das portas das cidades. As cidades os expulsavam de seus muros, tornando-os sujeitos errantes.

Os loucos passam a sofrer o mesmo processo de exclusão antes destinados aos leprosos e aos doentes venéreos. A loucura passa a ser institucionalizada, fechada nos antigos lazaretos.

Neste contexto, a loucura representa muito bem a paisagem social, mantendo a aparência de seu império que a controla. É o momento da sociedade da razão, que proporciona aos cidadãos uma vida inquietante, mais agitada. O racionalismo começa a tomar espaço na sociedade. Era um mundo receptivo à segregação da loucura.

Foucault (1991) descreve sobre as medidas arbitrárias de prisão dos loucos nos manicômios, após a vasta criação destas casas no século XVII, sob o poder absolutista do Império e suas cartas régias. Esta prática durou cerca de um século e meio. Somente com Pínel e a Psiquiatria do século XIX, a loucura pode transpor os muros das internações, que desde o século XVII lhes era terreno natural.

A internação é uma criação institucional própria do século XVII. Ela assume, desde o início, uma amplitude que não lhe permite comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Não podemos dizer que se esperou até o século XVII para que a loucura fosse trancada, porém foi nesse momento que se iniciou sua institucionalização, misturando os loucos a toda uma população que fugia de alguma forma às normas existentes na época.

As histórias da hanseníase e da loucura foram desenhadas junto ao princípio do asilamento institucional. A primeira deixa como herança para a segunda todo o temor e receio da sociedade européia na época.

Da loucura no Brasil

No Brasil a loucura só passa a ser objeto de intervenção do Estado com a chegada da família real no início do século XIX. A intervenção se dá como forma de controle social, possibilitando ordenar o crescimento das cidades e de sua população (Amarante, 1994).

² Foucault se refere aqui às composições do Séc. XV que descreviam grandes embarcações inspiradas em temas míticos de argonautas, que navegavam em suas Naus para uma grande viagem simbólica em busca de seu destino e sua verdade.

Luz (1994), aponta nos processos históricos do século XIX uma preocupação com a saúde no sentido de tratar as endemias viróticas e a loucura. As endemias justificam-se pelo movimento da mão-de-obra escrava que tornava-se escassa, portanto necessitava de maior atenção, criando ações políticas e um movimento sanitário, que até então só existia com a população urbana, principalmente as que se aproximavam ou conviviam com o poder no Rio de Janeiro.

A loucura também passa a ser um problema de Saúde Pública no Brasil (embora atinja as várias camadas sociais, principalmente as inferiores), tornando-se uma preocupação do Estado, pois os loucos, criminosos, aleijados, mendigos e negros representavam um grande contingente de pessoas nas ruas das cidades, aumentando a insegurança urbana.

A partir de 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, após diagnóstico da situação dos loucos na cidade, passa a considerar a loucura como doença mental, merecedora de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. O relator desta Comissão reivindica para a Medicina o poder sobre a loucura, prescrevendo um hospício para os loucos. Atribui-se uma identidade institucional aos loucos com o advento do hospício. Até então os loucos eram encontrados em várias partes das cidades: ruas, prisões, casas de correção e Santas Casas de Misericórdia, e em poucos casos nas enfermarias e hospitais.

A preocupação com a loucura é maior do que com o louco, pois as atitudes tomadas diziam respeito ao receio da sociedade frente à loucura, e não no sentido de cuidar da doença mental enquanto proposta terapêutica.

No hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, inaugurado em 1852, já se instalava a diferenciação das classes sociais, onde os poucos pensionistas particulares proviam de melhores benefícios que os demais, desde a mobiliária até o tratamento. A partir de sua criação até a proclamação da República, os médicos não pouparam críticas à esse modelo institucional, a não ser os que estavam na direção do hospício D. Pedro II.

Os alienistas, médicos que na sua maioria compartilhavam do ideal positivista, buscavam a legitimidade e autorização para uma intervenção mais ativa sobre a doença mental e assistência psiquiátrica. Estes defendiam um hospício medicalizado, garantindo o poder médico, que até então estava nas mãos da Igreja, através das Santas Casas de Misericórdia.

Após a proclamação da República, a Psiquiatria buscou modernizar-se, à luz de uma nova ordem social. Com a chegada dos republicanos no poder (1890) o hospício D. Pedro II é desvinculado da Santa Casa, passando à administração pública sua responsabilidade e direção, que o denominaria Hospício Nacional de Alienados. Nesse âmbito da assistência são criadas as duas primeiras colônias de alienados do Brasil, também as primeiras da América Latina. Este fato é caracterizado

psiquiátrica no Brasil.

Em 1903, Juliano Moreira é designado para dirigir a Assistência Médico-legal aos Alienados, cujos objetivos eram a criação de novos asilos, reorganização dos já existentes e busca de legitimação jurídico-política da psiquiatria no Brasil. Legitimação esta que deu importante passo com a promulgação da Lei 132 em 22 de dezembro de 1903, que reorganizou a assistência aos alienados. Juliano Moreira, que ocupou durante 27 anos esta diretoria, trouxe um novo modelo para a psiquiatria no Brasil, substituiu o modelo francês de assistência pelo alemão. Este explicava não só no plano biológico a origem das doenças mentais, mas também atribui esta a fatores étnicos, éticos, políticos, ideológicos e sociais.

Em 1911 foi criado no Rio de Janeiro a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, para mulheres e indigentes. Em 1920 são iniciadas as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá. Nesse período concluiu-se a etapa do desenvolvimento da psiquiatria que se destacou pela ampliação do espaço asilar.

Na metade do século XX, em torno da década de 50, foi fortalecido o processo de psiquiatrização com o aparecimento dos neurolépticos. Se as novas técnicas serviram para aumentar a demanda dos doentes mentais, nada contribuiu para a desinstitucionalização ou desospitalização (Amarante, 1994). Na década de 60, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos privatizados. A doença mental torna-se mercadoria e passou a dar lucro. O aumento no número de vagas e internações nos hospitais psiquiátricos privados chegou ao ponto em que a Previdência Social destinasse 97% dos recursos da Saúde Mental para a internação na rede hospitalar. Ocorreu aqui um domínio dos serviços privados sobre a saúde mental e a loucura.

Como esse modelo de assistência se mostrou ineficaz, exprimiou-se a preocupação com a constatação da incapacidade absoluta de recuperação do louco pelo isolamento no hospital psiquiátrico. A exclusão social da loucura foi questionada, passou a existir um contra movimento, advindo principalmente pelas ações da Psicologia (anos 50) e Psicanálise (anos 60), movimentos de avanço, inserindo o indivíduo nas participações políticas e sociais, ampliando seu espaço extra muro (Luz, 1994).

Concomitantemente, a preocupação com ações preventivas na Saúde Pública brasileira ganhou campo pelo mundo através de órgãos internacionais. Ainda na década de 1960 os americanos, "influenciados" pelo seu desenvolvimento histórico na redefinição do papel do Estado, criaram o termo desinstitucionalização para designar os processos de reinserção dos loucos na comunidade (Barros, 1994).

Alguns movimentos brasileiros, contra a institucio-

nalização, sofreram dificuldades com a implantação de propostas de uma psiquiatria preventiva e comunitária, assim como a idéia das comunidades terapêuticas, seja porque não enfrentaram adequadamente a idéia de superação dos asilos ou pela resistência levantada pelos empresários e as suas representações no aparelho do Estado (Amarante, 1994).

Em 1987, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que se assume enquanto um movimento social no qual não apenas técnicos e administradores, mas também a sociedade representada, lança o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Privilegiava-se aqui a proposta da adoção de desospitalização. Surge então o Projeto de Lei 3657/89, do Deputado Federal Paulo Delgado, que propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais da Saúde Mental no Brasil.

Com relação ao corpo social e ao papel dos técnicos de saúde mental, Barros (1994) diz que não se trata, portanto, de buscar alternativas simplesmente, mas de desconstruir o manicômio, substituindo-o na prática e desconstruindo, concomitantemente, a valoração existente de todo o conhecimento teórico e valores vinculados à loucura, especialmente no que diz respeito às práticas de asilamento.

O Estado, no Brasil, começa a manifestar, sob forma de discurso normativo, a sua preocupação com a saúde coletiva a partir da segunda metade do século XIX, e se mantém até hoje com um discurso parecido, mas disfarçado dentro de uma ideologia democrática. O Estado é entendido aqui enquanto suas instâncias instituídas nas normas vigentes e dominantes da sociedade. Assim temos suas várias instituições, a família, a educação, o poder judiciário e outros, que estão munidos de seus aparelhos institucionais, repressivos e ideológicos.

Assim, entende-se que a loucura não está em um aparelho específico do Estado, como o asilo, e que os saberes que se elaboram sobre ela só se destinam aos loucos. A loucura não é puramente biológica, psíquica ou sociológica, como produto do meio social "ela é antes de tudo construção política e teórica, institucional e científica" (Luz, 1994, p.89).

Neste quadro, os intelectuais adquiriram um espaço crescente na organização e administração da vida social. A busca de uma solução técnica, racionalizadora do tratamento do doente mental é simultânea a sua exclusão social, pois diz respeito a um problema tecnicamente insolúvel, sendo uma questão que exige ações políticas e sociais.

Fundamentado por experiências que não se efetivaram com os europeus ou com os americanos, ainda que tardiamente, os italianos iniciaram, com Franco Basaglia, num hospital em Gorizia, a Psiquiatria Democrática Italiana. Esta experiência trouxe várias transformações na assistência psiquiátrica.

Barros (1994, p. 173) relatando a experiência italiana escreveu que "após um primeiro movimento de denúncia da violência das instituições totais a desinstitucionalização assumiu um caráter de desospitalização ou transinstitucionalização". Foram abandonadas as práticas violentas como recurso institucional, isso não garantiu que o manicômio deixasse de existir. Desfizeram-se os grandes espaços institucionais e passaram a mesma estrutura para pequenos espaços descentralizados.

Contudo, a história da Saúde Mental brasileira em muito difere do processo de desinstitucionalização italiana, salvo algumas experiências muito específicas e bem demarcadas, que também passaram a existir de acordo com o momento político que as determinaram.

A criação do espaço institucional para a loucura foi antes de tudo a criação de um espaço político do desvio e da marginalização, fato desenvolvido, dentre outros motivos, pela preocupação do Estado brasileiro, desde o século XIX, com a manutenção da ordem pública.

Quando se definiu a existência de conexão entre a doença mental e periculosidade, criou-se imediatamente a necessidade de identificação jurídica do louco, assim como a criação de espaços de isolamento social para estes sujeitos irrecuperáveis, imprevisíveis e agressivos, local no qual estariam sob vigilância constante das instituições médicas, "as práticas antimanicomiais tem demonstrado como os estereótipos da periculosidade e incompreensibilidade do doente mental encobrem ou impedem que a situação do sofrimento seja superada." (Barros, 1994, p. 181)

Somente hoje, depois de 14 anos de existência do Movimento Antimanicomial, é que foi regulamentada no Brasil a Lei Federal 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência à saúde mental. Embora esta não mencione sobre a extinção progressiva dos manicômios, como previam as propostas iniciais do Movimento, um certo avanço nesta Lei se dá quando veta a inserção de pacientes em instituições com características asilares.

Porém, a história mostra que apenas as leis não garantiram a mudança de conceitos, o doente mental ainda carrega em seu diagnóstico as marcas da segregação da loucura, esteja ela nas instituições, no convívio familiar e social, nas escolas, ou no trabalho.

Da hanseníase no Brasil

A hanseníase, que durante vários séculos foi denominada de lepra, se diferencia das demais doenças por possuir características especiais, uma delas é o estigma social. Ao longo da história o hanseniano foi visto como o "senhor do perigo e da morte" e isto levou ao estabelecimento de medidas discriminatórias com relação a

estes sujeitos.

As informações mais remotas que se tem com relação à hanseníase nos remete à Índia em torno de 600 a.C.. O *Nei Ching*, o mais antigo tratado médico chinês, descreve, em 300 a.C., seus aspectos clínicos, etiológicos e modo de transmissão. Acredita-se que a lepra foi levada para a Europa em 400 a.C. (Claro, 1995).

O aparecimento da hanseníase no Brasil, provavelmente coincide com a colonização portuguesa, pois não havia indícios de doenças parecidas com a lepra anteriormente na América Latina. O fim da lepra na Europa, no final do século XV, na verdade não ocorreu em todos os países europeus. Foi o caso de Portugal. Porém, não se sabe ao certo quando se deu a origem desta endemia no Brasil.

Em Portugal, a existência de leprosários era antiga, e como no restante da Europa a lepra teve seu declínio no início da Idade Média. Porém, com as Grandes Navegações, Portugal passou a manter contatos com a Ásia e a África, regiões onde ainda não se conhecia a assistência aos leproso. Este contato, que posteriormente se expandiu para a América, trouxe agravamentos para o Novo Mundo (Mesgravis, 1976).

Terra, em 1926, ainda questionava a origem da lepra no Brasil. Não se sabia se já existia antes da colonização ou se foi trazida pelos colonizadores, embora não se encontrasse indícios da doença entre os habitantes pré-colonizadores. A vinda da lepra para o Brasil coincide com outras endemias como a varíola e a febre amarela. Em 1600, a doença já existia no Rio de Janeiro. Acredita o autor que a lepra tenha sido trazida pelos portugueses.

Maurano que, em 1939, descreveu detalhadamente a história da lepra em São Paulo, apontava a existência de anotações que indicavam os escravos africanos como transmissores da lepra para o Brasil, embora ele descartasse essa hipótese, pois fortes evidências indicavam a origem européia do mal de Hansen.

Já no século XVII a hanseníase tornou-se preocupante para as autoridades locais, pelo grande número de leproso existentes no Brasil colonial. A lepra já tinha conotações que amedrontavam os portuários do Rio de Janeiro, onde foram tomadas algumas medidas sanitárias. Em 1737 foi ali construído, pela Irmandade de Nossa Senhora da Candelária, o primeiro leprosário. Esta construção contou também com apoio oficial. No estado de São Paulo, os documentos mostram que os primeiros casos registrados surgiram apenas em meados do século XVIII (Mesgravis, 1976).

Nesse período, com o aumento da endemia, governo e entidades filantrópicas adotaram medidas assistenciais aos hansenianos. Foi fundado, em 1713, no sítio Boa Vista, em Recife, o primeiro hospital de hansenianos no Brasil (Monteiro, 1987).

"No Brasil, desde o século XVIII foram construídos abrigos e hospitais para leproso nas cidades que concentravam maior número de doentes. Após a descoberta do bacilo e a implementação das políticas estatais para conter a endemia em diversos países, foi incentivada a construção de leprosários em vários estados. Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, as medidas de 'combate à endemias' ficaram a cargo da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas." (Claro, 1995, p. 13)

A descoberta citada refere-se ao *Mycobacterium leprae*, realizada por Hansen, na Noruega em 1868³.

No século XVIII, surgiram as primeiras indicações de isolamento dos leproso no Brasil como medida de contenção da epidemia (Maurano, 1939). Os jesuítas, sustentados pela caridade, pediram à Irmandade da Candelária, em 1738, o amparo necessário aos leproso. Isto levou à prática do isolamento, pois já se conhecia a condição contagiosa da doença. Em 1740 o governo do Rio de Janeiro coordenou o isolamento dos leproso no bairro de São Cristóvão, permanecendo ali até 1763, quando foram encaminhados à Irmandade da Candelária. Em 1755, na cidade de Salvador, foi construído um leprosário não público, que apresentava precariedade pelo elevado número de pacientes.

A distribuição da hanseníase em seu início, no Brasil, parece ter acompanhado o desenvolvimento econômico da colônia. No final do século XVIII, São Paulo e o restante das cidades brasileiras conviviam com um aumento da prevalência da doença, levando ao Capitão Geral da Capitania Paulista a responsabilizar as vilas pelo isolamento de seus doentes.

Nos primeiros anos do século XX observou-se um aumento no número de construções de asilos, no interior do Estado, onde os doentes ficavam abrigados. Isto não quer dizer que recebiam tratamento ou assistência médica. Na realidade, os lazaretos eram simplesmente depósitos de doentes, cuja falta de medidas terapêuticas não trazia eficácia ao tratamento dos internados⁴.

³ O isolamento dos doentes já era praticado muito antes dessa descoberta, porém, com o respaldo científico, tornou-se a principal medida para o controle da doenças nos países por ela atingidos. Em 1897, a Primeira Conferência Internacional de Lepra, em Berlim, propôs o isolamento compulsório como o melhor meio de impedir a propagação da doença e recomendou a notificação obrigatória e a vigilância dos suspeitos" (Claro, 1995, p. 12). Estas recomendações foram mantidas em outras Conferências, afastando o doente que lidavam com público de seu trabalho, e até mesmo de seus filhos.

Na construção desses asilos, vemos que o que determinou sua distribuição pelo Estado ou regiões não foram as necessidades dos pacientes, mas sim a proteção ao restante da população que gostaria de se livrar da lepra, acreditando que isto baixaria o risco de contaminação pela doença (Monteiro, 1987). O medo criado em torno da lepra justificou a medida de isolamento. Provavelmente a história européia de eliminação da doença e a falta de eficácia dos tratamentos da época fez com que acreditassem nesta medida como profilática. Terra (1926, p. VII), classificava o hanseníase como uma vergonha para a nação: "o expurgo do nosso solo d'essa endemia, que nos envergonha e rebaixa os nossos créditos de nação civilizada" .

Porém, os hansenianos, no início do século XX, tinham liberdade de locomoção nos asilos. Em muitas situações eles procuravam os asilos nas fases agudas do Mal de Hansen, ficando apenas por alguns dias, principalmente pelas dificuldades de locomoção, características da época e das condições da hanseníase.

No Brasil do final do século XIX era muito comum a atitude nômade dos hansenianos, condição parecida com a ocorrida na Europa da Idade Média. Algumas marcas da doença não evoluíram através dos tempos. Em seu nomadismo, grupos de hansenianos se deslocavam principalmente em busca de romarias. Uma grande movimentação desses doentes causou, para as autoridades, preocupações enquanto uma ameaça à Saúde Pública (Maurano, 1939).

Em 1923 no Brasil, o Decreto Federal 16.300 respaldou a compulsoriedade da internação dos hansenianos. As autoridades deviam notificar ao Estado quais eram os pacientes contaminados, assim como os médicos deveriam acionar as autoridades sanitárias, ficando proibidos de tratar seus pacientes em seus consultórios (Monteiro, 1987). Neste momento, a pessoa que fosse internada estava impedida de sair dos asilos. Esse ato de segregação formou, no decorrer da história, uma sociedade à parte, fechada, com legislação própria, paralela à sociedade geral. O indivíduo, no momento do diagnóstico da hanseníase tornava-se membro de uma nova sociedade. Os asilos-colônia estavam estruturados para impedir qualquer contato de seus pacientes com o meio social maior.

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

Na primeira metade do século XX a medicina passou a se interessar mais pela Hansenologia, principalmente pela ameaça que essa doença trazia. Fortificou-se a idéia de isolamento dos hansenianos, através das internações compulsórias de todos os indivíduos contaminados. Isto levou à construção dos asilos, assim como uma melhor assistência médica e à necessidade de realização de pesquisas. As medidas de profilaxia da lepra passam a ser centralizadas e uniformizadas, o principal objetivo era o seu controle endêmico. Algumas estruturações neste sentido criavam formas de um poder totalitário ao Estado, como no caso do Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), da Secretaria da Educação e Saúde Pública, que tinha poder restritor da liberdade do doente, assim como sua tutela. Em 1947, o início da aplicação da diamino-difenil-sulfona (DDS), modificou a terapia da hanseníase. O uso da sulfona na Dermatologia Sanitária delimita dois períodos bem definidos na história da hanseníase.

O uso das sulfonas, que controlava a manifestação do bacilo de Hansen, possibilitou a saída dos pacientes dos asilos-colônia, livrando-os das internações compulsórias (Yamanouchi, et al, 1993). Esse foi um grande avanço na assistência aos hansenianos, mas não garantiu necessariamente sua satisfatória reintegração social.

Entre as décadas de 50 e 60 do século passado, procurou-se utilizar a prática do tratamento ambulatorial, porém com relação aos asilos-colônia, Claro (1995, p. 14) aponta que, "previa-se a extinção a longo prazo, entretanto, muitos continuam existindo até hoje, abrigando antigos doentes com dificuldades de retorno ao convívio social."

Em 1963, o Decreto Federal 962 levou ao fechamento do DPL e, em 1967, à extinção do isolamento compulsório. Os doentes readquiriram sua liberdade, porém nem todos saíram dos asilos. O retorno à sociedade que os segregou não lhes pareceu tranquilo, e muitos deles também perderam referências externas aos asilos-colônia, como suas famílias, trabalho e amigos (Monteiro, 1987).

Na década de 1970, houve uma campanha no estado de São Paulo que propôs mudança na nomenclatura de lepra para hanseníase, principalmente pelo forte estigma que o nome carregava. Esta medida surtiu efeitos políticos, provocando reestruturação dos órgãos responsáveis pelo combate e controle da doença e garantiu através de Portaria (Portaria BSB nº165), preservar a unidade familiar e estimular a integração social dos doentes, com ênfase na educação sanitária pública e educação continuada para os profissionais.

A monoterapia (dapsona) até então utilizada não trouxe êxito, principalmente pelo fato dos programas de saúde não estarem bem organizados (OPAS, 1995).

4 "O horror à doença e a ausência de qualquer terapêutica específica afastavam os próprios médicos e cirurgiões, os quais precisavam ser compelidos a examinar as pessoas atacadas pelo mal de S. Lázaro. Mesmo após a identificação do bacilo da lepra por Hansen, a medicina pouco podia fazer pelos doentes até a descoberta das sulfonas, na década de 1940." (Mesgravis, 1976, p. 131)

Os tratamentos atuais não requerem mais a internação asilar. A sulfona trouxe a possibilidade do hanseniano voltar ao convívio social fora das colônias. A poliquimioterapia (PQT), introduzida por recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1983, trouxe ainda mais avanços. Isto fez com que a OMS previsse a possibilidade de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000 (OPAS, 1995). Cabe lembrar que esta meta não foi atingida.

Ainda no início do século XX a insegurança estava constantemente presente na vida do hanseniano. As políticas de saúde que visavam a profilaxia procuravam garantir uma melhor qualidade de vida dentro dos leprosários, porém esta não parecia ser a principal necessidade dos pacientes. "Apesar dos avanços técnicos que tornaram disponíveis tratamentos eficazes, ainda hoje as crenças populares sobre a hanseníase/lepra parecem conservar muitas das imagens que fizeram dela uma das doenças mais temidas em todos os tempos." (Claro, 1995, p. 20)

Há séculos a hanseníase vem marcando socialmente os indivíduos por ela acometidos. O preconceito, a segregação, a falta de controle sanitário criou um isolamento social que não se marcou apenas pelos muros dos asilos. A internação obrigatória foi extinta, mas os muros instituídos nas relações sociais que esses indivíduos enfrentam, ainda hoje, estão bastante presentes.

Yamanouchi et al (1993), apontam que recentemente mudanças ocorreram nas relações sociais dos hansenianos, dentre elas enumeram: um tratamento ambulatorial mais eficaz; a possibilidade da prevenção das incapacidades, viabiliza o trabalho, tornando o hanseniano um sujeito ativo; o preconceito do hanseniano com a própria hanseníase ainda é grande; a sociedade ainda o discrimina; a hanseníase é hoje tanto um problema sócio-cultural como médico.

DISCUSSÃO (DAS INTERFACES ENTRE A LOUCURA E A HANSENÍASE)

Sem querer furtar toda a panorâmica das histórias da Psiquiatria e da Dermatologia Sanitária no Brasil, procurou-se aqui reportar apenas, ao fato da institucionalização da loucura e da hanseníase. Também se pode compreender que este retrato em específico é extremamente carregado de detalhes que foram determinantes na nossa história. Assim, a atenção deste texto teve o objetivo de realizar uma análise mostrando alguns paralelos existentes nas histórias destas doenças, sejam eles pelo isolamento social, estigma, fabricação de conceitos e práticas, que dentre outros fatos garantiram o desenvolvimento de saberes, a manutenção da ordem e o medo que a sociedade ainda tem do louco e do hanseniano.

"São contradições do Homem, mas são, também, produtos históricos sociais ... Estas organizações chamadas reabilitadoras têm face dupla: a violência como sistema concreto de eliminação e destruição, e a

violência como ameaça simbólica desta destruição e eliminação ... O que importa é descobrir rapidamente o diferente e isolá-lo para confirmarmos que não somos nós (os sadios, normais, os bons cidadãos), isto é, a nossa organização social que produz contradições. É sempre o outro, o estrangeiro, o 'corruptor', as más companhias, os que produzem o contágio, que deve ser prevenido e neutralizado para proteger a coerência da norma, ou seja, os parâmetros que definem a ordem pública. Nesta tentativa de descobrir precocemente a diferença, baseia-se o caráter preventivo das ideologias, assim como o caráter violento das instituições está na confirmação da diferença" (Basaglia, Ongaro-Basaglia, 1977, apud p. 177)

No início das relações entre a loucura e a hanseníase verificamos que, na Europa da Idade Média, a lepra deixou junto à sua estrutura asilar toda uma história de isolamento do paciente. Esta herança deixada a algumas doenças, e aqui destacando a loucura, levantam uma série de atitudes de segregação do doente mental.

Embora a preocupação com a Saúde Pública no Brasil tenha iniciado no século XVII, apenas no final do século XVIII é que se pensou em algumas medidas sanitárias com relação à hanseníase. Já a loucura tornou-se um problema de Saúde Pública apenas no século XIX, momento no qual se adotou a medida do isolamento. Para Amarante (1994), a Psiquiatria no Brasil traçou sua história dentro de um processo de asilamento.

Algumas características que diferenciam as duas doenças descritas aqui, causaram também determinações em suas histórias. Com relação à hanseníase, seu processo de isolamento colaborou em muito com a efetivação do estigma que envolveu a doença. Todas as determinações da lepra, sejam elas históricas, físicas ou culturais, fizeram do leproso uma das pessoas mais temidas ao longo da história humana.

A concepção de periculosidade atribuída aos insanos e aos leprosos foi outro ponto comum dessas doenças. "A armadilha histórica que armazenou os insensatos e posteriormente os impediu de participar da vida social, e portanto, de exercer sua cidadania vincula-se ao pressuposto da periculosidade a eles aplicados" (Barros, 1994), fato esse que contribuiu para a manutenção do isolamento em ambos os casos.

Apesar dos avanços no tratamento da hanseníase garantidos pela descoberta da sulfona e posteriormente da poliquimioterapia, não se garantiu ainda mudanças com relação ao estigma existente no trato com os hansenianos. As barreiras que criaram este isolamento social, permanecem presentes no nosso meio sócio-cultural. O hanseniano, ou ainda "leproso", continua rerepresentando uma sensação de ameaça para aqueles que desconhecem a doença. Esse, ainda necessitará que o processo histórico se encarregue de

mostrar as mudanças sócio-culturais, na medida em que esteja cada vez mais possibilitado de exercer sua cidadania.

O sofrimento mental, não menos incômodo, vem sendo determinado, através da história, pelo referencial da norma. Os valores culturais, as ações políticas e, até mesmo, o modo de produção econômica, construíram e desconstruíram ciclicamente a loucura. Sempre existiu como parâmetro para a loucura a diferença do normal.

As associações estabelecidas histórica e socialmente mostram uma série de semelhanças entre a hanseníase e os distúrbios mentais. Não só as estruturas asilares e as políticas de saúde determinaram tais semelhanças entre elas, mas principalmente suas histórias de isolamento pelo asilamento.

Pela hanseníase vimos que o medo da exposição e o possível contato com os pacientes criaram horror à população. O que foi entendido como medida profilática para a hanseníase, o isolamento, foi na verdade uma forma de proteção da comunidade nas cidades onde se encontravam os hansenianos. A loucura, que incomodava a ordem social e política, foi inicialmente desconsiderada e depois tratada na exclusão.

Também houveram interesses com relação à loucura. Frente a negligência do Estado, a Medicina, até meados do século XX, se apossou da loucura, constituindo todo um conjunto de conhecimentos que os possibilitaram se apropriar da Saúde Mental.

Nas últimas décadas, a loucura passou por medidas de tratamento que gerou lucro. Vimos na década de 60, no Brasil do século XX, um movimento de privatização dos serviços psiquiátricos, fortalecendo assim o procedimento de internações. Como mercadoria lucrativa, a loucura, enquanto fenômeno social, também colaborou, ainda há pouco mais de 30 anos, com o isolamento e a segregação do louco, mantendo sua desapropriação de direitos, em benefício não mais de uma sociedade que aprendeu a temer a loucura, mas em prol dos proprietários dos serviços psiquiátricos no Brasil. Tornou-se interessante aos hospitais psiquiátricos e à indústria farmacêutica a manutenção da loucura.

Este enfoque não só alterou a destinação dos serviços psiquiátricos, como mudou uma série de procedimentos técnicos psiquiátricos, em que alguns deles lembravam atitudes realizadas há séculos atrás. A negligência e a agressividade aí composta, em muitas vezes, parecia ser mais relevante que a destituição da cidadania ou o isolamento social, principalmente se considerarmos os avanços das técnicas e medicamentos psiquiátricos existentes na época. Embora a hanseníase pareça não ter gerado lucro às instituições, se assemelha ao fato de que a relação da sociedade com o caráter contagioso da enfermidade gerou medo e repulsa, e o direito à cidadania dessas pessoas passou a ser secundário frente as preocupações sociais.

O caráter lucrativo da doença mental trouxe uma série de resistências à mudança, principalmente quando se buscou humanizar a loucura, e posteriormente, com relação aos movimentos para desinstitucionalizá-la.

Barros (1994, p. 179), referindo-se às experiências da desinstitucionalização, afirma que "a responsabilidade histórica é realizada no sentido de desconstrução das amarras políticas e culturais que ainda hoje fazem perpetuar as instituições da violência, das quais o manicômio representa uma situação emblemática".

Isto nos lembra Foucault (1991, p. 190) que considera o manicômio como um "sobrevivente arcaico, um produto intrínseco do Iluminismo e da própria sociedade capitalista". Essa referência também pode ser atribuída aos leprosários e asilos de hansenianos.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental de 1987, trouxe para a realidade brasileira um grande avanço quando aponta a necessidade de se pensar numa rede de apoio em substituição aos hospitais. Um longo processo ocorreu até então, e ainda há de ocorrer, para que se possa garantir essa rede de apoio. Mas, a loucura pode encontrar fora dos muros do asilamento uma forma saudável de existência, assim como o avanço científico no tratamento da hanseníase, seja ele preventivo, curativo ou reabilitador, pode garantir a este paciente melhores possibilidades de convivência social.

Também com a hanseníase existiu a necessidade de que alguns movimentos sociais, como o Movimento de Reintegração de Pessoas atingidas pela Hanseníase (MORHAN), exercessem o papel de buscar a efetivação dos direitos dessa população. Segundo Amorim, et al (1998), esse movimento ampliou o conhecimento da população sobre a hanseníase, caminhando no sentido de minimizar o estigma e ampliar o espaço de aceitação social do hanseniano.

É necessário também entendermos que o isolamento da loucura e da hanseníase não trouxeram apenas horrores, injustiças e isolamento social. Não devemos deixar de considerar todo o avanço na construção do saber científico que garantiu melhoras nos tratamentos dessas doenças, embora devemos nos questionar sobre o custo social desses avanços.

A atual política de saúde brasileira procura priorizar, ao menos no discurso, o tratamento nas suas redes primária e secundária de atendimento, preterindo a hospitalização. Esta política também atinge a Saúde Mental e a Dermatologia Sanitária. Desse modo, o controle da doença mental e da hanseníase se dá prioritariamente nos postos de saúde e nos ambulatórios de especialidades. Porém, isto não garante que este controle seja realmente efetivo ou que os muros do asilo não estejam presentes na cultura, expressa pelos pacientes, pelos profissionais ou pela população em geral.

A loucura e a hanseníase ganharam a dimensão de

doenças de muros, confinadas no espaço da instituição, que segrega ao longo da sua história o insano e o hanseniano pela diferença da norma. Os muros, que por sua vez não garantiram proteção, transcenderam a dimensão física da restrição e do contágio. Adquiriram uma característica de representação social desfavorável à hanseníase e aos transtornos mentais.

Mostrou-se através da história a dificuldade humana de compreender o diferente. As ações políticas e sociais que se desenvolveram tanto no campo da Saúde Mental quanto da Dermatologia Sanitária, destacaram-se como formas políticas de marginalização. O asilamento como forma de tratamento extrapolou seu caráter científico, trazendo determinações sociais e políticas no trato do "louco" e do "leproso".

Com o atual processo de desconstrução dos muros do manicômio e do leprosário, precisamos derrubar o muro que separa culturalmente o doente mental e o hanseniano da sociedade e, jamais esquecermos suas histórias para não reproduzirmos esses velhos muros em novos contextos.

SUMMARY

Madness and leprosy, two very different pathological pictures, present in their history several similarities and

complementation in respect to practices and public health policies. This paper studies this relationship. A reviewing of the literature showed that indeed existed interfaces between both, in regard to historical, social and cultural aspects. Among the main similarities were social isolation, segregation, stigma, and in many moments negligence within the policies of Mental Health and Sanitary Dermatology. Starting with dissemination of the ancient European leprosariums in the middle ages, which later belonged to the insane by historical inheritance, leprosy and madness are relegated to asylums. Nowadays, we see that those two realities maintain traces of these historical processes, specially in the Brazilian context, where we still can find an prevalence of leprosy and the "Movement Antimanicomial" for more than one decade has tried to grant basic citizenship rights to mentally impaired people. The physical disabilities and pain in leprosy, and the mental struggle are not the only distress faced by its sufferers. They continue at the margin of society, still not comprehended by a social context that segregates the different.

Uniterms: Madness; Leprosy; Public Policies; Social Isolation; Mental Health; Sanitary Dermatology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da Psiquiatria no Brasil, In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.
2. AMORIN, D.G.O.; ALTRICK, C.R.; WENDHANSEN, A. Participação: possibilidade na busca da cidadania para o portador de hanseníase? Texto & contexto - enfermagem. v. 7, n. 2, p. 328-344, maio/ago, 1998.
3. BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber, In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 170-184.
4. BASAGLIA, E, ONGARO-BASAGLIA, E Los crimes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión. Madrid: Siglo XXI, 1977, p. 84-5; apud BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber, In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 170-184.
5. BRASIL. Leis e Decretos. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. *Diário Oficial da União*. Brasília, 09 de abril de 2001, n. 69-E, Seção 1, p. 2.
6. CLARO, L. B. L. Hanseníase: representações sobre a doença. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1995.
7. DELGADO, P. Projeto de Lei nº 3657-B. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região, 1997 (Apresentado ao Congresso Nacional em 14.12.1990)
8. FOUCAULT, M. *História da loucura*. 3a ed., São Paulo: Perspectiva, 1991. (Estudos 61)
9. LUZ, M. T. A história de uma marginalização: a política oficial de Saúde Mental. Ontem, hoje, alternativas e possibilidades, In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 85-95.
10. MAURANO, E. *História da lepra em São Paulo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939. 2 Vols.
11. MESGRAVIS, L. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1599?-1884: contribuição ao estudo da assistência social no Brasil*. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976. (Coleção Ciências Humanas, 3).
12. MONTEIRO, Y. N. Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo. *Hansen Int.*, v. 12, n. 1, p. 1-7, 1987
13. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. Hacia la eliminación de la lepra problema de salud pública. *Boi of sanit Panam*. v. 119, n. 2, p. 185-188. 1995.
15. TERRA, E. Esboço histórico da Lepra no Brasil. Rio de Janeiro *An bras Dermatol*. V. 2, n. 1, p. III-VII, 1926.
16. YAMANOUCI, A. A. et al. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. *An bras Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 68, n.6, p. 396-404, 1993.