

HANSENÍASE: HISTÓRIA E PODER NO ESTADO DE SÃO PAULO

Yara Nogueira MONTEIRO*

RESUMO — A hanseníase se constitui numa doença cujas características especificam a tornaram diferente das demais. O estigma que a envolve contribuiu para que, através dos tempos, o "leproso" fosse identificado como sendo o portador do perigo e da morte, justificando a adoção de medidas discriminatórias. Ao se estudar a história da hanseníase no Estado de São Paulo, Brasil, verifica-se a repetição dessa mesma postura, sendo que desde os tempos coloniais até o nosso século, observa-se a continuidade na adoção de medidas de segregação, que variam no tempo, mas não na intensidade. O aumento do índice de incidência da hanseníase em São Paulo, mesmo após o advento das sulfonas, nos obriga a repensar o fenômeno cuja explicação extrapola o campo estritamente biológico, apontando para a necessidade de uma melhor análise histórica e social da doença.

Palavras chave: História. Segregação. Hanseníase. Estado de São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

Ao se estudar o aparecimento da hanseníase no Brasil, verifica-se que ele coincide com a colonização do território posto não haver menção de doença similar entre os ameríndios. Sabe-se que essa endemia há muito grassava em Portugal, e que na época do descobrimento do Brasil era também encontrada nas ilhas africanas.

Tudo nos leva a crer, portanto, que essa doença tenha aqui aportado através do conquistador português. Entretanto, sabe-se que a moléstia existia também no continente africano, daí a hipótese do tráfico negreiro ter influenciado no crescimento da doença***.

Não se sabe ao certo quando chegaram os primeiros portadores da hanseníase no Brasil, porém tudo nos leva a crer que a vinda dos co-

(*) Mestre em História Social

Endereço: Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, Instituto de Saúde. Rua Santo Antonio, 590 - CEP 01314 São Paulo. SP. Brasil.

(**) Em fins da Idade Média, assiste-se ao gradual desaparecimento da hanseníase na Europa, fenômeno que não ocorreu em Portugal; na época dos descobrimentos essa doença continuava constituindo problema para as autoridades portuguesas.

(***) Os pesquisadores não são concordes sobre esse assunto.

lonos, em especial os da Ilha da Madeira, tenha contribuído para o aparecimento da endemia.

Apesar da carência documental, sabe-se da existência da hanseníase em diferentes cidades brasileiras durante os primeiros séculos da colonização. No Rio de Janeiro, durante o século XVII, existiam numerosos doentes, a ponto destes se constituírem objeto de preocupação das autoridades locais. Em 1696, o próprio Governador, Artur de Sé e Meneses, procurou dar assistência aos hansenianos daquela cidade.

No século XVIII, o crescimento da endemia fez com que medidas fossem adotadas por entidades filantrópicas e pelas autoridades governamentais. Por volta de 1713, foi fundado no sítio Boa Vista no Recife, pelo Padre Antonio Manoel Ferreira, o primeiro Hospital de Lázarus. No Rio de Janeiro o número de doentes era tal que, em 1739, foi objeto de discussões no Senado da Câmara. Estas, alertavam para o perigo representado pela doença e, os quadros médicos existentes na cidade foram convocados para opinarem sobre as medidas a serem adotadas. No ano seguinte, o Governador Gomes Freire de Andrade coordenou o isolamento dos doentes no bairro de São Cristóvão. Eles ali ficaram até 1763, data de falecimento do Governador, quando então foram entregues à Irmandade da Candelária.

Na capital da Bahia, em 1755, já havia um lazareto construído por particulares. Este funcionava em condições de extrema precariedade devido, principalmente, ao grande número de doentes. Ante a situação, os vereadores da Câmara Municipal de Salvador conseguiram que fosse criado o Real de São Lázaro e que, com o produto arrecadado, fosse construído um hospital, como de fato aconteceu em 1787.

Muito embora se verifique o alastramento da doença nas principais cidades brasileiras durante os primeiros séculos da colonização, o mesmo

não aconteceu com relação a São Paulo, onde não se tem conhecimento da existência dessa doença antes do século XVIII. Esse fato pode ser atribuído às características específicas da província naquela época: São Paulo desenvolveu-se no planalto, local de difícil acesso e isolado do litoral pela Serra do Mar. A população era dispersa e a vila, pequena e pobre, não oferecia atrativos aos colonos portugueses, que preferiam se instalar em regiões mais ricas. A ausência de riquezas fez com que poucos se dispusessem a subir a serra, existente entre a cidade e o mar, e se instalar num local cuja economia era baseada na lavoura de subsistência e na caça ao índio. Os escravos africanos eram raros, pois o paulista não dispunha de recursos suficientes para comprá-los e, portanto, utilizava-se da mão-de-obra indígena existente na região. Assim sendo, até meados do século XVIII, São Paulo não oferecia condições necessárias para a propagação da doença, situação esta que viria a se alterar com o ciclo do ouro, quando então a cidade se tornou passagem de aventureiros vindos de diferentes pontos do território, inclusive do Rio de Janeiro. O fluxo de pessoas contribuiu para uma alteração das condições sanitárias até então existentes

Nessa mesma época, verifica-se o crescimento do número de doentes em outros pontos do país. Em fins do século XVIII, assiste-se a uma grande preocupação do governo com a elevada prevalência da hanseníase, a ponto do Vice-Rei do Brasil, em 1765, escrever a Portugal pedindo providências contra o grande perigo representado pela "morphéia". Relatava estarem infectadas todas as águas da cidade e o "risco de a devorar esse tremendo fogo que em todo Brasil se tem ateado".

Em São Paulo, nessa época, verifica-se que o quadro mórbido já havia se alterado. As autoridades diziam-se impressionadas com o número

(*) Recomenda-se aqui a leitura complementar da obra MESGRAVIS, L. A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884) São Paulo. Conselho Estadual de Cultura, 1976. [tese — Universidade de São Paulo]

(**) Recomenda-se aqui a leitura complementar da obra MAURANO, F. História da lepra em S. Paulo. São Paulo, Serviço de Profilaxia da Lepra, 1939, v. 2, p. 20.

de "leprosos" existentes e, medidas de cunho profilático passaram a ser tomadas, a ponto do Capitão Geral da Capitania ordenar que cada vila se responsabilizasse pelo isolamento de seus doentes. A partir de então tem-se a existência de documentos revelando a preocupação das autoridades com a moléstia que vinha se alastrando, até que, a partir de 20 de abril de 1799, a Santa Casa de Misericórdia passou a se encarregar da assistência aos doentes.

Durante o transcorrer do século MX, foram adotadas em São Paulo, medidas específicas com relação à hanseníase, sendo estas reveladoras da preocupação que permeava os círculos governamentais. Censos populacionais foram realizados em 1820, 1851, 1874 e 1886, se constituindo em documentos de grande importância que permitem avaliar o comportamento da doença durante o transcorrer daquele século. Ainda que como fonte documental apresentem falhas*, eles nos trazem dados de relevante importância, permitindo-nos acompanhar o avanço geográfico da doença, como também verificar as regiões onde a incidência se fez maior, como por exemplo, o Vale do Paraíba. Toma-se interessante ressaltar que devido à riqueza agrícola, surgiram cidades importantes nessa região, para onde afluíam grande número de pessoas. O Vale era também caminho de ligação entre São Paulo e Rio de Janeiro, e a documentação da época aponta a região como tendo numerosos "morphéticos".

A partir da análise dos censos, verifica-se que a difusão da hanseníase em São Paulo acompanhou o processo de ocupação do solo, evidenciando-se em fins do século XIX que a endemia acompanhava a fronteira agrícola e que esta, com o café, se deslocava para o oeste.

Certo está que a hanseníase encontrou em São Paulo, condições ideais de proliferação durante o século passado, malgrado as medidas

governamentais que foram tomadas, tanto no

interior como na capital. Em 1802, o governador Antonio José da Franca e Horta comprou um terreno perto da cidade e o doou para a Santa Casa de Misericórdia, para que ali fosse construído um hospital de assistência aos "lázaros", cuja obra começou logo no ano seguinte, a partir do apoio governamental e de doações particulares. Esse hospital funcionou durante todo o século XIX de forma extremamente precária, isto devido principalmente à ausência de fundos regulares que permitissem custear os gastos necessários com a manutenção dos doentes. Em 1904, esse hospital foi fechado e os doentes transportados para um novo estabelecimento construído em local mais distante da cidade: Guapira.

No interior da Província de São Paulo, no transcorrer do século passado, verificamos que foram sendo construídos pequenos hospitais e asilos. Na cidade de Itu, em 1806 foi construído pelo padre Antonio Pacheco da Silva, um hospital para os lázaros da região. Mais tarde, em 1839, a administração do hospital passou a ser exercida pela Santa Casa de Misericórdia daquela cidade, responsável pelo seu funcionamento até 1929. O hospital de Itu foi palco da atuação de um clérigo que se tornou figura lendária entre os doentes de hanseníase: o Padre Bento Dias Pacheco, que ali trabalhou até o ano de sua morte, ocorrida em 1911. O padre Bento tomou-se figura de destaque na região de Itu e, após sua morte teve seu busto erigido no jardim da cidade. Em torno desse clérigo desenvolveu-se toda uma mística, a ponto dele tornar-se objeto de devoção, principalmente entre os doentes do Estado de São Paulo. Esse culto continua até o dia de hoje.

Na tentativa de atender as necessidades regionais foi criado em 1863, um asilo na cidade de Campinas e, posteriormente outro em Piracicaba.

(*) Nos censos, eram listados todos aqueles que "pareciam" ser portadores da doença; sabe-se, entretanto, haver uma série de moléstias cujas características poderiam ser confundidas com as da hanseníase. Por outro lado, devido a uma série de fatores, doentes poderiam ser omitidos da listagem.

Durante todo o século XIX e começo do XX, apesar do aumento da endemia, verificamos não ter existido uma atuação definida do Estado em relação a esses doentes que, de uma forma geral, quando tratados o eram por iniciativa de particulares ou por entidades filantrópicas, sem que, no entanto, recebessem uma assistência regular do poder constituído.

Nos primeiros anos do século XX, assiste-se ao crescimento do número de construções de asilos no interior do Estado*. Nestes os doentes ficavam abrigados, o que não significava, obrigatoriamente, que dispusessem de assistência médica ou algum tipo de tratamento. De forma geral, estes contavam com instalações precárias e má alimentação decorrentes, quase sempre, de problemas financeiros. Os doentes asilados tinham inteira liberdade de locomoção e, normalmente saíam para esmolar pelas cidades próximas, sendo essa uma forma de garantir subsistência.

Assim sendo, devido à situação existente, o hanseniano, dentro ou fora do asilo, achava-se inteiramente a mercê da caridade pública.

Verifica-se que, por uma série de razões, os doentes acabaram por se utilizar dos asilos somente por um pequeno espaço de tempo, em geral por alguns dias, ou durante o período de agravamento de seu estado físico, neles ficando apenas os que já haviam alcançado um estágio avançado da moléstia, com sua capacidade de locomoção comprometida.

Ao se estudar a proliferação dos asilos no começo do século, se evidencia que a idéia que permeava essas construções não se centrava obrigatoriamente no doente; posto que ao aglutinarem os hansenianos da região em um só

local, sem que lhes fossem dadas perspectivas reais de assistência especializada, tornava-se inviável qualquer esperança de melhoria que resultasse na diminuição da incidência da moléstia. Por outro lado, torna-se evidente que o objetivo primordial centrava-se na proteção à população sadia, uma vez que se julgava que esta seria beneficiada com qualquer tipo de exclusão do doente posto que isto acarretaria a diminuição das probabilidades de contágio, idéia esta que se fez presente nos círculos médicos paulistas e que frutificaria na década de vinte.

O aumento da prevalência da hanseníase no Estado de São Paulo, não pode ser atribuído unicamente ao deslocamento de pessoas doentes, sendo necessária uma melhor análise dos dados relativos à situação sócio-econômica e dos hábitos culturais da população atingida pela doença.

Ao se estudar a hanseníase, depara-se com o fenômeno do nomadismo. Este aparece como que uma continuidade do procedimento adotado, desde a Idade Média na Europa. Em São Paulo o nomadismo era quase uma regra. Em razão de estarem alijados do mercado de trabalho, os doentes pobres dependiam inteiramente da mendicância para sobreviver. Era comum vagarem em grupos pelas estradas. Constituíam verdadeiras comunidades itinerantes e tinham preferência pelos caminhos que levavam a santuários e, em especial, às cidades que eram objeto de romaria.

Os doentes se encaminhavam de uma cidade para outra, observando as datas das festas religiosas e da chegada dos romeiros. Este fato acabou por originar uma espécie de "roteiro" a ser seguido. A cidade de Pirapora, em São Paulo, se constitui um exemplo do fato. Dada à afluência de romeiros, ela exercia forte atração nos hansenianos que, dos mais diferentes pontos do Estado, para lá se deslocavam chegando a possuir acampamentos regulares nas margens de suas vias de acesso.

* Foram criados os seguintes asilos: 1902, Sorocaba; 1905, Rio Claro e Itapetininga; 1906, Jundiá; 1908, Casa Branca; 1911, Tatuí, Botucatu e Jaú; 1915, Angatuba, Guareí e Amparo; 1916, Bebedouro e Descalvado; 1917, Jaboticabal.

Na década de vinte, tem-se notícia de funcionamento de numerosos asilos pelo interior do Estado, tais como: Avaré, Bauru, Capão Bonito, Espírito Santo do Pinhal, Guaratinguetá, Limeira, Mogi - Mirim, Pirassununga, São João da Boa Vista, S. Manoel do Paraíso, S. Miguel Arcanjo, Sta. Rita do Passa-Quatro. MAURANO, F. *op. cit.*, pp. 62-124.

O crescimento da endemia e a circulação dos doentes passou a ser encarada como uma ameaça a saúde da coletividade, tornando-se foco de atenção e preocupação das autoridades. Estas viram-se obrigadas a adotar medidas efetivas e regulares na tentativa de deter o avanço da moléstia. Entretanto, na análise das medidas adotadas verifica-se uma tônica constante: o objetivo principal da atuação do governo continuava a ser a proteção da sociedade sadia.

No começo deste século o Estado de São Paulo, já havia se caracterizado como uma região de alta endemicidade. Durante as primeiras décadas os serviços públicos realizaram censos parciais, com a finalidade de obter dados numéricos. Através destes foi estimada, em 1908, a existência de 2.000 portadores de hanseníase no Estado. Esse número segundo os censos, dobraria quinze anos depois, visto que em 1923 o estimado foi 4.115 doentes numa população de 4.600.000 habitantes.

A década de vinte foi marcada, na história da hanseníase, por discussões entre os próprios médicos que se interessavam pela hansenologia. Estas acabaram centradas no discurso sobre a necessidade do isolamento dos doentes, suas formas e sua compulsoriedade. O Dr. Emilio Ribas se posicionava a favor do chamado isolamento humanitário, pregava a construção de asilos-colônia e sugeria que esses fossem instalados em locais de fácil acesso, de forma a facilitar a assistência médica e as pesquisas. Desta forma, os doentes teriam comodidade e condições higiênicas necessárias. Pregava ainda, a necessidade de uma ação conjunta do Estado e dos Municípios. De acordo com Ribas, os asilos seriam destinados aos doentes pobres, sendo que todos aqueles que possuíssem recursos financeiros e dispusessem das condições necessárias, quanto à higiene, ficariam em seus próprios domicílios.

Contrariamente a Emilio Ribas, haviam os que eram partidários do isolamento compulsório para todos os doentes. Estes achavam que todos os portadores de hanseníase deveriam ser isolados a partir do diagnóstico, não importando qual a forma clínica, estagio da doença ou nível socioeconômico. Para eles, todo e qualquer hanseniano era considerado como uma ameaça a sociedade e, como tal, teria que ser banido.

Havia ainda um terceiro grupo, representado pelos mais radicais. Estes apoiavam o isolamento insular, e chegaram a apontar a Ilha Grande como solução para o problema.

O segundo grupo acabou prevalecendo. Contudo, para que o isolamento compulsório pudesse ser implantado, fazia-se necessária a construção imediata de asilos em número e tamanho suficientes para abrigar toda a população do Estado atingida pela doença. Para tanto, a postura médica necessitaria ser endossada pelo governo, como condição *sine qua non* de sua implantação, principalmente em decorrência do volume de recursos que seriam envolvidos.

Desta forma, a década de vinte adquiriu importância especial, posto que se caracterizou pela adoção de uma linha de conduta oficial onde se verifica a ingerência cada vez maior do Estado, e que acabou por nortear todo um tipo de ação médica com relação a doença. Em 1925 foi criada em São Paulo a Inspeção de Profilaxia da Lepra, e a partir daí observamos que este órgão foi emergindo como uma espécie de modelo que influenciou outros Estados da Federação. Essa década foi marcada pela inauguração do primeiro dos grandes asilos-colônia: o asilo de Santo Ângelo em 1928 em Mogi das Cruzes. Apenas em seu primeiro ano de funcionamento, para lá foram enviados 449 doentes, a maior parte deles provenientes da Capital do Estado, em decorrência do fechamento do hospital de Guapira.

A seguir foram sendo construídos outros asilos-colônia: Pirapitingui em Itu; Aimorés em Bauru, Cocais em Casa Branca. Por fim, a necessidade de um sanatório próximo à capital fez com que o governo do Estado adaptasse um hospital psiquiátrico, existente em Gopouva, surgindo então o "Padre Bento".

Com relação à problemática dos filhos são dos hansenianos houve uma preocupação especial, principalmente por parte da sociedade civil. Desta forma, em 1922 surgiu a Associação de Santa Terezinha que acolhia crianças e recém-nascidos. Em 1932 foi criado um segundo preventório em São Paulo, o de Jacareí, destinado a crianças com mais de 12 anos de idade.

Com o passar dos anos, verifica-se o surgimento de toda uma legislação especial sobre a matéria. A compulsoriedade fez com que medidas especiais precisassem ser tomadas e regulamentadas em texto legal. A notificação, por exemplo, passou a ser compulsória; as autoridades municipais deveriam apontar ao serviço público quais as pessoas doentes havidas em sua jurisdição. Os médicos, a partir do diagnóstico, deveriam informar às autoridades sanitárias sobre o doente e foram proibidos de tratá-los em seus consultórios.

A partir do ato do diagnóstico, a pessoa era imediatamente enviada para um dos asilos, de onde não mais sairia, a não ser que lhe fosse concedida alta pelo serviço médico oficial. Os filhos são eram separados dos pais logo ao nascer.

Paulatinamente, vê-se formar uma micro sociedade composta pelos asilos-colônia, regulada por normas especiais e dotada de legislação específica, cujas injunções de poder acabariam por transferir para o serviço médico oficial, a

decisão sobre a vida de toda e qualquer pessoa que fosse configurada como portadora do *Mycobacterium leprae*.

Durante a década de trinta, passam a ser pregadas medidas de centralização e uniformização dos serviços de profilaxia, como sendo de extrema necessidade para o real controle da endemia no Estado. Como resultado destes, os asilos-colônia passaram para a órbita da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, inclusive o asilo de Santo Ângelo até então administrado pela Santa Casa de Misericórdia. Dentro do bojo dessas medidas observa-se também, o crescimento das atribuições e da órbita de poder do serviço oficial. Desta forma, em 1935, a Inspetoria foi desligada do Serviço Sanitário, ao qual estava subordinada, surgindo o poderoso Departamento de Profilaxia da Lepra — D.P.L. — diretamente subordinado à então Secretaria da Educação e Saúde Pública.

Torna-se interessante verificar a forma como, aos poucos, essa situação foi se estruturando e se solidificando, a ponto dessa centralização, realizada com finalidades clínicas e terapêuticas, dar origem à configuração de um verdadeiro poder paralelo, com todas as características inerentes a um poder totalitário, inclusive o arbítrio. Qualquer pessoa, a partir do momento do diagnóstico passava a pertencer a uma outra sociedade, onde deveria assumir nova identidade: a de portador de Lepra, com todas as decorrências resultantes, tais como: o cerceamento da liberdade e o tutelamento realizado pelo serviço médico oficial.

(*) Essa associação surgiu em S. Paulo em 1915. A Príncipe se constituía numa reunião de senhoras que tinham por objetivo coser roupas que eram destinadas aos doentes do Hospital de Guapira.

Essa situação, com Centres variantes, perdurou até 1967, quando foi extinguido o isolamento compulsório em decorrência do Decreto Federal normativo nº 962 de 1963, até então não obedecido em nosso Estado. Com essa medida esfacelou-se o edifício anteriormente estruturado. As atribuições antes inerentes ao D.P.L. foram esvaziadas; esse Departamento foi extinto no mesmo ano, passando a constituir, posteriormente, a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de São Paulo*.

Os doentes poderiam sair dos asilos, se assim

o quizessem, e o tratamento poderia ser realizado em centros de Saúde integrados ou em Hospitais da rede; porém, após décadas de segregação, muitos escolheram continuar nos asilos simplesmente porque não teriam para onde "voltar", nem como se sustentar na "sociedade sadia".

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

ABSTRACT — Hanseniasis is an illness whose specific characteristics made it different from all the other illnesses. The stigma surrounding it contributed, throughout the times, to make the "leper" identified as someone who brought with him danger and death, justifying discriminatory procedures. The hanseniasis history study in the state of Sao Panto, Brazil, makes the repetition of this posture evident, being observed since the colonial times until the present century the continuity in the adoption of segregation procedures, variable at times, but not in its intensity. The growth of the hanseniasis prevalence rate in São Paulo, even after the sulphones advent, compels us to reconsider the phenomenon, whose explication extrapolates the strictly biologic scope, pointing out to the need of a better historic and social analysis of the disease.

Key words: History. Segregation. Hanseniasis. State of São Paulo, Brazil.

REFERÊNCIAS

- FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. 3.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1985. 407p.
- 2 GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4.ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.
- 3 LE GOFF, J. & NORA, P. *História: novas abordagens*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976. 200p. (Ciências sociais).
- 4 SINGER, P.; CAMPOS, a; OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forense — Universitária, 1981.
- 5 SOUZA-ARAÚJO, H.C. *História da lepra no Brasil*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1946-1956, 3v.

Recebido para publicação em Janeiro de 1987; aceito para publicação em março de 1987.

(*) O D.P.L. foi extinto em 6/7/67 e em 7/7/67 foi criado o Departamento de Dermatologia Sanitária. Este foi extinto em 16/7/69, quando da criação do Instituto de Saúde através do Decreto nº 52.152 que incluía a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária.