

POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE AS ESCOLAS PARA OS FILHOS DOS PORTADORES DO MAL DE HANSEN, NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX

Alboni Marisa Dudeque Pianovski Vieira

Conhecida quinhentos anos antes de Cristo, a hanseníase – mais conhecida como lepra - constituía um estigma para seus portadores, devido ao terror que a doença causava. No Paraná, tem-se notícia de que por volta de 1816 começaram a surgir muitos hansenianos, vindos do norte. Seu meio de vida era a esmola e viviam em grupos isolados, porque ninguém queria se aproximar deles. Já nas primeiras décadas do século XX, a doença crescia progressivamente no Brasil, sendo apontada como um dos principais problemas de saúde pública no país. Como os conhecimentos acerca da transmissão da doença eram incompletos e insuficientes para que se pudesse constituir uma profilaxia eficiente, a solução adotada pelas autoridades públicas da época e legitimada pelos discursos médicos foi o isolamento dos doentes do restante da sociedade. Construíram-se, para isso vários leprosários e colônias que funcionavam como uma espécie de cidade autônoma, com hospitais, padarias, escolas, igreja, casas de diversão e tudo o mais que fosse necessário para o dia-a-dia dos doentes. No Paraná, em 1926, na localidade de Deodoro, atual Piraquara, foi inaugurado o Leprosário São Roque – hoje Hospital Dermatológico, atendendo à política que visava a segregar as pessoas portadoras de hanseníase. O isolamento compulsório para os portadores de hanseníase e o cotidiano das escolas que recebiam os filhos dos doentes, em especial o Educandário Curitiba, no período compreendido entre 1926 e 1947 constituem os objetivos deste trabalho.

Efetou-se o levantamento, a análise e a interpretação de fontes primárias e secundárias a respeito das políticas públicas adotadas no Brasil em relação aos portadores do mal de Hansen, durante a primeira metade do século XX. Realizou-se pesquisa bibliográfica e documental, dando-se preferência aos documentos legislativos e a artigos e trabalhos publicados em periódicos médicos da época. Além disso, foram consultados documentos recolhidos do Leprosário São Roque e que hoje se encontram no arquivo da Casa da Memória da Fundação Cultural de Curitiba. Na pesquisa oral, buscando recolher a história da instituição, de grande valia foram as considerações emitidas pelo Dr. Rui Noronha de

Miranda, cuja vida tem sido dedicada, desde 1935, ao trabalho com os portadores do mal de Hansen. Os resultados obtidos possibilitam compreender um pouco mais da realidade vivida por pais e filhos envolvidos pela doença.

A HANSENÍASE

A hanseníase, amplamente conhecida pela designação de lepra, é uma doença infecciosa. Foi Gustav Armauer Hansen, médico norueguês, que identificou em 1873 o micróbio patogênico que a provoca: o bacilo de Hansen, ou *Mycrobacterium leprae*, que pertence à mesma família do agente da tuberculose e prefere atacar a pele, as mucosas e os nervos periféricos. Ela se dissemina através do contato pessoal, abrasões e mordidas de insetos. Seu período de incubação é longo, chegando às vezes a anos. Na história da humanidade, “talvez não exista nenhuma doença que tenha causado tanto medo e asco quanto a lepra”, afirma Richards (1993, p.153). As deformidades físicas, as feridas supurativas e o odor mefítico que ela causava inspiravam temor e, em conseqüência, a exclusão dos leprosos, que se justificava, na sociedade medieval, por princípios religiosos e morais. O que determinava a segregação para longe dos outros era o medo do contágio, dado que não se compreendia como se processava a infecção. Acreditava-se que os objetos tocados pela pessoa doente, o contato sexual e a inspiração de hálito infectado eram, com certeza, as fontes de transmissão. Assim, a exigência de roupas distintas e o uso do guizo, sino ou trompa através do qual se exigia que anunciassem sua aproximação, objetivavam prevenir o perigo, por ser a doença contagiosa.

O estudo da questão da marginalidade, desenvolvido por Duby e Geremek (1992, p. 94), direcionou o enfoque para o plano das atitudes mentais e das políticas sociais direcionadas à doença, propiciando o desenvolvimento de estudos sobre a vida dos grupos e das existências individuais, além do estudo da representação em particular. Os hansenianos, nesse contexto, passaram a representar uma espécie de marginal muito particular. Marginal por excelência, excluído, trazia o estigma, o perigo da contaminação carnal. Paradoxalmente, o medo e o amor ao próximo se confundem. A preleção da Igreja era a de que os leprosos deveriam ser tratados com compaixão, pois eram, em certo sentido, favorecidos por Deus, que

permitia que sofressem nesta vida, a exemplo de Cristo. Isso estimulava a compaixão como forma de ganhar a salvação. Na Idade Média, o “caso dos leprosos”, ocorrido na França, é ilustrativo: o leproso, pelo qual Jesus teria uma especial predileção, recebia esmolas e doações daqueles que nele viam o melhor intermediário entre o homem e Deus. O rei da França, sabedor de que os leprosários estavam acumulando riquezas originadas dessas doações, movido pela inveja decidiu confiscar os bens dos leprosos. Como era necessário justificar o conflito, acusou os leprosos de estarem se organizando em uma espécie de complô internacional para destruir o mundo, pelo envenenamento dos poços... ”(GEREMECK, 1993, p. 9).

Com base nessas reflexões, infere-se que na Idade Média européia era inquestionável a marginalidade dos portadores de hanseníase. Se a hanseníase hoje é curável, até meados do século XX não o era. O diagnóstico médico era complicado, uma vez que um mesmo sintoma poderia remeter a diversas doenças, e diversas doenças poderiam produzir os mesmos sintomas. Ao tomar conhecimento das políticas de saúde pública vigentes no Brasil no século passado, no entanto, a pesquisadora constatou que o confinamento, recurso empregado na Idade Média como coadjuvante na solução do problema da hanseníase, ainda era mantido na primeira metade do século XX. Interessou-lhe, então, investigar a respeito.

No Brasil, assim como em outras regiões da América, não se tem notícia de casos de hanseníase entre os indígenas. A doença entrou no Brasil por vários pontos do litoral, trazida pelos primeiros colonizadores portugueses, principalmente açorianos. Posteriormente, outros povos europeus também podem ter colaborado para sua disseminação (MONTEIRO, 1987; TERRA, 1926). Após a introdução da moléstia nos principais centros da colônia, a infecção teria acompanhado a marcha da colonização, segundo Maurano (1944). De São Paulo, teria acompanhado os bandeirantes para Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás, e também atingido os Estados do Sul, já no século XVIII. (MAGALHÃES, 1882, apud EIDT, 2004, p. 76)

Recém emancipada de São Paulo, em 1853, a Província do Paraná possuía uma economia inicialmente baseada na erva-mate e, mais tarde, na extração da madeira. Era incipiente, se comparada aos grandes centros nacionais, como o Rio de Janeiro e São Paulo, onde se fortalecia a economia cafeeira. Surgia, portanto, como uma das Províncias menos

abastadas, com poucos recursos para os investimentos sociais em seu território, ocupado de modo disperso pelas populações que nele se instalavam, constituídas de imigrantes brasileiros e europeus que para ali se transferiam, em busca de melhores condições de vida.

A esse propósito, afirma Siqueira (1980, p. 02):

No Paraná Provincial, as condições de higiene da população e o saneamento básico nas cidades e vilas eram precários. Devido principalmente à falta, quase total, de recursos médico-sanitários e hospitalares para o atendimento da população, esta situação se agravava nos períodos epidêmicos. Também o governo provincial, pouco ou quase nada podia fazer, sendo que as soluções propostas pelo governo não tinham caráter imediato, devido à escassez de recursos financeiros, exceto quando se tratava de doenças contagiosas ou epidêmicas. Nestes casos, por decretos imperiais, eram determinadas verbas especiais em busca de uma solução rápida.

Dizia-se então, diante da falta quase absoluta de recursos necessários à instalação de um serviço sanitário adequado e permanente, que a província vivia em “boas condições de saúde”, se comparada às de outras províncias do Império. Tem-se por certo que essa possibilidade decorria da ótima salubridade de seu clima e da dispersão de suas comunidades, que dificultavam a propagação das diversas doenças contagiosas que grassavam à época.

Até o século XX, as medidas legislativas para o controle da hanseníase no Brasil haviam sido pontuais, nos Estados do Rio de Janeiro (1756), Bahia (1787) e Pará (1838). A doença, contudo, evoluía, sendo que quase nada se fazia para conter sua expansão. Segundo Maurano (1939), foi em 1912 que Emílio Ribas, durante o I Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia do Rio, destacou a importância da notificação compulsória e do tratamento da hanseníase com rigor científico, além do “isolamento humanitário” em hospitais-colônia que não apenas abrigassem os doentes, mas também atuassem de maneira

profilática, adotando medidas como a de afastar os filhos recém-nascidos sadios de seus pais doentes e dar-lhes assistência em educandários.

Em 1916, foi instituída, no Rio de Janeiro, a Comissão de Profilaxia da Lepra, da qual fazia parte Adolfo Lutz. O período compreendido entre 1912 e 1920 sinaliza o reconhecimento do problema da hanseníase pelas autoridades brasileiras.

Em 1920, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, cujas orientações priorizavam a construção de leprosários em todos os Estados endêmicos. O período dos “bons ares” no Paraná igualmente tem seu término por volta de 1920, com o desenvolvimento das cidades e o aparecimento, ainda tímido e limitado, do operariado urbano e das profissões liberais, ocasião em que os novos governos passaram a se preocupar com o “social”, deixando de ater-se tão somente aos interesses econômicos das oligarquias. A saúde pública paranaense pôde então, nos últimos cinco anos da década de 20, realizar alguns de seus antigos projetos, entre os quais se encontrava o Leprosário São Roque (para todos os leprosos do Estado) e o Hospital de Isolamento Oswaldo Cruz (para os portadores de doenças transmissíveis agudas).

Inaugurado em 20 de outubro de 1926, o Leprosário São Roque, atual Hospital Dermatológico do Estado do Paraná, foi construído, propositadamente, em local distante da cidade de Curitiba, destinando-se a abrigar todos os leprosos do Paraná, que para lá seriam enviados compulsoriamente. Estabelecimento modelo para a época, no país, dispunha de toda a infra-estrutura básica de uma pequena cidade, desde o abastecimento de água potável até a aquisição de aparelhos radiofônicos e cinematográficos.

Construído inicialmente para uma população de 250 internos, ampliou progressivamente as suas instalações, visando a abrigar os novos casos detectados pelos Serviços de Profilaxia da Lepra, por meio do cadastramento de leprosos, desenvolvido em todo o Estado. Para se ter uma idéia destas constantes ampliações, basta atentar para o número de doentes internados no final da década de 50, que era superior a 1000 (FERNANDES, 1988, P. 22).

Ter contraído a doença, porém, era sinônimo de perder os direitos à liberdade de ir e vir, era ser punido pelo Estado, sob o disfarce das ofertas de tratamento, alimentação, moradia e diversão, garantidas na Colônia São Roque, construída para esse fim. Esse isolamento compulsório dos “contaminados”, exercido pelo Estado, estava presente nos

Decretos 1.194 e 1.195, de 09 de outubro de 1926, assinados pelo Dr. Caetano Munhoz da Rocha, então Presidente do Estado do Paraná, no dia anterior à inauguração do Leprosário. De acordo com essas determinações, uma vez que o Paraná já se achava equipado com um estabelecimento modelar, a notificação da lepra era compulsória às pessoas da família do doente, bem como a todas as autoridades do Estado na esfera de suas atribuições, gerente de hotéis ou de qualquer habitação coletiva, os quais eram obrigados a comunicar a existência de doentes suspeitos ao serviço sanitário, sob pena de multa.

Nos termos do art. 1º do Decreto 1.194, de 09 de outubro de 1926, era obrigatório o isolamento de todos os leprosos do Estado no Leprosário “São Roque”, situado no Município de Deodoro, já que esse era o único meio de evitar a propagação e extinguir a moléstia.

Apenas excepcionalmente seria permitido o isolamento domiciliário, cujas exigências só eram acessíveis aos abastados que, por acaso, tivessem contraído a doença. O descumprimento das condições estabelecidas para o isolamento domiciliário acarretava multa de 500\$000 a 1:000\$000 imposta pelo médico (art. 3º), situação que vinha em reforço da afirmativa anterior. Sob certa ótica, portanto, a norma estadual paranaense apresentava-se mais drástica e contundente que os reais ditames medievais: o privilégio do isolamento domiciliário consolidava a diferença de tratamento das pessoas em função do poder econômico.

É de estarrecer a determinação de que a notificação compulsória da lepra para o efeito de isolamento fosse extensiva às pessoas da família do doente, com a possibilidade de ser concedido o isolamento domiciliário ao cônjuge não contaminado pelo mal (art. 9º). Quanto aos filhos menores que não apresentassem sinal da moléstia na ocasião do isolamento dos pais, bem como os que nascessem no leprosário, seriam recolhidos imediatamente a estabelecimentos especiais, mantidos pelo Estado, que se ocuparia de sua manutenção, educação e ensino profissional. (art. 11) Acrescente-se que o número de pessoas portadoras da doença, no Estado, era significativo, ao passo que as possibilidades de alta hospitalar eram quase nulas. Assim, a Colônia São Roque era objeto de constantes ampliações.

No início do século XX, o único medicamento disponível para tratamento da lepra era o óleo de chalmugra, substância oleosa que era inoculada subcutaneamente nas lesões lepromatosas. Na hipótese de haver várias lesões, várias eram as inoculações, constituindo-se

em tratamento extremamente doloroso aos pacientes, além de que sem qualquer repercussão no curso da doença. A letalidade no leprosário era, assim, elevada, com cerca de 62 pessoas falecendo anualmente, consoante dado fornecido pelo Dr. Rui Noronha de Miranda, que exerceu o cargo de Diretor da Colônia São Roque no período. Acrescenta o ilustre médico que o isolamento compulsório dos leprosos só deixou de ocorrer, não obstante muitas resistências por parte da sociedade, quando se iniciou o tratamento com o uso das sulfonas, medicamento que, embora não fosse eficaz no tratamento da lepra, propiciava o bloqueio epidemiológico da doença, tornando não contagiosos os doentes.

A VIDA NA COLÔNIA SÃO ROQUE

A disciplina na Colônia São Roque era considerada boa. Descreve Nacli (1959, p. 16) que os doentes viviam em comunidade organizada, com sua vida social, diversões, instruções e trabalho (laborterapia), recebendo pequenos salários que seriam, muitas vezes, para auxiliar a sua própria manutenção e a da companheira. Longe da família, dos parentes, dos amigos e das suas relações sociais, o hanseniano procurava se adaptar ao novo meio, vivendo uma existência nova, criando novos elos, novos objetivos, sem, contudo, apagar os sentimentos e laços da vida anterior. A liberdade, obtida em função do tratamento, contudo, é o seu objetivo supremo.

O hanseniano, contudo, era um ser em permanente estado de profunda mágoa, avassalado por complexos morais e afetivos. Não raras vezes fugia da Colônia, por ser incapaz de reagir contra as saudades dos seus ou por estar preocupado com a miséria na qual sua família fora lançada, pelo fato de seu chefe ser um hanseniano.

Os internados que tinham filhos menores, dificilmente aceitavam a perspectiva de, quando egressos, viverem separados dos mesmos, consoante exigência da lei dos serviços sanitários. A maior parte preferia entregar os filhos menores aos cuidados de parentes, geralmente aos avós paternos ou maternos, os quais declaravam, por escrito, à Divisão de Profilaxia da Lepra, a localidade onde iram residir com os menores e se comprometiam a manter as crianças longe do pai ou da mãe, ex-internos da Colônia, até que os serviços de vigilância sanitária os informassem de que os mesmos poderiam conviver com o egresso.

Segundo o Regulamento Geral do Serviço de Saúde Pública do Estado do Paraná, publicado em 04 de julho de 1930, os filhos de leprosos e as crianças que residissem com leprosos só poderiam freqüentar escolas sob rigorosa vigilância e desde que após repetidos exames, demonstrassem não serem portadora de germens (art. 347). Estabelecia-se, para as crianças nessas condições exames rigorosos pelo menos cinco vezes ao ano, devendo ser afastadas quando o exame indicasse algum sintoma suspeito (parágrafo único).

Em entrevista concedida à pesquisadora, o Dr. Rui Noronha de Miranda, médico que se dedica ao trabalho com os portadores do mal de Hansen desde 1935 ainda em atividade destacou que, no período em estudo, era proclamado um chamado tripé profilático da lepra: o leprosário, o educandário e o dispensário. O leprosário era destinado aos doentes contagiantes, obrigados a se internarem; o educandário, para os filhos dos contagiantes, que ficavam afastados dos pais pela obrigação do internamento; e o dispensário, para o controle dos comunicantes e dos casos benignos da lepra. Referiu que esse tripé teve sua origem em um movimento liderado pelo Diretor do Serviço Nacional de Lepra, Dr. Ernani Agrícola, na parte técnica e médica, e por Eunice Weaver, da Sociedade de Assistência aos Lázarus, no sentido de que se construísse em todos os Estados do Brasil um educandário para as crianças filhas dos contagiantes.

Como resultado dessa campanha, com o apoio do governo Getúlio Vargas, construiu-se o Educandário Curitiba, localizado no bairro Higienópolis, e que chegou a atender a mais de 100 menores, meninos e meninas, que lá permaneciam isolados dos pais, enquanto estes recebiam tratamento na Colônia São Roque, em Piraquara. Ocupando uma extensa área no bairro, o educandário recebia internos desde as primeiras horas de vida, que ali permaneciam até os pais se curarem e receberem alta do Sanatório, ou até completarem 18 anos, na hipótese de os pais não serem doentes, mas pobres. As crianças eram encaminhadas ao Educandário pela Divisão de Profilaxia da Lepra, acompanhadas de guias, e pelo Sanatório-Colônia São Roque, com ofício. Antes de se reunirem aos demais internados, os recém-chegados passavam pelo Pavilhão de Observação, onde ficavam durante certo tempo, sob rigorosa observação, quanto à manifestação de qualquer doença contagiosa, inclusive a hanseníase. Uma vez constatado que não estavam doentes, eram aceitas para o convívio com

as demais crianças, passando a morar com elas no pavilhão que constituía propriamente o Educandário.

Para os internados, o Educandário Curitiba mantinha Jardim de Infância, curso primário e cursos para aprendizagem de ofícios diversos, com sapataria, colchoaria etc. Os meninos também trabalhavam na lavoura ou tratavam das criações de animais. As meninas, além do curso primário, aprendiam a costurar, sendo-lhes fornecido um certificado, uma vez concluído o curso. Auxiliavam em todos os serviços de limpeza da casa e de cuidado das crianças da creche.

O Estado do Paraná atribuía ao Educandário subvenção destinada à alimentação dos internos. Duas vezes por semana, um médico visitava o local, o mesmo fazendo um dentista. Os internos se alojavam em três dormitórios masculinos e dois femininos. O serviço interno, de limpeza e conservação, era feito por sete funcionários, auxiliados por aqueles internos que já tivessem idade para poder ajudar. Dificuldades de ordem financeira sempre se fizeram presentes, contudo, na manutenção da instituição.

A separação compulsória da família apresentava um caráter nefasto, privando o adulto do carinho dos seus e se refletindo na educação dos filhos. A separação provisória encontrou diversos defensores na sociedade, propugnando-se que os filhos voltassem para junto dos pais quando passasse o perigo do contágio, mantidos sob a proteção do poder público e da Sociedade de Proteção aos Lázarus e Defesa contra a Lepra.

Em 1956, em Roma, a comunidade científica mundial proclamou a abolição do internamento obrigatório do doente com lepra. O educandário foi perdendo a finalidade para a qual havia sido construído. O corpo doente, “ausente também da história e, no entanto, um dos seus lugares” (LE GOFF e NORA, 1995, p. 142), começava a ocupar seu lugar na história.