UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana

Espaços Vigíados
Um estudo do isolamento compulsório dos portadores de hanseníase
no Asilo-colônia Santo Ângelo (1890/1960)

Vânia Regina Miranda Postigo

São Paulo - SP
2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana

Espaços Vigíados
Um estudo do isolamento compulsório dos portadores de hanseníase
no Asilo-colônia Santo Ângelo (1890/1960)

Vânia Regina Miranda Postigo

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências
Humanas da Universidade de São Paulo,
sob a orientação do Prof. Dr. Júlio César
Suzuki

São Paulo - SP

2008

Este trabalho é dedicado a todos os portadores de hanseníase que estiveram confinados em asilos-colônia durante o período de isolamento compulsório.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, a Deus pela realização deste trabalho e a todas as pessoas que fizeram parte da minha vida durante o processo de elaboração da pesquisa. Com elas pude compartilhar minhas dúvidas, alegrias, opiniões e até mesmo minhas angústias.

Agradeço, imensamente, ao meu orientador, o Prof. Dr. Júlio César Suzuki, por confiar no meu trabalho e, sobretudo, por ter me ensinado a superar os desafios que surgiram durante o percurso.

Ao Prof. Dr. José da Rocha Carvalheiro, grande incentivador, sempre pronto a esclarecer as minhas dúvidas. Tenho por ele profunda admiração e respeito.

Aos membros da banca de qualificação, Prof^a Dra. Claudete Barriguela Junqueira e Prof^a Dra. Ligia Vizeu Barrozo, pelas sugestões que vieram contribuir, decisivamente, para a conclusão deste trabalho.

A todos os amigos do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Em especial, à Dra. Maria Lucia Rosa Stefanini, pelo afeto e carinho. Às bibliotecárias Carmen, Cidinha e Ana, sempre prontas a ajudar.

Ao Andrei de Souza Santos, mestre e amigo.

Aos eternos amigos do Programa Bolsa Mestrado: Mayra, Edson, Débora e Flávio, pelas longas horas de conversa sobre os mais variados temas.

Aos companheiros de orientação, pelos aprendizados coletivos.

À Neusa Barros Nunes e Maria Cardoso de Sá, pela amizade e pelo carinho demonstrados nas horas mais difíceis. Amigas, conselheiras e ótimas ouvintes.

Às amigas Maria Giuseppa e Rosana, pelo apoio e amizade.

Ao Agnaldo de Oliveira Leite, pelo carinho, pelo incentivo e, sobretudo, por ter me ensinado que há tempo para chorar, mas, também tempo para sorrir.

Aos meus pais, ao meu irmão e à minha filha Letícia, pelo amor e pela compreensão em todos os momentos.

Resumo

Esta pesquisa procura analisar o isolamento compulsório dos portadores de hanseníase no Asilo-colônia Santo Ângelo localizado em Mogi das Cruzes, São Paulo, tendo como ponto de partida os anos 1890, época em que as primeiras medidas de controle da hanseníase e de outras doenças foram adotadas pelo poder público paulista.

A criação de várias instituições e do primeiro código sanitário marcaram o início da construção de uma forte estrutura para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde neste local. Os anos 1960 marcam o fim do período de isolamento dos hansenianos e a possibilidade dos portadores manterem uma vida fora das grades do Santo Ângelo e dos demais asilos do estado.

O controle das doenças na capital paulista tornou-se uma grande preocupação do poder público na medida em que a industrialização possibilitava o enriquecimento e a modernização da cidade, atraindo um grande número de imigrantes. O aumento populacional trazia consigo o alastramento de diversas doenças endêmicas e epidêmicas, tornando urgente a intervenção do Estado no combate aos agravos à saúde da população, posto que as medidas particulares adotadas em períodos anteriores não estavam surtindo efeitos.

Os conhecimentos produzidos acerca das doenças no Brasil e no mundo permitiam à medicina enfatizar o papel que o ser humano desempenhava na transmissão das doenças, favorecendo com isso o controle sobre os doentes. Desta forma, além da preocupação com o ambiente físico, posto que medidas sanitárias eram adotadas com o intuito de melhorar as condições de vida na cidade, a medicina lançava seu olhar também ao corpo social, vigiando, controlando e excluindo os doentes da população sã.

Ao se dirigir ao ser humano, como fonte propagadora de doenças, a medicina sanitaria, que se desenvolvia em São Paulo, adotou técnicas de exclusão, de controle e de vigilância como formas de profilaxia das moléstias. Neste sentido, dentre as várias doenças de notificação compulsória, a hanseníase (antiga lepra) foi privilegiada neste trabalho por tratar-se de uma doença cuja prevenção exigiu o isolamento compulsório de seus portadores em asilos-colônias construídos em locais distantes da capital.

A hanseníase se alastrou de maneira impressionante a partir do final do século XIX em São Paulo, causando grande medo entre a população posto que a cura não era conhecida e também porque trazia consigo representações herdadas de um passado distante, mas que ainda impressionavam as pessoas.

O isolamento dos portadores de hanseníase no Asilo-colônia Santo Ângelo era visto pelas autoridades, pelos médicos e pela sociedade como única forma de profilaxia da doença. Neste sentido, o Santo Ângelo foi construído tendo em vista uma longa permanência dos doentes, sendo provido de diversas instalações e de uma infra-estrutura elogiada até mesmo fora do estado e do Brasil. Contudo, com o passar dos anos o asilo se tornou um lugar insuportável para se viver. Os doentes, afastados de suas famílias, eram constantemente vigiados, sofriam maus tratos, eram transformados em cobaias para experimentos de novos medicamentos e, fora dos muros do asilo, a doença se mantinha incontrolada.

Após décadas de sofrimentos, finalmente em 1967 as portas do Asilo-colônia Santo Ângelo foram abertas para que os doentes pudessem sair. No entanto, muitas pessoas continuaram e continuam até hoje morando no lugar por não possuírem perspectivas de vida fora do asilo. Algumas delas tiveram seus corpos afetados pela doença e se tornaram incapacitados de alguma forma, seja perda da visão, da audição ou de mãos e pés, porém, todas devem levar

consigo as marcas do abandono e da exclusão sofridos no período de isolamento compulsório.

Palavras-chaves: cidade, isolamento compulsório, asilo-colônia, Santo Ângelo

Abstract

This research tries analyse the compulsory isolation of hanseníase carriers at the asylum-colony located in Mogi das Cruzes, SP, starting in the 80's, when the first hanseníase and other illnesses control arrangements were adapted by the paulista government.

The creation of many institutions and the first sanitary code sealed the beginning of the construction of a structure to the development of public policies of health in that place. The 60's indicate the end of hansenianos period of isolation and the possibility of carries to keep a life out of bars of Santo Ângelo and other asylums in the state.

The illnesses control, in the paulista capital, became a great worry of the government as the industrialization mode the enrichment and modernization of the city possible, attracting a big number of immigrants. The increasing population brought with itself the expansion of many endemic and epidemic illnesses, making urgent state government intervention in the combat to the damages to health, though the particular arrangements adapted in previous periods were not working.

The know ledges made about illnesses in Brazil and in the world allowed the medicine to emphasize the role the human blings played in the illnesses transmission, helping with this the control on sick people. This ways, besides the worry with the physical environment, though the sanitary arrangements were adapted with aim of improving the life conditions in the city, the medicine threw its look also to the social body, observing, controlling and excluding the sick people from the health population.

By addressing to the human being, as a spreading temple of illnesses, the sanitary medicine, which grew in São Paulo, adapted exclusion,

control and precaution techniques as ways of diseases preventive medicine. In this sense, among the many illnesses of compulsory notice, the hanseníase (former lepra) was privileged in this work by concerning a disease of which prevention demanded the compulsory isolation of its carriers in asylum-colonies built in places far from the capital.

The hanseníase spread in an impressive way from the end of the 19th century in São Paulo, causing a great fear among the population since its cure was unknown and also because it brought with itself representations inherited from a distant past, but that still used to impress people.

The isolation of hanseníase carriers at the Asylum-colony Santo Ângelo was seen by the authorities, by the doctors and by the society as the only way of preventing the disease. In this sense, Santo Ângelo was built having in view a long stay of the sick people, being provided with several facilities and an infrastructure praised even out of the state and Brazil. However, with the passing years the asylum became an unbearable place to live in. The sick people, apart from this families, were constantly watched, suffered maltreatments, were transformed into guinea pigs for testing new drugs and, out of the walls of the asylum, the illness kept out of uncontrolled.

After decades of suffering, finally in 1967 the doors of the Asylum-Colony Santo Ângelo were open for the sick people to go out. Nevertheless, many people kept and keep up to today living in the place because they do not have perspectives of live out of the asylum. Some of them had their bodies affected by the illness and became in some way unable, eye sight, hearing or hands and feet loss, however all of them must take with them the forlornness blemish and the exclusion suffered in the period of compulsory isolation.

Key-words: city, hanseníase, compulsory isolation, asylum-colony, Santo Angelo

Sumário

Introdução.....	13
Capítulo 1 — A cidade e a saúde pública.....	49
Capítulo 2 — Medicina sanitaria e a profilaxia da hanseníase.....	98
Capítulo 3 — A instituição exemplar: asilo-colônia Santo Ângelo	139
Considerações Finais	184
Referências	194
Anexos	201

Lista de Fotografias

Fotografia 1 — Fachada do prédio do Desinfetório Central.....	71
Fotografia 2 — Portadores de hanseníase exibindo as lesões da doença.....	109
Fotografia 3 — Doentes de hanseníase e seus acampamentos.....	111
Fotografia 4 — Casal de hansenianos acampando à beira da estrada.....	112
Fotografia 5 — Entrada principal do Asilo-colônia Santo Ângelo.....	141
Fotografia 6 — Entrada principal do Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcante.....	142
Fotografia 7 — O parlatório.....	151
Fotografia 8 — Pavilhão feminino — Asilo-colônia Santo Ângelo.....	154
Fotografia 9 — Pavilhão masculino — Asilo-colônia Santo Ângelo.....	155

Fotografia 10 — Moradia de casais do Asilo-colônia Santo Ângelo.....	156
Fotografia 11 — Pavilhão coletivo do Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcante.....	157
Fotografia 12 — Moradia individual do Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcante.....	158
Fotografia 13 — Visitantes assistindo a um campeonato esportivo no Asilo- colônia Santo Ângelo.....	164
Fotografia 14 — Vista aérea do Asilo-colônia Santo Ângelo.....	168

Lista de figuras

Figura 1 — Distribuição da lepra na Província de São Paulo em 1851.....	115
Figura 2 — Distribuição da lepra no estado de São Paulo em 1923	119
Figura 3 — Emblema da Associação Protetora dos Morféticos.....	125

Lista de quadros

Quadro 1— Distribuição da lepra na Província de São Paulo em 1887.....	118
Quadro 2 — Distribuição da lepra no estado de São Paulo em 1923.....	118

Introdução

Introdução

A hanseníase é, ainda hoje, um grave problema de saúde pública no Brasil. Dados do Ministério da Saúde revelam altos índices de detecção de casos novos da doença nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Nas regiões Sul e Sudeste, apesar de serem obtidos índices mais baixos, a doença ainda afeta um grande número de pessoas.

Em São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde informa que, em 2006, o coeficiente de detecção de casos novos ficou em 0,48 para cada 10.000 habitantes e que a tendência é que este número diminua ano após ano. Em números brutos, a queda também vem acontecendo: em 2006, foram 1.958 casos novos, sendo que, em 2001, eram 2.999 novos casos (www.saude.sp.gov.br, acessado por mim em 25 de maio de 2008).

A hanseníase é definida como uma doença infecto-contagiosa crônica e de longa duração, sendo transmitida de pessoa a pessoa, por meio do contato íntimo e prolongado com doentes que possuem as formas contagiantes (Virchoviana ou Dimorfa) e que não fazem tratamento. As condições de vida ligadas aos fatores socioeconômicos, tais como: estado nutricional, situação de higiene e condição de moradia também estão relacionadas aos fatores de transmissão da doença (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p. 39).

A moléstia atinge a pele, os olhos e os nervos, principalmente os periféricos e, se não for tratada de início, pode deixar seqüelas. O doente apresenta manchas esbranquiçadas ou avermelhadas na pele, em qualquer parte do corpo e em cima desta mancha a pele fica com a sensibilidade diminuída ou abolida ao calor, ao tato e à dor. As manchas não coçam nem doem. É importante ressaltar que a maioria das pessoas tem resistência contra a doença. Existem estudos imunológicos que indicam que cerca de 90% das pessoas

possuem defesa natural contra o *M. leprae*, bacilo causador da doença. Atualmente, a Poliquimioterapia (PQT) é utilizada para matar o bacilo e interromper a transmissão da doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

Marcos de Souza Queiroz & Maria Angélica Puntel explicam que não existe ainda um teste confiável para se detectar a infecção pelo *M. leprae* na população e isso acaba gerando a impressão errônea de que o índice de infecção é pequeno, quando, na realidade, baixa é apenas a proporção das pessoas que adoecem ao tomarem contato com o bacilo (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p. 42).

Na história da hanseníase, frequentemente deparamo-nos com as dificuldades de diagnóstico e de tratamento da doença, com os modelos de exclusão dos seus portadores e com as representações da doença, geralmente ligadas a certas crenças que tiveram suas origens na Antiguidade.

Segundo Ana Zoé Schilling da Cunha, existem poucos registros e poucas referências acerca do aparecimento da hanseníase na Antiguidade. Sabe-se, no entanto, que a doença muitas vezes foi confundida com outras, tais como a elephantíasis e a sífilis e que os sacerdotes tinham a missão de diagnosticar e tratar a doença, obrigando os doentes a realizarem sacrifícios de purificação.

Estes sacrifícios se justificavam na medida em que a hanseníase, ou melhor, a lepra estava associada às formas de pecado e de impureza (CUNHA, 2001, p.236).

No Antigo Testamento, no Livro de *Levítico*, capítulos 13 e 14, encontra-se uma série de orientações sobre a lepra, desde as formas de identificação até os cuidados com a doente.

O Senhor disse a Moisés e a Aarão: quando um homem tiver um tumor, uma inflamação ou uma mancha branca na pele de seu corpo, e esta se tornar em sua pele uma chaga de lepra, ele será levada a Aarão, o sacerdote, ou a um dos seus filhos sacerdotes. O sacerdote examinará o mal que houver na pele do corpo: se o cabelo se tornou branco naquele lugar, e a chaga parecer mais funda que a pele, será uma chaga de lepra. O sacerdote verificará o fato e declarará impuro o homem (LEVÍTICO, Cap. 13, versículos 1 a 3). Todo homem atingido pela lepra terá suas vestes rasgadas e a cabeça descoberta. Cobrirá a barba e clamará: Impuro! Impuro! Enquanto durar o seu mal, ele será impuro. É impuro; habitará só, e a sua habitação será fora do acampamento (LEVÍTICO, Cap. 13, versículos 45 a 46).

A lepra aparece no *Levítico* como uma estranha doença ligada à impureza dos homens, como visto nos trechos citados acima, mas também como impureza das roupas e até das paredes. Percebe-se que o doente era submetido a um exame minucioso do sacerdote, após, estava sujeito a um ritual no qual era declarado impuro e obrigado a viver fora do acampamento. A impureza dos homens estava diretamente ligada ao pecado, contudo, a doença

aparece em outros livros bíblicos também como uma forma de redenção para se alcançar o paraíso.

Com a história de Jó, o justo atingido na carne, o mal físico aceite com submissão reveste-se de um outro significado: uma via de redenção e não o castigo manifesto do pecado. O Evangelho segundo São Lucas mostra o pobre Lázaro morrendo coberto de úlceras, depois acolhido por Abraão (BÉNIAC, 1997, p. 134).

A associação da lepra, ora com o pecado, ora com a libertação do justo, aparecerá de forma significativa na Idade Média. Contudo, visto como pecador ou justo, o doente era, no período, separado do convívio com os sãos e obrigado a usar vestimentas que o distinguissem das demais pessoas.

Desenhe-se a figura tradicional do leproso: um fato comprido e luvas, muitas vezes um grande chapéu, dissimulam a maior parte das deformidades e supostamente defendem o público da contaminação (BÉNIAC, 1997, p. 136).

Além das representações religiosas da lepra, as quais justificavam a separação do doente do convívio social — ora o doente precisava ficar longe da comunidade como forma de punição pelos males que causara, ora como um meio de alcançar a comunhão com Deus — a interdição dos portadores de lepra na Idade Média, na Europa, segundo Françoise Béniac (1997, p. 136), também era de caráter sanitário. Buscava-se, sobretudo, evitar a contaminação das

peessoas sãs, proibindo os doentes de habitar nos grandes aglomerados. Desta forma, a partir do momento em que o indivíduo era declarado leproso por uma comissão formada por um bispo, vários clérigos e um também portador da lepra, a autoridade local pronunciava a sua sentença de separação.

A separação do leproso do convívio social começou a evidenciar-se na Europa a partir do século V com a construção do primeiro leprosário na França. Por volta do século XIII, segundo Michel Foucault (1987, p. 3), já existiam mais de 2.000 leprosários somente neste país.

O confinamento dos leprosos se dava, muitas vezes, por intermédio de rituais que tinham como objetivo tornar o doente “morto” para a sociedade. George Rosen explica que a realização do serviço funerário, com a participação da vítima, simbolizava a terrível exclusão da sociedade humana e obedecia regras minuciosas e precisas, tais como descrito abaixo:

O leproso vinha vestido com uma mortalha, lia-se a missa solene para os mortos, jogava-se terra sobre o doente; então os padres o conduziam, acompanhado de parentes, amigos e vizinhos , até uma choupana ou um leprosário, fora dos limites da comunidade (ROSEN, 1994, p.60).

De acordo com Rosen (1994, p. 59), nenhuma outra doença pode ser comparada ao terror causado pela lepra na sociedade medieval, sendo as

medidas adotadas em sua profilaxia uma marca importante na história da Saúde Pública da Idade Média e também em épocas posteriores. O isolamento de pessoas com doenças contagiosas permaneceu por muitos séculos, estando presente em várias sociedades que reconheciam a necessidade de controlar uma determinada enfermidade controlando em primeiro lugar o doente.

A idéia de permanência daquilo que foi considerado o único caminho a seguir na profilaxia da lepra: o confinamento dos doentes e o seu significado para o mundo também foi observado por Michel Foucault quando este autor analisa o desaparecimento da lepra na Europa.

Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado (FOUCAULT, 1987, p.6).

A lepra desapareceu na Europa em fins da Idade Média, deixando como herança os grandes leprosários, os quais foram utilizados, séculos depois, para abrigar presidiários, vagabundos, pobres e “cabeças alienadas”, como denominou Michel Foucault. A loucura substituiu a lepra não somente na forma de exclusão e abandono, mas também no que se refere ao medo e ao preconceito da sociedade com relação ao doente. Assim, a partir do século

XVII, os loucos passam por um processo de exclusão muito parecido com aquele que anteriormente fora destinado aos leprosos (FOUCAULT, 1987, p.7)

No Brasil, o aparecimento da hanseníase coincide com a vinda dos colonizadores portugueses ao país, pois não há indícios de que os indígenas tivessem a doença. José Ricardo Lopes Garcia (2001, p. 18) explica que a lepra não desapareceu por completo em todos os países europeus, permanecendo em algumas regiões, inclusive em Portugal. Desta forma, com as Grandes Navegações, Portugal manteve contato com os continentes asiático e africano, possíveis focos da lepra e os quais não conheciam ainda os meios de prevenção da moléstia. Posteriormente, ao chegarem na América, os portugueses teriam trazido consigo, dentre outras doenças, também a hanseníase.

Ao descrever a história da hanseníase em São Paulo, Flávio Maurano descarta a hipótese de que os africanos teriam trazido a enfermidade ao Brasil e afirma que existem fortes evidências indicando a origem européia do mal de Hansen. Para explicar a impossibilidade da vinda de negros leprosos ao Brasil, Maurano argumenta que havia um criteriosa seleção dos escravos durante o processo de negociação, sendo portanto, improvável que um negro portador de uma doença de pele tão visível, pudesse ser negociado, por mais baixo que fosse seu preço. Desta forma, negada a existência da lepra entre os indígenas e reduzida a importância do papel representado pelos africanos,

coube ao europeu o papel mais importante na introdução da lepra no país (MAURANO, 1939, v.I, p. 13).

Após uma minuciosa pesquisa acerca do aparecimento da lepra em São Paulo, Flávio Maurano explica que não encontrou nenhum documento comprovando a existência deste mal em terras paulistas antes de meados do século XVIII. Documentos utilizados pelo autor, tais como uma carta enviada ao Conde de Oyeras pelo então capitão general D. Luiz Antonio Botelho Mourão e uma das atas da cidade de São Paulo que tratava do despejo de uma cigana doente, ambos escritos por volta de 1768, atestam o perigo que corria a capitania em face à doença. É importante ressaltar que, neste mesmo período, surgiram as primeiras indicações de isolamento dos leprosos como medida de contenção da doença (MAURANO, 1939, v. I, p.20).

A doença parecia acompanhar o desenvolvimento econômico da província. Os resultados de levantamentos do número de casos da hanseníase em São Paulo, por volta do século XIX, demonstram um grande número de doentes no Vale do Paraíba em alguns municípios, tais como Taubaté, Jacareí, Lorena, Guaratinguetá, dentre outros. A região encontrava-se densamente povoada, tendo em vista o desenvolvimento da cafeicultura. Logo após, a doença foi atingindo vários municípios a oeste do território paulista, os quais começavam a desenvolver atividades econômicas. A capital, por sua vez, já

apresentava, nos primeiros anos do século XX, uma expressiva quantidade de portadores do mal de Hansen (MAURANO, 1939, v.I, p. 40).

A partir do final do século XIX e durante as primeiras décadas do século XX, alguns fatores contribuíram de forma expressiva para que a lepra atingisse os moradores da capital, sendo possível estabelecer uma relação entre a doença e o processo de urbanização e modernização de São Paulo, posto que ocorriam mudanças significativas na paisagem da cidade. Neste sentido, o deslocamento populacional, ou seja, o grande número de imigrantes¹ que se dirigiam para São Paulo pode ser apontado como um dos fatores de grande relevância para que houvesse um aumento do quadro epidemiológico da doença, tendo em vista as péssimas condições de vida no local.

De acordo com Maria da Conceição Cavalcanti Magalhães (2007, p.76), a pobreza; a desnutrição ou algumas carências nutricionais; as condições higiênicas desfavoráveis; e os movimentos migratórios configuram-se em causas sociais associadas à distribuição geográfica das doenças. Segundo a autora:

A doença, com frequência, relaciona-se a indicadores como baixa renda familiar ou *per capita*, baixa escolaridade e falta de

¹ Um elemento importante destacado nos estudos epidemiológicos para explicar a incidência de um determinado agravo à saúde no espaço urbano é a mobilidade populacional. Forattini (1980, p. 175) explica que, em certas circunstâncias, tais como estados de calamidade pública ou conflitos armados, é grande a movimentação da população e esta movimentação contribui para a dispersão das mais variadas doenças.

condições básicas de saúde, entre outros (MAGALHÃES, 2007, p.76).

Luiz Jacintho da Silva (1997, p.587) acrescenta que a doença ocupa um lugar no espaço geográfico e sua existência se deve a um conjunto de relações determinadas pelas características deste espaço. Assim, o autor parte da idéia de que determinadas doenças ocorrem, preferencialmente, neste ou naquele lugar, dependendo das interações entre os diversos segmentos urbanos, além de fatores físicos, tais como a poluição ambiental, a quantidade de radiação ultravioleta etc.

Esta pesquisa procurou analisar o isolamento dos portadores de hanseníase no Asilo-colônia Santo Ângelo, medida adotada pelo poder público paulista para conter a endemia da lepra no estado, seguindo uma linha de discussão baseada na idéia de que a expansão urbana das cidades se relaciona, de maneira íntima, com a necessidade de controle das doenças. O nascimento da indústria e o intenso processo de urbanização pelos quais passaram as cidades brasileiras a partir de fins do século XIX, trouxeram consigo os problemas inerentes ao aumento populacional, o qual, aliado ao crescimento físico irregular do meio urbano, provocou toda sorte de problemas, inclusive as grandes epidemias.

Para conter as epidemias que assolavam as cidades, foram construídas as primeiras políticas de saúde pública no Brasil. Em São Paulo,

assim como em outras localidades, estas políticas tinham como objetivo combater as moléstias endêmicas e epidêmicas por meio do controle sanitário das cidades, utilizando a polícia médica como instrumento principal. Neste sentido, as áreas e os objetos do meio urbano, tidos como insalubres, passavam a representar uma ameaça à saúde de toda a população. Estas áreas eram, geralmente, aquelas habitadas pela população mais pobre, as quais acabavam sendo foco de intervenções urbanas.

Posteriormente, o controle sanitário das cidades passa a se dirigir também ao indivíduo, considerado o principal agente transmissor das doenças. Coube, então, ao poder público combinar esforços e os saberes técnico-científicos para combater as enfermidades, vigiando e isolamento o foco principal das doenças: o próprio doente.

Para que eu pudesse compreender o isolamento compulsório dos portadores de hanseníase no contexto da prática sanitária em São Paulo, precisei conhecer as origens da moderna Saúde Pública e as formas por ela utilizadas para enfrentar as doenças. A moderna Saúde Pública se desenvolveu, inicialmente, em cidades da Europa num contexto da economia capitalista, na medida em que o desejo de obter uma população sadia, apta ao trabalho, vinha ao encontro da necessidade de produção e do aumento dos lucros.

Autores como Michel Foucault e George Rosen foram essenciais para a compreensão da prática sanitária em países da Europa. Michel Foucault faz importantes considerações acerca das etapas de formação da medicina moderna e das técnicas utilizadas para seu funcionamento, tais como a polícia sanitária e a importância do saber médico no controle sanitário das cidades, ao passo que, em *“Uma história da Saúde Pública”*, George Rosen apresenta como a promoção do bem-estar dos cidadãos foi se tornando uma das mais importantes funções do Estado moderno.

A expansão das aglomerações na Europa, segundo George Rosen (1994, p.156), trouxe à luz problemas que tornaram necessários novos meios de prevenção da doença e de proteção à saúde pública, sendo o saneamento urbano o único remédio para o controle das doenças. Por meio do saneamento, buscava-se o melhoramento e o embelezamento das cidades.

De acordo com George Rosen, o rápido crescimento populacional nas cidades inglesas logo se refletiu em altas taxas de mortalidade na medida em que as pessoas eram colocadas em qualquer lugar e de qualquer maneira. O autor ainda salienta que as condições insalubres nas cidades superavam, em muito, as tentativas de melhoria e que estas condições foram a base para uma reforma sanitária na Grã-Bretanha.

Em Manchester, a primeira cidade industrial, os problemas de saúde logo atraíram a atenção. Uma série de febres tinha despertado a consciência de que a congestão de fábricas e moradias condicionava o florescimento e a difusão de doenças. Durante o inverno de 1795, a disseminação do tifo exantemático já havia levado à formação de um Conselho de Saúde, voluntário. Mas, a despeito das atividades e recomendações do Conselho, a oposição e a negligência o tornaram ineficiente [...]. Mais e mais ingleses viviam em cidades e trabalhavam em fábricas. E, irradiando-se esse novo tipo de vida, deterioravam-se as condições de saúde. Em especial nos mais velhos distritos das cidades, construiu-se em cada metro de espaço, e densidades populacionais muito elevadas se tornaram feições comuns das cidades. [...]. À proporção que os trabalhadores e suas famílias confluíam para a área urbana, empreiteiros levantavam moradias em qualquer pedaço de terra, desde que próximos dos locais de emprego. A epidemia de cólera de 1831 e 1832 fortaleceu ainda mais o interesse pela situação das cidades. A doença procurava os distritos mais pobres, os locais onde mais se negligenciavam as medidas sanitárias, as áreas mais poluídas por excrementos e outras imundícies. [...]. Imundície, doença, desamparo e exigências de redução da assistência aos pobres são as raízes do movimento pela reforma sanitária (ROSEN, 1994, p. 157-161).

O caso europeu é exemplar para a compreensão do contexto sanitaria e, sobretudo, de como as idéias higienistas foram incorporadas às políticas urbanas. No Brasil, de acordo com Maurício de Almeida Abreu (1997, p.27), o pensamento higienista é uma importante fonte para compreensão do processo de urbanização no início do período republicano, na medida em que os médicos colocaram-se à frente na tarefa de higienizar as cidades. Desta forma, ao privilegiar o estudo da política de controle da hanseníase em São Paulo, tive como intenção mostrar como o modelo higienista esteve estruturado neste local e como os médicos puderam intervir na cidade. A idéia de higienizar a

cidade modificou hábitos da população, criou novas formas de sociabilidade, destruiu estruturas para colocar em seus lugares novos meios de prevenir as doenças, muitas vezes, separando os doentes da sociedade sadia.

Além da Inglaterra, outras nações, dentro e fora da Europa, também organizaram suas políticas de saúde baseadas no sanitarismo a partir do final do século XIX. Juan César Garcia analisa as práticas sanitaristas na América Latina trazendo à discussão as motivações econômicas que impulsionaram o poder público a estruturar complexas ações sanitárias de proteção à saúde da população. Para este autor, o sanitarismo foi uma resposta à necessidade de uma produção capitalista destinada ao mercado externo.

No período de 1880 a 1930, o sanitarismo compreendia o conjunto de serviços governamentais ordenados para preservar a saúde dos habitantes. [...]

A criação de diretorias, departamentos ou serviços nacionais de saúde foi a resposta necessária do Estado liberal-oligárquico para resolver os problemas que afetavam os interesses da burguesia local e o capital monopolista. [...] A importância que o Estado devotou ao sanitarismo à frente de outros setores da medicina, tais como o da beneficência, determinou que a medicina estatal pudesse ser considerada quase exclusivamente como sanitarismo estatal (GARCIA, 1991, p.24).

Percebe-se, assim, que a prática sanitarista esteve presente nos locais em que a indústria se desenvolvia, visto que a acumulação de riquezas proporcionava maiores investimentos na saúde e que, apesar das

especificidades de cada local, alguns elementos estiveram presentes nos lugares em que o sanitarismo se desenvolvia. Neste contexto, é possível verificar a existência de uma classe trabalhadora formada, na maioria das vezes, por imigrantes e que vivia em condições precárias e em moradias insalubres, tais como os cortiços, e, também, de uma elite que reservava para si áreas privilegiadas da cidade. As grandes aglomerações na cidade proporcionavam o surgimento de diversas doenças, conforme aponta Luiz Jacintho da Silva:

O determinante do processo de organização do espaço é a necessidade econômica, ou seja, o espaço será organizado conforme as atividades que nele se desenrolam. No espaço urbano, local em que se desenvolvem as mais diversas atividades econômicas, sendo maior a concentração de pessoas, consequentemente serão maiores as chances de contágio das doenças (SILVA, 1999, p. 26).

Em São Paulo, apesar das diferenças em relação ao grau de desenvolvimento do capitalismo com relação às cidades da Europa, o sanitarismo também se tornou a expressão maior da medicina estatal a partir do final do século XIX, época em que houve um extraordinário aumento da população na cidade, advindo com a imigração e com a vinda dos grandes fazendeiros e suas famílias para o local. A partir deste fenômeno, tornou-se imprescindível que o poder público criasse mecanismos capazes de garantir a saúde da população.

Segundo Juan C. Garcia:

Em alguns países, o sanitarismo local, em municípios, províncias, departamentos ou regiões, desenvolveu-se em grau maior do que o sanitarismo nacional, como foi o caso do Estado de São Paulo, no Brasil; da Província de Buenos Aires na Argentina; e no Departamento de Antioquia, na Colômbia. Isso aconteceu porque essas unidades político-administrativas constituíam áreas territoriais onde se concentrava a produção capitalista (GARCIA, 1991, p.62).

A especificidade paulista no que se refere ao desenvolvimento do sanitarismo pode ser explicada na medida que, em meio à transição do século XIX para o XX, várias instituições no campo da saúde foram criadas na capital. O Serviço Sanitário paulista foi criado em 1892 e, neste mesmo ano, foi inaugurado o Instituto Bacteriológico. Posteriormente, em 1901, foi criado o Instituto Soroterápico, futuro Instituto Butantã e, em 1903, o Instituto Pasteur. Estas instituições forneceram a base para o desenvolvimento de uma política pública de saúde em São Paulo.

Cristina Campos explica que a criação do Serviço Sanitário, em 1892, coincide com a primeira fase de atuação do sanitarismo, sendo o sanitarismo urbano estendido até a década de 1910. Em sua fase urbana, o sanitarismo caracterizou-se pela elaboração de regulamentos voltados tanto para a parte física, definindo formas de arruamento e de moradia, quanto para o cotidiano da

cidade, definindo, assim, novas formas de se viver na cidade (CAMPOS, 2002, p. 38).

Os regulamentos aos quais se refere Cristina Campos estão presentes no primeiro código sanitário do estado de São Paulo, oficializado em 1894. Este documento demonstra a preocupação da medicina sanitarista com o meio urbano, sobretudo com a normatização de ruas e habitações, as quais deveriam seguir padrões de higiene e salubridade da época.

Contudo, mesmo havendo uma atenção maior com as construções irregulares em São Paulo, o que se viu, em anos posteriores, foi uma crescente especulação imobiliária na área urbana, permitindo um distanciamento entre os bairros habitados pelos mais ricos daqueles habitados pela classe trabalhadora. Esta segregação espacial proporcionou, segundo Bonduki (1998, p.20), à elite formas particulares de morar, com diferentes investimentos públicos, longe dos bairros operários com suas péssimas condições de vida.

As diferentes feições assumidas pela cidade de São Paulo, no início do século XX, foram traduzidas por Luiz Antônio Teixeira quando este autor compara Higienópolis, bairro de classe alta, criado no período e cujo nome demonstra a grande preocupação com a higiene no processo de ocupação

urbana, com o Bexiga, bairro antigo, onde moravam os menos favorecidos e de denominação popular associada à varíola (TEIXEIRA, 1995, p. 33).

Neste sentido, tem-se que a cidade de São Paulo apresentava-se, nas primeiras décadas do século XX, principalmente, pela sua funcionalidade. As disposições das ruas, das praças, das construções foram guiadas por projetos arquitetônicos que exprimiam os desejos da elite, sendo a maior prova disso os bairros planejados que surgiram a partir da década de 1910 e que se tornaram o símbolo do habitar distinto das classes mais ricas. Segundo Henri Lefèbvre (1991, p.9), as modificações do espaço urbano tendem a beneficiar a elite que organiza seus territórios e se apropria das áreas centrais, de modo que as camadas mais pobres, alijadas deste processo de modernização, acabam transferidas para as periferias, perdendo o direito à cidade.

Desta forma, enquanto a elite procurava moldar o espaço de acordo com seus interesses, forjando, assim como explica Paulo César Garcez Marins (2001, p.178), uma mancha contínua de vizinhança homogênea que procurava excluir os menos favorecidos das proximidades, os trabalhadores se viam obrigados a habitar em bairros distantes do centro. Assim, neste mesmo espaço, espaço da modernidade, do novo, conviviam as diferenças, ou seja, os ricos palacetes e os cortiços insalubres, não sem os limites e as fronteiras estabelecidas.

A convivência com o “outro”, o “diferente” levou a sociedade a estabelecer critérios para classificar e apontar aquele que se encontrava “fora do lugar”, ou seja, fora dos padrões estabelecidos. Assim, o pobre, o louco, o doente, o leproso foram categorias usadas para justificar a exclusão e a segregação.

De acordo com Jean-Claude Schmit, só é possível identificar as formas de marginalidade tendo em vista o contexto social e histórico em que elas se inserem. Neste sentido, indivíduos ou grupos de indivíduos são marginalizados conforme os valores historicamente construídos por uma determinada sociedade. Valores que podem ser religiosos, como no caso da associação da hanseníase com a lepra bíblica ou econômicos, quando a importância do trabalho define a utilidade ou a inutilidade dos sujeitos sociais. Nesta categoria, também, podemos incluir os leprosos, pois, por possuírem doença tão estigmatizante, encontravam-se excluídos do mundo do trabalho (SCHMIT, 2001, p. 278).

Existe em todas as épocas uma linha divisória, que decide seja a integração, seja a exclusão dos marginais, e onde se estabelece o critério de “utilidade” social. Esta palavra indica, em primeiro lugar, que benefício material a coletividade espera dos agentes sociais (SCHMIT, 2001, p. 286).

O tratamento dispensado aos leprosos em São Paulo, no início do século XX, nos serve como referência para explicar como um indivíduo é visto por uma coletividade e como esta mesma coletividade decide pela integração ou exclusão de um determinado grupo, tendo em vista um dado momento histórico.

Tratava-se, portanto, de uma época em que a medicina sanitarista se desenvolvia e adquiria cada vez mais importância nas decisões dos assuntos da cidade. Neste sentido, o sanitarismo teve papel fundamental no processo de segregação espacial quando passou a localizar, na cidade, os elementos capazes de favorecer o aparecimento das doenças. Auxiliada pelos estudos da Bacteriologia, a medicina enfatizou o papel do indivíduo na propagação de certas doenças, como a hanseníase, favorecendo ações de controle sobre o doente e a discussão dos meios possíveis para que houvesse o seu isolamento da sociedade.

Em fins do século XIX, o médico norueguês Armauer Hansen demonstrou que a lepra é uma doença contagiosa, causada pelo *M. leprae* e esta descoberta, segundo Marcos de Souza Queiroz e Maria Angélica Puntel (1997, p.32), transformou os doentes, mais do que em épocas anteriores, em ameaça social, fato que viria justificar o internamento dos leprosos em instituições fechadas.

Nas primeiras décadas deste século tem início, no interior do processo de higienização da sociedade, a luta contra a hanseníase, através do confinamento compulsório dos doentes em leprosários. A noção de contágio foi reforçada pelo imperativo, pela primeira vez colocado, de se formar um povo, uma raça forte e sadia (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p.33).

Tendo em vista que o doente era a única fonte propagadora do mal, a medicina passou a considerar o internamento compulsório como única forma de profilaxia da hanseníase.

A idéia de confinar todos os leprosos numa ilha foi logo patrocinada por Oswaldo Cruz e outros médicos ilustres tais como os paulistas Ulysses Paranhos, Alberto Seabra, Adolpho Lindenberg, uma posição vitoriosa no VI Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em São Paulo em 1907 (QUEIROZ e PUNTEL, 1997, p. 32).

A história da hanseníase, nas primeiras décadas do século XX, mostra-nos, de maneira exemplar, como conhecimento científico, poder e imaginário popular foram capazes de afetar a vida de milhares de indivíduos, que por terem contraído uma doença repulsiva, estiveram sujeitos às normas estabelecidas para o bem da saúde pública e o progresso da cidade.

A respeito das representações da hanseníase, é importante mencionar que, mesmo após a descoberta de que o bacilo de *Hansen* é o responsável pela sua disseminação, as crenças religiosas e as superstições em relação à moléstia continuaram e ainda continuam a existir.

O debate em torno da construção de asilos que pudessem abrigar os portadores da doença pode ser verificado no discurso do médico higienista Emílio Ribas, já no início do século XX. Este médico aconselhava a notificação compulsória dos casos de lepra e a fundação de asilos-colônias como forma de impedir a propagação da doença, considerada um grave problema de saúde pública. Emílio Ribas deixa claro que os hospitais não possuíam condições para atender o grande número de leprosos do estado, funcionando apenas como instituições de caridade (RIBAS, 1917, p.35).

Um dos grandes perigos para a saúde pública está certamente nos focos ocultos de lepra, existentes nos centros de grande população.

Os miseráveis, impellidos pela necessidade, procuram os nossos exíguos hospitaes, mas os doentes que possuem alguns recursos, insufficientes para manter os indispensaveis preceitos de salubridade em seus domicilios e para sua hygiene pessoal, continuarão a ser focos de propagação da molestia. Para este caso chamo a atenção dos que se interessam pelo assumpto, porquanto, desde logo se percebe que estes doentes hão de oppôr tenaz e astuciosa resistência á condemnação ao desterro, e que a defesa das nossas cidades contra a lepra não será sufficientemente feita, com grave prejuízo para a saúde pública [...].

Pelas ponderações que acabo de fazer, uma nova orientação se impõe, no Brasil, para o combate á lepra, com a criação dos asylos-colonias, onde os doentes possam gosar uma vida livre, entregando-se os que não estiverem completamente inválidos á agricultura e á criação do gado e de aves domesticas, para o consumo da propria colonia (RIBAS, 1917, p. 32; 36).

Para a efetivação dos ideais isolacionistas em São Paulo, foi necessário que a medicina sanitarista promovesse ações de controle na cidade.

O código sanitário de 1918 demonstra a preocupação com a profilaxia das doenças transmissíveis como a lepra, prevendo: a notificação compulsória das doenças, o isolamento de seus portadores, a desinfecção das casas e a vigilância médica da cidade.

Quanto à notificação dos casos de doença transmissível, o código previa:

Ocorrendo um caso de doença transmissível, será o facto levado ao conhecimento da auctoridade sanitaria ou do Prefeito Municipal, sendo obrigado a fazer esta notificação: o responsável pela casa, estabelecimento, fabrica, officina, collegio ou asylo onde estiver o doente, o chefe da família, o parente mais proximo do enfermo que com elle residir, o enfermeiro, o vizinho mais próximo, logo que tiver conhecimento ou presumir que a doença é de caracter infeccioso, o médico que for chamado para prestar cuidados á pessoa acometida de doença transmissível, mesmo que não assuma a direção do tratamento (Código Sanitário de 1918, p, 86-87).

Percebe-se que praticamente toda a população estaria obrigada a notificar a existência de doentes nas proximidades. É importante ressaltar que a legislação previa multa para todos aqueles que descumprissem as regras, conforme pode ser observado no trecho transcrito abaixo:

O médico que, sob qualquer pretexto deixar de observar as disposições contidas no artigo antecedente (sobre a

obrigatoriedade da notificação), incorrerá em multa de duzentos mil réis (Código Sanitário de 1918, p, 86).

Com relação ao isolamento, o código sanitário previa que o mesmo ocorresse no domicílio do doente, observadas as condições de higiene e os recursos necessários para se manter o doente em casa ou no Hospital de Isolamento da capital. Aos portadores de hanseníase, a legislação indicava a mesma profilaxia, ou seja, o isolamento, sem, no entanto, deixar de mencionar a possibilidade de internar os doentes em instituições fechadas.

Notificado um caso de lepra, a auctoridade sanitaria procederá como nos casos de tuberculose aberta, e de accôrdo com as instrucções especiaes, emquanto o Governo do Estado não dispuzer de colonias para leprosos, montadas de acordo com os modernos preceitos de hygiene e offerecendo conforto e atractivos necessarios para o isolamento obrigatorio (Código Sanitário de 1918, p, 100).

As desinfecções na capital paulista ficavam a cargo do Desinfetório Central e se dirigia aos lugares e aos objetos que se relacionavam ao doente ou ao suspeito de possuir determinada doença transmissível. A autoridade sanitária tinha o poder de multar todo aquele que impedisse a execução da desinfecção ou que fraudasse na indicação do local a ser inspecionado.

Verificando a auctoridade sanitaria que houve fraude na indicação da casa e aposento occupado pelo doente, multará o dono da casa ou chefe da familia em cem mil réis, enviando à Directoria Geral do Serviço Sanitário ou ao Chefe da Commissão, uma exposição escripta dos factos que o convenceram da infração (Código Sanitário de 1918, p, 91).

De acordo com a legislação vigente na primeiras décadas do século XX, a vigilância médica consistia:

no exame diário, durante o periodo maximo da incubação de uma determinada doença transmissivel, das pessoas que residirem no fóco, ou estiverem em contacto com os individuos affectados, bem como os individuos procedentes de logares infeccionados (Código Sanitário de 1918, p, 93).

De acordo com o Código de 1918, a vigilância médica era exercida sobre o “suspeito” de possuir doença transmissível, sobre os comunicantes, ou seja, aqueles que conviviam com o suspeito e sobre sua habitação. As pessoas que dificultassem a vigilância médica estariam sujeitas à multa. É interessante mencionar que havia, ainda, a obrigatoriedade do fichamento das pessoas submetidas à vigilância nas repartições sanitárias do estado, fator importante para a garantir o controle sobre as pessoas na cidade.

Michel Foucault e George Rosen fazem um histórico acerca da vigilância nas cidades européias durante os períodos de epidemias de algumas doenças como a lepra , o qual acredito ser interessante recuperar, embora se

tratem de épocas e realidades diferentes das que me proponho a estudar nesta dissertação. Contudo, este histórico nos mostra como surgiram os mecanismos de vigilância nas cidades industrializadas e como foram estururadas as relações de poder neste local.

Segundo Michel Foucault, desde a quarentena² — técnica utilizada para controlar as epidemias — havia um policiamento rigoroso sobre as pessoas, as quais eram proibidas de sair de suas casas, sob pena de morte. A vigilância apoiava-se nos registros de cada habitante da rua, do quarteirão e da cidade e procurava apurar a ocorrência das doenças, das mortes e das irregularidades. A vigilância era exercida por um síndico que todos os dias passava pelas ruas, parando diante das casas à espera do morador que deveria aparecer na janela e informá-lo sobre seu estado de saúde. Se o morador não se apresentasse à janela, o síndico deveria procurar saber a razão da ausência (FOUCAULT, 1994, p. 174).

O síndico chama cada um por seu nome; informa-se do estado de todos, um por um, no que os habitantes serão obrigados a dizer a verdade, sob pena de morte; se alguém não se apresentar à janela, o síndico deve perguntar a razão: ele assim descobrirá facilmente se escondem os mortos ou doentes. Cada um trancado em sua gaiola, cada um a sua

² George Rosen explica que a razão para um período de quarenta dias de observação de indivíduos suspeitos de ter uma doença transmissível residia na crença, generalizadas, nos séculos XIII e XIV, de ser o quadragésimo dia o da separação entre as formas agudas e crônicas de uma doença (ROSEN, 1994, p.63).

janela, respondendo à seu nome e se mostrando quando é perguntado, é a grande revista dos mortos e dos vivos (FOUCAULT, 1994, p.174).

Neste espaço vigiado em todos os seus pontos, as pessoas eram controladas por uma figura hierárquica, no caso o síndico da rua, a qual registrava os menores detalhes, de forma a separar os doentes dos sãos. Michel Foucault ressalta que, historicamente, a lepra foi a doença que sucitou modelos de exclusão, os quais acabaram por instituir as formas de isolamento do doente da sociedade (FOUCAULT, 1994, p. 175).

O leproso é visto dentro de uma prática de rejeição, do exílio-cerca; deixa-se que se perca lá dentro como uma massa que não tem muita importância diferenciar (FOUCAULT, 1994, p. 174).

Terminada a época da quarentena, considerada por Michel Foucault como um sonho político-médico da boa organização sanitária das cidades da Europa, aparece, no século XIX, uma medicina que é, essencialmente, um controle do corpo social. Com o nascimento das indústrias, o bem estar físico da população começou a ser alvo das políticas públicas de saúde já que passam a ser estabelecidas as relações entre a doença e a necessidade de produção (FOUCAULT, 1989, p. 94).

Uma medicina cuja preocupação era o corpo social apareceu inicialmente na Inglaterra devido ao desenvolvimento do proletariado neste local.

Com o crescimento do sistema industrial, eram necessários mais e mais trabalhadores. E já que não se podia levar a força do vapor e as novas máquinas para os lares dos trabalhadores — como aconteceu com os meios de produção sob as formas mais simples de organização — tinha-se que se trazer o trabalho para a fábrica. Assim surgiu a necessidade da organização comunitária para proteger a saúde, e se encontraram os meios de atendê-la. A moderna Saúde Pública se originou na Inglaterra porque a Inglaterra foi o primeiro país industrial moderno (ROSEN, 1994, p.152).

Para assegurar o bem estar do corpo social, o poder público de países como Inglaterra e França passou a organizar um conjunto de regulamentos e de instituições múltiplas que recebiam o nome de polícia sanitária. A polícia sanitária era a responsável pelo cumprimento das regras de higiene no espaço urbano. Todavia, a repressão voltava-se, de uma maneira geral, contra o doente e não contra a doença, já que, conforme explica Giovanni Berlinguer (1988, p. 83), com a afirmação do capitalismo, a coletividade foi induzida a tolerar menos, em relação à sociedade precedente, fenômenos de devios que colocavam em xeque a organização social.

Certamente que no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a organização de mecanismos de controle e vigilância do meio urbano e dos

portadores de doenças transmissíveis sofreu algumas remodelações, devido às especificidades do lugar. Contudo, aquilo que consistia na base de uma política pública de saúde que utilizava meios repressivos no combate às doenças esteve presente em certos locais, como em São Paulo. Neste contexto, a hanseníase aparece como uma das doenças que mais traduzem as formas de repressão utilizadas na profilaxia de um agravo à saúde na época.

No estado de São Paulo, a partir da década de 1920, foram criadas instituições que buscavam isolar os portadores do mal de Hansen como forma de profilaxia da doença. As condições para que uma rede de asilos-colônia fosse inaugurada estavam presentes no estado, na medida em que o local possuía uma excelente infra-estrutura sanitária composta por uma legislação específica — os códigos sanitários da época — ; várias instituições de caráter preventivo e de pesquisa; médicos higienistas renomados e um forte aparato médico-policiaI incumbido de zelar pela ordem urbana, sem contar que a elite também se dispunha a contribuir financeiramente com o projeto de isolamento compulsório dos doentes de lepra.

Neste sentido, a cooperação privada foi muito importante na construção dos asilos-colônia do estado. Conforme explica Dona Alice de Toledo Tibiriçá, presidente da *Sociedade de Assistência aos Lázaros e defesa contra a Lepra* (entidade fundada em 1926), esse auxílio significava “a

expressão da caridade do povo paulista com os menos favorecidos mas, sobretudo, significava a defesa dos sãos” (TIBIRIÇÁ, 1934, p. 2).

A efetivação das idéias isolacionistas no estado de São Paulo se deu com a inauguração do asilo-colônia Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes, em 1928. A construção deste leprosário envolveu membros da elite paulistana, que contribuíram financeiramente por meio de Associações filantrópicas, como a citada acima, e de médicos higienistas conceituados, como, o já citado, Emílio Ribas e Geraldo Paula Souza, além de arquitetos e da imprensa. Pretendia-se que este asilo fosse utilizado como modelo para a construção de outras instituições do mesmo estilo, de modo a formar uma rede de asilos capaz de solucionar o problema da lepra no estado e, acima de tudo, na cidade.

A rede asilar paulista era formada por cinco grandes asilos-colônia: **Santo Ângelo**; em Mogi das Cruzes **Cocais**, em Bauru; **Pirapitingui**, em Itu; **Aimorés**, também em Bauru; e pelo **Sanatório Padre Bento**, no município de Guarulhos. Todas estas instituições estavam subordinadas ao Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), órgão ligado à Secretaria de Educação e Saúde Pública e cujo poder foi largamente aumentado durante os primeiros anos de internação compulsória a ponto de, conforme ressalta Yara Monteiro, conseguir estabelecer sozinho as regras de funcionamento nos asilos,

criar mecanismos de punição e manter uma política isolacionista quando outros estados da federação já tinham abolido esta prática (MONTEIRO, 1995).

Sobre a eficiência do Departamento de Profilaxia da Lepra, o *Jornal Folha de São Paulo*, em sua edição de 18 de setembro de 2005, ressalta:

Dirigido pelo médico Francisco de Salles Gomes Jr. na metade do século passado o DPL em São Paulo funcionava de forma mais eficiente e implacável do que em qualquer outra unidade da federação. Nos quinze anos em que Gomes Jr. ficou à frente do departamento, mais de 22 mil doentes foram fichados. Estima-se que, no início da década de 1950, cerca de 16 mil brasileiros estivessem confinados nos 35 asilos-colônia criados a partir de 1920 em todo o Brasil — 10 mil deles em São Paulo (FOLHA DE SÃO PAULO, REVISTA DA FOLHA, p.6)

Na presente dissertação, procurei estudar o isolamento compulsório dos portadores de hanseníase no Asilo-colônia Santo Ângelo, por ter sido a primeira instituição asilar do estado. Tratava-se de um local dotado de uma infra-estrutura capaz de fornecer ao doente tudo aquilo que ele precisasse para a sua sobrevivência, sem necessitar buscar nada fora das grades e cercas do asilo. O Santo Ângelo deveria servir de modelo para os outros asilos. Porém, o que deveria ser exemplo de prevenção no combate à lepra no estado e, até mesmo no Brasil, se tornou, com o tempo e devido à perversidade daqueles que detinham o poder na instituição, um local insuportável para se viver.

O isolamento compulsório dos portadores de hanseníase foi analisado, tendo como ponto de partida a última década do século XIX, época em que foram criados os mecanismos que deram sustentação à política pública de saúde do estado de São Paulo. No período, foi organizado o primeiro código sanitário do estado e criados os primeiros serviços burocráticos de saúde da capital. É importante ressaltar que, a partir das últimas décadas do século XIX, a cidade de São Paulo apresentou um extraordinário crescimento populacional e que, portanto, neste momento, o meio urbano aparecia como objeto a medicalizar. A vigilância médica dirigia seu foco ao meio urbano, controlando e intervindo de forma autoritária sobre tudo o que pudesse causar as doenças.

Sobre a ação sanitária no espaço urbano, Emerson Merhy afirma que

O indivíduo é elemento importante, na medida em que seria um componente do meio externo que estaria favorecendo a propagação do agente etiológico, e, portanto, as ações sanitárias, coercitivamente, livrariam os indivíduos saudáveis do contato com o agente e livrariam os indivíduos doentes dos agentes etiológicos (considerando-os como meio de cultura de microorganismo), identificando o seu grupo-alvo como aqueles indivíduos da sociedade que estivessem portando alguma moléstia transmissível ou que fossem mais vulneráveis a estas, o que acabava sendo identificado na população pobre, de miseráveis e indigentes. Coincidentemente esta população era formada pelos grupos sociais urbanos (MERHY, 1987, p.103 apud CAMPOS, 2002, p. 108).

O controle das epidemias no meio urbano, tendo como foco principal o indivíduo estava inserido no contexto das descobertas de que agentes bacteriológicos eram os causadores das doenças e não as emanções miasmáticas como se pensavam em épocas passadas. Desta forma, os higienistas acreditavam que, ao confinarem os leprosos em asilos, estariam livrando a população sã do contágio, ao mesmo tempo em que seriam oferecidas aos doentes melhores condições de sobrevivência .

Para Débora M. Mattos,

Não era a doença a inimiga da sociedade, era o seu portador. Isolar o leproso de contatos saudáveis serviria, não havia dúvida, para impedir a praga de se alastrar. Para isso, o controle deveria ser minucioso, ninguém, nem uma só pessoa poderia ser esquecida do lado de fora do hospital-colônia, contaminando o progresso da sociedade com sua disformidade (MATTOS, 2005, p. 55)

A política de internação compulsória existiu, oficialmente, em São Paulo até 1967. No entanto, mesmo com as portas do asilo abertas, muitos doentes continuaram a morar nos asilos-colônia do estado. Os moradores que ainda sobrevivem nestes locais são pessoas que, na maioria das vezes, perderam contato com seus familiares e pessoas fora do asilo, não possuindo perspectivas de vida em outros locais.

A dura realidade das pessoas confinadas no Asilo-colônia Santo Ângelo foi confirmada durante o trabalho campo, ocasião em que foram entrevistadas cinco senhoras sobreviventes do período de internação compulsória dos portadores de hanseníase, muito embora todas fizessem questão de frisar que a vida fora da instituição teria sido bem mais perversa com elas. Isso se explica na medida em que o estigma da doença era responsável pela rejeição e exclusão do doente da sociedade.

A presente dissertação foi dividida em três capítulos. No capítulo 1 — *A cidade e a saúde pública* —, a cidade de São Paulo foi analisada tendo como eixo a prática sanitaria.

No capítulo 2 — *Medicina sanitaria e a profilaxia da hanseníase* —, procurei estabelecer uma relação entre o sanitarismo e as medidas adotadas para prevenção da hanseníase na capital, destacando as discussões acerca do isolamento compulsório dos doentes.

Por fim, no capítulo 3 — *A instituição exemplar: Asilo-colônia Santo Ângelo* — foi analisado o cotidiano dos portadores de hanseníase confinados no Santo Ângelo.

A dissertação seguiu duas direções: uma norteada pela produção escrita acerca da política de saúde pública adotada em São Paulo, a partir do

final do século XIX até meados da década de 1960, incluindo teses, dissertações, livros e jornais da época, além de material iconográfico, e outra, baseada nas entrevistas realizadas com portadores da hanseníase que foram confinados no Asilo-colônia Santo Ângelo na época do isolamento compulsório, as quais ainda residem no local até os dias atuais.

Capítulo 1 - A cidade e a Saúde Pública

A passagem do século XIX ao século XX marca um período de extrema importância para a história da cidade de São Paulo. A província, cuja economia era voltada para suprir as necessidades de seus habitantes e cujas habitações demonstravam, por sua simplicidade, a pobreza da região, transformou-se, num curto espaço de tempo, em uma das maiores metrópoles do mundo. Alguns fatores, segundo Haroldo de Azevedo e Richard Morse, explicam de maneira satisfatória esse crescimento, a partir da década de 1870: a expansão da cultura cafeeira; a multiplicação das vias férreas; o extraordinário incremento da imigração; o afluxo de capitais estrangeiros; a criação do parque industrial paulistano; o êxodo das populações rurais e urbanas, vindas do interior de São Paulo e de outras regiões do país; o loteamento de grandes propriedades e, ainda, certos fatores geográficos, como o clima tropical de altitude, muitas vezes comparado a certas porções da Península Ibérica e a proximidade da cidade a um dos raros trechos em que a Serra do Mar se abaixa a uma altitude de 800 metros, constituindo um ponto de distribuição de produtos para uma ampla região do interior. (AZEVEDO, 1958, p. 12-14; MORSE, 1970, p.39).

Obviamente que todos os fatores citados não podem ser considerados de forma isolada, pois fazem parte de um processo, em que um atua sobre o outro. Nesse sentido, é preciso ressaltar que praticamente ao mesmo tempo em que a produção intensiva do café transferiu-se do Vale do

Paraíba para a região Oeste de São Paulo, colocando a cidade na rota dessa mercadoria, surgiu a necessidade de substituir o trabalho escravo pelo trabalho livre. De acordo com José de Souza Martins (1986, p.125-126), após algumas tentativas do poder público em organizar a vinda de trabalhadores imigrantes para as fazendas da província, os próprios fazendeiros descobriram uma forma eficaz de substituir o escravo nas plantações, de modo que o trabalhador não pudesse encontrar outro meio de vida senão trabalhando para terceiros. Inicialmente, esperavam tornar os imigrantes, que se encontravam estabelecidos em núcleos oficiais, trabalhadores de tempo parcial na grande lavoura, posto que nestes núcleos as terras eram pouco apropriadas para a agricultura. No entanto, a distância entre os núcleos e as grandes fazendas dificultou este tipo de colonização, fazendo o governo cessar a ajuda. Posteriormente, por meio do regime de colonato, a política imigratória passou a se direcionar para a grande lavoura, contribuindo para a formação da força de trabalho na agricultura cafeeira e também no meio urbano.

Os negócios do café e a imigração foram fatores de extrema importância para a concentração da indústria na capital paulista, a partir da década de 1890. Boris Fausto aponta que a agricultura cafeeira lançou as bases para o surto da industrialização em São Paulo ao promover a imigração e os empregos urbanos, criando um mercado para produtos manufaturados e, ao proporcionar o investimento em estradas de ferro, ampliando e integrando este

mercado. Além disso, a exportação do café forneceu recursos em moeda estrangeira, permitindo a importação de máquinas industriais (FAUSTO, 2000, p.287).

A concentração da indústria na cidade de São Paulo, no entanto, não se deu de forma organizada, conforme observou Richard Morse:

[...] a cidade expandiu-se radialmente num surto de indisciplinada energia. Residências e indústrias espalharam-se num uso pródigo do espaço, que deixou áreas inaproveitadas. Apareceram os problemas típicos da comunidade industrial. A ausência de regulamentações de zoneamento que isolassem essas grandes oficinas acabou, com o passar dos anos, por prejudicar os moradores das vizinhanças (MORSE, 1970, p. 296).

Para Morse (1970, p.164), o surto do café, na região Oeste, estava intimamente ligado ao desenvolvimento da cidade no final do século XIX, na medida em que esta imprimia a sua marca, principalmente ao que se refere ao suprimento da mão-de-obra barata e eficiente. Também os lucros advindos com o império do café foram importantes para o enriquecimento material da cidade, sendo de fundamental importância o fato de que houve uma inversão no estabelecimento da moradia de grande parte dos fazendeiros que, até meados do século XIX, residiam no campo, dirigindo-se à cidade apenas em ocasiões especiais e que neste momento passaram a se fixar na capital. Paulo Cezar Garcez Marins (1998, p.171) relata que a região da Luz abrigou os primeiros

fazendeiros instalados em palacetes, os quais diferiam de forma radical dos antigos sobrados de taipa, cheios de escravos prontos a servir.

A expansão da rede ferroviária é outro fator essencial para entendermos a intensificação da vida urbana. Com as estradas de ferro, o embarque do café, que antes era feito por meio de tração animal, tornou-se mais rápido e mais barato, permitindo aos fazendeiros gozar de uma vida mais animada e confortável na cidade. Adquiriram riqueza, prestígio social, e, muitos deles, ingressaram em atividades econômicas urbanas como diretores de estradas de ferro, proprietários de indústrias, banqueiros, líderes forenses ou, até mesmo, ligaram-se à política ou ao jornalismo. Em 1856, o Barão de Mauá e seus sócios conseguiram formar em Londres a empresa “*The São Paulo Railway Company Ltd.*”. Neste mesmo ano, teve início a construção do leito da estrada partindo do porto de Santos até Jundiaí, via São Paulo. Os técnicos britânicos venceram os 793 metros da Serra, por meio de uma série de planos inclinados, com um declive de 10% e locomotivas estacionárias para fazer descer e subir os trens por meio de cabos e, em 16 de fevereiro de 1867, os 139 quilômetros da linha de Santos a Jundiaí foram abertos ao tráfego (MORSE, p. 201-206).

Se levarmos em conta as condições de vida existentes na cidade de São Paulo, nas primeiras décadas do século XIX, verificaremos que este

local estava longe daquele que ficaria conhecido no século seguinte como o polo econômico mais dinâmico do país. As moradias ainda eram simples, herança de um passado colonial em que a taipa predominava nas construções; a economia visava, sobretudo, abastecer o mercado interno. Alguns produtos de fácil deterioração eram vendidos nas ruas, apresentando-se nos tabuleiros das pretas ou nas mulas dos caipiras, vindos das redondezas e de localidades mais distantes do interior. Os produtos de maior duração eram vendidos em barracas escuras e esfumaçadas na Rua das Casinhas. À noite nesta rua, os caipiras se reuniam com suas violas cantando modinhas. O cultivo da terra era primitivo: a foice, o machado e a enxada eram usados de maneira quase a excluir os animais de tração. Algumas poucas chácaras possuíam arados. (MORSE, 1970, p. 49; PEREIRA, 1988, p.49)

O cenário descrito por Richard Morse com relação a cidade de São Paulo, nas primeiras décadas do século XIX, explica o contraste entre duas épocas. Segundo este autor,

[...] as ruas eram largas para acomodarem os carros de bois rangedores, as mulas e os escravos que iam e vinham com seus jarros dos chafarizes públicos. O calçamento estava longe do ideal e em certos lugares existia apenas na frente das casas e onde eram contínuos as pedras eram tão mal colocadas que ao passar uma carroça toda a vizinhança acordava. O centro da cidade localizava-se no local conhecido como triângulo, formado por três ruas que circundavam o topo da colina e ligavam os mosteiros do Carmo, de São Francisco e de São Bento. Por volta de

1820, o centro da cidade compunha-se de aproximadamente uma dúzia de ruas, sem qualquer ordenação e que nem mesmo eram margeadas de forma compacta por casas, seguindo em estreitos trechos ao longo de quintais murados. Dos edifícios públicos, nenhum era suntuoso ou dotado de elegante fachada. Além dos mosteiros, havia o colégio dos jesuítas, usado como palácio do governo, o modesto palácio da Câmara, também cadeia, o quartel general das tropas, formado por um quadrado de casernas e uma catedral humilde, construída em 1745 (MORSE, 1970, p.44).

Com relação à divisão da aglomeração de São Paulo, Júlio César Suzuki destaca que o recenseamento realizado no segundo quartel do século XIX encontrou três freguesias constituindo a porção mais adensada do termo da cidade: Sé, Santa Ifigência e Brás, sendo que as outras freguesias estavam distantes do sítio urbano da cidade. Chamou atenção o fato de que a expansão da cidade dava-se, sobretudo, no sentido oeste e a presença de negros no local se tornava cada vez mais acentuada. O autor explica que os negros representavam 23,68% da população, concentrando-se, principalmente, nas três principais freguesias. Esta presença marcante do negro revela, segundo este autor, que a escravidão era de extrema importância na dinamização da economia na época, posto que a riqueza estava ligada à posse de escravos (SUZUKI, 2002, p.44).

A riqueza advinda com o café, o incremento da indústria e a expansão imobiliária ocorrida por volta do final do século XIX promoveram uma extraordinária transformação na cidade de São Paulo e o início de seu

acelerado crescimento areal. As atitudes do poder público na redefinição dos espaços públicos e privados coincidiu com as reformas urbanas adotadas em outras cidades brasileiras, principalmente ao que se refere à expulsão da população mais pobre do centro. No entanto, por possuir uma pequena área urbanizada e um menor número de habitantes até 1890, foi possível às autoridades paulistas uma maior intervenção no espaço, adequando a capital ao gosto das elites republicanas que buscavam novas formas de morar e enriquecer. Nesse sentido, houve um distanciamento entre os bairros habitados pelos mais ricos em relação àqueles habitados pela classe trabalhadora e esta segregação espacial garantiu à elite áreas de uso exclusivo, com diferentes investimentos públicos, longe dos bairros operários com suas péssimas condições de vida (MARINS, 2001, p.171; DAMIANI, 2004, p.21; BONDUKI, 1998, p.20).

Ao fixar suas moradias na capital, os ricos fazendeiros, vindos em sua maioria da região oeste do estado, impuseram uma nova forma de morar, transformando as residências modestas da cidade em ricos palacetes, mobiliados e decorados de acordo com os padrões franceses. Além da região da Luz, Higienópolis, Campos Elíseos e porções de Santa Ifigênia também contavam com a presença das famílias mais abastadas da cidade. A avenida Paulista, inaugurada em 1891, passou a ser um dos lugares mais aprazíveis da cidade, com magníficas residências, com estilos variados, seguindo o estilo do

país de origem de seus proprietários. Eram comuns as construções com balcões em frente, para que seus moradores pudessem assistir aos desfiles e outros eventos que aconteciam nesta avenida. Destacavam-se as mansões das famílias Matarazzo e Andraus (MARINS, 2001 p. 175; REALE, 1982, p.121).

Historicamente, a administração do prefeito Antonio Prado (1899-1910) correspondeu ao período de grande dinamização da cidade, na medida em que, segundo Reis (1974, p.13), sua área central foi reorganizada com obras de alargamento da rua Quinze de Novembro, principal via comercial do centro da cidade; abertura da concorrência para a construção de um viaduto ligando o largo de São Bento ao largo de Santa Ifigênia, em direção aos bairros do setor oeste, onde se desenvolviam os novos loteamentos da cidade. Sevcenko acrescenta que Antonio Prado tentou engendrar pela primeira vez a concepção de cidade como um todo orgânico, procurando estabelecer uma relação entre o urbano, a saúde e a qualidade de vida. Preocupou-se em tornar a cidade mais arborizada, criando várias praças e o panorâmico jardim do Museu do Ipiranga e modernizar os serviços básicos de saúde, dividindo a área urbana em 30 distritos (SEVCENKO, 1992, p. 121).

Se, por um lado, a riqueza foi capaz de transformar a cidade, em um importante centro econômico, cultural e político do país, por outro, muitos problemas surgiram no interior desse processo de modernização. Dentre eles,

podemos citar: a falta de moradia, principalmente para os trabalhadores, na medida em que a área total da cidade passava por um processo especulativo; as grandes epidemias e endemias (como a da lepra), efeitos do aparecimento de grandes aglomerações; a precariedade na distribuição dos serviços básicos, como água, esgoto e transporte. Esses serviços, por sinal, eram monopolizados pela *Light and Power*, empresa que, com o tempo, transformou-se, conforme Sevcenko (1992, p. 110), em peça decisiva na expansão da cidade, na medida em que proporcionou a valorização de determinadas áreas em detrimento de outras, tornando desconexos os vários bairros.

A urbanização da cidade com a reorganização de seu centro, abertura de novos e elegantes bairros, dotados de infra-estrutura e com o surgimento de várias linhas de bondes ocorriam ao mesmo tempo em que a população mais pobre sofria com a falta de elementos essenciais à sua sobrevivência. Famílias inteiras de imigrantes se dirigiam à capital em busca de enriquecimento, porém, assim que chegavam, percebiam que a situação era bem diferente da que imaginavam, pois sequer encontravam uma habitação, tendo de improvisá-la. Para os negros, recém-libertos, a competição com os imigrantes e a repressão policial acabavam com a esperança de construir uma nova vida. Também para os caipiras, iludidos com a visão da cidade moderna, as oportunidades de lucro eram pequenas. Essas diferentes condições de vida, na cidade, proporcionavam um estranhamento entre a elite e a grande massa de

trabalhadores, a ponto de uma enchente do rio Tietê se transformar em espetáculo para aqueles que podiam morar longe das inundações (SEVCENKO, 1992, p. 39;109).

O problema da moradia em São Paulo, nas primeiras décadas da República, é compreendido levando-se em conta dois importantes fenômenos: a) **o crescimento demográfico na capital**, resultado da entrada de grandes levas de imigrantes, já que, de acordo com Fausto (2000, p.284-286), entre 1890 e 1900, a população paulistana passou de 64.934 para 239.820 habitantes, registrando uma elevação de 268% em dez anos, sobretudo porque a cidade oferecia a essas pessoas a possibilidade de trabalhar com artesanato, no comércio, nas fábricas nascentes ou no serviço doméstico; e b) **a especulação da área urbana que beneficiava alguns grupos**, tais como a *Light and Power*, empresa de capital estrangeiro que, segundo Sevcenko (1992, p.109), possuía o monopólio de importantes serviços, como o de gás, eletricidade, transporte, telefone e água e que dotava alguns bairros desses serviços em detrimento dos outros e a *Companhia of São Paulo*, conhecida como *City*, principal loteadora do início do século.

A *Cia. City* comprou enormes extensões de terra na cidade, visando executar loteamentos. O primeiro bairro construído por esta companhia foi o Jardim América, projetado por consagrados arquitetos ingleses e que se tornou

um símbolo do habitar diferenciado das elites, visto que havia uma fiscalização rigorosa quanto às construções de propriedades, à configuração das ruas ou ao destino das áreas verdes. O arruamento do bairro foi realizado num esquema geométrico, quase fechado, garantindo a privacidade dos moradores. Este tipo de loteamento foi seguido por outras companhias e logo surgiram novos bairros jardins: Jardim Europa, Jardim Paulistano, Cidade Jardim, Sumaré, Jardim das Bandeiras e porções do Morumbi, que se concentraram na zona sudoeste da capital paulista (MARINS, 2001, p.185-6).

Dessa forma, é possível observar que a área urbana recebeu diferentes investimentos por parte de grupos particulares que atuavam na cidade, muitas vezes em parceria com o poder público e que os planos urbanísticos bem mais definidos se dirigiam às áreas consideradas “nobres”. Num outro ponto da cidade, encontramos o bairro do Brás que também se destacava, pois grande parte dos imigrantes que chegavam na capital para lá se dirigiam. Segundo Reale (1982, p.24), essa gente foi atraída pela facilidade de transportes; pela oportunidade de trabalho, visto que o comércio vinha se desenvolvendo, sobretudo ao longo da Av. Rangel Pestana e pelo baixo preço dos terrenos, considerados insalubres, devido às inundações.

As ruas do bairro do Brás foram descritas por Reale conforme segue:

[...] este tipo de lote (estreito e comprido), que caracteriza o bairro, deu origem a casinhas geminadas, sem jardim na frente, junto à rua e com condições precárias de higiene e ventilação. Era comum no bairro, sobretudo nas ruas Caetano Pinto e Carneiro Leão, o aparecimento de cortiços, habitações coletivas com um corredor central, para onde se abriam as portas e janelas dos quartos, que se alinhavam de ambos os lados. Nos fundos, havia as instalações sanitárias e a lavanderia de uso comum (REALE, 1982 p.25).

Tendo em vista o processo de produção da cidade, é preciso destacar as idéias de segregação social e vigilância existentes neste contexto. Segundo Marins (1998, p. 173;179), os moradores do centro foram sendo expulsos para que se pudesse criar uma homogeneização de vizinhanças e gerar uma paisagem que caracterizaria São Paulo, sendo destino dos trabalhadores os bairros do Brás, Mooca, Cambuci, Bom Retiro, Barra Funda, Pari e Bexiga. Mas, mesmo sendo obrigados a morar em bairros distantes do centro, os operários e as suas moradias insalubres eram ainda objeto de preocupação das elites, na medida em que se acreditava que os hábitos pouco higiênicos eram os grandes culpados pelo aparecimento das epidemias e endemias. Afinal, como esperar o investimento do capital estrangeiro em uma cidade assolada por doenças como a ancilostomíase, a febre amarela, a tuberculose, a hanseníase e outras? A solução era exigir a intervenção do poder público nas questões relacionadas à saúde da população, visto que as soluções particulares não estavam dando conta da situação.

Ao analisar a questão dos alojamentos da classe operária em São Paulo, Bonduki (1998, p.29) indica que o poder público passou a interferir nas questões de habitação, na medida em que ela se tornou um risco para a saúde pública. Este risco era representado pela forma com que se dava a configuração do habitar no espaço urbano, ou seja, por meio de um processo de loteamento indiscriminado e, acima de tudo, pelo descuido nas construções. Nesse sentido, a intervenção do Estado melhorando as condições sanitárias passou a ser não apenas aceita, como também exigida pela elite e o fato de alguns países da Europa, como França e Inglaterra, terem adotado leis sanitárias na época em que algumas cidades se urbanizavam contribuiu para que não houvesse resistências na capital.

Por meio da análise de Michel Foucault acerca da formação da medicina urbana na Europa, foi possível compreender alguns mecanismos utilizados pelo sanitarismo como forma de garantir a unidade e a organização do meio urbano neste local, os quais possuem certas semelhanças com o sanitarismo paulista. O primeiro mecanismo adotado na Europa foi um sistema de vigilância que visava conhecer e intervir nos lugares de acúmulo e amontoamento que, no espaço urbano, pudessem causar doenças. Nesta época, acreditava-se que os miasmas eram os principais responsáveis pelas doenças, sendo, portanto, necessário organizar os elementos fundamentais à vida, tais como a água e o ar. Para que houvesse um ambiente sadio, seria preciso abrir

avenidas largas para melhorar a circulação do ar e manter o bom estado de saúde da população. Por fim, um outro grande objetivo da medicina urbana foi o controle do subsolo, por meio da elaboração de uma legislação que garantia a propriedade do subsolo não ao proprietário da terra, mas ao Estado. Posteriormente, e por diversas razões, o pobre apareceu como perigo para a saúde pública. (FOUCAULT, 1989, p. 90-94).

Dentre as razões que explicam a visão do pobre como perigo, a partir de meados do século XIX, temos que: a) a população foi se tornando uma força política capaz de revoltar-se contra as condições de vida existentes; b) a coabitação em um mesmo tecido urbano de pobres e ricos foi considerada um problema sanitário para a cidade, sendo preciso organizar os bairros e as habitações entre os dois grupos; e c) com o desenvolvimento industrial em países como a Inglaterra, apareceu um tipo de medicina que era essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres e cujo objetivo era tornar as massas mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas (FOUCAULT, 1989, p. 94-97).

Observa-se, assim, o nascimento de uma medicina voltada às questões urbanas e que buscava o controle do meio, mas que também se dirigia ao indivíduo, ou seja, às grandes massas que compunham a cidade. O esquadrinhamento, a vigilância, a organização do meio urbano, de acordo com

as regras de higiene, vinham ao encontro das inquietações da burguesia, posto que corpos saudáveis seriam mais produtivos. Esses mecanismos adotados pela medicina na Europa foram tomados como exemplo para explicar, neste estudo, o desenvolvimento e a lógica da prática sanitarista em São Paulo, na medida em que o modelo repressivo adotado girava em torno da observância de leis sanitárias rígidas que se voltavam à organização da cidade e ao controle do indivíduo, ou mais propriamente ao trabalhadores que contribuíam para o enriquecimento desta região. Além disso, a construção de uma cidade saudável, livre das doenças e da sujeira era um meio de favorecer a entrada de capital estrangeiro na cidade de São Paulo.

Outro mecanismo que merece ser destacado no contexto das políticas de saúde adotadas no século XVIII, na Europa, é a polícia sanitária. Essa forma de repressão surgiu no momento em que coube ao poder público exercer, além das funções de manter a ordem e o enriquecimento, também, a função de manter a saúde da população. Nesse sentido, foi preciso que o Estado adotasse um conjunto de regulamentos e instituições que visassem, sobretudo, disciplinar o espaço e o indivíduo. Para disciplinar o espaço, foi necessário exercer a vigilância sobre os lugares, as habitações, os sistemas de água e esgoto, a alimentação e, enfim, sobre tudo aquilo que aparecesse como foco de doença na cidade. De acordo com Rosen, o conceito de polícia sanitária, representando medidas necessárias para resguardar a saúde da população, por

meio da supervisão dos vários elementos do cotidiano, já existia nos estados germânicos no século XVII. O desenvolvimento dessa forma de repressão representou um empenho pioneiro de reflexão dos problemas de saúde pública, no entanto, por causa das condições políticas, das guerras e da ineficiência do governo, as medidas propostas não vingaram, cabendo à França e à Inglaterra a tarefa de aplicar as idéias desenvolvidas nos estados germânicos (FOUCAULT, 1989, p.197; ROSEN,1994, p.96;129).

As políticas de saúde adotadas na capital paulista, a partir da última década do século XIX, possuem estreita relação com as condições sociais e econômicas da época. Teve início neste período uma rede de interesses internos e externos que influenciaram às ações do poder público no combate às doenças e, neste contexto, o sanitarismo surgiu como via possível para resolver os problemas urbanos. De acordo com Maria Izilda Matos (s.d., p.2),

a primeira via a focalizar a cidade de São Paulo como uma questão foi a higiênico-sanitarista, que conjugou o olhar médico com a política intervencionista de um Estado planejador/reformador. Interligada à questão urbana, constrói-se a questão social com o surgimento da pobreza e a identificação do outro o pobre, o imigrante.

A ação da medicina sanitarista em São Paulo foi analisada por diversos autores como sendo pioneira e eficaz se comparada com o restante do

país. De um modo geral, o sanitarismo é analisado tendo em vista a produção capitalista e os interesses da elite econômica e política, da qual os médicos sanitaristas foram apontados como representantes. De acordo com Lessa (1986, p.29), as transformações econômicas políticas e sociais ocorridas em São Paulo, a partir das últimas décadas do século XIX, refletiram na forma de intervenção do poder estatal. Assim, a preocupação com a produção de riquezas, a segurança e a saúde da população tornaram-se temas de grande relevância nas decisões do poder público. No que se refere ao controle das doenças, a ação médica dirigiu-se ao meio urbano, controlando tudo aquilo que pudesse ser considerado como “causador das doenças”.

Garcia, em sua análise acerca das políticas de saúde adotadas na América Latina em fins do século XIX, acrescenta que

Em alguns países, o sanitarismo local em municípios, províncias, departamentos ou regiões desenvolveu-se em grau maior que o sanitarismo nacional, como foi o caso do estado de São Paulo, no Brasil [...]. ***Foi exatamente no estado de São Paulo, controlado pela burguesia cafeeira, que se desenvolveu o sanitarismo estatal e foi esse mesmo grupo que impulsionou o saneamento em nível nacional*** (GARCIA, 1991, p.27;62, grifos meus).

Uma hipótese levantada por Garcia para explicar a origem dos serviços de saúde na América Latina é a de que seria necessária a combinação de dois fenômenos: o grau de desenvolvimento da produção capitalista e o nível

de controle do Estado pelos grupos dominantes (GARCIA, 1991, p.26). Temos, então, que São Paulo vivia um período de extraordinário crescimento econômico, representado pelo desenvolvimento das indústrias e pela valorização da propriedade imobiliária como forma de riqueza, período em que a burguesia adquiria cada vez mais força no cenário político, sendo de extrema importância incrementar o ritmo de produtividade da capital. Assim, a política de imigração também se relacionava ao desenvolvimento dos serviços sanitários paulistas, na medida em que era preciso garantir a força de trabalho necessária nas indústrias e na construção de propriedades particulares e de obras públicas que viriam embelezar a capital.

O sanitarismo foi se tornando o setor mais importante da medicina no estado de São Paulo, na medida em que passava a ser aceito e até mesmo solicitado pelas elites. O aumento da responsabilidade pela saúde da população por parte do poder público inicia-se a partir do momento em que se constatou que a iniciativa privada não estava dando conta de conter as várias epidemias na cidade. De acordo com Oliveira (1988, p.108), a Santa Casa, criada no período colonial, era o único recurso público de saúde oferecido aos mais pobres, sendo que, somente em ocasiões de grandes surtos epidêmicos, o Poder Público agia, instalando hospitais improvisados e provisórios, havendo, ainda, as ações de alguns grupos de caridade que contribuíam financeiramente na construção de alojamentos e asilos para o tratamento de algumas doenças.

Uma idéia muito importante encontrada na análise de Gilberto Hochman a respeito do momento em que a saúde se torna pública no Brasil diz respeito ao desenvolvimento da consciência de interdependência entre os indivíduos e entre os estados brasileiros. Para este autor, a dependência mútua foi intensificada na transição para uma sociedade urbana e industrial, promovendo o abandono de soluções individuais e voluntárias de combate às doenças, devido à sua ineficácia. Assim, ao longo da Primeira República, os problemas de saúde foram identificados como um dos principais elos de interdependência da sociedade brasileira e as elites construíram uma consciência sobre os efeitos negativos gerados pelas condições sanitárias do país e sobre a precariedade das condições de saúde de sua população. A doença teria criado uma interdependência social, política e territorial entre os estados (HOCHMAN, 1998, p.39).

De acordo com essa análise, a consciência de interdependência seria a percepção de que a situação sanitária de uma determinada localidade (gravidade das epidemias e das condições de higiene) estaria intimamente ligada às condições dos demais locais, na medida em que o movimento dos indivíduos permitiria o contágio das doenças. Nesse sentido, de nada adiantaria apenas uma região adotar medidas profiláticas e higiênicas se a sua vizinhança não estivesse preocupada com o controle sanitário do seu território. Assim,

[...] o resultado dessa sociabilidade, cujo elo é o micróbio, seria um sentimento de comunidade nacional, associado às demandas pelo aumento do Poder Público (HOCHMAN, 1998, p. 52).

Apesar de partilhar da idéia de interdependência de Hochman, destaco que no caso de São Paulo, o desenvolvimento do sanitarismo não pode ser explicado sem levarmos em conta as estratégias da classe dominante e a dinâmica do capital. Ainda segundo este mesmo autor, a presença do poder público central nos estados foi ampliada nas primeiras décadas do século XX, na medida em que o governo chamava a si a responsabilidade no combate às epidemias de febre amarela e da peste bubônica com recursos próprios, mas que, em São Paulo, prevaleceram as soluções individuais e a preservação da autonomia paulista (HOCHMAN, 1998, p. 168). Portanto, esta autonomia só pode ser garantida porque o estado possuía as condições técnicas e financeiras capazes de implementar políticas públicas de saúde.

De acordo com Castro Santos (1993, p. 223), havia um conjunto de forças capazes de promover o sucesso do movimento sanitarista em São Paulo, tais como a organização de um conjunto de leis sanitárias, a criação e implementação de uma política sanitária e o desenvolvimento científico na área de saúde pública. Com relação à criação de órgãos para controlar as grandes epidemias, Cristina Campos destaca a criação da Junta Provincial de Higiene

em 1884. Esta instituição estava subordinada ao governo central por intermédio da Inspetoria Geral de Higiene, com sede no Rio de Janeiro.

Somente após a proclamação da República os serviços de higiene passaram para o comando dos estados que começaram a desenvolver uma política para o setor. Assim, em 1892, foi legalizado o Serviço Sanitário, cujas ações concentravam-se no saneamento das cidades de Santos, São Paulo e Campinas, sem interferir, de imediato, nas cidades do interior. Após um período de instabilidade, a política adotada pelo Serviço Sanitário seguiu, basicamente, a linha de pensamento de alguns de seus diretores, até a sua extinção em 1938 (CAMPOS, 2002, p. 41-43).

Entre os anos de 1898 e 1916, o Serviço Sanitário esteve sob o comando de Emílio Ribas, médico higienista, sendo que seu eixo principal de trabalho foram as campanhas de erradicação das doenças endêmicas e epidêmicas, como a febre amarela e a ancilostomíase. Esse modelo conhecido como “*campanhista/policial*” voltou-se, sobretudo, para o saneamento do meio urbano e o esquadrinhamento foi, então, utilizado como forma de detectar focos das doenças na cidade, sendo decisiva a ação da polícia sanitária para a garantia do cumprimento das regras de higiene. De acordo com a legislação sanitária paulista, a polícia sanitária tinha como objetivo garantir o cumprimento das leis sanitárias, reprimindo tudo o que pudesse comprometer a saúde pública, sendo

exercida pela autoridade sanitária que possuía livre ingresso em todas as habitações particulares e coletivas, estabelecimentos de qualquer espécie, terrenos e logradouros públicos (CÓDIGO SANITÁRIO DE 1918, p. 28; OLIVEIRA, 1986, p.33).

O Desinfetório Central foi construído em 1893 e hoje é a sede do Centro Técnico de Preservação da Memória — Museu da Saúde Pública Emílio Ribas. O Desinfetório era o berço da epidemiologia paulista e deste local partiam as comissões de médicos, enfermeiros, desinfetadores às regiões afetadas pelos surtos epidêmicos (vide fotografia 1).

Fotografia 1 – Fachada do prédio Desinfetório Central

Fonte: Acervo do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

O trabalho de desinfecção na cidade era ordenado pela autoridade sanitária que possuía o poder de multar todo aquele que, de alguma forma, impedisse a execução dos trabalhos. As moradias coletivas, tais como hotéis, hospedarias, cortiços, fábricas, escolas etc. eram interditadas temporariamente, caso houvesse suspeita de doenças infecciosas ou más condições de higiene, sendo que os móveis e utensílios dos doentes eram enviados ao Desinfetório para que fossem expurgados e os moradores ficavam sob a vigilância médica. Esta vigilância consistia no exame diário das pessoas que residiam no foco ou estivessem em contato com o doente e o seu período variava de acordo com o tipo da doença infecciosa encontrada no local. Estas pessoas eram fichadas nas repartições sanitárias para que houvesse um maior controle sobre a população (CÓDIGO SANITÁRIO DE 1918, p. 90-93).

Neste contexto em que a questão urbana estava profundamente relacionada à saúde, não poderia deixar de me referir aos médicos sanitaristas, os quais foram adquirindo grande destaque social, a ponto de opinarem diretamente nas construções urbanas e no próprio modo de vida da sociedade paulistana. Segundo Cristina Campos (2002, p.16), mesmo após o lançamento do Plano de Avenidas, na década de 1920, projetado pelo engenheiro Francisco Prestes Maia, não houve separação entre engenheiros e médicos no que se refere à discussão das construções urbanas. Ao contrário, a autora ressalta que estes dois profissionais continuaram a debater temas ligados à higiene, porém, a

partir de um novo enfoque, o da microbiologia. Em São Paulo, higienistas como Paula Souza e Emílio Ribas se tornaram figuras de destaque no campo da saúde pública. Este último, de acordo com Lessa (1986, p.29), foi o pioneiro na defesa da Bacteriologia no Brasil e isso significou uma nova maneira de considerar as origens e o tratamento das doenças contagiosas, ou seja, levando em conta a existência de organismos responsáveis pelas moléstias e também de vetores intermediários na transmissão.

Cientes de que as várias doenças existentes na cidade de São Paulo eram disseminadas mais facilmente pela concentração urbana e superando a teoria miasmática, segundo a qual os surtos epidêmicos seriam causados somente pelo estado da atmosfera, os higienistas passaram a ver doença como um processo coletivo e a propor o isolamento dos portadores de algumas doenças como forma de saneamento. A influência dos higienistas na disciplinarização do espaço paulista relacionava-se à importância dos conhecimentos destes profissionais na organização do meio urbano.

Neste contexto, para que houvesse uma completa integração entre o estudo científico das questões ligadas à saúde pública e à profilaxia das doenças, importantes órgãos foram criados na capital. Com a lei nº 1.357, de 19 de dezembro de 1912, assinada pelo presidente Francisco de Paula Rodrigues Alves e pelo secretário do interior Altino Arantes, foi criada a Faculdade de

Medicina e Cirurgia de São Paulo que passou a se chamar Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo a partir de 1934. Em 1918, foi criado o Instituto de Higiene, fruto de uma parceria entre o governo do estado e a *Fundação Rockefeller* (MARINHO, 2001, p.51; CANDEIAS, 1984, p.60).

Os diversos órgãos de saúde criados como seções anexas do Serviço Sanitário representaram um avanço da medicina paulista no campo da saúde pública e permitiu ao estado de São Paulo manter sua autonomia com relação à intervenção dos serviços federais no combate às epidemias e endemias. Podemos citar algumas instituições que foram organizadas nas primeiras duas décadas do século XX:

- ✓ o Instituto Bacteriológico, tendo como finalidades o estudo da microscopia-bacteriológica e os exames microscópicos necessários à elucidação do diagnóstico clínico;
- ✓ o Instituto Vacinogênico, encarregado dos trabalhos de cultura e preparação da vacina animal contra a varíola;
- ✓ o Laboratório de Análises Clínicas e Bromatológicas, responsável pelas análises das substâncias que interessavam à saúde pública, como bebidas, alimentos etc.;
- ✓ o Desinfectório Central, responsável pelas medidas de higiene profilática em todo o estado;
- ✓ a Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, cuja finalidade era organizar os boletins da mortalidade na capital e outras cidades do estado;

- ✓ o Hospital do Isolamento, destinado a receber doentes de moléstias de notificação compulsória;
- ✓ o Instituto Soroterápico de Butantan, responsável pelo preparo de soros e vacinas;
- ✓ a Seção de Engenharia Sanitária, com a finalidade de dar parecer sobre todas as questões técnico-sanitárias e fiscalizar a construção de prédios na capital;
- ✓ o Instituto Pasteur, responsável pela profilaxia da raiva em São Paulo;
- ✓ a Inspetoria de Serviços de Profilaxia Geral, com a finalidade de adotar medidas de saneamento, principalmente contra o impaludismo e a ancilostomíase (CÓDIGO SANITÁRIO DE 1918)

A fase que compreende a criação do Serviço Sanitário até meados da década de 1910, segundo Nabil Bonduki, pode ser considerada como a de maior desenvolvimento do sanitarismo urbano e o fato de os médicos higienistas ocuparem cargos relevantes na administração pública contribuiu para que fosse criada uma legislação capaz de intervir na produção do espaço urbano, regulando e vigiando as construções em São Paulo. Essa legislação, o Código Sanitário de 1894, foi criada durante a gestão do Dr. Joaquim José da Silva Pinto Júnior, após um surto de cólera e febre amarela na cidade, em 1893, ocasião em que os médicos higienistas puderam usar de todas as armas para esquadrinhar e disciplinar o espaço.

Os guardas sanitários não hesitaram em invadir casas, remover moradores, desinfetar o ambiente, queimar casas, isolar quarteirões, prender suspeitos e atacar focos.

O perigo das epidemias trouxe o pânico à população urbana, justificando assim a ação da polícia sanitária e o aumento do poder dos médicos. É preciso ressaltar que o combate à febre amarela limitou-se à região de Santa Ifigênia (entre os Campos Elísios e a zona central), habitada por membros da classe média e da burguesia cafeeira, sendo que a ação coercitiva do sanitarismo buscava destruir os cortiços dessa área (BONDUKI, 1998, p.30-32).

Por meio do Código Sanitário, o cortiço e outras modalidades de moradia que serviam à população mais pobre ficaram sob o controle e vigilância dos médicos higienistas. Para esses médicos, os operários eram os principais responsáveis pelas doenças que assolavam a cidade, conforme podemos observar no discurso do médico Geraldo Paula Souza citado abaixo:

Coloquemos o **caboclo ignorante** na casa do **patrão** e este, **instruído**, na choça do caboclo; ou o proprietário de Higienópolis no cortiço do Brás, a família inculta no palácio do primeiro, e observe o acerto do que afirmo. Rápida seria a transformação da choça e do mocambo em locais compatíveis com a **vida digna de viver**, bem como a da ‘casa grande’ e do palácio nos mais **perigosos antros da doença e da miséria**” (Discurso de Geraldo Paula Souza

citado em Souza, 1943, p. 20-21 apud CAMPOS, 2002, p.53, grifos meus)

As idéias higienistas, das primeiras décadas do século XX, fortaleciam o preconceito existente com relação ao trabalhador e a sua condição de pobreza, posto que a higiene era colocada em lugar de destaque no combate e na cura das doenças que assolavam a cidade de São Paulo. Assim, o discurso do médico Geraldo Paula Souza é exemplar para mostrar como o “caboclo ignorante” (morador do Brás), que não conhecia as regras de higiene e mantinha hábitos propícios às doenças era visto como o principal sujeito num cenário de doenças e de miséria, ao passo que, o “culto proprietário” de Higienópolis tinha o poder de transformar, com seus métodos higiênicos, qualquer moradia em local agradável e salubre. Sendo assim, as idéias higienistas acabavam justificando a diferenciação entre os bairros na cidade, ou seja, lugares destinados à elite e outros destinados aos trabalhadores. Justificava, ainda, o isolamento de doentes, como os leprosos, que deveriam ser mantidos longe da população sã.

O pensamento de que as condições das habitações dos trabalhadores eram responsáveis pelas doenças refere-se menos ao tipo de alojamento utilizado pelo operário que ao próprio trabalhador. Ao estudar o processo de urbanização no Rio de Janeiro, Sidnei Chalhoub afirma que a definição de uma habitação como sendo um cortiço era, na verdade, o

julgamento do observador. Assim, cortiço foi o termo que as autoridades sanitárias passaram a utilizar quando desejavam estigmatizar uma determinada habitação coletiva (CHALHOUB, 1996, p.39-40).

Uma descrição dos cortiços em fins do século passado foi citada por Bonduki e creio que seja interessante reproduzir alguns trechos para que possamos conhecer melhor o tipo de moradia dos operários que trabalhavam para o engrandecimento da capital:

O cortiço ocupa comumente uma área no interior do quarteirão: quase sempre um quintal e um prédio onde há estabelecida uma venda ou tasca qualquer. Um portão lateral da entrada por estreito e comprido corredor para um pátio com 3 a 4 metros de largura nos casos mais favorecidos. Para este pátio ou área livre, se abrem as portas e janelas de pequenas casas enfileiradas, com o mesmo aspecto, a mesma construção, as mesmas divisões internas e a mesma capacidade. Entre nós estes cortiços se caracterizam: 1) pela má qualidade e impropriedade das construções; 2) pela falta de capacidade e má distribuição dos aposentos, quase sempre sem luz e a necessária ventilação; 3) pela carência de prévio saneamento do terreno onde se acham construídos; 4) finalmente, pelo desprezo das mais mezinhas regras de higiene doméstica. No cômodo do fundo, onde não há assoalho, nem forro, nem ladrilhos, assenta o fogão ordinário e rudimentar com chaminé que pouco funciona em vista de sua má construção e do pouco cuidado que se lhe tem. Daí vem que o interior dessas pequenas casas tem as paredes enegrecidas e pouco asseadas, do teto já se lhes não conhece a pintura sob a camada do sujo das moscas. As paredes com quadros de mau gosto têm o reboco ferido por uma infinidade de pregos e tornos de que pendem vários objetos de uso doméstico e a roupa de serviço.

O cômodo de dormir, aposento que ocupa o centro da construção, não tem luz, nem ventilação, nem capacidade

para a gente que o ocupa à noite. De ordinário no ato de dormir é esta peça hermeticamente fechada. A família toda aí se agasalha em número de quatro a seis pessoas e os móveis acumulados tomam por um terço a capacidade do aposento.

O assoalho jamais se lava. A crosta de lama que o encobre não deixa reconhecer a madeira, e tudo se mostra sob um aspecto nojento e insalubre.

O número de torneiras para água nem sempre está em proporção com a população do cortiço [...] as latrinas também não guardam proporção com o número de habitantes.

Jamais são estas latrinas servidas d'água e as bacias de barro vidrado são cobertas por um imundo caixão de pinho, apoiado em solo encharcado de urina fétida (MOTA, 1894 apud BONDUKI, 1998, p.23-25).

O trecho citado acima mostra um tipo de moradia característico dos operários no início do século XX. É notória a preocupação do autor em identificar as precárias condições de higiene do local, talvez como uma forma de justificar a vigilância exercida em locais como este, visto que no mesmo ano, em 1894, fora criado o primeiro código sanitário paulista. As instalações eram consideradas ordinárias, na medida em que não obedeciam um padrão de construção: os cômodos eram mal distribuídos e não possuíam ventilação; não existiam assoalhos nem forros. No interior dos cômodos, a situação não era menos precária: as paredes eram negras, sujas de moscas; os assoalhos cheios de lama, tudo cheirava urina. E esta imagem do cortiço remetia aos próprios moradores que, aos poucos, foram responsabilizados pelas más condições de higiene na cidade e, conseqüentemente, pela propagação das doenças.

Apesar do Código de 1894 expressar o desejo do poder público em solucionar o problema das habitações consideradas insalubres, visto que previa a invasão dessas propriedades, a remoção dos moradores, a desinfecção do local e até mesmo a derrubada do imóvel, se preciso fosse, na prática, segundo Bonduki (1998, p. 39), as idéias e as leis impostas pelo higienismo não funcionaram e essas habitações continuaram a crescer, tendo em vista o lucro que forneciam aos seus proprietários.

Para Paulo César Xavier Pereira, os baixos salários levaram a população a morar em cômodos alugados e essa solução veio ao encontro dos interesses daqueles que recebiam renda proveniente de sua condição de proprietários dos imóveis. Desta forma, a propriedade imobiliária na capital fez crescer a riqueza individual do proprietário na medida em que o mercado de locação se desenvolvia e produziu a pauperização do trabalhador que era explorado em seu trabalho e ficava privado de certos bens, como os imóveis, na cidade (PEREIRA, 1988, p.68;70).

Além das habitações, também o saneamento das várzeas, a distribuição de água e a coleta de esgoto foram incluídos no conjunto dos serviços da cidade que deveriam ser controlados pelo poder público a partir da década de 1890. Conforme Bonduki

A Comissão de Saneamento das Várzeas, observou a necessidade de uma grande quantidade de obras, pois a expansão promovida por loteadores e especuladores atingia extensa área de baixada, onde a ausência de drenagem gerava focos epidêmicos. Em geral, estas áreas eram ocupadas por moradias populares, pois os terrenos eram mais baratos (BONDUKI, 1998, p. 36).

Entretanto, não houve uma ação efetiva de saneamento nesses locais, sendo priorizadas as intervenções tópicas, como as obras de embelezamento nas áreas centrais da cidade, incluindo o saneamento e o tratamento paisagístico da Várzea do Carmo e do Vale do Anhangabaú. A preocupação com a contaminação da água e a disseminação de doenças levou o poder público a tomar posse da Companhia Cantareira e mandar executar as obras de abastecimento de água e de desenvolvimento da rede de esgotos, cujos serviços logo ficaram disponíveis na cidade (BONDUKI, 1998, p. 37).

O Código de 1894 vigorou até 1896. Segundo Rodolpho Telarolli Júnior (1993, p. 293), a legislação de 1896 foi um melhoramento dos Regulamentos de Higiene instituídos em 1892 e do próprio Código anterior. A primeira reorganização desta lei se deu durante a gestão do médico Emílio Ribas, em 1906, tendo como meta aumentar as atribuições da administração estadual, numa tentativa de esgotar a autonomia municipal e abrir espaço para o trabalho do Serviço Sanitário no interior. No entanto, somente com o código de 1918, as ações do Serviço Sanitário atingiram os domínios rurais. É preciso ressaltar que a necessidade de controlar as endemias rurais, na época, era uma

demanda federal, visto que decretos de 1918 e 1919 criaram e regularam ações federais de saneamento e profilaxia rural, tendo como meta o combate a certas doenças como a malária, a ancilostomíase e a doença de Chagas, sendo que neste mesmo período foi criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil (TELAROLLI JÚNIOR, 1993, p. 293; HOCHMAN, 1998, p. 172).

Segundo Gilberto Hochman (1998, p. 64; 81), a ênfase no saneamento dos sertões procurava desfazer a idéia de um Brasil doente, redescobrimdo o país e sua gente. Assim, a ausência do poder público passou a ser identificada como a grande culpada pelos males que atingiam a população no interior e as medidas autoritárias do sanitarismo passaram a ser desejadas na organização das políticas públicas de saúde. No entanto, em São Paulo, apesar do referido código dirigir ações voltadas para o controle do meio rural, a normatização do espaço urbano não foi suprimida. As regras higiênicas referiam-se às construções determinando a verificação prévia da qualidade do solo em que seria edificada a propriedade, o qual deveria ser saneado previamente; do terreno, convenientemente preparado para facilitar o escoamento das águas e dos prédios, que deveriam assegurar, em toda a época do ano, uma insolação mínima de três horas nos aposentos, sendo as paredes revestidas com material impermeável, de modo a evitar as infiltrações e consequentemente, a umidade. Recomendação especial era dispensada às cozinhas que não deveriam comunicar-se diretamente com os aposentos de

dormir nem com as latrinas. Maior rigor foi dispensado às habitações coletivas, conforme pude verificar nos trechos citados abaixo:

As casas de habitação coletiva, de qualquer natureza, terão um livro intitulado “Registro Sanitário”, de modelo aprovado pela Directoria Geral, e rubricado pelo Delegado de Saúde da zona, no qual serão consignados os nomes dos moradores, sua procedência e datas de entrada e saída.
[...] Quando o prédio, por suas más condições hygienicas, não puder continuar a servir sem perigo para a saúde pública, a auctoridade sanitaria intimará o proprietário ou locatário a fechá-lo, dentro do prazo que fixar, não podendo ser reaberto, sinão depois de executados os melhoramentos determinados (CÓDIGO SANITÁRIO DE 1918, p. 67-68).

O sanitarismo paulista revelou-se um extraordinário mecanismo de controle e hierarquização do espaço, na medida em que, como vimos, houve uma separação entre as áreas destinadas à elite, com a formação de bairros dotados de infra-estrutura, como água, luz, gás e calçamento, daquelas que abrigavam a classe trabalhadora. O medo das doenças foi capaz de legitimar as ações do poder público que se amparava nas idéias preconceituosas dos higienistas. Além dos médicos, alguns membros da elite, tais como intelectuais e políticos também defendiam a higienização da cidade como uma arma contra as doenças.

A criação de espaços que identificavam um determinado grupo social na cidade nos leva a pensar que, como afirma Lefèbvre (2002, p.10), é preciso perceber o fenômeno urbano *enquanto campo de tensões e conflitos*,

como lugar dos enfrentamentos e confrontações, unidades das contradições, em que vários interesses se chocam. De um lado, os proprietários dos meios de produção e dos imóveis procuravam interferir na cidade segundo projetos que atendiam unicamente às suas necessidades, forjando, assim, novas formas de viver que empobreciam as relações sociais, já que tudo se transformava em mercadoria. Por outro lado, a classe trabalhadora foi sendo cada vez mais afastada do centro da cidade e obrigada a morar em locais em que os preços dos imóveis eram compatíveis com seus ganhos, ou seja, nas periferias e em moradias que não ofereciam condições mínimas de habitação.

A respeito da diferenciação entre os espaços de moradia na cidade de São Paulo, Paulo César Garcez Marins aponta que as famílias abastadas fizeram a separação entre o espaço de privacidade e o domínio público, protegendo suas residências com portões imponentes e de grandes dimensões, com altos porões que distanciavam os cômodos da circulação das ruas e com jardins frontais e laterais, assegurando a intimidade dos palacetes. Os cômodos possuíam funções específicas para que cada aspecto da vida privada das famílias pudesse ter seu espaço correto: quarto para vestir, dormitórios, hall, escritório, sala de estar etc. Esta ordem na divisão dos cômodos é entendida por Marins como um modelo das distinções que as elites desejavam disseminar pela cidade, normatizando o privado de forma que isso acabasse se prolongando no espaço público. Ao contrário do que ocorria nos grandes palacetes, as

habitações populares alinhadas diretamente com as calçadas formavam a paisagem dos bairros operários, as ruas eram transformadas em extensões das casas, criando ambientes de sociabilidades (MARINS, 2001, p. 172-177).

Tendo em vista a configuração dos espaços na capital paulista e o modo de vida da elite e da população pobre nas primeiras décadas do século XX, é possível perceber tipos diferentes de urbanização, expressos por pontos de contradições, tais como a maneira de habitar de um e de outro grupo. Para os ricos importavam a grandiosidade de suas mansões, o espetáculo criado pelas fachadas elegantes das moradias, com vizinhanças homogêneas, mantendo distância da rua e dos menos favorecidos. A aparência tomava lugar da essência, na medida em que os valores materiais passaram a ser mais valorizados. Já para os trabalhadores, a rua se transformava no local de vida coletiva, de encontro, a ponto de, na época do carnaval, atrair, conforme observou Sevcenko (1992, p.106), *“as famílias mais ricas da cidade que buscavam alegria em meio aos operários imigrantes do Brás”*.

Em sua tese de livre docência “Encantos e Dissonâncias da Modernidade: urbanização, cinema e literatura em São Paulo, 1920-1930”, Maria Inez Machado Borges Pinto analisa as representações da cidade de São Paulo, elaboradas por intelectuais modernistas, apontando que era inventada para a cidade de São Paulo uma imagem condizente com o mundo moderno, no

qual existia uma grande circulação de mercadorias, facilitadas pelas lojas de departamento, pelos catálogos ilustrados que permitiam ao consumidor comprar pelo telefone ou pelo correio, pelas liquidações das lojas etc. Além das atividades econômicas, também eram exaltadas a educação e a cultura na cidade. Viajantes estrangeiros declaravam que a Escola Normal deveria servir de exemplo na Europa e, em matéria de cultura, afirmavam alguns intelectuais que São Paulo assumia, na década de 1920, a liderança no país. Segundo a autora, ao exaltar o progresso material e intelectual, os modernistas não levavam em conta as contradições ocultas da modernização, tais como o índice de analfabetismo (42%), a pobreza, a discriminação e outras. (PINTO, 2002, p. 125-132).

A autora destaca que a imagem da cidade, com suas contradições, foi percebida e retratada pelo escritor suíço Blaise Cendrars que visitou a cidade várias vezes na década de 1920. Em suas caminhadas pela cidade, o escritor encontrou a outra face da economia cafeeira, deparando-se

com um processo de urbanização informal, improvisada e demarcada pela população pobre, que faziam inchar a cidade com sua presença ostensiva, uma grande concentração de pessoas que viviam à margem das leis, das instituições, sobrevivendo de expedientes variados, em sua grande maioria de ascendência africana, cabocla e italiana (PINTO, 2002, p.133).

O escritor Blaise Cendrars faz referências a uma metrópole que estava escondida sob as aparências da Belle Époque, salientando, sobretudo, a grande concentração de renda propiciada pela economia cafeeira, a especulação advinda com esta atividade e a diversidade de povos e etnias que viviam na cidade. Como percebeu Pinto (2002, p.140), o escritor procurou em seus versos expressar com sarcasmo e bom humor a maneira como a elite paulistana ostentava seus bens materiais; a fúria avassaladora pela riqueza e pelo progresso e também o lado obscuro da modernização: os renegados, estigmatizados, privados de direitos elementares e excluídos da cena pública

Buzinas elétricas
Aqui não se conhece a Liga do Silêncio
Como em todos os países novos
A alegria de viver e de ganhar dinheiro se exprime na voz
das buzinas e na
Peidorrada dos canos de escapamento abertos.

O céu é de um azul cru
O muro da frente é de um branco cru
O sol cru me martela a cabeça
Uma negra instalada numa varandinha frita peixinhos num
fogão recortado de uma velha lata de biscoitos
Dois negrinhos roem um pedaço de cana-de-açúcar
(CENDRARS, B. Au coeur du monde. Apud. PINTO, p.
140-141)

O escritor salienta, em seus poemas, a expansão, sem planejamento, dos automóveis na cidade que, na cidade, eram utilizados por seus proprietários como forma de status. Nicolau Sevcenko (1992, p. 74) indica que não havia uma lei de proteção dos pedestres, o que permitia aos motoristas

aterrorizá-los com seus carros. O automóvel; os campeonatos esportivos, incluindo as corridas automobilísticas; o futebol e os festivais serviam para manter a sociedade em movimento, pois o ritmo da vida moderna mexia com o espírito da elite paulistana que procurava a todo custo importar novos estilos de roupas, de modalidades esportivas, de conhecimentos etc. São Paulo deveria ocupar a liderança em todos os aspectos: nos esportes, nas artes, na cultura, na economia, enfim, era preciso que o poder público criasse no imaginário coletivo a visão de uma cidade do progresso, do futuro, escondendo o real panorama urbano com seus problemas de habitação, de enchentes e de epidemias e endemias.

O problema das doenças no meio urbano fazia com que houvesse uma maior articulação entre os conhecimentos da medicina sanitaria e a elite paulistana. A possibilidade da ocorrência de uma grande epidemia ou endemia na cidade e, conseqüentemente, uma alteração na ordem social, fazia com que fosse exigida a presença da medicina na cidade, como se esse local fosse o grande responsável pelas doenças. O isolamento de leprosos, por exemplo, passou a ser uma medida profilática, indicada na legislação sanitária e uma forma de retirar os doentes do cenário urbano, escondendo o outro lado da urbanização.

É importante ressaltar que, após a Proclamação da República, o debate em torno da construção de uma Nação passou a mobilizar grande parte da intelectualidade brasileira. Era preciso discutir os problemas colocados frente à abolição dos escravos, à vinda de um grande número de imigrantes para o país e à mestiçagem da população. Neste contexto, o conhecimento dos médicos higienistas sobre a saúde do povo brasileiro e sobre as condições sanitárias de uma parcela do território fizeram com que estes profissionais pudessem estar à frente das discussões em torno da reconstrução de uma identidade nacional, a qual, segundo Nísia Trindade Lima & Gilberto Hochman, partia da identificação das doenças como elemento distintivo da condição de ser brasileiro. Os conhecimentos da medicina moderna indicavam que a preguiça e a indolência atribuídas ao povo brasileiro eram frutos das moléstias e também do abandono do poder público, que não agia protegendo a saúde da população. A saída para o problema dos agravos à saúde era a higienização das cidades e dos sertões do Brasil, tarefa que seria uma obrigação do governo (LIMA & HOCHMAN, 1998, p. 23).

As doenças foram sendo colocadas como o principal problema do país e maior obstáculo à civilização. De acordo com Hochman (1998, p.64), alguns acontecimentos, ocorridos na década de 1910, podem ser apontados como marcos da inauguração do movimento pelo saneamento no país: a) a denúncia feita pelo médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de

Janeiro, Miguel Pereira, em 1916, afirmando ser o “Brasil um imenso hospital”;

b) o impacto público gerado pela divulgação do relatório de expedição médico-científica do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil, revelando o conhecimento de uma população desconhecida, atrasada, doente e sem nenhuma identificação com a pátria; c) a repercussão na imprensa carioca dos artigos de Belisário Penna, chefe da expedição sanitária pelo Brasil; e d) a atuação da Liga Pró-Saneamento, fundada em 1918, contando com o apoio de intelectuais que faziam palestras e organizavam materiais demonstrando ações de prevenção e educação higiênicas.

A propaganda do movimento sanitário na capital federal girava em torno da idéia de que a doença produzia indivíduos improdutivos e que o remédio para esse mal seria a criação de mecanismos capazes de reeducar a população, mudando seus hábitos e o fortalecimento da intervenção federal nos estados de forma efetiva e contínua. As autoridades paulistas apoiavam o saneamento do país, pois possuíam a consciência de que pouco adiantaria sanear o território paulista se as outras regiões, principalmente as de fronteira, não fizessem o mesmo. No entanto, São Paulo conseguiu manter-se nesse arranjo nacional de forma bastante independente, na medida em que construiu uma política pública de saúde que se mostrava eficaz no controle e na vigilância, principalmente do meio urbano (HOCHMAN, 1998, p. 240)

A criação de diversos órgãos voltados para o estudo e controle das doenças, em São Paulo, representou um avanço da medicina no campo da saúde pública, nas primeiras décadas do século XX, como já foi mencionado nesta pesquisa. Essa luta contra as doenças no estado, assim como ocorreu em outras áreas da América Latina, recebeu o apoio de entidades criadas nos Estados Unidos, como a *Fundação Rockefeller*. Esta fundação, conforme Juan C. Garcia (1991, p. 32), agia na América Latina orientando o saneamento terrestre nas zonas primário-exportadoras. Assim, a filantropia da *Rockefeller* é interpretada por este autor como um meio de garantir e aumentar o lucro da fundação, impulsionando o Estado a adotar medidas de proteção da força de trabalho. Um exemplo de intervenção desta entidade na América latina foram as contribuições para a erradicação da ancilostomíase — doença da preguiça — que tanto afetava a produtividade do trabalhador em São Paulo e na América Latina.

Saul Franco-Agudelo (1991, p.101) analisa os objetivos das campanhas anti-maláricas patrocinadas pela *Fundação Rockefeller*, também na América Latina, em um contexto de domínio imperialista. O autor afirma que, a partir dessas campanhas, a fundação conseguiu aumentar o lucro do império *Rockefeller* e penetrar no campo da saúde pública. As ações nesse campo deveriam estar voltadas à investigação e à educação em saúde, demonstrando

assim a inserção de uma nova metodologia na prevenção e no tratamento das doenças nos locais de intervenção.

Maria Gabriela Marinho (2001, p. 14;17;19) acrescenta que a atuação desta entidade esteve presente em todos os continentes, conferindo-lhe poder em escala global. As doações somente eram feitas a instituições que atendessem a certos critérios, tais como, a independência financeira da instituição beneficiada, a relevância do trabalho desenvolvido na comunidade em que se inseria e a existência de contrapartidas financeiras aos auxílios recebidos. A partir de 1920, a atuação da fundação foi apontada como responsável pelo deslocamento do eixo da produção científica da Europa para os Estados Unidos por causa da grande quantidade de recursos financeiros investidos em programas de pesquisa no mundo.

O envolvimento da *Fundação Rockefeller*, em São Paulo, teve início quando uma comissão de especialistas que buscava estudar as condições de saúde pública e de ensino, visitou o estado em 1916. Neste mesmo ano, foram estabelecidos os primeiros contatos entre a recém-criada Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e a fundação, ocorrendo o apoio para a construção de uma cadeira de higiene para a Faculdade. A higiene, segundo estudos do Conselho Geral da Educação dos Estados Unidos, apropriados pela *Fundação Rockefeller*, foi definida como conjunto global de conhecimentos

capazes de promover e melhorar a saúde das pessoas e das comunidades, assim como a prevenção de doenças. Neste sentido, não bastava apenas a criação de uma cadeira de higiene, mas, sim, organizar um instituto com profissionais qualificados e capazes de promover pesquisas sanitárias. Foi, neste contexto, que o Instituto de Higiene (atual Faculdade de Saúde Pública), organizado em 1918, passou a ser o responsável pelo ensino da Higiene e pela propaganda sanitária. O instituto ministrava curso de doutor em higiene destinado aos médicos; engenheiro sanitário; técnico de laboratório de saúde pública, visitador de saúde pública; auxiliar de higiene escolar etc. (MARINS, 2001, p.54; CANDEIAS, 1984, p. 14-17).

Segundo análises de Marisa Romero, a Faculdade de Medicina de São Paulo não era apenas um centro formador de profissionais especializados na cura de corpos doentes, sendo a missão desta instituição ajustar a saúde da população ao grau de civilização atingido pelo país, observando que ser civilizado era estar de acordo com as normas do processo de produção capitalista.

Os médicos pretendiam contribuir para a inclusão do Brasil no conserto das nações viáveis, por um lado criando condições objetivas de erradicação das doenças epidêmicas por meio de pesquisas, reprodução de vacinas, campanhas educativas, por outro, empenhando-se na mudança de comportamentos, incentivando a formação de uma visão de mundo mais adequada ao rumo que necessariamente o país deveria tomar. Ampliaram então a definição de saúde e estenderam sua prática a todos os âmbitos da vida cotidiana.

Consideraram-se, assim, não só médicos, mas cientistas sociais (ROMERO, 1996, p.169).

Ao assumir as teorias deterministas que ligavam o progresso do país às características da raça brasileira, os médicos paulistas, segundo Marisa Romero, concluíram que o povo brasileiro era, de um modo geral, inferior devido ao forte cruzamento entre as diversas raças que o compunham. Neste sentido, procuraram aliar o pensamento de construção de uma raça adequada à ciência eugênica que tinha como meta o progressivo branqueamento da população e a eliminação dos maus procriadores (ROMERO, 1996, p.171).

Para Maria Lucia Boarini, tanto o movimento higienista quanto o movimento eugenista tiveram significativa influência na construção do pensamento da sociedade brasileira, nos primórdios da sua industrialização, e ambos se caracterizaram como movimentos gerados no seio de pequenos grupos formados, geralmente, por médicos (BOARINI, 2004, p.4).

Institucionalizaram-se, no Brasil, através da Sociedade Eugênica de São Paulo, fundada pelo médico Renato Kehl, em 1917, sob o patrocínio do diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, o Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho. Diga-se de passagem, essa foi a primeira sociedade do gênero criada na América do Sul e sua criação despertou grande interesse não só no Brasil, como na América Latina e na Europa. Em 1923 foi fundada a Sociedade Brasileira de Higiene, sendo seus membros, em sua maioria, pertencentes ao departamento de Saúde Pública e outras instituições da área, de vários Estados da Federação (BOARINI, 2004, p.5).

Durante as primeiras décadas do século XX, os ideais eugênicos articularam-se aos propósitos do higienismo por meio de suas preocupações e na determinação de tornar o Brasil uma grande nação, contudo, existem elementos que caracterizam e, portanto, diferenciam um movimento do outro. Neste sentido, vale a pena transcrever a definição do médico Renato Kehl para higienismo e eugenia, citada por Maria Lucia Boarini:

[...] a higiene, por exemplo, procura melhorar as condições do meio e as individuais, para tornar os homens em melhor estado físico, a eugenia, intermediária entre a higiene social e a medicina prática, favorecendo os fatores sociais de tendência seletiva, se esforça pelo constante e progressivo multiplicar de indivíduos “bem dotados” ou eugenizados (KEHL, 1935, p 46. apud BOARINI, 2004, p. 5).

Por meio da definição citada acima, pode-se compreender que o higienismo está mais ligado ao processo de urbanização das cidades e dos problemas daí advindos, tais como o aumento da população e, em decorrência disso, o alastramento das doenças, cabendo à higiene o importante papel de tornar a cidade livre das epidemias, enquanto a eugenia tinha por fim a melhoria progressiva da espécie humana, cabendo um importante papel à figura feminina neste contexto, conforme pode ser observado no trecho citado abaixo:

Procurando difundir as idéias de melhoria da qualidade da raça, o discurso eugenista apoiou inicialmente a maternologia como iniciativa de promoção da maternidade em condições ideais de saúde e de higiene, reforçando que a função social e cívica da mulher era garantir a procriação, a

sobrevivência das futuras gerações e o aperfeiçoamento e fortalecimento da raça (MATTOS, 2004, p. 5).

Em São Paulo, durante a década de 1920, instituía-se um modelo de profilaxia das doenças cuja base era a educação sanitária e que vinha de encontro aos ideais propostos pelos movimentos higienista e eugenista na época. Como exemplo deste modelo, tem-se que o Instituto de Higiene empreendeu, segundo Cristina Campos, uma jornada visando sanear a família e a sociedade paulista a fim de que elas formassem “proles sadias”: a base dos trabalhadores do futuro. O código sanitário de 1925 estabelecia que a educação sanitária estaria voltada, principalmente, à maternidade e à assistência ao menor, sendo a persuasão dos indivíduos para os hábitos higiênicos a principal arma utilizada (CAMPOS, 2002, p.110).

Terminada a fase campanhista de prevenção das doenças, de forte influência francesa, teve início no país o modelo de políticas de saúde adotadas nos Estados Unidos e representadas pela Fundação Rockefeller, como já foi apresentado neste capítulo. Nesta fase, apesar da polícia sanitária ainda existir, a ênfase estava na ação preventiva das doenças por meio da formação dos indivíduos para a prática da higiene, as quais se dariam com a educação sanitária. Para Jandira Lopes de Oliveira, essa concepção de saúde colocava o doente como o grande culpado pelas doenças, já que as mesmas poderiam ser evitadas por meio dos preceitos de higiene (OLIVEIRA, p.132).

A culpabilidade pelas doenças tornava o indivíduo um inimigo social, o qual deveria estar sujeito às sanções por parte do poder público. A sensação de insegurança vivida pela população paulistana, desde o final do século XIX, com crescimento das endemias e epidemias na cidade, fez com que ela exigisse medidas mais rigorosas no combate às doenças transmissíveis, contribuindo financeiramente para que projetos normalizadores do espaço público pudessem ser efetivados. Neste contexto, é possível apresentar o isolamento compulsório dos portadores de hanseníase como exemplo de profilaxia de uma doença na qual o indivíduo era visto como principal culpado, sendo necessário o seu confinamento.

Capítulo 2 – Medicina sanitarista e a profilaxia da hanseníase

Dentre as várias doenças contagiosas existentes na cidade de São Paulo, a hanseníase, antiga lepra, mereceu tratamento específico por parte do poder público. Tratava-se de uma doença cuja cura ainda não era conhecida e que atingia os corpos de maneira avassaladora, despertando sentimentos como medo e repulsa. Estes sentimentos podem ser compreendidos se levarmos em conta certos aspectos da história da hanseníase, tais como as crenças que por muito tempo cercaram a doença e também o contexto de transformação da cidade de São Paulo, nas primeiras décadas do século XX.

A modernização da cidade de São Paulo trouxe consigo a necessidade de ajustar o local de acordo com a lógica capitalista de produção, sendo necessário preservar a saúde da população. A expansão da cafeicultura e da indústria atraíram para a cidade uma grande quantidade de pessoas, vindas de diversas regiões do país e do estrangeiro, ocasionando problemas de toda ordem no local, inclusive as epidemias. Frente a essas mudanças coube ao poder público criar mecanismos capazes de manter um equilíbrio social, sendo o saneamento do meio a principal arma utilizada.

Sobre a contribuição da medicina sanitarista no processo de higienização da cidade, nas primeiras décadas do século XX, Marisa Romero afirma que os médicos adquiriram um grande prestígio, ao participar de projetos governamentais que visavam a preservação da saúde pública, sendo o

isolamento dos doentes como prevenção das doenças uma das medidas primordiais destes profissionais. A autora acrescenta que:

Diante do caos gerador de medo e insegurança, era urgente a emergência da ordem, do equilíbrio. A harmonia desejada era a de uma sociedade que caminhasse para o progresso, isto é, que desenvolvesse o modo de produção capitalista sem sofrer os percalços da luta de classes. Todo comportamento considerado diferente deveria ser visto como resistência ao sistema, como uma anomalia impeditiva do funcionamento do corpo social, e seus agentes deveriam ser enquadrados nas prisões, nos hospícios e nos institutos disciplinares (ROMERO, 1996, p.170).

O enquadramento dos doentes em instituições fechadas estava previsto no Código Sanitário de 1918. No caso da hanseníase, aguardava-se, somente, a construção de um lugar adequado para abrigar a imensa população de doentes que perambulavam pela cidade. Contudo, além do caráter sanitário, é preciso que levemos em conta também as representações milenares da lepra para que possamos compreender o isolamento compulsório dos doentes.

Desde a antiguidade, as imagens da hanseníase foram produzidas em um contexto que envolvia elementos ligados à religião, lendas e superstições. Para Zoica Bakirtczief, conteúdos arcaicos como impureza, pecado, sujeira etc. influenciaram de maneira significativa na visão que se tem da hanseníase. Em sua investigação acerca das representações da hanseníase e como elas influenciam no tratamento do doente, a autora faz uma análise

interessante dos termos empregados para caracterizar a doença e mostra como esses significados se enraizaram no pensamento da sociedade. Dentre os vários conceitos analisados por Bakirtczief, destaca-se, pela sua importância na caracterização histórica da lepra, o termo grego “*lepros*”, utilizado durante o século V a.C. para designar “escama”; “crosta”; “ferida” ou, ainda, local “sujo”, “imundo”. Posteriormente, este termo foi usado para traduzir do hebraico para o grego a palavra “*sara’at*” ou “*tsara’ath*”, a lepra bíblica no Velho Testamento (BAKIRTCZIEF, 1994, 58-59).

Como observou Farrell (2003, p. 74), “*tsara’ath*” fora usada para descrever tanto a pessoa com aparência estranha na pele, quanto os edifícios que haviam sido contaminados pelos espíritos e que precisavam de purificação, sendo possível observar o significado de impureza ritual pela leitura do Livro de Levítico, no Velho Testamento. A lepra passou, assim, a ter um significado religioso presente na Europa durante toda a Idade Média. Quando se descobria alguém com lepra, o doente era levado até o altar da igreja para que se ajoelhasse e uma missa era rezada para ele. Em seguida, era encaminhado a um leprosário, onde o sacerdote agia como se estivesse jogando poeira sobre ele, proferindo as seguintes palavras: “*esteja morto para o mundo e novamente vivo para Deus*”.

Yara Monteiro (1993, p. 134), acrescenta que o desconhecimento sobre as causas da doença contribuía para que o doente fosse visto como uma ameaça que deveria ser extirpada do meio social, justificando, assim, uma verdadeira caça aos leprosos, conforme pode ser visto abaixo:

O crescimento do número de pessoas doentes se constituía em problema para a Igreja e para os governantes. Aos poucos foram sendo criados mecanismos oficiais que possibilitassem a identificação e segregação de todos aqueles que fossem “leprosos”. Nesse processo destacou-se a presença da igreja, sendo que o Concílio de Lyon, realizado em 583, já havia estabelecido as primeiras regras profiláticas, que consistiam em isolar o doente da população sadia.

Na França, a partir do século XII, a identificação e o diagnóstico do doente, com frequência era precedido de uma denúncia. Qualquer pessoa que notasse doença de pele em alguém, fosse ou não parente, era obrigado a denunciar o fato a uma autoridade secular ou religiosa e esta se encarregaria dos procedimentos para realização do diagnóstico. Desta forma, qualquer problema de pele, até mesmo simples dermatite, poderia ser suficiente para que alguém fosse “diagnosticado” como leproso (MONTEIRO, 1993, p.134).

Na Europa Medieval, também era comum tratar os doentes de lepra com remédios pouco convencionais, conforme verificado no texto de Françoise Béniac em “As doenças têm história”. O autor salienta que eram cozidas serpentes de pele negra, até o ponto de separação entre a carne e os ossos, e dadas ao doente para que ele mudasse de pele e se curasse (BÉNIAC, 1985, p. 135). Num outro tipo de extremismo, chegou-se a interpretar a lepra

como uma doença sagrada, levando algumas pessoas a sentir uma estranha atração pelo leproso, a ponto de beijar suas feridas.

Quer inventando poção mágica para curar a doença, quer expulsando o doente ou compartilhando de sua companhia, podemos inferir que as reações das pessoas estavam ligadas aos aspectos religiosos e mágicos da doença. A bibliografia consultada a respeito da lepra no continente europeu nos mostra que o doente não podia banhar-se no rio da cidade; não podia andar em vias estreitas, pois alguém poderia esbarrar nele; não podia falar acima de um sussurro, para não projetar seu hálito sobre os outros. Era-lhe permitido andar somente com uma vestimenta especial, costurada com um símbolo, que poderia ser a letra “L” ou um coração, sendo obrigado a usar luvas, capuz e lenço para cobrir a boca. Ele se fazia anunciar por meio de matraca e usava um saco para mendigar. Era terminantemente proibida a permanência entre os sãos sendo que, para que não tivessem necessidade de comprar comida nos mercados e locais povoados, cada paróquia ficava encarregada de suprir as necessidades dos seus leprosos (BÉNIAC, 1985, p. 137; FARRELL, 2003, p. 75).

Jean Claude Schmitt (2001, p. 264), confirma a idéia de que valores sócio-culturais da Idade Média, condenavam o leproso ao desterro.

Nos séculos XII e XIII, multiplicam-se leprosários nas confluências de estadas e nos confins das regiões, onde os

leprosos são confinados longe do mundo. Nenhum tratamento é dispensado a esses doentes: o medo do contágio, a caridade dos doadores, sua esperança de serem recompensados por suas mercês no outro mundo inspiram essas fundações. O leproso é pobre de Cristo por excelência e cuidar de suas feridas ou lhe dar um beijo, como fez Luiz IX, é ato digno de um santo (SCHMITT, 2001, p.273).

A lepra desapareceu, de forma misteriosa, da Europa, por volta do século XVI. Michel Foucault (1987, p.5) argumenta que esse desaparecimento não se deveu às práticas médicas, tais como o medicamento com pele de cobra citado acima, mas como resultado espontâneo da segregação dos doentes e, também, após o fim das Cruzadas, rompendo o contato com os focos da infecção no Oriente. Outra explicação para erradicação da lepra, neste continente, foi encontrada em Farrell (2003, p.78): *“De fato, alguns acreditam que a tuberculose, mais fácil de disseminar, erradicou a lepra da Europa, após a Idade Média, ao infectar muitas pessoas com um germe semelhante, tornando-as imunes à lepra”*.

Contudo, as maiores descobertas acerca da hanseníase só foram possíveis no século XIX graças aos estudos de dois médicos noruegueses: Daniel Cornelius Danielssen e Gerhard Henrik Armauer Hansen. Danielssen publicou um livro que descrevia os vários tipos de lepra e a diferença entre ela e outras doenças, levando a comunidade científica a pensar na doença não como uma maldição, mas como uma enfermidade. Para tentar provar que a lepra não era doença contagiosa, mas hereditária, o médico resolveu injetar em

seu próprio corpo material retirado da lesão de um paciente. Apesar de não ter se infectado, sua teoria não estava correta e alguns anos mais tarde, Hansen, convencido de que a lepra era contagiosa, estudou durante um ano a amostra de tecido de um paciente com lepra, até conseguir observar no seu microscópio um conjunto de pequeninas criaturas, as bactérias responsáveis pela doença (FARRELL, 2003, p. 78-80).

O estigma da lepra e a marginalização do doente estiveram presentes em toda a Idade Média e, também nos séculos posteriores. Diferentemente de outras doenças transmissíveis, a lepra sempre foi vista de forma pejorativa por conta das representações herdadas do passado. Yara Monteiro (1993, p.137), estabelece uma comparação entre a hanseníase e a tuberculose, mostrando que, apesar de ambas serem doenças portadoras de estigma que remontam à Antiguidade, para a tuberculose foram criados estereótipos diversos, os quais variaram com o tempo, ao contrário da lepra, constantemente associada ao horror.

Ao estudarmos a história da tuberculose podemos observar a existência de duas posturas diametralmente opostas; por um lado devido ao fato de ter sido grande a incidência da tuberculose nas classes trabalhadoras, acabou sendo estabelecida, em especial pela literatura, uma visão da doença aliada à idéia de miséria e promiscuidade; ainda dentro desta mesma postura tem-se o estabelecimento da tuberculose com imoralidade, alcoolismo, infração, crime. Por outro lado, existe toda uma concepção da tuberculose ligada à intelectualidade e à produção artística (MONTEIRO, 1993, p.137).

A busca das representações da hanseníase em épocas passadas nos traz esclarecimentos importantes para que possamos entender como, ao longo do tempo, os portadores do mal de Hansen foram sendo expulsos de suas comunidades em nome do bem estar da população sadia e, sobretudo, como certas crenças foram capazes de contribuir para que, em pleno século XX, doentes de hanseníase fossem extirpados do meio social e isolados de maneira compulsória em asilos-colônias construídos em São Paulo para este fim.

Na história das instituições que tinham como meta prestar assistência aos leprosos na capital de São Paulo, destacam-se: a Santa Casa de Misericórdia e a Associação Santa Therezinha do Menino Jesus, fundada em 1913 por um grupo de senhoras preocupadas com o amparo dos filhos de leprosos pobres. A primeira instituição voltada a prestar assistência ao leproso na capital foi o Hospital dos Lázaros, inaugurado em 1802 e localizado na rua João Teodoro. A construção desta instituição foi possível graças às contribuições de particulares e sua manutenção esteve nas mãos da Santa Casa de Misericórdia até 1856, quando a Irmandade Nossa Senhora da Consolação e São João Batista obteve o cargo de zelar pelos doentes.

De acordo com Flavio Maurano, durante as duas administrações, o hospital se mostrou pouco adequado para tratar os pacientes de doenças transmissíveis no estado: o espaço físico da instituição permitia o abrigo de

apenas 20 doentes, os quais viviam em condições precárias, faltando roupas, alimentos e médicos para tratá-los. Finalmente, em 1879, a Santa Casa retomou a administração do hospital, após um manifesto dirigido ao povo paulista pelo mordomo da instituição:

Em nome dos lazarus³ peço ao povo de São Paulo uma esmola pelo amor de Deus para os nossos pobres e infelizes irmãos, que tanto carecem de socorros para sua manutenção e reparo do edificio em ruínas no qual se acham. O obolo com que quizerem concorrer aquelles em cujo coração achar este reclamo pela classe mais desgraçada dos mendigos póde ser inscripto ou deixado no escriptorio das redacções do *Correio Paulistano*, *Provincia de São Paulo*, *Tribuna Liberal* e *Jornal da Tarde* (MAURANO, 1939, v. II, p.20, grifos do autor)

É possível identificar no trecho citado acima o forte apelo com que era tratada a questão da hanseníase. Tornava-se necessário mobilizar a população para este grave problema de saúde pública, mostrando o quanto os doentes precisavam da ajuda e do socorro do povo.

De acordo com Maurano (1939, p. 29), além de abrigar um número insatisfatório de pacientes, com a expansão econômica da cidade, o hospital foi se tornando grande estorvo, devido à movimentação leprosos em zonas muito povoadas e a proximidade do colégio Nossa Senhora da Luz e do Hospital do Quartel da Polícia. A saída foi obrigar a Santa Casa a transferir o

³ É importante mencionar que a palavra lázaro também servia para designar o doente de lepra.

hospital para uma chácara no bairro do Guapira, a partir de 1904. O Hospital do Guapira passou a receber neste mesmo ano os leprosos que estavam internados no antigo hospital. No interior, para abrigar os leprosos, havia o Hospital de Itu, fundado em 1806. Posteriormente, a partir de 1900, surgiram outros asilos: Sorocaba, em 1902; Rio Claro, em 1905; Itapetininga, na mesma data; Jundiaí, em 1906; São Carlos, em 1908; Casa Branca, em 1909; Tatuí e Botucatu, em 1911; Angatuba, Guareí e Amparo, em 1915; Bebedouro e Descalvado, em 1916; e Jaboticabal, em 1917 (MAURANO, 1939, v. II, p. 59-63).

A fotografia a seguir apresenta alguns doentes com hanseníase isolados em Itapetininga antes do período de isolamento compulsório e como a doença afetava seus corpos.

Fotografia 2 – Portadores de hanseníase exibindo as lesões causadas pela doença

Autor: Departamento de Profilaxia da Lepra, 1924, acervo do Instituto de Saúde

▪

Pela análise dessa fotografia é possível verificar algumas características que também são encontradas em outras imagens produzidas nessa mesma época, tais como a falta de espontaneidade na pose; a posição dos doentes é imposta de forma a mostrar apenas as mãos e os pés afetados pela doença, ao passo que o resto do corpo está devidamente coberto; o ar triste revela, o que era ser “leproso” numa época em que à doença eram atribuídos vários significados como impureza, pecado e outros.

O patrimônio das associações responsáveis pelos asilos provinha de apólices, ações de estradas de ferro, de aluguéis de casas e pastos e, sobretudo, das contribuições dos sócios e das subvenções oficiais. Na maioria das vezes, os asilos eram compostos de grupos de casas que se localizavam em pontos menos freqüentados, nos arredores das cidades, feitos de tijolo ou taipa, com chão de terra batida, cercados ou não, dispendo de terrenos que serviam de

chiqueiro e galinheiro. Não havia instalações sanitárias e os dejetos eram despejados em terreno vazio vizinho ou em algum riacho próximo. Geralmente, estas instituições serviam apenas de abrigo para os leprosos que levavam uma vida nômade, não havendo assistência médica constante (MAURANO, 1939, v. II, p.63-64).

As fotografias 3 e 4 mostram acampamentos de doentes na estrada de Pirapora do Bom Jesus, interior do estado de São Paulo, constituindo um retrato exemplar de segregação socioespacial. Este local era escolhido pelos doentes devido às manifestações religiosas que ali ocorriam e que atraíam um grande número de pessoas, favorecendo a arrecadação de esmolas. O nomadismo e a mendicância foram os meios encontrados pelos doentes que não tinham condições de se manter e não eram aceitos pela sociedade.

Nas primeiras décadas do século XX, era muito comum encontrá-los perambulando em grupos pelas estradas a fim de montarem seus acampamentos o mais distante possível da capital (MAURANO, 1939, p.182).

Fotografia 3 – Doentes de hanseníase e seus acampamentos à beira da estrada

Fonte: Acervo iconográfico do Núcleo de Memória da Saúde Pública – Instituto de Saúde, s.d.

A imagem mostra um grupo de leprosos montando seus acampamentos à beira da estrada. Este era o único refúgio possível nas primeiras décadas do século XX. Note-se que a região apresenta-se desabitada, sendo os leprosos os únicos moradores da região. Este fato demonstra a preocupação dos doentes em manter-se o mais longe possível da comunidade.

Fotografia 4 – Casal de hansenianos acampando à beira da estrada

Fonte: Acervo iconográfico do Núcleo de Memória da Saúde Pública – Instituto de Saúde.

Nesta figura, o casal de hansenianos pausa para foto em frente à sua barraca. Pela imagem é possível perceber que se tratavam de pessoas humildes e que, da mesma forma, que na figura anterior, os acampamentos eram montados em lugares desertos.

A citação abaixo descreve a situação dos doentes nos momentos em que armavam suas barracas e esperavam a esmola em dinheiro ou em espécie:

Depois de muitos dias de jornada estabelecem-se em núcleos entre Paranaíba e Pirapora. É aí, nos vales cortados pela estrada de rodagem, que eles armam as barracas e improvisam as cabanas. Geralmente se constituem em três ou quatro colônias. Além destas, os romeiros iam encontrando a cada passo, famílias de leprosos esperando os peregrinos pelas curvas.

Quando os veículos passam, eles se mostram com gestos desesperados, fazendo praça das chagas e do estado em que se encontram. Há nessa exposição bíblica de réprobos, expécimes de todos os graus, dos que ainda não tem visível o estigma do mal, aos que já se desagregam, placa por placa, como múmias egípcias milagrosamente animadas de rígidos movimentos “ Ai vêm os lázaros, há um pipocar de foguetes um bimbalar de sinos ...

Mas não entram em Pirapora. No último dia, recebem uma ordem e, então, se aproximam do rio. Alí ficam, de cócoras, exibindo as suas deformidades, diante da população aterrada. Tudo lhes é negado até mesmo a entrada nos templos, sempre abertos para toda gente, em cuja sombra o facinora encontra um minuto de paz e o desesperado um hálito de esperança.

A festa acabou.

A paz retorna a cidade.

Não há mais pipocar de foguetes nem bimbalar dos sinos.

Calou o tam-tam dos batuques.

O rancho grande e o rancho pequeno estão silentes.

As portas da vila lhes são abertas e eles fazem a sua entrada triste, de eternos vencidos, levando os cavalos pelas rédeas e a sua canzoada faminta a saquear os monturos. Então Pirapora já deserta de forasteiros, reduzida ao seu meio ilheiro de almas, fecha as portas com a tramela e espia a última procissão de Agosto por detrás das vidraças descidas. Que vão ali os lázaros? Vão assistir à missa campal à beira do rio. A religião lhes é servida depois de toda a gente, em último lugar, como o resto de alguma coisa que realiza (AFONSO SCHMIDT APUD MAURANO, 1939, v.I, p. 183)

Sobre a distribuição da hanseníase no estado de São Paulo, é de extrema importância a obra do médico higienista Flávio Maurano. Os dois volumes que contam a história da lepra em São Paulo foram escritos no período em que se realizava uma forte campanha de erradicação da doença e o internamento compulsório dos leprosos, mais precisamente na década de 1930. Flávio Maurano estava envolvido nesta campanha, fato que deve ser levado em

conta quando analisamos sua obra e seus argumentos em defesa do modelo de reclusão. Contudo, é preciso ressaltar que o autor chegou a importantes e esclarecedoras conclusões acerca da proliferação da lepra no território paulista, a partir de meados do século XIX, demonstrando, por meio de tabelas e mapas como era a situação da doença no estado.

A figura a seguir demonstra a situação da lepra nas primeiras décadas do século XIX. De acordo com a legenda criada por Maurano, a parte mais clara da figura representa os municípios em que não foram encontrados casos de lepra ou cujas Câmaras não apresentaram dados acerca da doença. A cor amarela representa de 1 a 10 o número de doentes no município, a cor laranja aponta que existiam de 11 a 30 casos, a cor marrom indica números de 31 a 40 doentes, enquanto o marrom mais escuro considera o maior número de concentração de doentes por município: de 41 a 70 casos.

Figura 1: Distribuição da lepra na Província de São Paulo, 1851

Fonte: Maurano, Flavio. História da Lepra em São Paulo, v. I, p.28.

É importante ressaltar que, na época da sistematização destes dados, ainda não era possível construir um estudo epidemiológico mais aprofundado da hanseníase. Não existiam levantamentos sobre a população afetada, tais como sexo, idade, raça e profissão. Tampouco poderia se estabelecer o surgimento de novos casos da doença ou se os casos registrados já eram existentes. A dificuldade de se conhecer a real evolução da hanseníase pode ser explicada pela ausência de um levantamento mais

eficiente do número de casos pelos censos e também por conta do nomadismo dos doentes.

Cabe, ainda, fazer uma contextualização do período a que se refere a figura acima para que possamos compreender o motivo de um maior número de doentes distribuídos na região do Vale do Paraíba.

A partir do século XIX, a cafeicultura se tornou a principal atividade econômica do Vale do Paraíba, região situada entre as províncias do Rio de Janeiro e São Paulo. Conseqüentemente, houve uma maior concentração populacional nessa área, o que viria a facilitar o alastramento da lepra nesta região. É possível observar na figura apresentada acima que havia grande concentração de leprosos em Mogi das Cruzes e em municípios da região do Vale do Paraíba, mas que a doença também se alastrava para a zona oeste do estado.

As regiões que apresentaram maior distribuição da lepra foram: Guaratinguetá, Santa Isabel, Pindamonhangaba, São Luiz do Paraitinga, Jacareí e Taubaté.

Segundo Maurano (1939, p. 26):

Os centros mais ricos da Capitania, de maior desenvolvimento agrícola e econômico foram os mais

favoráveis ao incremento da lepra”. É o caso da região do vale, parte densamente povoada e enriquecida pela agricultura.

O censo de 1887 registrou 373 doentes em 81 dos 118 municípios existentes na província, somando um total de 707.400 habitantes. Chamou-me atenção o número de doentes existentes no município de Itapetininga, que contava, na época com 11.363 habitantes e 45 doentes, ao passo que na capital foram encontrados 22 doentes para uma população de 47.697 habitantes. Nos municípios de Guaratinguetá e São José dos Campos, que não aparecem na tabela, ambos com população superior àquela registrada em Itapetininga, foram registrados, respectivamente 0 e 4 doentes. É importante ressaltar que este município já aparecia no censo realizado em 1820 como uma das principais localidades de incidência da lepra, ao lado de municípios do Vale do Paraíba, tais como Jacareí e Taubaté, importantes centros de desenvolvimento agrícola (MAURANO, 1939, v. I, p. 32).

Os quadros abaixo foram elaboradas a partir dos dados apurados mais tarde, pelos censos de 1887 e 1923, sobre o número de doentes no estado. Foram destacados, em cada tabela, os cinco municípios que demonstravam maior número de casos da doença, incluindo a capital.

Quadro 1 – Distribuição da lepra na Província de São Paulo em 1887

LOCALIDADES	Nº DE DOENTES
Itapetininga	45
Capivari	34
Capital	22
Avaré	17
Piracicaba	16

Adaptado de Maurano, Flavio. História da Lepra em São Paulo, v. I, p.35-37.

No quadro 2 e na figura 2, verifica-se um aumento acentuado da doença, na capital, em relação ao número obtido no quadro e no mapa anteriores. A variação do número de casos da hanseníase apresentada nos dois quadros deve-se, sobretudo, ao desenvolvimento econômico da capital no período, à concentração de imigrantes no local e à existência de um grande número de doentes internados no Hospital do Guapira, devido ao tratamento gratuito que a Santa Casa lhes concedia. Conforme Maurano (1939, v. II, p. 86), no Hospital do Guapira foram propostas as idéias que fizeram parte de uma grande campanha contra a lepra em São Paulo. No período de 1920 a 1931, estes estudos proporcionaram a edição de um grande número de trabalhos científicos sobre a doença no estado.

Quadro 2 – Distribuição da lepra no estado de São Paulo em 1923

LOCALIDADES	Nº DE DOENTES
Capital	501
Piracicaba	81
Campinas	80
Franca	60
Rio Claro	56

Adaptado de Maurano, Flavio. História da Lepra em São Paulo, v. I, p.40-41.

De acordo com a legenda criada por Maurano para esta figura, a parte mais clara representa os municípios em que não foram encontrados casos de lepra. A cor amarela representa de 1 a 10 o número de doentes no município, a cor laranja aponta que existiam de 11 a 30 casos, a cor marrom indica números de 31 a 80 doentes, enquanto o vermelho considera o maior número de concentração de doentes por município, incluindo a capital.

Figura 2: Distribuição da lepra no estado de São Paulo em 1923.

Fonte: Maurano, Flavio. História da Lepra em São Paulo, v. I, p.47.

De acordo com as análises de Maurano (1939, v.I, p. 39-43), o estado de São Paulo possuía, em 1923, aproximadamente 4.115 doentes para uma população de 4.600.000 habitantes, sendo que, na capital, foram encontrados, como já foi indicado, 501 infectados. Para o censo de 1923, o Serviço Sanitário obteve dados apenas dos doentes que tinham manifestado a doença e possuíam moradia fixa conhecida, deduzindo-se que o número de infectados talvez fosse maior do que aquele apurado, já que não foram computados os doentes ambulantes nem aqueles que ainda não tinham manifestado a doença.

A preocupação com o alastramento da hanseníase e de outras doenças, na capital paulista, foi responsável pelo fortalecimento das ações do poder público na área da saúde. As propostas de estruturação do espaço urbano, formuladas pela medicina sanitaria, por meio das legislações sanitárias, muito contribuíram na concretização dos ideais da elite paulista para a cidade, mas também a classe trabalhadora foi, aos poucos, incorporando as idéias higienistas e, em nome da salubridade, passou a solicitar a intervenção do Estado nas questões de saúde. Liane Maria Bertucci chama atenção para o fato de que a população trabalhadora incorporou o conhecimento produzido pela burguesia, sendo o maior exemplo desta incorporação a aceitação do uso da vacina contra a varíola na cidade. Esta incorporação, no entanto, produziu o que a autora chama de “arma revolucionária”, pois, ao adquirir maior conhecimento

sobre saúde, a população passou a exigir melhores condições de vida, lutando contra as jornadas exaustivas de trabalho e contra os altos preços das moradias e dos alimentos (BERTUCCI, 1997, p.43-68).

As reivindicações da elite e dos próprios operários buscavam a construção de um espaço saudável, livre das doenças, estando atreladas, sobretudo, à lógica capitalista. Para a burguesia as idéias higiênicas vinham ao encontro da necessidade de preservar a força de trabalho, garantindo grandes lucros, enquanto que, para a classe trabalhadora, a preservação da saúde e o fortalecimento de seus corpos eram um incentivo para a luta contra as más condições de vida e a construção de um operariado futuro.

O conhecimento científico sobre saúde/doença foi sendo incorporado ao cotidiano dos trabalhadores por meio da imprensa operária e a educação transformada na forma correta de prevenir a doença, assim como preconizavam os médicos higienistas em seus estudos. Segundo Bertucci, a preocupação dos operários com a saúde individual e coletiva levou-os a uma reflexão sobre certos hábitos do cotidiano e à adoção de práticas higiênicas como forma de resolver os problemas de saúde. Mas, sobretudo, houve, nesta época, uma conscientização por parte dos operários ao que se refere às necessidades básicas da população, fazendo-os cobrar do poder público o investimento em áreas até então esquecidas. Os jornais operários procuravam

criar um caminho revolucionário, distanciando embelezamento de necessidade, acima de tudo, necessidade da classe mais pobre. (BERTUCCI, 1997, p. 158; 220).

No entanto, a arma usada pelos trabalhadores para cobrar ações do poder público tendia a justificar as políticas públicas de saúde da época. O trecho transcrito abaixo foi retirado de um jornal ligado aos trabalhadores. Nele, observamos que conhecimentos da medicina, como o uso da higiene no controle das epidemias e endemias, estavam sendo discutidos pelos trabalhadores:

Tempos houve em que nos ameaçavam periodicamente a variola, a febre amarela, a colera etc. Mas dessas a acção benéfica da hygiene, com seus methodos scientificos, nos livrou quasi que inteiramente (A LANTERNA N° 34, ANNO IV, p. 2, COLUNA 6 apud BERTUCCI, p.65).

Liane Maria Bertucci elencou, em sua obra, algumas publicações operárias que debatiam os conhecimentos científicos na área da saúde, sendo possível perceber nestes periódicos que as condições de vida foram relacionadas, de um modo geral, às várias doenças. O uso de bebidas alcoólicas, o fumo, os excessos de trabalho, a libertinagem, a falta de repouso, as muitas horas de trabalho, a alimentação pouco equilibrada, a moradia insalubre e outros fatores do cotidiano são frequentemente apontados como causadores de

moléstias. O ideal de uma população saudável crescente entre os trabalhadores vinha ao encontro das regras de normatização da sociedade propostas pelo Serviço Sanitário e efetivadas pelas legislações sanitárias paulistas vigentes desde o fim do século XIX.

O medo das doenças uniu os ideais higienistas aos ideais revolucionários dos trabalhadores, fortalecendo as ações de combate às doenças. No caso específico da hanseníase, verificamos, pelos dados dos censos apontados anteriormente, que havia urgência na tomada de medidas que pudessem conter esse mal. O diretor do Serviço Sanitário paulista, Geraldo Paula Souza, não estava alheio ao problema da lepra no estado e, em documento enviado ao secretário dos Negócios do Interior, em 1926, com o título “Exposição de motivos sobre os problemas da profilaxia da lepra no estado de São Paulo”, pode informar, segundo Cristina Campos, que, no estado, estavam concentrados os maiores focos da doença de todo o país, sendo necessário realizar uma campanha preventiva contra a doença. Para o higienista, a solução sanitária para o problema da lepra seria a construção de vários leprosários regionais espalhados pelo território paulista e próximos dos grandes centros urbanos, esclarecendo que a qualidade do asilamento era a grande responsável pela profilaxia da moléstia (CAMPOS, 2002, p.105).

É importante destacar que a discussão acerca da construção de asilos para abrigar os doentes de lepra já estava presente nas administrações anteriores do Serviço Sanitário paulista, como já foi mencionado no capítulo anterior. Emílio Ribas, o grande idealizador do isolamento, atraiu vários elementos de destaque na sociedade no combate à doença. Conforme Lessa (1986, p. 33-34), a este médico foi atribuída a dinamização da Associação Protetora dos Morféticos em 1917, sendo que a idéia de se construir um leprosário modelo levou o higienista a visitar várias localidades a fim de encontrar um terreno ideal para as obras. Algumas famílias ilustres colocaram os seus terrenos à disposição do médico, sendo escolhido o terreno localizado nos campos de Santo Ângelo que foram, em parte, comprados e doados pela *Associação Protetora dos Morféticos*. (MAURANO, 1939, v.II, p. 142).

A *Associação Protetora dos Morféticos* foi fundada em 27 de março de 1917 e destinava-se a socorrer os doentes asilados ou não, amparando as famílias dos internados; a fazer propaganda higiênica a respeito da lepra; a prestar socorro espiritual e a auxiliar a administração da Santa Casa. O dinheiro da associação era proveniente das doações de seus sócios (MAURANO, 1939, v.II, p.140).

Figura 3 – Emblema da Associação Protetora dos Morféticos

Fonte: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

Pela figura acima, podemos verificar a caridade representada por uma mulher com vestido e cabelos longos que despeja sua ajuda ao doente. O doente apresenta-se como um mendigo acampado à beira da estrada, pronto a receber a ajuda. Isto põe em evidência que a mendicância dos doentes era o único meio encontrado para sobrevivência.

A figura também nos remete às representações da lepra e do leproso em épocas antigas, quando a assistência ao doente era vista como um caminho para se alcançar o reino dos céus.

Nos levantamentos que realizei no “Museu de Saúde Pública Emílio Ribas”, pude encontrar um documento esclarecedor acerca das idéias de Emílio Ribas a respeito da construção de asilos para leprosos na capital paulista. Neste documento em que a Associação Protetora dos Morféticos faz perguntas ao higienista a respeito da profilaxia da lepra, o isolamento dos

doente é apontado como único caminho para combater a doença, podendo ser compulsório desde que não houvesse a procura espontânea dos doentes:

Achando indispensavel o isolamento, sou todavia de parecer que essa medida só deve ser executada, compulsoriamente, depois de feitas installações capazes de, pelo seu conforto, hygiene, cuidados médicos e direcção, serem procuradas expontaneamente pelos leprosos (RIBAS, 1917, p.19).

Quanto ao local apropriado para a construção dos asilos, Emílio Ribas argumentava ser possível aos mais favorecidos manter-se isolado em sua própria residência, mas alertava para o fato de que alguns doentes, que levam uma vida com poucos recursos e em moradias insalubres, poderiam oferecer resistência ao isolamento, condenando a cidade à doença:

De facto, a remoção das immundicies, occasionando a transferência dos restos de alimentos, concorre para o afastamento dos ratos, animaes hoje suspeitos de hospedadores dos bacillos responsaveis pela propagação da lepra; extingue os creadores de alguns insectos suspeitos como agentes vehiculadores do germen do mal, taes como as moscas, pela ausencia de materia organica em decomposição, e influe poderosamente na exterminação dos mosquitos pelo afastamento dos innumerous receptaculos de agua estagnada, encontrados tão frequentemente no lixo. Os outros insectos suspeitos são tambem extinctos, graças aos habitos de uma bôa hygiene individual e de domicilio (RIBAS, 1917, p. 34)

Conforme o discurso citado acima, o higienista recomenda o afastamento das imundícies e dos elementos do meio capazes de prejudicar a

saúde da população, apontando o rato ou até mesmo alguns insetos como possíveis transmissores da bactéria responsável pela hanseníase. É importante ressaltar que somente após a década de 1940, os cientistas puderam comprovar que a bactéria *M. leprae* é transmitida de pessoa para pessoa e que ela se desenvolve apenas em organismos cujo sistema imunológico não consegue sobrepujá-la (FARREL, 2002, p.79).

Para Emílio Ribas, a internação dos portadores de lepra conciliaria os interesses da saúde pública com o progresso da cidade. O médico é enfático ao afirmar que a garantia da salubridade do território é necessária para que se possa contar com a colaboração estrangeira no desenvolvimento da agricultura, do comércio e da indústria, propondo a fundação de asilos colônias em lugares de fácil acesso, higiênicos e confortáveis; o isolamento dos doentes pobres nestes locais; proteção às famílias dos doentes indigentes; isolamento dos recém-nascidos, filhos de leprosos, em lugares convenientemente adaptados e, sobretudo, que houvesse uma ação integrada entre os estados brasileiros para que não houvesse um afluxo de doentes de uma região para outra (RIBAS, 1917, p. 38-39).

Enquanto o poder público paulista não efetivava ações de controle da hanseníase, a doença se alastrava por grande parte do território.

Apesar do nomadismo dos doentes ter sido um grande obstáculo para a compreensão da distribuição da doença em determinado local, os censos realizados a partir do século XIX servem para mostrar a disseminação da doença no território paulista. Segundo o censo realizado em 1923 (conforme analisado anteriormente), por exemplo, existiam 501 doentes na capital, incluindo os internados no Hospital do Guapira. Na capital estava concentrado o maior número de doentes e isto pode ser explicado tendo em vista o aumento populacional nas primeiras décadas do século XX. Segundo Yara Monteiro (1995, p.81), era grande o número de estrangeiros, principalmente de italianos, doentes. Contudo, não se poderia afirmar se eles já estivessem infectados quando chegaram ao Brasil ou se teriam contraído a doença neste país.

Desde a sua idealização, o primeiro asilo-colônia da capital, o Asilo-colônia Santo Ângelo, esteve cercado por um conjunto de interesses e de ambições. Após ser efetivada a doação do terreno para sua construção, o governo do estado tomou a frente nas decisões para a profilaxia da lepra, firmando um acordo com a Santa Casa de Misericórdia, pelo qual a entidade ficaria encarregada da manutenção e da direção interna dos serviços de construção, cabendo ao poder público a fiscalização sanitária das construções e a organização dos serviços. Este acordo levou a *Associação Protetora dos Morféticos* a se desfazer, alegando a possibilidade de não haver continuidade no projeto por parte do governo. Contudo, alguns meses depois da promulgação da

lei nº1.582, que concedia à Santa Casa as obras do Santo Ângelo, ficou decidido, em reunião da Mesa Administrativa desta entidade, que a construção do leprosário deveria ficar à cargo do Serviço Sanitário do estado (MAURANO, 1939,v.II, p.142-143).

Em 1919, Dr. Artur Neiva, diretor do Serviço Sanitário, iniciou as obras do Asilo-colônia Santo Ângelo e, em 1920, o presidente do estado, Washington Luis, reverteu à Santa Casa as obras do leprosário, como medida econômica. Durante a gestão de Geraldo Paula Souza, no Serviço Sanitário, as obras ficaram paralisadas, pois o higienista via no Santo Ângelo uma série de inconvenientes, tais como a sua proximidade com a capital que, na época, já contava um grande número de habitantes e o perigo do escoamento do esgoto do leprosário diretamente num afluente do rio Tietê, cuja água servia para banhos, para prática de esportes e outras atividades. O gasto com a manutenção de um grande asilo-colônia, como o Santo Ângelo, também foi um dos motivos que contribuíram para a paralisação das obras durante a gestão de Geraldo Paula Souza, sem, no entanto, ter sido esquecido o projeto de reclusão dos leprosos, principalmente, daqueles nomeados por ele como “vagabundos” e “incuráveis” e que viviam em promiscuidade pelos bairros da capital (MAURANO, 1939, v. II, p. 142-154).

Apesar do avanço da medicina no conhecimento e tratamento de diversas doenças, a hanseníase continuava a ser uma moléstia assustadora durante as primeiras décadas do século XX, pois a sua cura ainda não era conhecida e o estigma milenar da doença contribuía para que os doentes fossem excluídos do meio social. O temor de contrair a infecção levava a população sã a tomar medidas que evitassem o contato com o doente, mas também a criar lendas em relação à figura do leproso, sendo que algumas delas foram enraizadas no imaginário popular, a ponto de figurarem até mesmo na literatura, como pode ser observado no trecho citado abaixo:

A's vezes elles vão pela estrada. Quando apparece de longe um automovel e estão em logar que tem matto, um leproso deita-se no chão, finge-se de morto, os outros se escondem. O automovel aproxima-se e por caridade os viajantes param para verificar se é ferido ou cadaver. Ah! os outros morpheticos avançam e pegam nos viajantes com aquellas mãos horríveis para passar o mal. Elles acreditam que ficam curados se passarem a lepra a sete pessoas, que ás vezes mordem, principalmente crianças (GRAÇA ARANHA, s.d. apud MAURANO, 1939, v.I, p. 169).

A fantasia e o exagero marcavam a visão que a população tinha dos doentes. Evitados pela população e, até mesmo, pelos familiares, pouco lhes restava a não ser a mendicância, na medida em que, por lei, eram impedidos de viver do comércio. Assim, na capital paulista, berço do progresso e da modernidade dos anos 1920, conviviam ao mesmo tempo os ricos detentores do capital e uma massa de doentes que esmolavam pelas ruas da

Consolação, Santo Antônio, Augusta e outras. A feira do Arouche e o bairro de Santana eram verdadeiros pontos de concentração de leprosos na capital, constituindo uma ameaça à saúde pública.

Tendo em vista o alastramento da hanseníase na capital, o poder público paulista se viu pressionado pela sociedade a solucionar o problema da lepra e adotar meios para que os doentes fossem afastados do convívio social. A necessidade de controlar as epidemias propiciou um aumento significativo do poder do Estado na sua capacidade de intervir na sociedade.

A respeito da utilização do corpo enquanto objeto passível de intervenção por parte do Estado ou de instituições dotadas de poder, Michel Foucault explica que, ao sujeitar-se a um poder, o corpo produtivo torna-se também um corpo submisso, sendo que essa sujeição não ocorre apenas pelo uso de meios violentos, podendo ser tecnicamente pensada, calculada, organizada por um saber.

O saber e o controle sobre o corpo constituem aquilo que Foucault denomina “tecnologia política do corpo”, a qual segundo o autor, não pode, no entanto, ser localizada no Estado ou em qualquer instituição, na medida em que não é uma propriedade, mas o efeito de estratégias, sendo o poder mais exercido que adquirido. Assim, este poder seria estabelecido na relação entre

dominantes e dominados, sendo, muitas vezes, solicitado por estes últimos (FOUCAULT, 1994, p.29)

Nesse sentido, ao analisar a prática sanitaria, em São Paulo, pude perceber que, assim como ocorreu em algumas cidades da Europa, quando eram organizadas suas políticas públicas de saúde, o poder adquirido pelos médicos sanitarios esteve intimamente ligado ao seu saber, sendo sua presença constante na organização do meio urbano.

De acordo com Michel Foucault (1989, p.203), os higienistas eram os únicos capazes de melhorar o corpo social, mantendo-o em permanente estado de saúde. Esta função teria assegurado a este profissional uma posição privilegiada na sociedade do século XIX, mais do que sua prática terapêutica. Este argumento pode ser utilizado na presente dissertação visto que, no caso da profilaxia da hanseníase, os higienistas paulistas criavam mecanismos que visavam, acima de tudo, a proteção da população não em detrimento dos cuidados terapêuticos que seriam dispensados aos doentes quando reclusos em hospitais.

A cidade foi se constituindo, assim, um espaço de exclusão. Ainda na década de 1920, com a inauguração do Asilo-colônia Santo Ângelo, localizado em terreno bem distante da capital, o poder público pôde concretizar

aquilo que por muito tempo era discutido: o isolamento dos portadores de hanseníase. Logo após a inauguração, em 1928, o Santo Ângelo passou a receber os primeiros doentes, vindos do Hospital do Guapira. No início, encontravam-se isolados 449 doentes. Dez anos mais tarde, este número saltou para 7.133 internados (MAURANO, 1939, v. II, p.162-163).

A rede asilar paulista já estava completa na década de 1930. De acordo com Yara Monteiro (1995, p.5), para organizar esta rede de asilos, o estado de São Paulo foi dividido em quatro regiões: a primeira constituída pelos municípios do norte do estado e a capital; a segunda, pelos municípios da região da Sorocabana; a terceira pelos municípios da Araraquarense e a quarta região representada pelos municípios da Mogiana, fato que revela a importância das principais redes ferroviárias na urbanização do estado.

O isolamento compulsório dos portadores de hanseníase pôde, enfim, ser realizado, tendo como base o Decreto nº 5.027, de 16 de maio de 1931, nos cinco asilos construídos no estado de São Paulo, conforme indica Flávio Maurano (1939, v.II, p.178-179):

- **Asilo-colônia Santo Ângelo:** inaugurado em 1928 e localizado em Mogi das Cruzes;
- **Asilo-colônia Cocais:** inaugurado em 1932 e localizado na região de Bauru;

- **Asilo-colônia Pirapitingui:** inaugurado em 1931 e localizado em Itu;
- **Asilo-colônia Aimorés:** inaugurado em 1933 e localizado em Bauru e
- **Sanatório Padre Bento:** inaugurado em 1931 e situado a 20 km da capital, no município de Guarulhos. Devido à proximidade com a capital, essa instituição funcionou como uma espécie de triagem de pacientes, pois dependendo do estágio da doença, o doente poderia ser encaminhado a um dos outros quatro asilos existentes no interior.

A internação dos doentes foi facilitada na medida em que os médicos eram obrigados a informar, de imediato, o Serviço Médico Oficial caso diagnosticassem a lepra em seus consultórios. Além disso, havia uma enorme propaganda financiada pelo Departamento de Profilaxia da Lepra, antiga Inspetoria de Profilaxia da Lepra, que visava atingir a população, levando-a a denunciar as pessoas “suspeitas”. Após a notificação, as autoridades sanitárias se incumbiam de procurar e levar o doente, mesmo contra sua vontade, pois a internação nesses casos estava prevista em lei. Havendo relutância, essas autoridades poderiam utilizar, até mesmo, a força policial como medida de coerção.

Zenaide Lessa (1986, p.112) ressalta que o isolamento dos portadores de hanseníase figurou como tema central dos debates no meio científico das primeiras décadas do século XX, estando presente em palestras,

conferências e em materiais impressos, suscitando diversas posições e justificativas por parte de alguns grupos. Estes grupos eram liderados, segundo a historiadora Yara Monteiro (1995, p. 135), por médicos, envolvendo pessoas de vários setores (juristas, políticos, arquitetos e senhoras de destaque da sociedade paulista), formando duas correntes, as quais a autora definiu como sendo: a dos humanitários e a dos isolacionistas. Os primeiros defendiam o isolamento de acordo com o modelo proposto por Emílio Ribas, ou seja, combatiam o isolamento insular por acreditarem que a segregação seria uma medida ineficaz contra a doença, propondo até mesmo o isolamento domiciliar, desde que obedecidos os preceitos de higiene. Esta corrente estava de acordo com as posturas adotadas na época para prevenção da doença em várias partes do mundo. Já para o grupo dos isolacionistas, o ideal seria isolar o maior número possível de doentes, não importando classe social, idade ou sexo, em regiões determinadas, estrategicamente pensadas, como a proposta do arquiteto Adelardo Caiuby que previa a criação de zonas de concentração de leprosos, regidas por legislação especial e dotadas de mecanismos de vigilância e poder (MONTEIRO, 1995, p. 135-147).

É importante mencionar a atuação da “*Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*” na construção de asilos para os doentes de lepra no estado de São Paulo. Segundo dados colhidos em documento escrito pela presidente desta Sociedade, Dona Alice de Toledo Ribas Tibiriçá, a lei nº

2.169 de dezembro de 1.926, que destinava verbas do poder público ao controle da endemia surgiu graças a um pedido feito pela diretoria da entidade ao Presidente do Estado. Além dos recursos que seriam obtidos, a Sociedade também ganhou espaço nas colunas do “Correio Paulistano” para fazer propaganda dos seus ideais. A partir de 1.929, a Sociedade criou seu próprio órgão de propaganda: o “*Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*” (TIBIRIÇÁ, 1934, p. 2-4).

A respeito da propaganda desenvolvida por esta Sociedade em seu boletim mensal, Zenaide Lessa argumenta que havia uma forte ligação entre as idéias eugênicas (discutidas no capítulo anterior), a profilaxia da lepra e a construção de uma nação saudável que pudesse contribuir para o engrandecimento da pátria. (LESSA, 1988, p. 115).

A relação entre os ideais eugênicos e a profilaxia da lepra pode constatado no documento produzido por Dona Alice Tibiriçá, intitulado “*Como eu vejo o problema da lepra e como me vêem os que o querem manter*”, na medida em que foram encontrados termos que podem ser associados à idéia de que parte da população brasileira era constituída por pessoas degeneradas, tais como “*aperfeiçoamento étnico*”; “*cruzadas*” e expressões como “*esse flagelo (a lepra) ameaça a nossa nacionalidade, minando-a no que ela tem de básico — a saúde*” ou “*a obra da Sociedade de assistência aos lázaros e defesa contra*

a lepra é qualquer coisa cousa de grandioso e servindo a um alto objectivo de philantropia prepara a defesa da raça contra o pernicioso alastramento da morphéa”(TIBIRIÇÁ, p. 283-290, s.d.).

A defesa da raça aparecia, segundo Yara Monteiro (1995, p.160), no discurso de diferentes correntes profiláticas, sobretudo nas mais radicais, as quais se utilizavam do tema para justificar suas posições, inclusive àquelas relacionadas ao isolamento compulsório dos portadores de hanseníase no estado de São Paulo.

O isolamento compulsório dos portadores de hanseníase em asilos-colônia foi uma iniciativa pioneira do estado de São Paulo, sendo o Asilo-colônia Santo Ângelo considerado um exemplo para os demais. Conforme Marcos de Souza Queiroz (1997, p.36), o rigor aplicado no confinamento dos doentes em São Paulo foi, de um modo geral, muito mais estrito do que em outros estados brasileiros. Uma vez que o doente fosse internado no Santo Ângelo, dificilmente teria de volta a sua liberdade, a não ser que conseguisse fugir da vigilância do asilo-colônia ou, sobrevivesse aos maus tratos até a década de 1960, quando foi encerrado o período de isolamento compulsório.

Capítulo 3 – A instituição exemplar: Asilo-colônia Santo Ângelo

O Asilo-colônia Santo Ângelo, inaugurado em 2 de agosto de 1928, em Mogi das Cruzes, possui um significado importante na história da hanseníase e da própria Saúde Pública paulista. O debate em torno da construção desta instituição envolveu membros de destaque da medicina em São Paulo, tais como Emílio Ribas e Geraldo Paula Souza e também da sociedade paulistana. Apesar de não existir um consenso entre os higienistas da primeira metade do século XX quanto aos benefícios que o asilo traria para os doentes, por fim, venceram aqueles que apostavam no isolamento como forma de profilaxia da lepra. Logo após a inauguração, o Santo Ângelo passou a receber os primeiros doentes, destacando-se como o primeiro asilo-colônia destinado a resolver o problema da lepra no estado de São Paulo.

A figura a seguir mostra a entrada principal do Asilo-colônia Santo Ângelo. O que mais chama a atenção é a placa com os dizeres “**Aqui renasce a esperança**”. Para muitos doentes esta esperança nunca nasceu, posto que seus corpos debilitados pela doença não agüentaram a chegada do tratamento nem o momento de abertura dos portões da instituição décadas depois de sua inauguração.

Fotografia 5 – Entrada principal do Asilo Santo Ângelo, com os dizeres “*Aqui renasce a esperança*”.

Fonte: Acervo iconográfico do Núcleo de Memória da Saúde Pública – Instituto de Saúde.

A calma aparente na entrada do asilo não denunciava as atrocidades que ocorriam no interior desta instituição. A fotografia mostra o portão de entrada por onde os doentes ingressavam. Nenhum outro edifício pode ser visto devido à grande distância a que os alojamentos ficavam deste portão.

Durante o trabalho de campo, realizado no Asilo-colônia Santo Ângelo, atual Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcante, fui informada que a placa com os dizeres “**aqui renasce a esperança**” foi retirada, pois trazia lembranças de um tempo que seria melhor esquecer.

Atualmente, o hospital atende pacientes de doenças crônicas, conservando os alojamentos destinados aos doentes de hanseníase na época do isolamento compulsório.

Fotografia 6 – Entrada principal do Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcante (antigo Asilo-colônia Santo Ângelo)

Autor: Vânia Postigo, fevereiro de 2007

O presente capítulo desta dissertação tem como objetivo compreender o cotidiano do Asilo-colônia Santo Ângelo, utilizando pesquisas sobre o assunto, depoimentos de internos publicados em alguns jornais da época do isolamento compulsório e as entrevistas realizadas durante o trabalho de campo. A pesquisa de campo foi realizada em fevereiro de 2008, sendo

entrevistadas cinco senhoras confinadas durante o período compulsório, as quais residem no asilo até os dias atuais.

A entrevista semi-estruturada foi realizada no atual Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcante, antigo Asilo-colônia Santo Ângelo. Foi permitido às entrevistadas falar livremente de suas lembranças, sendo destacados apenas alguns pontos considerados de extrema importância na pesquisa. As entrevistas duraram, em média uma hora de forma a não se tornarem cansativas para as entrevistadas.

O texto abaixo faz parte de uma série de depoimentos colhidos no Asilo-colônia Santo Ângelo e descreve o momento em que uma jovem de 18 anos, órfã de pai e mãe, resolve deixar sua casa, na cidade Tremembé, interior de São Paulo, e procurar um posto de saúde na capital. A jovem suspeitava ser portadora de hanseníase, pois seu pai havia morrido com a doença. Ao ser examinada pelo médico, no posto, a moça foi, imediatamente, conduzida ao Asilo-colônia Santo Ângelo, sendo a viagem até o asilo realizada em um carro fechado, com os doentes acomodados na parte de trás. Esta era uma partida sem volta, pois, a partir do momento em que o doente era internado no Santo Ângelo, ou em qualquer outro asilo-colônia do estado, passava a ser um tutelado do Estado.

Eu vim de carroção. Naquele tempo, aquele carroto de pegar cachorro, era igualzinho. Era assim tudo fechado, só tinha aquelas frestinhas pra gente olhar. Naquele tempo a doença era muito ruim Não deixavam nem pegar roupa em casa, era assim (D. Adelaide).

Cenas como as descritas nos depoimentos a seguir foram muito comuns em São Paulo durante o período de isolamento compulsório. A viagem de centenas de pessoas que foram isoladas no Asilo-colônia Santo Ângelo começava, geralmente, com a denúncia, em seguida a captura por parte da polícia sanitária e o transporte nas ambulâncias fechadas, com os doentes acomodados na parte de trás.

[...] Então vamos lá! Eu tive catapora e fiquei com as pelotinhas na orelha e acabou a catapora e elas continuaram. Aí eu estava internada no orfanato lá em Santos e o médico me examinou e me isolou num quarto. Chamou a minha irmã e também passou exame e botaram ela também no mesmo quarto e ficamos presa naquele quarto o dia inteiro separadas. O orfanato ficava na Av. Rodrigues Alves, 700 em Santos.

Quando foi de tarde puseram nós num carro preto e levaram nós e rodamos e rodamos e paramos lá em Itu, no hospital Pirapitingui.

Minha mãe não sabia de nada. Ela trabalhava de empregada doméstica e nós naquele carro preto todo fechado. E largaram nós lá no hospital. Lá tinha outras meninas também naquela época, mas poucas e naquela época a doença era triste. No mais era tudo certo!

Criança não tinha muito lugar para ir, tudo na mesma porcaria.

Sabe com o que nós se “divertia”? A gente estava doente, não sabia nem o que tinha. Pra gente não tinha problema nenhum. Então, tinha uns latões que eram jogados os curativos. Naquele tempo era violenta a doença e tinha muito urubu e os urubus ficavam puxando aquele monte de faixa [rindo] (Dona Lurdes).

Num outro depoimento, desta vez publicado no *Jornal de São Paulo*, em 1945, é possível perceber a angústia dos portadores do mal de

Hansen ao serem deslocados de um asilo a outro como objetos humanos. O depoimento apresenta, ainda, como os representantes do Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), órgão responsável pelo combate à lepra no estado, eram vistos pelos doentes.

Há sete anos fui segregado, brutalmente, pelos ‘dedicados’ agentes do Serviço da Lepra de São Paulo. Foram dois os choques que recebi: primeiro o saber-me doente, o segundo, o ver-me tratado com tal desumanidade. Estive no Asilo Santo Ângelo e de lá me mandaram para o Sanatório Padre Bento, isso como verdadeira mercadoria humana. Nesse tempo, eu estranhei, pois ainda não sabia existir um mal maior do que o ‘ter a lepra’. Soube logo após o que era ser leproso debaixo dos ‘regulamentos’ do D.P. da Lepra em São Paulo! Conheci, então, a real situação minha e de meus companheiros de infortúnio: éramos leprosos no corpo, administrados por verdadeiros leprosos no caráter! (...) Ao jogarem-me nesses leprosários que eles denominam ‘colônias’ ou então ‘Sanatórios’, eu era um moço de presença absolutamente normal, sem qualquer característica que seja da moléstia (convém frisar que fui pego por denúncia do médico, o qual fui consultar de motu próprio (Fonte: Depoimento não assinado enviado ao JORNAL DE SÃO PAULO – 25 de abril de 1945 (acervo do Instituto de Saúde)).

De acordo com as denúncias registradas em vários jornais da época, como: *Jornal Diretrizes*, o *Diário Carioca*, *Jornal Vanguarda* e *Diário da Noite*, percebe-se que os asilos do estado — em particular o Santo Ângelo que aparece com mais frequência — transformaram-se, com o tempo, em verdadeiras prisões, na medida em que estas, conforme explica Michel Foucault (1994), destinam-se não apenas a encarcerar o indivíduo, mas treiná-lo para uma nova vida, tornando-o dócil e disciplinado, a ponto de se habituar com as

regras impostas por aqueles que detêm o poder total sobre ele e aceitá-las como legítimas. No caso dos asilos-colônia paulistas, o poder estava nas mãos do Departamento de Profilaxia da Lepra e de seu diretor, o higienista Francisco Salles Gomes Júnior.

Ao assumir o comando da profilaxia da lepra no estado, a partir de 1935, Francisco Salles Gomes Júnior assumiu, como medidas primordiais, o isolamento dos leprosos em grande escala, a anexação de todos os asilo ao Departamento de Profilaxia da Lepra⁴, o desenvolvimento dos conhecimentos acerca da doença, o amparo aos filhos dos doentes, a unificação e a oficialização da campanha contra a lepra no estado e a racionalização econômica da campanha. Num curto espaço de tempo, este higienista se tornou figura de destaque na sociedade, tanto por suas obras destinadas ao isolamento dos hansenianos, visto que, após assumir o comando do DPL, foram iniciadas ou reiniciadas as obras de outros asilos no estado, quanto por sua ação centralizadora e rígida no comando das instituições de controle da lepra.

Alguns jornais denunciavam as atrocidades que ocorriam no interior do Santo Ângelo e dos demais asilos da rede paulista, atribuindo ao Dr. Salles Gomes a responsabilidade por tais acontecimentos. O médico chegou a ficar conhecido como o “carrasco dos leprosos”.

⁴ O Asilo-Colônia Santo Ângelo esteve sob a administração da Santa Casa até junho de 1933 (MAURANO, 1939, v. II, p.218)

Os relatos transcritos acima são importantes, na medida em que mostram como os doentes eram enviados ao asilo (capturados pela polícia médica) e como era o sofrimento destas pessoas ao sentirem que estavam sendo privadas do convívio social e subordinadas a uma instituição. Outro elemento que merece ser destacado no texto é o fato de o doente ter sido denunciado pelo médico que fora consultar. Conforme Maurano (1939, v.II, p. 182), o Dr. Salles Gomes revogou vários artigos da lei nº 2.146, os quais permitiam o tratamento da lepra por médicos particulares, tornando obrigatória a denúncia e o tratamento da doença apenas em instituições oficiais.

Dentre os depoimentos orais, apenas uma entrevistada declarou ter ingressado no asilo por livre e espontânea vontade. Note-se, entretanto, que a internação era a única saída para pessoas que, nas condições apresentadas por Dona Maria, descobriam-se portadoras de uma doença tão estigmatizante quanto a lepra, nas primeiras décadas do século XX.

Eu trabalhava com um dentista na avenida São João. Aí um médico que ia sempre lá bateu os olhos em mim e falou que ia me internar, daí levaram eu para o Hospital das Clínicas. Ele perguntou quando eu queria ser internada, porque de primeiro não tinha isso. Daí eu falei: amanhã.

Eu não tinha pai nem mãe. Eu estava na casa dos outros. Então foi uma benção vir para cá. Eu não tinha ninguém lá fora e disse: eu já vou amanhã mesmo. Eu não fui pega a laço e nem vim de carro preto. Eles queriam me trazer de ambulância mas, eu tinha um conhecido. Daí ele me trouxe de carro até aqui. Mas, eu também não tenho o que falar daqui não.

Cheguei e já fui para o pavilhão. Dormiam doze no salão. Uma senhora toda cheia de defeito falava pra gente assim: “está vendo eu? Você vai ficar como eu!” (risos). Ela fazia isso com todos. Ela tinha as mãos de garra e sempre

gritava com a gente. (Dona Maria, 82 anos)

Ao ingressar no asilo, o doente era obrigado a assumir uma nova identidade, pois a partir desse momento, encontrava-se isolado completamente do mundo e sujeito às normas existentes na instituição. Adultos e crianças eram internados, homens e mulheres foram separados de suas famílias e, em muitos casos, a separação seria definitiva, pois devido ao grande estigma e preconceito em relação à lepra, os parentes dos internados também estavam marcados perante a sociedade. Desta forma, muitas esposas e muitos maridos deixavam de visitar seus companheiros por medo de também serem considerados doentes e, conseqüentemente, sofrerem discriminação.

Além disso, de acordo com as entrevistadas, existiam normas impostas pelo DPL e a possibilidade de receber visitas era bastante restrita. Somente os parentes maiores de 21 anos — submetidos a exames clínicos e devidamente fichados no Serviço Médico — teriam permissão para visitar os doentes, em dia e horário previamente estabelecidos (um domingo por mês, durante duas horas).

As visitas aos doentes eram permitidas à distância e, para que isso ocorresse, existia o **parlatório**, (vide fotografia 7), local ao ar livre, constituído por duas longas cercas de arame farpado, com uma distância média de um metro e meio entre elas, sendo que de um lado ficavam os visitantes, do outro

os doentes e, no centro, um guarda para fiscalizar. Esta situação aliada ao constrangimento dos exames clínicos periódicos, fez com que muitos parentes abandonassem o doente internado à sua própria sorte.

Sobre o parlatório, pude apurar, durante as entrevistas, que ele existiu em todos os asilos da rede asilar paulista e que significava o distanciamento que deveria existir entre os doentes e seus familiares. A derrubada do parlatório significou uma conquista para os hansenianos na medida em que sem uma linha divisória se tornava possível manter contato com parentes e amigos. Para que o parlatório fosse derrubado, os doentes contaram com a ajuda de Dona Conceição da Costa Neves, uma senhora até então desconhecida, mas que tomou para si a defesa dos hansenianos, elegendo-se vereadora e deputada graças aos votos de parentes dos doentes.

Vejamos como as entrevistadas se referem ao parlatório e à ajuda de Dona Conceição da Costa Neves na sua extinção.

O parlatório era uma linha no Padre Bento. Aliás, o Padre Bento era um lugar mais de liberdade e melhor situação. Tinham todas separações, então lá era tudo assim que nem isso aqui dessa altura [apontando com as mãos um muro de mais ou menos um metr].

Tinham umas muretinhas assim que era a portinha, aqui tinha outra aqui no meio, então, por exemplo, o doente ficava de um lado, a muretinha no meio. Tinha o guarda, a família do outro lado passava para o guarda o que trazia. O guarda registrava e então ele passava pro outro lado e dava para o paciente.

A família não tinha contato com o paciente de jeito nenhum! Todo hospital era assim. Só que aqui era cerca farpada. Era arame de cerca farpada no Santo Ângelo.

Aí a dona Conceição que deu um jeito. Ela era uma santa. Aí foi onde destruíram tudo. Foi onde nós tomamos liberdade, porque era terrível.

Ela se elegeu uma deputada pra ajudar nós. Aquela mulher deve estar no céu porque o que ela fez por nós ... Ela chegou a pousar no mato duas noites. Tinha gente a favor do diretor e gente a favor dela. Era uma politicagem aqui dentro! Mas, quando ela chegava era uma festa.

Muita gente se suicidou nesse hospital. Muita coisa ela conseguiu pra nós.

A turma toda se aproveitou da força dela e estouraram o parlatório. Depois a gente já podia ter contato com a família. (Dona Lurdes, 74 anos).

Aí surgiu a Costa Neves! Ela foi uma salvação pra nós. Ela entrou na política e ela ouviu tudo no rádio e aí ela veio aqui, queria conhecer aqui. Quando veio, era uma mulher muito bonita, muito bem vestida. Ela veio uma vez com a Hebe Camargo.

Depois a Hebe nunca mais veio mas, a Dona Conceição vinha sempre.

Então os doentes começaram: “a senhora isso a senhora aquilo” ... Na política você sabe, eles pegam tudo para subir! E ela queria subir e subiu mesmo. Duas vezes ela foi deputada.

Quando ela viu isso aqui [o parlatório], ela ficou indignada e então ela pegou essa causa. Aí os políticos repreenderam e o Manoel de Nóbrega não falou mais nada.

Então ela entrou na política a nosso favor, ela pegou essa causa. Por isso que ela subiu.

As famílias dos doentes lá fora votaram tudo nela. Minha família todos “votou”, porque nós queríamos uma tábua de salvação e justamente ela veio para nós.

Ela vinha, primeiro, como vereadora, depois foi deputada. Nós soltávamos rojão quando ela vinha!

Ela era nossa salvação. Por causa dela que veio um medicamento dos Estados Unidos, o Promim. Este era o medicamento que a gente tomava. Porque se fosse pelo DPL ia demorar muito e muitos doentes estavam piorando cada vez mais.

Quando veio o Promim, foi uma beleza. Quanta gente ficou boa. Pra uns não deu tempo porque demorou muito e tiveram complicações e eles morreram. Mas, a maior parte ficou bem.

Então, os casais, as mocinhas novas, bonitas ficavam boas. E tinham casamentos muito bonitos, sabe? Todos melhoraram e queriam criar seus filhos lá fora. Mas tudo graças à Dona Conceição da Costa Neves!

Eu sei que melhorou, foi melhorando tudo. Aí quando teve eleição, ela ganhou mais ainda, porque a família dos doentes não esqueceu. Ela foi uma felicidade uma graça divina. Ela vinha sempre visitar.

Veio o Ademar de Barros que pôs a água pra gente, porque a água era muito escassa. Ele fez o encanamento tudo direitinho. Depois veio o Jânio Quadros. (Dona Laura).

O parlatório era, para os doentes, o símbolo maior da separação entre eles e suas famílias, constituindo-se, também, numa técnica utilizada pelas autoridades para que as pessoas não soubessem aquilo que se passava no interior do asilo-colônia. De acordo com Yara Monteiro (1995, p.257), grande parte da imprensa paulista divulgava apenas aquilo que o DPL permitia. Até mesmo as correspondências que os doentes enviavam aos seus parentes eram violadas e censuradas pelas autoridades asilares para que certas informações não fossem reveladas à sociedade.

Fotografia 7 – O parlatório - divisão entre doentes e familiares

Fonte: Acervo iconográfico do Núcleo de Memória da Saúde Pública – Instituto de Saúde.

Pela fotografia, é possível identificar um grupo de visitantes enfileirados, possivelmente, aguardando os pacientes.

A realidade no interior do Asilo-colônia Santo Ângelo tornou-se, com o passar dos anos, bem diferente daquela idealizada pelos defensores do isolamento compulsório. Depoimentos de internos, publicados em alguns jornais da época e denúncias feitas pela própria imprensa, como pode ser observado a seguir, mostraram pouco a pouco que a beleza aparente desse leprosário não condizia com o cotidiano dos doentes.

[...] belas coisas podem ser vistas nesse Asilo-Colônia, coisas que poderiam exteriormente impressionar. Contudo, o asilo tem um porão que os visitantes não podem ver. O que se passa realmente nesse porão está envolto em mistério. Afirma-se, porém, que há ali, doentes isolados completamente do mundo e sem nenhum tratamento (DIÁRIO CARIOCA, RJ, 1945).

Yara Monteiro explica que a solidão do asilo e a necessidade do contato físico originavam um outro tipo de relacionamento comum nas instituições asilares: a prostituição. Em nossa pesquisa, verificamos a existência dessa situação, principalmente no Asilo-colônia Santo Ângelo. Segundo reportagem publicada no *Jornal Diário da Noite*, de 21 de junho de 1945, é revelado aos leitores que “*homens, mulheres, velhos e crianças viviam num ambiente de promiscuidade nas celas lúgubres*” do Asilo-colônia Santo Ângelo e que as autoridades, cientes do fato, nada faziam para mudar a situação, ao

contrário, enquanto a prostituição estava praticamente liberada, o namoro ficava sujeito às regras e fortemente vigiado.

homens, mulheres, velhos e crianças viviam num ambiente de promiscuidade nas celas lúgubres do Santo Ângelo. As autoridades cientes do fato, nada faziam para mudar a situação, ao contrário, enquanto a prostituição estava praticamente liberada, o namoro ficava sujeito às regras e fortemente vigiado (JORNAL DIÁRIO DA NOITE, DE 21 DE JUNHO DE 1945).

Aí a alimentação era terrível! Mas, olha depois que as freiras foram embora, as coisas melhoraram, mas, ainda não deixavam ninguém namorar também! (D. Adelaide).

Desde o início da construção dos asilos, procurou-se estabelecer divisões de moradia, levando-se em conta sexo, estado civil, idade, situação econômica e estado clínico do doente, assim, existiam os pavilhões coletivos (solução econômica destinada a abrigar um maior número de pacientes, sem levar em conta as condições desumanas a que eles seriam submetidos); as casas construídas por quem dispunha de melhor situação financeira e os leitos hospitalares. Com o decorrer do tempo, o grande aumento da população e devido ao descaso das autoridades, no Santo Ângelo, esses leitos se amontoaram nos dormitórios, nas enfermarias, chegando aos corredores.

Fotografia 8 – Pavilhão feminino – Asilo-colônia Santo Ângelo

Fonte: Acervo iconográfico do Núcleo de Memória da Saúde Pública, s.d. – Instituto de Saúde.

A fotografia mostra o pavilhão de mulheres do Asilo-colônia Santo Ângelo. Os doentes eram separados por sexo na instituição.

Fotografia 9 – Pavilhão Masculino – Asilo-colônia Santo Ângelo

Fonte: Acervo iconográfico do Núcleo de Memória da Saúde Pública, s.d. – Instituto de Saúde.

A fotografia mostra o pavilhão de isolamento de homens e meninos do Asilo-colônia Santo Ângelo.

A fotografia 10 apresenta um conjunto de casinhas destinadas aos casais. Sobre este tipo de moradia as entrevistadas acrescentaram que:

As casinhas eram para os casais que se casavam aqui. Assim mesmo era difícil, porque tinha de esperar morrer um para o outro ir para o pavilhão e aí dar a casa para um casal novo. Se o marido morria, a mulher tinha que sair. Era difícil vir gente casada para cá. (Os casais eram separados, cada um ficava num asilo)

Tudo o que a gente tem hoje foi a gente que comprou. O Estado não dá nada. Ele só dá uma cesta básica. [referindo-se às casas reformadas e mobiliadas existentes no hospita]. Antes tudo era do Estado. A gente não tinha nada. O fogão era de lenha, não tinha geladeira. Tinha uma mesinha, a cama, o guarda-roupa. Os móveis eram dados. A gente entrava só com a roupa. Tudo era do Estado e a gente não pagava nada. Toda casa era igual (Dona Lurdes).

Fotografia 10 – Moradia de casais no Asilo-colônia Santo Ângelo

Fonte: Acervo iconográfico do Núcleo de Memória da Saúde Pública, s.d. – Instituto de Saúde.

A fotografia mostra uma das ruas do Asilo-colônia Santo Ângelo destinadas aos doentes casados. É importante ressaltar que nem sempre os cônjuges eram internados no mesmo asilo e que vários casamentos foram realizados no interior dessa instituição.

Durante a pesquisa de campo pude fotografar algumas moradias coletivas e também as casinhas que antes eram destinadas aos casais, sendo

atualmente habitadas por moradores que ganharam o direito de morar no hospital após o fim do isolamento compulsório.

Fotografia 11 – Pavilhão coletivo no Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcante

Autor: Vânia Postigo, fevereiro de 2007.

Até os dias atuais, existem no hospital, os alojamentos coletivos masculino e feminino. Tive a impressão de que eles variam conforme a situação financeira de seus moradores. Alguns possuem a fachada mais bem cuidada, enquanto outros necessitam de reparos.

Fotografia 12 – Moradia individual no Hospital Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcante

Autor: Vânia Postigo, fevereiro de 2007.

Este é um tipo de moradia adquirido por alguns doentes que foram internados no Santo Ângelo durante o período de isolamento compulsório. Além da moradia, estes moradores recebem cesta básica do Estado. Muitos doentes, mesmo depois do fim do isolamento compulsório, preferiram permanecer na instituição. Outros saíram, mas como não conseguiam melhores condições de vida, acabaram retornando ao asilo. Existem duas vilas com casinhas como as da foto. Uma conhecida como Limão e a outra, como Jardim Brasil.

É importante mencionar que, conforme explica Yara Monteiro, as crianças portadoras de hanseníase, mesmo possuindo seus pais ou parentes internados, não ficavam, necessariamente, alojadas com os mesmos e que o contato entre eles ocorria conforme permissão e datas estipuladas pelo diretor de cada asilo (MONTEIRO, 1995, p. 365).

As crianças de mães portadoras de hanseníase que nasciam no interior do asilo-colônia eram, brutalmente, retiradas e encaminhadas aos preventórios (creches destinadas aos filhos de leprosos), conforme pode-se verificar no depoimento transcrito abaixo:

Se uma moça ficava grávida e não fizesse um aborto ... Quando a criança acabava de nascer ela nem via a criança. A criança era levada para uma creche. Uma em Jacareí e outra em Barueri. O meu filho nasceu aqui e acabou de nascer já levaram. [ar de tristeza, quase chorando].

Quando acabava a dieta e a gente queria ver o filho, tinha que dar o nome durante a semana na portaria da Caixa [Caixa Beneficente] e eles levavam no Departamento [DP]. Eles fretavam um ônibus, porque a gente não podia ir lá onde a criança estava. Então vinham aquelas mulheres todas de branco com as crianças e elas ficavam lá de longe (Dona Lurdes).

Pode-se deduzir que, ao retirar os filhos recém-nascidos do colo de suas mães, o Departamento de Profilaxia da Lepra acreditava ser esta a única maneira de fazer com que as crianças não se contaminassem. Esta era, no entanto, mais uma forma de demonstração do poder deste departamento.

Com relação à alimentação dos doentes internados no Asilo-colônia Santo Ângelo, as entrevistadas ressaltam que, na maioria das vezes, a comida era intragável, sendo que alguns doentes que podiam pagar faziam suas refeições nos restaurantes mantidos pelas Caixas Beneficentes ou cozinhavam em sua própria residência. As condições básicas de higiene no preparo dos alimentos não eram respeitadas e as críticas, nesse sentido, constituíam

insubordinação, além de acarretarem punições a quem as fizesse, como, por exemplo, a remoção para leprosários longínquos.

Aqui tinha fartura antigamente. Tinha sempre o doutor Manuel de Abreu que era um diretor maravilhoso. Ele faleceu agora. Ele que descobriu a doença da minha mãe e da minha irmã. Ele era um bom médico só que ele era muito rigoroso. Ele tratava muito bem os doentes mas, o doente não podia sair. Cada doente tinha a sua cota de alimentos. Por exemplo: eu, minha irmã e minha mãe recebíamos três cotas. Era uma lata e meia para três pessoas. Meia lata para cada um. Assim era o arroz, o feijão, o açúcar. Só vinha carne três vezes por semana, só que a carne era pouca e era ruim sabe? Era dura. A gente até jogava fora. O bacalhau era dado uma vez por mês e também a gente jogava fora. Dava leite de montão.

Só que não podíamos sair daqui, senão íamos pra cadeia ou transferidos (D. Laura).

Ainda de acordo com as entrevistadas, todo o trabalho no asilo era realizado pelos internados, somente cozinheiros e médicos vinham de fora.

Aqui eu vim trabalhar de copeira. Entrei num dia e no outro dia fui trabalhar de copeira e era boa a vidinha. A gente trabalhava, tinha os pavilhões pra gente dormir. Quartinho de duas. Era mais confortável que antigamente (Dona Lurdes).

Eu trabalhei um pouco na Caixa Beneficente e um pouco de enfermeira. Me mudei para o Carville. Lá tinha que pagar. Morávamos duas no quarto, enquanto no pavilhão às vezes eram dezoito ou doze. Cada um tinha sua cama e no corredor do salão tinham os armários de ferro para guardar as roupas. Ficava tudo amontoado e já no quarto tinha um guarda-roupa para cada paciente, tinha criado, cadeira. Eu pagava mensalidade (Dona Maria).

O trabalho realizado pelos doentes pode ser entendido como uma forma de diminuir os encargos com a manutenção dos doentes no asilo, mas, também se apresentava como forma disciplinadora, visto que, conforme Yara Monteiro (1995), diariamente eram destinadas no mínimo seis horas e meia para essa atividade.

A maior parte da mão de obra era destinada a lavoura, mas os internos também se dedicavam às atividades criatórias, serviços de pedreiro, carpintaria, marcenaria, serralheria etc. Para a manutenção da ordem dentro dos asilos, o DPL criou cargos e funções que eram desempenhadas por alguns doentes escolhidos. Como forma de recompensa pelos serviços prestados (controle dos demais internados e manuseio de verbas que nem sempre eram justificadas, por exemplo), esses trabalhadores eram promovidos, podendo chegar a postos maiores, como prefeito ou diretor da Caixa Beneficente, além de possuírem privilégios especiais, como melhor habitação e alimentação. A Prefeitura tinha como responsabilidade a administração e conservação de toda a “zona doente” do asilo, além de possuir o poder de mandar prender todo aquele que desrespeitasse as leis, contratar pessoas para ocupar cargos remunerados e prestar informações ao Departamento de Profilaxia da Lepre sobre todos os doentes. A remuneração pelos serviços prestados variava de acordo com a função ou cargo exercido, sendo o dinheiro proveniente das Caixas Beneficentes e do Estado (MONTEIRO, 1995, p. 343).

O trabalho em instituições, tais como os asilos-colônia, foi analisado por Michel Foucault como uma atividade cujo valor estaria menos ligado ao lucro que proporcionaria do que pelos efeitos que causaria no indivíduo. De acordo com essa análise, poderíamos supor que o trabalho dentro do asilo visava manter o interno ocupado na maior parte do tempo, já que a ociosidade poderia provocar a intranquilidade e possíveis revoltas. Contudo, analisando as entrevistas, pude verificar que o trabalho também era uma importante fonte de renda para os internos. Por meio dele os doentes podiam comprar aquilo que necessitavam e também pagar mensalidade de uma moradia melhor. Nos pavilhões, os doentes ficavam amontoados, ao passo que nos *Carvilles* havia mais espaço para os internos, visto que abrigavam um número menor de pessoas.

Quanto às formas de lazer dentro do asilo, as lembranças das senhoras entrevistadas se relacionavam aos bailes de carnaval, às fantasias que eram escolhidas para a ocasião, às festas de comemoração do aniversário da instituição, época em que o Santo Ângelo recebia visitas ilustres. O depoimento de Dona Laura, uma senhora bastante debilitada pela doença, demonstra que, muitas vezes, as lembranças dos momentos bons se misturam à consciência de estar isolada do mundo.

Na época aqui era muito divertido. Era triste porque não podia sair de

jeito nenhum! Aqui era um regime rigoroso. Também não podia vir visitar a hora que queria não. Precisava ter caderneta, passar no DPL. Era igual o regime de Hitler na Alemanha.

Então aqui era uma maravilha, tinha baile todo sábado, tinha cinema, tinha piquenique. Tinha cadeia.

Só que não podíamos sair daqui, senão íamos pra cadeia ou transferidos.

A primeira casa do asilo foi a da minha mãe. Quando vinha visita esta era a primeira casa a ser visitada. Os médicos falavam que a primeira paciente foi a minha mãe e minha irmã para as pessoas que vinham conhecer. Na época vinha muita gente. Era gente ilustre, eram políticos. A Caixa Beneficente tinha muitos donativos.

Os bailes eram uma maravilha. Existiam vacas e porcos que ficavam no mato. Cada um tinha uma fazendinha. Tudo feito pela mão do doente que não podia sair. As famílias vinham visitar. Sabe, as pessoas de fora não aceitavam o leite que era produzido aqui dentro.

Só em 1940 veio a aposentadoria com Getúlio Vargas e hoje o Estado só paga o mantimento.

Antigamente era uma coisa e agora é outra (Dona Laura).

Dentre os aspectos do cotidiano asilar, os campeonatos esportivos foram lembrados por todas as entrevistadas. Verifiquei que havia um grande incentivo às várias práticas esportistas: ginástica, futebol etc., sendo comum a organização de campeonatos de futebol até mesmo entre os asilos. Esses campeonatos atraíam grande público e essa era uma época propícia para que o Departamento de Profilaxia da Lepra convidasse visitantes ilustres e a própria imprensa. A fotografia a seguir apresenta um momento de lazer dos doentes de hanseníase no Santo Ângelo.

Fotografia 13 – Visitantes assistindo a um campeonato esportivo no Asilo-colônia Santo Ângelo

Fonte: Acervo iconográfico do Núcleo de Memória da Saúde Pública – Instituto de Saúde.

A fotografia apresenta o campo de futebol do Asilo-colônia Santo Ângelo em dia de campeonato. Os exercícios físicos eram considerados como diversão e como parte do tratamento da lepra, sendo apresentados aos convidados como forma de comprovar a eficácia do isolamento.

Com a publicação de imagens positivas do Asilo-colônia Santo Ângelo era possível justificar o isolamento compulsório diante da sociedade e conseguir ajuda financeira para sua manutenção. As doações de particulares ao asilo eram destinadas à Caixa Beneficente. As Caixas se tornaram, em pouco tempo, motivo de disputas e de intrigas entre o Departamento de Profilaxia da

Lepra e a Sociedade de Assistência ao Lázaro e Defesa contra a Lepra de São Paulo.

O Departamento de Profilaxia da Lepra defendia a colaboração de particulares aos asilos, porém sob a fiscalização do governo e sem a mediação de sociedades beneficentes, centralizando tudo que seria arrecadado nos asilos. O trecho citado abaixo faz parte de uma série de denúncias publicadas em jornais e divulgadas pela presidente da Sociedade de Assistência ao Lázaro e Defesa contra a Lepra de São Paulo, Dona Alice Tibiriçá.

[...] a credulidade e a generosidade de nosso povo têm sido muitas vezes explorada. Boa parte de seus donativos têm sido feita a sociedades de nomes sugestivos, das quais só se conhece os programmas, bem impressos e espalhafatosos, porém cujas realizações são mínimas. Os internados em hospitaes não necessitam de intermediários para esse recebimento. Há, ainda, elles possuem, “Caixas Benéficas” legalizadas, e por elles mesmos dirigidas, que se incumbem desse recebimento. Há ainda, a “Assistência Social”, sociedade cuja presidência é occupada pelo próprio Dr. Salles Gomes, e que se encarregará da distribuição destes donativos. Para que a população de S. Paulo tenha certeza do emprego consciente dos seus donativos que os faça directamente às Caixas Benéficas dos hospitais (Correio de S. Paulo, 29 de agosto de 1933 apud TIBIRIÇÁ, 1934, p. 122).

A denúncia citada acima faz parte, segundo D. Alice Tibiriçá, de uma campanha de descrédito contra a Sociedade de Assistência aos Lázaros patrocinada por Salles Gomes e Lauro de Souza Lima, então diretor do

Sanatório Padre Bento. Como estratégia de defesa, a presidente ataca publicamente Dr. Salles Gomes, acusando-o de aproveitar-se da causa da lepra em benefício próprio, tornando-se figura de destaque em leprologia, ao mesmo tempo em que se mantinha em cargos de direção.

Como se vê, a profilaxia da lepra em São Paulo envolvia interesses de vários grupos e pessoas: médicos, membros da elite paulistana e a própria imprensa, que ora apresentava as mazelas existentes nos asilos, ora justificava a internação dos leprosos, divulgando as coisas boas existentes nas instituições asilares.

Segundo Cláudio Monteiro Júnior, havia um regimento interno no Asilo-colônia Santo Ângelo que assumia o caráter de uma micro-constituição, visto que a instituição poderia ser comparada a uma cidade. Dentre os artigos deste documento citados pelo autor, chamou-me atenção o que trata dos “deveres e obrigações dos internados”:

Artigo 119 – Os doentes internados são obrigados a:

- Permanecer de modo decente em todas as dependências do estabelecimento;
- Obedecer às disposições do Regime Interno, bem como as ordens do Diretor e seus auxiliares;
- Tratar com respeito as autoridades do sanatório;

- Cumprir rigorosamente as prescrições médicas e higiênicas;
- Manter boa conduta, evitando alterações ou discussões com os companheiros;
- Recolher-se aos seus aposentos no horário determinado pelo diretor do sanatório;
- Cooperar na limpeza dos seus alojamentos, mantendo rigoroso asseio dos mesmo.

O não cumprimento das obrigações implicava em penalidades, descritas na Seção B, do capítulo XVIII:

- Advertência – podendo ser feita pelo diretor ou administrador do asilo, sendo anotada na ficha do infrator;
- Impedimento – podendo ser feita pelo diretor ou administrador, consistia no impedimento do doente às formas de lazer e diversão, tais como os jogos, o cinema e o teatro.
- Reclusão – em local apropriado, sem prejuízo do tratamento médico a que estiver submetido, sendo assegurado o direito à permanência, por duas horas diárias, em área ou pátio descoberto (MONTEIRO JÚNIOR, s.d., p. 20-21).

O Asilo-colônia Santo Ângelo foi construído tendo em vista uma longa estada dos doentes, contando com instalações modernas e voltadas a prestar assistência médica e conforto a um grande número de pacientes. Por meio do arquivo iconográfico do acervo de Memória do Instituto de Saúde, foi possível verificar que esse local possuía farmácia, cinema, teatro, campo de futebol, piscina e locais de ginástica. Como a intenção era buscar a auto-suficiência, existiam pastos para a criação de gado, lavoura, cujas atividades

agrícolas eram realizadas pelos próprios internos, olaria, além de sala de costura, barbearia e lojas. A fotografia a seguir revela a grandiosidade deste leprosário.

Fotografia 14 – Vista aérea do Asilo-colônia Santo Ângelo em Mogi das Cruzes

Fonte: Acervo iconográfico do Núcleo de Memória da Saúde Pública – Instituto de Saúde.

Por meio da fotografia acima são vistas as seguintes construções: em primeiro plano encontram-se as plantações (local de trabalho dos internos); em segundo plano estão os pavilhões de alojamento coletivo e, ao fundo, quadras esportivas; à direita, casas isoladas (destinadas aos casais)

Percebe-se, pela fotografia, que o Asilo-colônia Santo Ângelo se constituía, praticamente, numa pequena cidade e isso não se deu por acaso, pois pretendia-se que esse asilo fornecesse aos doentes tudo aquilo que ele deixou no momento em que foi isolado: família, moradia, trabalho, lazer etc. Contudo, estas instalações não seriam suficientes para apagar da lembrança do doente que ele se encontrava sozinho, cercado pelas grades da instituição e à mercê do poder do Departamento de Profilaxia da Lepra, conforme pude verificar no depoimentos a seguir:

Muita gente se suicidou nesse hospital. [...] Porque não tinha jeito de sair, a solidão ...

Eu fiquei vinte anos aqui dentro sem sair lá fora.

Em todos os hospitais “teve” muitos casos de suicídio, porque largávamos a família, filhos pequenos ... foi triste. (Dona Lurdes)

Se a idéia de isolar os doentes como forma de profilaxia parecia uma medida aceitável pelos médicos e pela própria população nas primeiras décadas do século XX, o poder e as regras existentes dentro dos asilos tornavam angustiante a vida dos doentes. O sofrimento do doente, muitas vezes, importou menos que o sofrimento da sociedade causado pela visão e pelo contato com o doente quando ele estava no meio social.

Contudo, para que possamos compreender o período de isolamento compulsório dos portadores de hanseníase é necessário que levemos

em conta o contexto histórico da época. Durante as primeiras décadas do século XX, a cidade de São Paulo passava por diversas transformações advindas com a implantação do capitalismo e a afirmação da burguesia enquanto classe economicamente dominante. Nesse sentido, para que se pudesse manter o ritmo de crescimento da cidade era preciso manter uma população ativa, rentável e produtiva, excluindo-se aqueles que não se enquadrassem neste perfil.

Michel Foucault nos mostra que o sujeito moderno era visto como aquele que atuava, que estava sempre em funcionamento e que era medido de acordo com sua utilidade no corpo social. Neste sentido, o corpo privilegiado era sempre o corpo social. Quando uma pessoa não se encontrava inserida nos padrões de normalidade estabelecidos por esta coletividade estaria desorganizando o corpo social. Sendo assim, a exclusão daquele considerado um “perigo social” seria perfeitamente aceitável (FOUCAULT, 1994, 82-92).

Nas primeiras décadas do século XX, muitos leprosos viviam da mendicância nas feiras, nos comércios pelas ruas da cidade, agredindo com sua presença a população de uma cidade que pretendia ser vista como o local privilegiado do progresso, das artes, da ostentação do luxo e do requinte. Os doentes, assim como os trabalhadores e suas habitações insalubres, que enfejavam a cidade, foram sendo expulsos da zona central da cidade. Os

trabalhadores buscaram construir suas moradias na periferia e os doentes foram sendo capturados pela polícia médica e isolados em instituições.

Analisando-se as normas e as penalidades do asilo, a comparação desta instituição com a prisão se torna pertinente. Em primeiro lugar, pretende-se que haja uma disciplina no interior do asilo, ou seja, uma organização do espaço de modo a facilitar o exercício do poder. Esta organização pretende que cada coisa esteja em seu lugar, tornando mais fácil o controle, a vigilância e a punição. Assim, por meio da imagem aérea do asilo (fotografia 14), é possível verificar como o espaço do asilo era dividido, de forma a estabelecer uma ordem: alojamento conjunto, vilas de casas, área de lazer etc.

A vigilância sobre o corpo, por sua vez, pressupunha, segundo Michel Foucault (1994, p.126;132), o controle, a sujeição, a obediência. As instituições disciplinares, como as fábricas, a prisão e os hospitais apareceram, conforme o autor, como exigência de uma determinada conjuntura: uma inovação industrial, a invenção do fuzil ou pelo aumento da incidência de alguma doença. Neste sentido, a disciplina procede à distribuição das pessoas no espaço de forma a isolá-los e localizá-los, usando como técnicas as cercas de proteção, as salas separadas, os leitos distintos, a divisão em zonas.

O espaço no Asilo-colônia Santo Ângelo era dividido e distribuído com maior rigor, sendo que o projeto de construção deste local previa, conforme explica Monteiro (1995, p. 187), a divisão dos espaços em zonas, sendo elas:

zona sã: abrigava a portaria; as residências do pessoal administrativo, dos diretores e dos empregados superiores, além dos estabelecimentos necessários para o funcionamento do asilo;

zona doente: espaço permitido ao doente, tais como o hospital e os dormitórios coletivos, o manicômio, a cadeia, o cassino e a igreja. Localizava-se sempre distante da zona sã;

zona intermediária: faixa de transição claramente demarcada. Nesta zona, localizava-se o posto de fiscalização de visitas, aí eram estabelecidos os limites do mundo do doente, ou seja, até onde ele poderia ultrapassar.

Além da criteriosa divisão do espaço por zonas, havia, ainda, uma seleção dos doentes por asilo-colônia. Segundo Yara Monteiro (1995, p.259), a população que habitava o asilo de Santo Ângelo era formada por pessoas de várias classes sociais mas, principalmente, por pessoas de classe baixa. Durante o trabalho de campo, fui informada que os doentes com melhores condições de

vida eram internados no Sanatório Padre Bento, em Guarulhos. Note-se que, de todos os asilos, o Padre Bento era aquele que se encontrava mais próximo da capital.

O Padre Bento [Sanatório Padre Bento, em Guarulhos] só internava pessoas bonitas, moças, ou então que não pareciam doentes e eram ricas. Era um hospital muito bonito. O Lauro de Souza Lima era um santo e queria muito bem aos doentes de lá. Só quem podia pagar era favorecido. Quando a pessoa piorava vinha pra cá.(Dona Laura).

Havendo esta distinção entre a população de cada asilo, cabia ao Departamento de Profilaxia da Lepra promover o pânico entre os internados, ameaçando-os de remoção caso não seguissem as regras estabelecidas. O cumprimento das regras era garantido pela constante vigilância nos asilos-colônia e também pelas punições estabelecidas. O depoimento abaixo é apenas um exemplo das várias denúncias contra as autoridades do Santo Ângelo publicadas em jornais nos anos 1940 e que revelam o medo existente na instituição:

Há um mês, mais ou menos, fui intimado a assinar uma lista que versava sobre quatro internados que haviam “ousado” declarar a uns visitantes algumas das mil barbaridades que lá sofremos. Essa lista era contra aqueles internados, taxando-os de revoltosos etc. [...] neguei-me a assinar tal lista, sendo por isso ameaçado de remoção, castigo que mais tememos (Depoimento não assinado enviado ao Jornal de São Paulo em 25 de abril de 1945)

Contudo, por muito tempo, a sociedade pouco soube a respeito da realidade do Santo Ângelo, pois grande parte da imprensa paulista divulgava apenas aquilo que o Departamento de Profilaxia da Lepra permitia. A imprensa paulista insistia, muitas vezes, em publicar imagens agradáveis do Asilo-colônia Santo Ângelo e transmitir a idéia forjada de que a doença estava sendo controlada no estado com a adoção do isolamento compulsório. Exibiam, ainda, manchetes em primeira página, com textos que buscavam despertar no imaginário da população as crenças e as lendas em relação à doença. Estas manchetes (vide figuras 4 e 5) criavam pânico na população e serviam para justificar a segregação.

É preciso acrescentar que a lepra foi, durante muito tempo, um assunto lucrativo para os jornais. O tema chamava atenção da população e cada vez mais os jornais procuravam explorar aspectos fantasiosos da doença e do próprio doente. Dentre as várias lendas existentes durante as décadas de 1940/1950 destacam-se, nos jornais consultados, aquelas relacionadas ao **“homem elétrico”** e ao **“homem da capa preta”**.

Figura 4 – O homem elétrico

Fonte: *Jornal A Noite*, 24 de setembro de 1945.

De acordo com o jornal, o “homem elétrico” poderia ser um leproso fugido de algum hospital. Uma das testemunhas que viu o dito homem, um mendigo que dormia num albergue noturno, informou ao repórter que o homem usava luvas como as usadas pelos técnicos da “Ligth” e pesados sapatos de borracha. Outra testemunha, um homem que bebia em um bar, confirmou que viu a figura com as mesmas características. Porém, acrescentou que ao conversar com o indivíduo misterioso foi informado que ele usava luvas e sapatos de borracha porque possuía eletricidade no corpo, fato que fora comprovado quando apertou a mão dele e recebeu descargas elétricas em seu corpo.

O repórter termina a sua matéria prometendo aos leitores maiores investigações sobre caso tão raro, único em todo o mundo.

A matéria publicada acima e a que destaco a seguir se revelam de extrema importância para que possamos compreender como a doença ainda era vista em meados do século XX. Incrível pensar que tais crenças se parecem com aquelas existentes na Idade Média, época em que os leprosos eram acusados de tomar sangue de cobra, envenenar fontes, atacar crianças.

Figura 5 – Hansenianos são acusados de perseguir crianças

Fonte: *Folha da Noite*, 26 de julho de 1945.

Segundo o jornal *Folha da Noite*, a notícia de que fugitivos do Santo Ângelo estavam perseguindo criancinhas no bairro do Belém alarmou a população da cidade. Acreditava-se que seriam oitocentos doentes transformados, misteriosamente, em um só homem: o homem da capa preta, grandalhão feio, de meter medo.

Testemunhas afirmaram que o homem perseguia somente as crianças. Mordia o pescoço, chupando o sangue todo, visto que o leproso só poderia se curar se passasse a doença para outras sete pessoas. Os alunos do grupo escolar Amadeu Amaral estavam, segundo o repórter, apavorados, pois tinham visto os doentes cercando a escola.

As representações da hanseníase funcionavam como um impedimento para que a doença fosse vista apenas como um mal físico. As crenças acerca da doença, produzidas em épocas passadas, continuavam vivas no imaginário popular e resistiam ao avanço da ciência. Estudos científicos, na década de 1940, nos Estados Unidos revelavam ao empregar as sulfonas no

tratamento da hanseníase, o paciente tinha sua baciloscopia negativa, deixando de ser contagioso. Esta importante descoberta mostrava que o doente poderia ser tratado em sua residência, não havendo necessidade de afastá-lo do convívio social, mas, mesmo assim, as autoridades continuavam a isolar os doentes em São Paulo, amontoando-os em asilos.

Ainda na década de 1940, foram realizadas várias campanhas em busca de melhor tratamento aos doentes e, na maioria das vezes, pelo fim do isolamento compulsório. Os jornais que se posicionavam contra o isolamento comprovavam, demonstrando por meio de estatísticas, que a doença não estava sendo controlada em São Paulo. As campanhas a favor dos hansenianos tiveram, no ano de 1945, a sua fase mais produtiva, apesar dos vários obstáculos impostos pelo Departamento de Profilaxia da Lepra, como, por exemplo, o policiamento dos asilos, visando impedir a entrada dos jornalistas.

A luta em prol de melhores condições no asilo tomava corpo, na medida em que alguns doentes conseguiam fugir dos asilos e denunciar as atrocidades cometidas na instituição em jornais fora do estado. Contudo, as denúncias não foram suficientes para alterar de forma significativa a situação dos internos, posto que se fazia necessária a adoção de medidas de maior alcance que modificassem não apenas o tratamento dispensado dentro das instituições asilares, mas que transformassem a imagem que a sociedade fazia

do hanseniano, identificando-o sempre como um perigo social. De acordo com Spink (1996, p. 79), após serem construídas, as representações sociais criam raízes no sistema de pensamento e se transformam em atitudes muitas vezes inconscientes. No caso da hanseníase, essas atitudes foram sempre manifestadas na forma de exclusão do doente. Sendo assim, pode-se pensar que a manutenção do isolamento compulsório dos hansenianos refletia, além das medidas sanitárias, as crenças e as visões por muito tempo existentes em relação ao doente.

O texto transcrito abaixo é um simples exemplo de um conjunto de denúncias das quais tive acesso no acervo do Instituto de Saúde e trata, principalmente, da questão de manipulação dos dados estatísticos sobre a hanseníase em São Paulo divulgadas em jornal carioca:

Se o Sr. Sales Gomes tivesse publicado nos últimos anos, demonstrações gráficas sobre as atividades de seu Departamento, teríamos visto como a lepra, tal qual como o jogo, tomou impulso à sombra das instituições tecnocráticas do Sr. Vargas e de seus brilhantes assessores de 1937. Sim, porque a lepra, em São Paulo, vem se desenvolvendo. Pode-se afirmar que cada ano há um acréscimo de mil doentes, incorporados ao grande exército de enfermos. Felizmente o Estado Novo passa e o Brasil fica. Porque, se o Estado Novo fosse como a lepra, uma doença tida oficialmente como incurável, dentro de pouco tempo o Sr. Sales Gomes, para ser mais prático e para dar menos trabalho a seus auxiliares, teria que fazer, em lugar de estatísticas de leprosos, estatísticas de não leprosos (Diário Carioca, Rio de Janeiro em 21 de março de 1945).

A denúncia só pôde ser publicada fora do estado, demonstrando a força que o Departamento de Profilaxia da Lepra exercia sobre a imprensa. O *Diário Carioca* e o *jornal Vanguarda* também do Rio de Janeiro se tornaram importantes fontes de denúncia dos asilos do estado. O Santo Ângelo aparece com frequência no noticiário destes jornais, sendo apontado como estabelecimento de fachada em que os doentes se encontravam isolados completamente do mundo e sem nenhum tratamento. Denunciavam, ainda, a presença de doentes subornados que se encarregavam de explorar e vigiar os demais; as más condições de higiene do asilo; a alimentação pouco saudável e os maus tratos dispensados àqueles que não podiam pagar por melhores instalações e, na falta de dependências, amontoavam-se pelos corredores e quartos. A punição era outro elemento importante destacado nas reportagens. Os jornais informavam que os internos eram punidos de maneira severa caso desrespeitassem as normas e o castigo poderia ser a transferência do asilo ou a prisão, como já foi mencionado.

De acordo com as fontes consultadas nessa dissertação, foi possível verificar que, durante as décadas de 1.930 a 1.960, a política de prevenção à hanseníase teve como eixo principal a prática do isolamento. Mesmo diante de fatos que comprovavam que a doença não estava sendo controlada, posto que, em todo o período de reclusão, o número de doentes continuava a crescer.

De acordo com Monteiro (1995, p. 397), a partir da década de 1.960, foram realizadas várias reuniões e vários congressos no país, com o objetivo central de combater a política isolacionista existente em São Paulo e, em vários estados brasileiros, apresentando alternativas ao tratamento da doença. Assim, em 1.962, por meio do Decreto Federal nº 968, foi estabelecido o fim do isolamento compulsório no Brasil e, como a maior parte dos estados não possuía verbas suficientes em seus orçamentos para a manutenção dos serviços de prevenção à hanseníase, dependendo financeiramente da União, foi mais fácil abolir tal prática nesses lugares. Contudo, São Paulo se constituía um caso à parte em termos de políticas públicas de saúde. O Departamento de Profilaxia da Lepra possuía verba própria, podendo perfeitamente arcar com os custos da política por ele adotada e, além disso, deve ser levado em conta o fato de que a própria sociedade paulista contribuía financeiramente para a manutenção dos asilos por meio de entidades beneficentes.

Somente a partir de 1.967, com a nomeação do leprólogo Abrahão Rotberg, como Diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, teve início uma progressiva queda no internamento dos doentes e a adoção de nova política para o tratamento da doença. Os doentes passaram a ser tratados em centros ou postos de saúde com novos medicamentos, que tornavam a cura mais rápida. Embora livres do isolamento compulsório, os doentes de hanseníase não eram integrados à sociedade de imediato, pois havia grande resistência em aceitá-los.

Essa dificuldade de integração se deve à forma com que a doença ainda era vista pela sociedade e também pelas histórias de vida dos próprios internos, que muitas vezes ingressaram nos asilos ainda durante a infância e lá permaneciam durante anos, longe da família e sem conhecer o que se passava fora das grades e dos muros das instituições asilares.

Além da nova política de controle da hanseníase no estado, fez-se necessário mudar a forma com que as pessoas viam a doença. Ainda na década de 1.960, teve início uma campanha organizada pelo diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, Dr. Abrahão Rotberg, para que a palavra “lepra” fosse abolida e, em seu lugar, fosse adotado o termo hanseníase. Esta mudança significou uma nova etapa na história da doença, pois permitiu que, aos poucos, tanto os doentes, quanto a própria sociedade, passassem a ver a doença de uma maneira menos preconceituosa, apesar de ainda existirem as referências do passado.

Atualmente, as várias campanhas educativas procuram conscientizar a população, informando, sobretudo, que a hanseníase tem cura, apesar de ser um grave problema nacional. Para que a doença seja eliminada do país, o Ministério da Saúde e os órgãos competentes dos estados vêm desenvolvendo várias ações, tais como:

- a) As internações por motivos sociais somente ocorrerão em caráter provisório e aos usuários dos serviços de saúde que comprovadamente não apresentem condições para o tratamento e a reinserção social. Para tanto, é necessário que se comprove: incapacidade para o trabalho, desagregação familiar, ausência de renda e/ou vínculo empregatício;
- b) As ações de prevenção e tratamento das incapacidades devem ser parte integrante das ações de controle da hanseníase e realizadas por todos os profissionais de saúde, contemplando o indivíduo nos aspectos bio-psico-social e sempre que possível envolvendo a comunidade;
- c) As ações sociais no controle da hanseníase deverão ter uma ênfase participativa, dialógica, preventiva e assistencial e serem dirigidas aos doentes, família e população em geral, objetivando o diagnóstico precoce, tratamento regular, alta por cura e combate ao estigma.

Fonte: Adaptação da Resolução SS – 130, de 08/10/2001, publicada no D.O.E., de 10/10/2001, p. 19,20, 21,22.

O antigo Asilo-Colônia Santo Ângelo abriga, atualmente, moradores sobreviventes do tempo de internação compulsória. A Secretaria da Saúde de São Paulo reconheceu que tem uma dívida com os pacientes internados compulsoriamente, permitindo que os mesmos permanecessem nas moradias. Alguns internos que necessitam de maiores cuidados ficam nas enfermarias e nos pavilhões coletivos.

Finalizo esta dissertação, acreditando que o passado dos doentes internados em asilos, como o Santo Ângelo, não pode ser esquecido, já que, na

história de cada um deles ficaram marcadas, de alguma maneira, as consequências trazidas pela doença que possuíam. Essas marcas não eram apenas as seqüelas físicas apresentadas por aqueles que sobreviveram ao isolamento, mas, também, aquelas que não podem ser vistas nem tocadas e que ficarão guardadas em forma de lembrança no interior de cada um. Durante a presente pesquisa, tive a oportunidade conhecer de perto pessoas que tiveram suas vidas transformadas no interior do Asilo-colônia Santo Ângelo durante o período de isolamento compulsório. A história de sofrimento destas pessoas começa quando foram capturadas pela polícia sanitária do estado e isoladas neste leprosário.

Considerações Finais

A presente dissertação procurou mostrar como o isolamento compulsório dos portadores de hanseníase, em asilos-colônia, possuía estreita relação com o desenvolvimento da prática sanitária na capital paulista, a partir do fim do século XIX.

Buscou-se compreender a exclusão e o confinamento dos hansenianos como um processo histórico, no qual a doença e o próprio doente era visto como um perigo social, portanto, passível de sanções por parte das autoridades públicas.

A exclusão do leproso do convívio social remete à maneira como a doença e o doente foram tratados em épocas remotas. Geralmente, a doença estava associada ao pecado ou como forma de remissão para se alcançar o paraíso. A própria Bíblia, em livros como o *Levítico*, procura enfatizar o caráter extraordinário da lepra e também a forma como deve ser tratado o leproso — expulso da comunidade em que vive.

A noção de impureza e pecado acompanharam a doença por vários séculos, sendo comum na Idade Média a organização de rituais para purificar o leproso ou torná-lo “morto” socialmente. Esta figura tão temida era obrigada a usar vestimentas diferenciadas, a fazer-se anunciar com matracas, sendo acusado, muitas vezes, de praticar atos prejudiciais à comunidade, como o envenenamento das águas dos rios, por exemplo.

A hanseníase desapareceu na Europa, por volta do século XV, deixando como herança os grandes leprosários utilizados, posteriormente, para confinar os doentes mentais. A loucura e a hanseníase possuem características comuns: ambas são marcadas pelo estigma e pelo preconceito.

Chegamos à Era Bacteriológica, no Brasil, em fins do século XIX e com ela a certeza de que as doenças não eram causadas pelas emanções miasmáticas mas, sim, por bactérias e transmitidas como no caso da hanseníase de indivíduo para indivíduo. Contudo, as representações da doença continuavam enraizadas no imaginário da população.

Neste sentido, ao mesmo tempo em que, por questões higiênicas, a medicina sanitarista procurava criar mecanismos capazes de isolar os leprosos da sociedade, confinando-os em instituições fechadas, não se pode perder de vista que as crenças acerca da doença também se constituíam em fator importante para o doente fosse banido do convívio social.

O desenvolvimento da medicina sanitarista coincide com o período de urbanização e modernização da cidade de São Paulo. Na época, foram criadas importantes instituições no campo da saúde pública, além da promulgação dos primeiros códigos sanitários do estado.

Instituições como o Instituto Bacteriológico, o Desinfetório Central, o Hospital do Isolamento e o Instituto Butantã foram de extrema importância para o diagnóstico e controle de várias doenças, enquanto os códigos forneciam as normas para tornar o meio urbano salubre.

A higienização da cidade seria alcançada por meio da vigilância dos equipamentos do meio urbano e também das pessoas. Esta técnica foi constantemente utilizada nas primeiras três décadas do século XX, quando não haviam sido criadas as instituições asilares e os leprosos viviam perambulando pelas ruas da cidade. Consta que os doentes viviam da mendicância, não sendo aceitos no mercado de trabalho e sendo obrigados a montar seus acampamentos na beira da estrada.

Posteriormente, com a construção e inauguração dos leprosários, a vigilância dos leprosos adquiriu novas formas. No interior do asilo, cercado por muros e grades, o portador de hanseníase tinha todas as ações controladas pelas autoridades do asilo e por doentes subornados.

Ao reconstituir, historicamente, o cotidiano das pessoas confinadas no Asilo-colônia Santo Ângelo, o primeiro asilo-colônia do estado, é possível perceber o quanto foram significativas as relações de poder no interior da instituição. Este poder estava representado pelo Departamento de

Profilaxia da Lepra, órgão que possuía poder total sobre a vida dos doentes internados, na medida em que estabelecia as normas dentro dos asilos, controlava todos os passos dos doentes, vigiava e punia.

O caminho escolhido pelo poder público paulista para controlar a endemia da lepra no estado: o confinamento dos doentes em asilos-colônia, mostrou-se com o passar dos anos seu caráter mais desumano. No interior do Santo Ângelo, eram comuns as acusações de maus tratos, de cárcere privado, má alimentação, precárias condições de higiene etc., sendo a fuga, apesar da severa vigilância, o único meio encontrado pelos doentes para livrar-se de tais situações.

No entanto, as autoridades públicas faziam questão de divulgar à população que o Asilo-colônia Santo Ângelo era uma instituição modelar, mostrando uma infra-estrutura realmente impressionável. O leprosário impressionava pela sua imensa área e também pelas suas construções, as quais davam a impressão de que os doentes estavam sendo atendidos em todas as suas necessidades. Existiam áreas de lazer, como campo de futebol e lanchonete; áreas destinadas ao plantio de gêneros alimentícios; igreja; barbearia; sala de costura etc.

Porém, aquilo que realmente ocorria por trás dos muros do Asilo-colônia Santo Ângelo somente os doentes e alguns poucos familiares tinham conhecimento, pois o contato dos parentes com os confinados era extremamente vigiado. Existia, no Santo Ângelo, uma cerca de arame farpado — o parlatório — que separava o doente de seus parentes no momento da visitação. Além disso, os guardas do asilo ficavam atentos à qualquer tipo de aproximação entre os doentes e as pessoas sãs.

As cartas-denúncia que eram enviadas por alguns doentes fugitivos demonstravam a insatisfação dos doentes de hanseníase com a assistência lhes prestada no leprosário Santo Ângelo e também dos demais que compunham a rede asilar paulista, sendo comuns, nos depoimentos, as reclamações quanto à má qualidade da alimentação, às proibições, aos castigos, às regras e à diferenciação entre alguns doentes, os quais subornados pelo Departamento de Profilaxia da Lepra eram encarregados de vigiar os demais.

Com relação às proibições dentro do Santo Ângelo, chama a atenção o fato de o namoro ser dificultado pela vigilância, enquanto às formas de prostituição eram evidentes, chegando ao conhecimento da população por meio das denúncias feitas pelos internos. As regras criadas pelo Departamento de Profilaxia da Lepra tinham como principal objetivo evitar a desordem dentro da instituição e as possíveis reclamações, sendo doentes escolhidos, pelo

próprio Departamento de Profilaxia da Lepra, para ocuparem cargos, como o de prefeito, a fim de controlar mais de perto dos doentes.

As condições de vida no Asilo-colônia Santo Ângelo eram identificadas pelos doentes com expressões que faziam parte do contexto histórico da época. Expressões como ditadura, campo de concentração, desumanidade, restrições, incapacidade se relacionavam intimamente ao Estado Novo no Brasil e ao clima de guerra existente na época.

De 1.930 a 1.945, o Departamento de Profilaxia da Lepra esteve sob o comando do médico higienista Francisco Salles de Gomes Junior, sendo sua gestão marcada pelo abuso de poder pelos maus tratos aos doentes, a ponto de o higienista ser considerado o “carrasco” dos leprosos.

Com a saída de Salles Gomes Junior da direção do Departamento de Profilaxia da Lepra, iniciou-se uma campanha por melhores condições dentro do Santo Ângelo, destacando-se, na época, Dona Conceição da Costa Neves, nome constantemente lembrado pelos doentes nos jornais da época e também durante a pesquisa de campo realizada neste asilo-colônia. Dona Conceição da Costa Neves, sensibilizada com as condições dos leprosários do estado, tomou para si a defesa dos leprosos e conseguiu junto ao poder público

algumas importantes conquistas, sendo a derrubada do parlatório a conquista mais lembrada pelas entrevistadas durante o trabalho de campo.

Para os doentes internados, o fim do parlatório era uma grande conquista pois finalmente poderiam chegar mais perto de seus entes queridos e este fato fez com que a cada visita que Dona Conceição fazia ao Asilo-colônia Santo Ângelo fosse recebida com festa e fogos. No entanto, não se pode deixar de mencionar que após a defesa dos leprosos, Dona Conceição foi eleita vereadora e, mais tarde, deputada estadual, sendo muito bem votada pelos familiares dos doentes.

As lembranças dos ex-pacientes e moradores do Santo Ângelo trouxeram à tona momentos para elas inesquecíveis, tais como o caminho percorrido no interior do “carro preto” até chegar no asilo; o momento da internação; o trabalho como enfermeira; os bailes de carnaval; os namoros e casamentos; os filhos que eram retirados logo que nasciam, dentre outras, as quais eram expressas numa mistura de alegria e de angústia. Contudo, falar de um tempo em que a liberdade fora deixada para trás e do começo de uma nova vida não foram tarefas muito difíceis.

As entrevistadas foram unânimes em apontar que, apesar das dificuldades, a internação por anos e anos no Santo Ângelo foi bem melhor que

viver fora das grades do asilo-colônia, ressaltando que a sociedade costumava tratar muito mal as pessoas portadoras da lepra, distinguindo-as das demais.

É difícil compreender como pessoas que foram banidas de forma cruel da sociedade possam admitir que foram felizes no leprosário. Contudo, devemos levar em conta que um trabalho muito importante foi sendo feito pelas autoridades asilares de forma a mostrar que o único caminho para o doente seria o confinamento nos asilos-colônia e que as representações da doença também contribuíam para que o doente fosse rejeitado na sociedade. Neste sentido, o doente passava a aceitar as regras do asilo, atribuindo a si mesmo a culpa por possuir uma doença tão estigmatizante.

Na década de 1960, chegou-se ao fim do isolamento compulsório a portadores de hanseníase, contudo muitas pessoas preferiram continuar morando nos asilos, acreditando que não haveria para elas uma outra forma de vida, embora os muros e as cercas do asilo tivessem sido derrubadas. As entrevistadas foram unânimes em afirmar que, no Santo Ângelo, passaram os melhores anos de suas vidas.⁵

Finalmente, é preciso ressaltar que a idéia de confinar os leprosos em instituições fechadas na década de 1920 foi muito debatida em congressos,

⁵ Existe um vídeo produzido pela PUC/SP sobre o Asilo-colônia Ângelo com o título “Os melhores anos de nossas vidas”.

envolvendo, além dos médicos higienistas, a imprensa e a sociedade, representada por sociedades assistencialistas, sendo o confinamento considerado o único meio capaz de resolver a endemia da lepra no estado, já que a cura da doença ainda não era conhecida. Neste sentido, as formas de tratamento desumanas prestadas ao doente de hanseníase podem ser apontadas como o outro lado da história da profilaxia da hanseníase em São Paulo, na qual o isolamento era utilizado em sua forma mais perversa.

Referências

A BÍBLIA SAGRADA. Versão da Imprensa Bíblica Brasileira, baseada na tradução em português de João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro.

ABREU, Maurício de Almeida. *Pensando a cidade no Brasil do passado*. In: Castro, Iná Elias de; Gomes, Paulo César da Costa; Corrêa, Roberto Lobato (orgs.). Brasil; **Questões Atuais da Reorganização do Território**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

ARANTES NETO, Antonio Augusto. **Paisagens paulistanas: transformações do espaço público**. Campinas: Editora da Unicamp; São Paulo: Imprensa Oficial, 2000.

AZEVEDO, Haroldo. *A cidade de São Paulo*. In: **Estudos de Geografia Urbana**. São Paulo: Editora Cia Nacional, v. 1, 1958.

BAKIRTCZIEF. Zoica. **Águas passadas que movem moinhos: as representações sociais da hanseníase**. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

BAKIRTCZIEF. **Conhecimento científico e controle social: a institucionalização do campo da hanseníase (1897-2000)**. Tese de doutorado – Departamento de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

BELDA, Walter. **A endemia da hanseníase no Estado de São Paulo**. Tese de doutorado – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1974.

BÉNIAC, F. *O medo da lepra*. In: LE GOFF, Jacques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985, p.133-134.

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**; tradução de Virgínia Gawryszewski. São Paulo: Hucitec, 1988.

BERTUCCI, Liane Maria. **Saúde: arma revolucionária. São Paulo – 1891/1925**. Campinas: área de publicações. Unicamp, 1997.

BOARINI, Maria Lucia. *Higienismo, eugenia e a naturalização do social*. In: _____ (org.). **Higiene e Raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil**. 1ª edição. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2003, v. I, p. 108-110.

BONDUKI, Nabil Georges. **Origens da habitação social no Brasil**. São Paulo: Estação Liberdade: Fapesp, 1998.

CAMPOS, Cristina de. **São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945)**. São Paulo: Rima Editora, 2002.

CANDEIAS, Nely Martins Ferreira. *Memória e história da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – 1918/1945*. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, nº 18, 1984, p. 14-60.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. *A reforma sanitária pelo alto: o pioneirismo paulista no início do século XX*. Rio de Janeiro : **Dados.**, v. 36. nº 03, 1993.

CHALHOUB. Sidney. **Cidade febril. cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

CUNHA, Ana Zoé Schilling. *Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle*. In: **Ciências e Saúde Coletiva**, nº7, v. 2: 2002, p. 235-242.

DAMIANI, Amélia Luisa. *Urbanização crítica e situação geográfica a partir da metrópole de São Paulo*. In: CARLOS, Ana Fani Alessandri; OLIVEIRA, Ariovaldo Umbelino de (orgs.). **Geografias de São Paulo; Representação e crise da Metrópole**. São Paulo: Contexto, p. 19-58, 2004.

DAMIANI. *A metrópole e a indústria: reflexões sobre uma urbanização crítica*. **Terra Livre**, São Paulo, nº 15, 2000, ,p. 21-37.

FARREL, Jeanette. **A assustadora história das pestes e epidemias**; tradução de Mauro Silva. São Paulo: Ediouro, 2003.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**, 8ª ed. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação. Edusp, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**; tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

FOUCAULT. **História da loucura**; tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

FOUCAULT. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Ligia M. Pondé Vassalo. Petrópolis, Vozes, 1994.

FRANCO-AGUDELO, Saul. *Saúde e imperialismo: a ação antimalárica na América Latina e a fundação Rockefeller*. In: **Abrasco. Textos de apoio: ciências sociais 2**. 2a. edição. Rio de Janeiro: Abrasco, 1991.p. 101-134.

GARCÍA, Juan César. *Estado e políticas de saúde na América Latina*. In: **Abrasco. Textos de apoio: ciências sociais 2**. 2a. edição. Rio de Janeiro: Abrasco, 1991.p. 13-100.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**; tradução de Rubens Eduardo Frias. São Paulo: Centauro, 1986.

LESSA, Zenaide Lázara. **Hanseníase e educação em saúde: o confronto entre o conhecimento científico, empírico e teológico**. Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1986.

LIMA, Nísia Trindade & HOCHMAN. *Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República*. In: MAIO, Marcos Chor (org.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.

MAGALHÃES, Maria da Conceição Cavalcanti. **Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil**. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 16, v. 2, 2007, p.75-84.

MARINHO, Maria Gabriela. **Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)**. Campinas: Universidade de São Francisco, 2001.

MARINS, Paulo César Garcez. *Habitação e vizinhança: limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras*. In: **História da vida privada no Brasil: República da Belle Époque à era do rádio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

MARTINS, José de Souza. **O cativo da terra**. Editora Hucitec. São Paulo, 1986.

MATOS, Maria Izilda Santos de. *Em nome do engrandecimento da nação: representações de gênero no discurso médico – São Paulo 1890-1930*. Diálogos. **Revista de História da Universidade de Maringá**, Maringá, v. 4, 2000, p.77-92.

MATTOS, Débora. A lepra no Brasil: *representações e práticas de poder*. **Cadernos de ética e filosofia política**, 2005, p. 45-57.

MAURANO, Flavio. **História da lepra em São Paulo**. Volumes I e II. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939.

MONTEIRO JUNIOR. Cláudio Celso. **Da legislação referente à hanseníase**. [s.d;s.l].

MONTEIRO, Yara Nogueira. Doença e estigma. **Revista de História**, São Paulo, nº 127-128, 1993, p. 131-139.

MONTEIRO, Yara Nogueira. **Da maldição divina a exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo**. Tese de doutorado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1995.

MORSE. Richard. **Formação histórica de São Paulo**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

OLIVEIRA, Jandira Lopes de. **Contribuição para a história da saúde pública paulista: o projeto de revitalização do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas**. São Paulo. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica, 1986.

PEREIRA, Paulo César Xavier. **Espaço, técnica e construção: o desenvolvimento das técnicas construtivas e a urbanização do morar em São Paulo**. São Paulo: Nobel, 1988.

PINTO. Maria Inez Machado Borges. **Encantos e dissonâncias da modernidade: urbanização, cinema e literatura em São Paulo, 1920-1930**. Tese de Livre Docência – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2002.

QUEIROZ, Marcos de Souza & PUNTEL, Maria Angélica.. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

REALE, Ebe. **Brás, Pinheiros, Jardins: três bairros, três mundos**. São Paulo: Pioneira: editora da Universidade de São Paulo, 1982.

RIBAS, Emílio. **A lepra: respostas às indagações feitas pela Associação Protetora dos Morféticos**. São Paulo: Pocaí, 1917.

ROMERO, Marisa. *As normas médicas em São Paulo, 1889-1930*. **Projeto História**. São Paulo, nº 13, 1996, p. 167-173.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**; tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.

SÃO PAULO (Estado). *Decreto nº 2.918, de 9 de abril de 1918*. Dá execução ao Código Sanitário do Estado de São Paulo: Imprensa Methodista, 1924.

SCHMITT, Jean-Claude. *A história dos marginais*. In: LE GOFF, Jacques. **A história nova**. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

SEVCENKO, Nicolau. **Orfeu extático na metrópole: São Paulo, sociedade e cultura nos frementes anos 20**. São Paulo, Cia das Letras, 1992.

SILVA, Luiz Jacintho da. *O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, nº 4, Rio de Janeiro, 1997.

SPINK, Mary Jane. *As representações sociais e sua aplicação em pesquisa na área da saúde*. In: **curso de metodologia qualitativa em pesquisa: trajetórias e perspectivas**. Instituto de Saúde, 1996.

SUZUKI, Júlio César. *Metamorfoses da expansão urbana na gênese da moderna cidade de São Paulo*. In: **Geografias de São Paulo**. São Paulo: Editora Contexto, 2002.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Ciência e saúde na Terra dos Bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período 1903-1916**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

TELAROLLI Jr, Rodolpho. **Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo**. São Paulo: Editora UNESP, 1996.

TIBIRIÇÁ, Alice de Toledo Ribas. *Como eu vejo o problema da lepra e como vêem os que o querem manter*. [São Paulo: s.ed., 1934].

VOVELLE, Michel. **Ideologias e Mentalidades**. 2ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1991.

JORNAIS CONSULTADOS:

Folha de São Paulo

Jornal de São Paulo

Jornal Diretrizes

Diário Carioca

Jornal Vanguarda

Diário da Noite

Jornal A Noite

Folha da Noite

Diário Oficial do estado de São Paulo, 10 de outubro de 2001, Seção I, p. 19-22.

Anexos

Entrevistada 1 – Dona Adelaide Santos Imperatriz

Bom dia, Qual a idade da senhora?

(D. Adelaide) Tenho 93 anos

Quando a senhora chegou aqui no Santo Ângelo?

(D. Adelaide) Sabe, eu não sei o dia. Foi em 1933.

Como a senhora ingressou no Asilo Santo Ângelo?

(D. Adelaide) É porque os meus pais tinham falecido e como o meu pai foi doente e eu queria fazer o exame também, né. Eu já desconfiava que eu tinha a doença, mas não tinha a aparência. Aí fui num posto em São Paulo e naquele tempo eles internavam a gente na hora. Não deixavam nem pegar a roupa da gente. Enfiava dentro do carro e vamos embora e a gente estava perfeito, não tinha nada, só era positivo ...

Então a senhora tinha realmente a doença e não sabia?

(D. Adelaide) Eu desconfiava, pois tinha o meu pai doente. Eu era perfeita, mas a minha perna de vez em quando ficava vermelha e doía. Então acho que minha doença começou nas pernas. Assim, ferida, eu nunca tive lá fora. Aqui dentro é que eu vim ter ferida na perna.

O que aconteceu no posto de saúde?

(D. Adelaide) Eles pegaram meus exames e disseram: “imediatamente a senhora precisa internar”. E eu tinha dezoito anos. Aí eles me mandaram para o Padre Bento. Não sei se a senhora conhece?

Em Guarulhos, não é?

(D. Adelaide) É, em Guarulhos. Chegando lá como eu não sabia de cor. Eu só falava e só conhecia de nome aqui. Então eu falei que queria ir para o Santo Ângelo. Minha ficha era para cá, mas só tinha eu para levar pro hospital, então eles (do Departamento de Profilaxia da Lepra) me levaram para o Padre Bento e fiquei lá uns dois meses e a minha ficha era para cá. Aí, depois quando tinha mais pessoas pra vir pra cá eu vim junto e fiquei até hoje.

Quanto tempo a senhora ficou no Sanatório Padre Bento?

(D. Adelaide) Acho que uns dois meses.

A senhora notou diferença quando veio para o Santo Ângelo?

(D. Adelaide) Nossa! Diferença dos dois foi muita! Aqui tinha mais de duas mil, tinha mais de três mil pessoas e quem tomava conta daqui eram as irmãs de caridade, as freiras. Então a gente gostava porque tinha muita moça aqui dentro, tinha muito doente também. Eu que não tinha mais pai nem mãe (pensativa). Todos tinham morrido. Pra mim esse hospital foi uma maravilha, viu!

A senhora se lembra de um fato ou alguma coisa importante quando a senhora chegou aqui? Como a senhora foi recebida?

(D. Adelaide) Alguns amigos na chegada, não, amigos não! Logo que eu me internei tinha duas pessoas, duas moças que me pegaram. A gente fica que nem uma boba porque não sabe pra onde ir. Então, essas duas moças, só que eu esqueci o nome delas, elas que me levaram para a diretora, uma freira, pra ver o quarto que eu ia ficar... Foi assim minha chegada, porque eu não conhecia ninguém.

Mas, logo eu encontrei duas crianças, duas meninas ainda, que me levaram até a chefe... No salão das moças, tudo moçada, tinha alguma pessoa de idade, mas era mais moça, aí eu gostei e fiquei no salão 4.

Como o Departamento de Profilaxia da Lepra trouxe a senhora para cá?

(D. Adelaide) Vim de carroção. Naquele tempo, aquele carreto de pegar cachorro, era igualzinho. Era assim tudo fechado, só tinha aquelas frestinhas pra gente olhar. Naquele tempo a doença era muito Não deixavam nem pegar roupa em casa, era assim.

Aí como eu tinha a comadre da minha mãe, ela que me ajudou. Eu morava no interior, eu morava em Tremembé e era órfã de pai e mãe.

Os pais da senhora morreram com a doença?

(D. Adelaide) O meu pai era doente, a minha mãe morreu, eu não sei que doença que deu nela, mas ela morreu primeiro. Depois de seis meses meu pai faleceu e aí que eu vim cuidar da minha saúde.

O meu pai sempre falava pra mim: “olha filha, enquanto a gente viver você vai fazer exame”. Sempre ele falava isso pra mim. Porque na minha perna, assim, não tinha nada, mas de vez em quando aparecia aquele vermelhão, sabe? Eu falei isso aí não é bom. Sempre ele falava, orientava.

Peguei eu e meu irmão, pus uma maletinha assim, uma trouxinha de roupa e viemos perguntando. Eu nunca tinha viajado na minha vida (contando como veio do interior para São Paulo). Ia perguntado até chegar. Essa mulher foi uma santa pra mim, era a comadre da minha mãe. Então, ela me levou para São Paulo, levou no posto, aí depois eu vim pra cá e ela veio me visitar com uma criancinha no colo, sabe? Essa mulher era uma santa. Foi assim a minha internação. Mas, aqui eu agradeço todo dia por me encontrar nesse lugar!

Aqui casei e eu só tenho que agradecer a Deus por isso.

Como foi a vida da senhora aqui dentro? Como era a moradia?

(D. Adelaide) Quando eu cheguei as pessoas não podiam, principalmente as moças, não podiam ficar andando por aí. Eram as freiras que tomavam conta daqui. Mas era bom porque a gente brincava e tinha tudo de bom. Nós “morava” tudo no pavilhão grande, tudo lá!

Como eram os pavilhões?

(D. Adelaide) Tinha paras as moças e os dos rapazes “era separado”.

E a alimentação, como era?

(D. Adelaide) Aí a alimentação era terrível! Mas, olha depois que as freiras foram embora, as coisas melhoraram, mas, ainda não deixavam ninguém namorar também! Então, aí “começou” a vir os diretores. Cada um que vinha modificava alguma coisa aqui dentro. Ia melhorando para as moças. Fizeram salão de baile, fizeram campo de tênis. Até tenho fotos muito bonitas. Mas, depois foi passando os diretores, vem um, vem outro, vem um, vem outro, cada um vai fazendo uma coisa até que está assim hoje.

A água era barrenta. Era dureza viu! Pra tomar banho precisava comprar água. Tinha uma mulher que esquentava água para vender. Porque às vezes secava a água da caixa. Então todos nós “tinha” uma latinha que nós “guardava” dinheiro e “colocava” embaixo da cama pra comprar água pra tomar banho.

Compravam? Como vocês conseguiam dinheiro aqui dentro?

(D. Adelaide) Trabalhava aqui, ela trabalhou de enfermeira (apontando a amiga) e era mais limpo do que agora.

E aqueles que estavam muito debilitados?

(D. Adelaide) Não. Eles não trabalhavam, ali tinha um pavilhão que derrubaram que era só das pessoas cegas. Tinha muitos cegos. O próprio medicamento afetava a vista.

Nós que “cuidava” do hospital. Não tinha ninguém de fora, só médico e cozinheiro eram de fora. Tudo era limpinho. Agora é uma lixaiada. Agora que tem gente pra fazer, ao invés de trabalhar, ficam sentados conversando.

Mas, olha, pra mim isso aqui é um paraíso e agradeço todo dia a Deus! Porque se eu estivesse lá fora, já teria morrido. Não tinha tratamento, não tinha nada! Aqui dentro bem ou mal tem tratamento Mas depois melhorou o tratamento quando veio o remédio, veio o Promin. Muitas pessoas melhoraram, outras não suportaram o tratamento, era muito forte.

Como vocês se divertiam?

(D. Adelaide) Tinha futebol. Tinha todos os esportes.

Todos podiam participar?

(D. Adelaide) Só quem estava aleijado não participava (risos).

Em algum momento existiu algum tipo de castigo?

(D. Adelaide) Tinha, tinha cadeia. Olha, aqui tinha um regime bem certinho. Dez horas da noite o guarda apitava e quem não tinha entrado no seu dormitório ia preso. As mulheres ficavam trancadas em seu quarto, agora os homens que aprontavam coisa errada iam presos. Eles fugiam para comprar pinga e aí iam para a cadeia.

Existia outro tipo de castigo fora a prisão?

(D. Adelaide) Não tinha essas coisas. Não tinha esse tipo de malvadeza, não. Todo mundo obedecia. Era tudo fechado. Era um regime fechado, mas era divertido!

Mesmo com tudo fechado, com a alimentação ruim, a senhora gostava?

(D. Adelaide) Gostava. Era melhor do que a vida que eu estava vivendo lá fora. Porque minha mãe morreu logo cedo e eu fiquei com meu pai. Ele era doente e não podia trabalhar, só eu que fazia alguma coisinha. Eu trabalhava numa fábrica de meias, mas quando souberam que meu pai era doente, me tiraram da fábrica. O dono da fábrica me chamou no escritório e disse que estava sendo obrigado a me dispensar porque as pessoas tinham muito medo da doença. Disse que, por causa do meu pai, eu não poderia trabalhar lá. Aí eu saí da fábrica. Quem trabalhava mais era eu. Minha mãe às vezes fazia alguma coisinha. Ela era costureira. Por isso que eu digo esse lugar para mim foi um paraíso. Não tenho nada que falar.

Como era o tratamento dos doentes?

(D. Adelaide) Tinha poucos médicos. Não é que nem hoje que tem bastante médico. Mas os médicos que tinham antigamente eram bem melhores que os de hoje! Tinha um que era tão bom, parecia até o pai da gente!

Os médicos de antigamente não tinham medo da doença. Agora tinha um médico que tinha tanto medo de doente! Um dia ele me chamou para fazer uma espécie de revisão e quando eu coloquei a mão em cima da mesa ele falou para eu tirar a mão de lá (fazendo cara de brava). E eu te digo uma coisa ainda tem muita enfermeira aqui que nem olha na cara da gente com medo da doença. Têm outras que “é” uma beleza, viu.

Eu não posso reclamar de amigos. Aqui eu tenho essas duas (apontando para as amigas) que eu considero como filhas.

Por que a senhora ainda mora aqui no hospital?

(D. Adelaide) Eu não tenho para onde ir... Acho importante viver! A mocidade aqui foi muito bonita! Hoje não me queixo da minha idade. Casei duas vezes aqui dentro e

fui muito feliz com meus maridos. A gente passava por problemas, mas todos têm problemas. Agradeço a Deus por estar aqui.

Entrevistada 2 - Dona Lurdes:

Qual a idade da senhora?

(D. Lurdes) 74 anos.

Onde a senhora nasceu?

(D. Lurdes) Nasci em Santos

A senhora tem filhos?

(D. Lurdes) Tenho dois.

Moram aqui?

(D. Lurdes) Não.

Em que ano a senhora chegou no Santo Ângelo?

(D. Lurdes) Se for para contar. É para contar do começo?

Do começo.

(D. Lurdes) Então vamos lá! Eu tive catapora e fiquei com as pelotinhas na orelha e acabou a catapora e elas continuaram. Aí eu estava internada no orfanato lá em Santos e o médico me examinou e me isolou num quarto. Chamou a minha irmã e também passou exame e botaram ela também no mesmo quarto e ficamos presa naquele quarto o dia inteiro separadas. O orfanato ficava na Av. Rodrigues Alves, 700 em Santos.

Quando foi de tarde puseram nós num carro preto e levaram nós e rodamos e rodamos e paramos lá em Itu, no hospital Pirapitingui.

Minha mãe não sabia de nada. Ela trabalhava de empregada doméstica e nós naquele carro preto todo fechado. E largaram nós lá no hospital. Lá tinha outras meninas também naquela época, mas poucas e naquela época a doença era triste. No mais era tudo certo!

Criança não tinha muito lugar para ir, tudo na mesma porcaria.

Sabe com o que nós se “divertia”? A gente estava doente, não sabia nem o que tinha. Pra gente não tinha problema nenhum. Então, tinha uns latões que eram jogados os curativos. Naquele tempo era violenta a doença e tinha muito urubu e os urubus ficavam puxando aquele monte de faixa (rindo).

A senhora tinha quanto anos quando foi internada?

(D. Lurdes) Dez anos.

A senhora consegue se lembrar quando chegou no Santo Ângelo?

(D. Lurdes) Nós ficamos lá (no Asilo Colônia Pirapitingui) uns dois anos. Lá não tinha escola, não tinha nada. Era tudo misturado com os adultos, até que A senhora já ouviu falar da dona Conceição da Costa Neves?

Sim.

(D. Lurdes) Então ela foi lá fazer comício, lá no hospital! E ela viu a situação. Aí ela ficou revoltada. Nós não “tinha” escola, não “tinha” nada. Então ela tirou nós de lá e levou para o Padre Bento. Aí nós “vivia” uma vida de rainha, tinha de tudo. Tinha piscina, tinha esporte bastante. Nós “passava” bem porque a mulherada gostava das crianças, levava a gente para as casas e dava doces, dava as coisas pra gente. Estava tudo bom.

Nós voltamos para a escola. Tinha piscina, bicicleta, tinha patins e, então, era aquela vida gostosa, né. Fiquei lá até os dezesseis anos, aí saí de alta. Eles davam aquela alta assim, tinha que continuar indo para o posto. Tinha que continuar o tratamento, porque não era a cura.

Fui trabalhar de empregada doméstica. Eu também trabalhei, trabalhei, trabalhei e casei. Tive um filho, depois eu me reativei da doença. Também, não tinha tomado mais remédio nem nada e aí vim parar aqui. Vim em 1958 e eu já estava viúva.

Já tinha casado, tido um filho e já estava viúva. Meu marido morreu num acidente de carro. Aí fiquei aqui. Aqui eu vim trabalhar de copeira. Entrei num dia e no outro dia fui trabalhar de copeira e era boa a vidinha. A gente trabalhava, tinha os pavilhões pra gente dormir. Quartinho de duas. Era mais confortável que antigamente.

Fiquei aqui, casei outra vez e tive um filho também. Ele tinha a vida dele em São Paulo mas, também morreu.

Como a senhora veio para o Santo Ângelo?

(D. Lurdes) Quando eu reativei, eu fui no posto. O doutor Edgar disse que eu tinha que internar imediatamente. Aí eu falei que não vinha, não dava, eu tinha uma criança. Ele deu 24 horas. Se eu não fosse em 24 horas, eles iriam na casa que eu estava me buscar.

Ai nós fugimos! Meu marido tinha umas tias lá em Ubatuba, num sítio, lá pro mato. Aí nós fomos pra lá. Ficamos lá escondidos, mas com o tempo eu fui piorando, fui piorando ...

Quando o meu menino estava com um ano e pouco meu marido sofreu um acidente e morreu.

Voltei para Santos porque eu tinha uma irmã. Fui para a casa dela e fui trabalhar outra vez. Ainda fiquei mais um ano.

Depois o meus pés deram muito problema. Fiz tratamento no posto e eles me deram a carta outra vez! (risos). Aí eu esperei mais um pouco. Depois do dia que eu achei que

dava para vir, depois que eu encaminhei tudo, o meu menino e tudo aí eu vim.

A senhora veio de livre e espontânea vontade?

(D. Lurdes) Não! Tinha que vir mesmo, mas já não era de dar aquele prazo. Se você não vai o carro vem buscar, mas aí eu vim. Fui de ambulância até o DPL (Departamento de Profilaxia da Lepra) e de lá me trouxeram até aqui.

Em que ano a senhora foi internada no Santo Ângelo?

(D. Lurdes) Foi em 1958 ou 1959.

Deixa eu falar da dona Conceição. Então, ela foi fazer comício lá no Pira (Asilo Colônia Pirapitingui) e viu aquilo tudo lá antigamente. Minha mãe ia lá me visitar uma vez por mês e tinha um tal de parlatório. Já ouviu falar?

Sim, mas me conte como era.

(D. Lurdes) Era uma linha no Padre Bento. Aliás, o Padre Bento era um lugar mais de liberdade e melhor situação. “Tinha” todas separações, então lá era tudo assim que nem isso aqui dessa altura (apontando com as mãos um muro de mais ou menos um metro).

Era um murinho?

(D. Lurdes) Era. Tinha umas muretinha assim que era a portinha, aqui tinha outra aqui no meio, então, por exemplo o doente ficava de um lado, a muretinha no meio. Tinha o guarda, a família do outro lado passava para o guarda o que trazia. O guarda registrava e então ele passava pro outro lado e dava para o paciente.

A família não tinha contato com o paciente?

(D. Lurdes) Não, de jeito nenhum! Todo hospital era assim. Só que aqui era cerca farpada. Era arame de cerca farpada no Santo Ângelo.

Aí a dona Conceição que deu um jeito. Ela era uma santa. Aí foi onde destruíram tudo. Foi onde nós tomamos liberdade, porque era terrível.

Ela se elegeu uma deputada pra ajudar nós. Aquela mulher deve estar no céu porque o que ela fez por nós ... Ela chegou a pousar no mato duas noites. Tinha gente a favor do diretor e gente a favor dela. Era uma politicagem aqui dentro! Mas, quando ela chegava era uma festa.

Muita gente se suicidou nesse hospital. Muita coisa ela conseguiu pra nós.

A turma toda se aproveitou da força dela e estouraram o parlatório. Depois a gente já podia ter contato com a família.

Por que as pessoas se suicidavam?

(D. Lurdes) Porque não tinha jeito de sair, a solidão ...

Eu fiquei vinte anos aqui dentro sem sair lá fora.

Em todos os hospitais “teve” muitos casos de suicídio, porque largávamos a família, filhos pequenos ... foi triste.

Agora, você vê, nós estamos no meio de todo mundo e agora nós é que temos medo deles. Já entrou ladrão com revólver na minha casa. Eu tenho um filho adotivo que fez um cerca bem alta. Todo mundo fez muro, comprou cadeados.

Agora tem muitos guardas, mas eles só andam de dia.

Quando existia o parlatório as visitas vinham menos vezes?

(D. Lurdes) É. Só que depois foi liberado. Só que a pessoa que vinha visitar a gente tinha que ir no posto, ter carteirinha, fazer exame, tudo essas coisas. Lá na portaria seguravam todos os documentos que era pra saber quem entrou aqui, quem voltou. Era uma politicagem danada.

Na época do parlatório era uma vigilância terrível. Tem gente até que nem vinha. A minha mãe trazia arroz doce na lata de goiabada e aí o guarda olhava e só depois passava pra mim. Só podia sair quem tinha o exame negativo.

Por causa disso muita gente se matou. Nossa mãe! Foi terrível.

Como era a moradia da senhora?

(D. Lurdes) Era assim, era pavilhão, duas em cada quarto, quatro assim. Eu tinha uma cama, uma mesinha e um criado.

Todo mundo que vinha para cá ficava no pavilhão?

(D. Lurdes) Não, aqui era pra quem não podia pagar. Quando eu vim fiquei no pavilhão de moradia. Depois eu comecei a trabalhar e pude pagar mensal. Aí eu fiquei em um quarto que cabia duas pessoas (conhecidos no asilo como Carvilles).

Quem morava nas casinhas?

(D. Lurdes) As casinhas eram para os casais que se casavam aqui. Assim mesmo era difícil, porque tinha de esperar morrer um para o outro ir para o pavilhão e aí dar a casa para um casal novo. Se o marido morria, a mulher tinha que sair. Era difícil vir gente casada para cá. (Os casais eram separados, cada um ficava num asilo)

Tudo o que a gente tem hoje foi a gente que comprou. O Estado não dá nada. Ele só dá uma cesta básica. (referindo-se às casas reformadas e mobiliadas existentes no hospital). Antes tudo era do Estado. A gente não tinha nada. O fogão era de lenha, não tinha geladeira. Tinha uma mesinha, a cama, o guarda-roupa. Os móveis eram dados. A gente entrava só com a roupa. Tudo era do Estado e a gente não pagava nada. Toda casa era igual.

Como eram as refeições?

(D. Lurdes) A gente comia o que davam, não tinha nem onde comprar. Tinha cinco refeições por dia: café da manhã, almoço, café da tarde, janta e café da noite. Tinha

horário para dormir: dez horas o guarda passava apitando e quem estava namorando tinha que sair correndo senão ia preso. (risos)

Eu era copeira. A gente aprendia tudo aqui, trabalhando. Ganhava uma mixaria, mas dava. As roupas eram compradas. Pessoas vinham vender aqui dentro. A família pouco ajudava, eles eram pobres. Nós trabalhávamos para comprar o que a gente queria. Comprávamos fiado e pagávamos por mês. Existia uma lojinha. Agora, as coisas de comer, tinha um bar logo ali que agora é lanchonete. A gente comprava pizza. Todos os que trabalhavam eram pacientes.

Se uma moça ficava grávida e não fizesse um aborto ... Quando a criança acabava de nascer ela nem via a criança. A criança era levada para uma creche. Uma em Jacareí e outra em Barueri. O meu filho nasceu aqui e acabou de nascer já levaram. (ar de tristeza, quase chorando).

Quando acabava a dieta e a gente queria ver o filho, tinha que dar o nome durante a semana na portaria da Caixa (Caixa Beneficente) e eles levavam no Departamento (DPL). Eles fretavam um ônibus, porque a gente não podia ir lá onde a criança estava. Então vinham aquelas mulheres todas de branco com as crianças e elas ficavam lá de longe.

Não podia ter contato? Pegar no colo?

(D. Lurdes) Não. De jeito nenhum. Agora nasce tudo aqui com as pessoas. Está tudo bom! Se melhorar estraga. Não tem que ficar melhor! E é isso aí!

Entrevistada 3 – Dona Maria Muzachi

Qual a idade da senhora?

(D. Maria) 82 anos

Em que lugar a senhora nasceu?

(D. Maria) Nasci em Caçapava.

A senhora tem filhos?

(D. Maria) Eu tenho uma filha.

Ela mora aqui com a senhora?

(D. Maria) Não. Minha filha mora em São Caetano.

Em que ano a senhora chegou aqui?

(D. Maria) Eu cheguei em 1955. Já estava bom aqui.

Como a senhora veio para o Santo Ângelo?

(D. Maria) Eu trabalhava com um dentista na avenida São João. Aí um médico que ia sempre lá bateu os olhos em mim e falou que ia me internar, daí levaram eu para o Hospital das Clínicas. Ele perguntou quando eu queria ser internada, porque de primeiro não tinha isso. Daí eu falei: amanhã.

Eu não tinha pai nem mãe. Eu estava na casa dos outros. Então foi uma benção vir para cá. Eu não tinha ninguém lá fora e disse: eu já vou amanhã mesmo. Eu não fui pega a laço e nem vim de carro preto. Eles queriam me trazer de ambulância mas, eu tinha um conhecido. Daí ele me trouxe de carro até aqui. Mas, eu também não tenho o que falar daqui não.

Cheguei e já fui para o pavilhão. Dormiam doze no salão. Uma senhora toda cheia de defeito falava pra gente assim: “está vendo eu? Você vai ficar como eu!” (risos). Ela fazia isso com todos. Ela tinha as mãos de garra e sempre gritava com a gente.

Quando eu cheguei o parlatório já tinha acabado. Eu trabalhei um pouco na Caixa Beneficente e um pouco de enfermeira. Me mudei para o Carville. Lá tinha que pagar. Morávamos duas no quarto, enquanto no pavilhão às vezes eram dezoito ou doze. Cada um tinha sua cama e no corredor do salão “tinha” os armários de ferro para guardar as roupas. Ficava tudo amontoado e já no quarto tinha um guarda-roupa para cada paciente, tinha criado, cadeira. Eu pagava mensalidade.

A senhora pode falar um pouco sobre a vida aqui no Santo Ângelo?

(D. Maria) Ah! minha filha para mim ... Eu comia tudo que vinha, ainda mais que não era eu que fazia! (risos)

Eu não tenho queixa. Pra mim tudo estava bom.

Os médicos antigamente eram bons. Era melhor do que agora.

O Sales Gomes foi um diretor. Ele não era muito bom não, viu. Era por causa daquele comunismo. Era uma politicagem danada. Ele tinha medo da doença. Ele não ligava pra gente. Por ele, poderia fuzilar todo mundo no paredão.

A lavagem do porco era melhor de que a nossa comida na época do doutor Sales Gomes. Quando a gente ia reclamar da comida, ele falava que os porcos não reclamavam ... Não sei se era brincadeira ou não.

Se alguém brigasse aqui tinha castigo. Ficava detido. As mulheres ficavam no pavilhão um ou dois dias.

Tinha o prefeito e o delegado também.

O prefeito morava aqui?

(D. Maria) Sim o prefeito era doente também. De fora era só o cozinheiro e os médicos.

O prefeito era eleito?

Eu não lembro, não sei se era por baixo dos panos. Eu acho que era por baixo dos panos. Não me lembro direito.

Existia a Caixa Beneficente e quem trabalhava lá passava a mão. Em todo lugar tem corrupto. Algumas pessoas que trabalhavam lá saíram e construíram casa com piscina. Hoje pessoas vivem aqui e não pagam nada. A gente nem via a cara dos

filhos!

Entrevistada 4 – Dona Laura Ap. Peretta

Quantos anos a senhora têm?

(D. Laura) tenho 87 anos.

Em que lugar a senhora nasceu?

(D. Laura) Nasci em Santa Cruz das Palmeiras

Como a senhora veio para o Santo Ângelo?

(D. Laura) A minha tia vinha de quinze em quinze dias visitar a minha mãe. Ela trazia roupa para a minha mãe vender. Ela vendia roupa, bala, chocolate no cinema. A minha mãe ganhava um dinheirinho.

Lá na entrada do sanatório tinha um quartinho que ficava um médico e então eu fiz o exame com ele. Eu não queria ir no DPL porque lá a gente ficava marcada.

Quando ele pôs frio eu falei que estava quente e quando ele pôs quente eu falei que estava frio. Era a falta de sensibilidade. Aí ele falou: “Laurinha você vai ficar aqui seis meses e eu já estou há 68 anos”! (risos)

Eu morava no Pari com minha tia. Quando ela soube que eu iria ficar aqui sentiu uma grande pena e começou a chorar. Daí eu fiquei e minha tia voltou sozinha pra casa. Eu chorava muito, mas tive que me conformar. Não podia ir embora. Então eu fiquei até hoje.

A minha mãe desconfiava que eu era doente. A primeira pessoa que veio pra cá depois que inaugurou o sanatório em 02 de agosto de 1928 foi a minha mãe. As primeiras pessoas não vieram quando ele foi inaugurado. Minha mãe veio em 1929, no começo de janeiro.

Veio minha mãe e minha irmã. Minha irmã tinha oito anos na época. Ela era a primeira criança e está viva ainda. Só que ela teve um trauma tão grande, ficou “meia” descontrolada. Então ela vai fazer 78 anos agora.

Aqui tinha um hospital grande. Chamava Nossa Senhora Aparecida e lá só ficavam as mulheres. Os homens ficavam em outro pavilhão. Quando você entra ainda tem uma casa bonita, parece um sobrado. As irmãs de saúde que ficavam lá pra tomar conta da casa.

Quando chegava entre 20h. e 21h. elas apitavam silêncio. Então quer dizer que a minha irmã ficou lá, mas ela não acostumou. Era enorme aquele pavilhão e tinha umas dez pessoas doentes na época. Estavam ficando muito doente na época.

A minha mãe ficou dezoito anos aqui e depois o médico deu alta. Ela não queria ir embora porque eu estava aqui. Aí ela foi embora e eu fiquei. Eu e minha irmã.

Então, a minha irmã casou, mas não podia sair de jeito nenhum. Naquele tempo se você tinha os exames completos “podia” sair, passear e voltar ou então era de alta. Se não, não! Nós não “podia” sair. Era lei e as pessoas tinham muito medo na época. Não era brincadeira.

Todo dia internava gente. De três, de quatro ... e teve uma família de doze pessoas,

não uma família só. Tinha irmão, cunhado etc. A família veio do interior. Vieram se internar porque era obrigado, agora não. Tinha, não sei se você já ouviu falar, tinha o DPL Era o doutor Arnaldo..... Ele estava acostumado a ver doente e por qualquer coisinha ele já falava: “você é doente”. Eu sei que você era obrigado a internar.

Eu casei aqui. Eu vim com quinze anos. Já faz 72 anos que eu estou aqui.

Eu casei e tive um filho. Só que na época as crianças que nasciam não podiam ficar aqui. Ou a família vinha buscar ou iam lá para Carapicuíba, onde as crianças dos doentes ficavam.

Graças a Deus eu estou aqui até hoje para contar a historia. É uma historia triste, mas é verdadeira.

Conte mais sobre a vida aqui no Santo Ângelo.

(D. Laura) Na época aqui era muito divertido. Era triste porque não podia sair de jeito nenhum! Aqui era um regime rigoroso. Também não podia vir visitar a hora que queria não. Precisava ter caderneta, passar no DPL. Era igual o regime de Hitler na Alemanha.

Então aqui era uma maravilha, tinha baile todo sábado, tinha cinema, tinha piquenique. Tinha cadeia.

Para que servia a cadeia?

(D. Laura) Pra quem brigava. Porque tinha alguns que bebiam escondidos. Então, tinha guarda só para os doentes. Aqui era tudo mato, era tudo isolado. Alguns iam beber e brigavam. Às vezes namoravam ...

Os doentes podiam ser transferidos do hospital. Tinha o Pira (Pirapitingui), mas o primeiro da América foi este aqui, o Asilo Colônia Santo Ângelo.

Eles iam pra cadeia, mas tiravam logo, não judiavam não.

A nossa doença é falta de sensibilidade. Tem lugar que não sente, então fazia exame e logo condenavam. Se era quente a gente falava que era frio, se era frio falava que era quente então ... Eles internavam pessoas que nem pareciam doentes.

Antes existiam três times de futebol. “Tinha” moços e moças muito bonitos. O baile era uma maravilha, mas não podia sair do portão pra fora. Não era essa gente feia e doente não. Por uma coisinha de nada já vinha pra cá.

O meu marido também era jogador sabe.

No mês de agosto era festa aqui. Era época da inauguração e tinha até bomba para festejar. Quando eu vim para cá era um sofrimento. Tinha que fazer o tratamento com uma agulha igual a de diabetes. Era o chalmoogra e depois veio o Promin. Todo dia internava gente. Era velho, moço ...

Naquela época ninguém era aposentado ainda. A aposentadoria era de 1940 pra cá. O Getúlio que decretou.

E tinha muita gente. Tinha enfermeira de montão. Mas não precisava de diploma, ela aprendia tudo aqui.

Geralmente o doente sentia muita dor nos pés. É o mal perfurante. Muitos amputavam as pernas, como ainda tem hoje. Isso é coisa da doença.

Você já ouviu falar do Manoel de Nóbrega, já falecido?

Sim.

(D. Laura) Ele tinha um programa de rádio, era “Boa Noite São Paulo”. O filho dele ainda é vivo, né. As pessoas escreviam pra ele e ele notificavam as coisas ruins que tinha, que nem agora que se fala do trânsito e outras coisas. Então, tinha uma moça aqui. Aqui ficou um caos e ficou muito triste também porque aqui tinha muita política. Alguns eram puxa-saco do prefeito. O prefeito era doente. A autoridade do DPL que escolhia o prefeito.

E como ele era prefeito ele foi morar em uma casa bonita, numa colônia lá embaixo. Esta colônia foi a primeira a ser construída (apontando para o lugar onde mora). Os doentes de antigamente ficavam no Guapira (Hospital de Guapira) e lá eles estavam muito atacados pela doença. O primeiro pavilhão aqui foi o feminino. Depois foi feito o pavilhão 7 e o pavilhão 8 e 9 para os doentes homens.

O Padre Bento (Sanatório Padre Bento, em Guarulhos) só internava pessoas bonitas, moças, ou então que não pareciam doentes e eram ricas. Era um hospital muito bonito. O Lauro de Souza Lima era um santo e queria muito bem aos doentes de lá. Só quem podia pagar era favorecido. Quando a pessoa piorava vinha pra cá.

Vou te contar como é que foi a viravolta que teve aqui. Teve até tiro ...

Muitos não gostavam do prefeito, ele era um homem baixinho, nanico e feio. Todo mundo tinha medo dele. Ele era puxa saco do mandão lá do DPL, o Doutor Sales Gomes. Por qualquer coisa que ele não gostava ele transferia a gente.

Bom. Aí uma moça escreveu uma carta para a rádio e mandou para o Nóbrega. Eu nem sabia que ela conseguiria porque quando vinha visita aqui a gente não podia nem pegar na mão. Sei que ela escreveu a carta e mandou para ele.

E ele falava todo dia às 18 horas, no programa “Boa Noite São Paulo”. Todo mundo reclamava da dor, reclamava disso. Então ele leu essa carta dela que falava do Sanatório Santo Ângelo.

Aqui um falava para o outro: “vem, vem, vamosno rádio vão falar do sanatório” (com semblante alegre). Então todo mundo nem respirava, porque nós queríamos melhoras para nós.

A senhora se lembra do ano em que foi escrita essa carta?

(D. Laura) Deve ter sido em 1946 ou 1947, por aí. Ele começou a falar. Então surgiu a política. Aí surgiu a Costa Neves! Ela foi uma salvação pra nós. Ela entrou na política e ela ouviu tudo no rádio e aí ela veio aqui, queria conhecer aqui. Quando veio, era uma mulher muito bonita, muito bem vestida. Ela veio uma vez com a Hebe Camargo.

Depois a Hebe nunca mais veio mas, a Dona Conceição vinha sempre.

Então os doentes começaram: “a senhora isso a senhora aquilo” ... Na política você sabe, eles pegam tudo para subir! E ela queria subir e subiu mesmo. Duas vezes ela foi deputada.

Quando ela viu isso aqui, ela ficou indignada e então ela pegou essa causa. Aí os políticos repreenderam e o Manoel de Nóbrega não falou mais nada.

Então ela entrou na política a nosso favor, ela pegou essa causa. Por isso que ela subiu.

As famílias dos doentes lá fora votaram tudo nela. Minha família todos “votou”, porque nós queríamos uma tábua de salvação e justamente ela veio para nós.

Ela vinha, primeiro, como vereadora, depois foi deputada. Nós soltávamos rojão quando ela vinha!

Ela era nossa salvação. Por causa dela que veio um medicamento dos Estados Unidos, o Promim. Este era o medicamento que a gente tomava. Porque se fosse pelo DPL ia demorar muito e muitos doentes estavam piorando cada vez mais.

Quando veio o Promim, foi uma beleza. Quanta gente ficou boa. Uns não deu tempo porque demorou muito e tiveram complicações e eles morreram. Mas, a maior parte ficou bem.

Então, os casais, as mocinhas novas, bonitas ficavam boas. E tinham casamentos muito bonitos, sabe? Todos melhoraram e queriam criar seus filhos lá fora. Mas tudo graças à dona Conceição da Costa Neves!

Eu sei que melhorou, foi melhorando tudo. Aí quando teve eleição, ela ganhou mais ainda, porque a família dos doentes não esqueceu. Ela foi uma felicidade uma graça divina. Ela vinha sempre visitar.

Veio o Ademar de Barros que pôs a água pra gente, porque a água era muito escassa. Ele fez o encanamento tudo direitinho. Depois veio o Jânio Quadros.

Quer me contar mais alguma coisa?

(D. Laura) Aqui tinha fartura antigamente. Tinha sempre o doutor Manuel de Abreu que era um diretor maravilhoso. Ele faleceu agora. Ele que descobriu a doença da minha mãe e da minha irmã. Ele era um bom médico só que ele era muito rigoroso. Ele tratava muito bem os doentes mas, o doente não podia sair. Cada doente tinha a sua cota de alimentos. Por exemplo: eu, minha irmã e minha mãe recebíamos três cotas. Era uma lata e meia para três pessoas. Meia lata para cada um. Assim era o arroz, o feijão, o açúcar. Só vinha carne três vezes por semana, só que a carne era pouca e era ruim sabe? Era dura. A gente até jogava fora. O bacalhau era dado uma vez por mês e também a gente jogava fora. Dava leite de montão.

Só que não podíamos sair daqui, senão íamos pra cadeia ou transferidos.

A primeira casa do asilo foi a da minha mãe. Quando vinha visita esta era a primeira casa a ser visitada. Os médicos falavam que a primeira paciente foi a minha mãe e minha irmã para as pessoas que vinham conhecer. Na época vinha muita gente. Era gente ilustre, eram políticos. A Caixa Beneficente tinha muitos donativos.

Os bailes eram uma maravilha. Existiam vacas e porcos que ficavam no mato. Cada um tinha uma fazendinha. Tudo feito pela mão do doente que não podia sair. As famílias vinham visitar. Sabe, as pessoas de fora não aceitavam o leite que era produzido aqui dentro.

Só em 1940 veio a aposentadoria com Getúlio Vargas e hoje o Estado só paga o mantimento.

Antigamente era uma coisa e agora é outra.