UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS
Unidade Universitária Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas
Programa de Pós-Graduação Território e Expressões Culturais no Cerrado

ANDREIA MARQUEZAN

O ABRIGO SÃO FRANCISCO EM ANÁPOLIS (1930 até os dias atuais): história e originalidade de sua construção

Anápolis
2022

ANDREIA MARQUEZAN

O ABRIGO SÃO FRANCISCO EM ANÁPOLIS (1930 até os dias atuais): história e originalidade de sua construção

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Territórios e Expressões Culturais no Cerrado (TECCER), da Unidade Universitária Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas da Universidade Estadual de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre, sob orientação da professora Dr.ª Roseli Martins Tristão Maciel e coorientação da professora Dr.ª Janes Socorro da Luz.

Anápolis
2022

ANDREIA MARQUEZAN

O ABRIGO SÃO FRANCISCO EM ANÁPOLIS (1930 até os dias atuais): história e originalidade de sua construção

Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Territórios e Expressões Culturais no Cerrado, da Unidade Universitária Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas da Universidade Estadual de Goiás para obtenção de título de Mestre, aprovada em _____ de _____ de _____, pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____

Prof.ª Dr.ª Roseli Martins Tristão Maciel – UEG
Presidente da Banca/Orientadora

_____

Prof.ª Dr.ª Janes Socorro da Luz – UEG
Coorientadora

_____

Prof.ª Dr.ª Poliene Soares dos Santos Bicalho – UEG
Examinador Interno

_____

Prof.ª Dr.ª Leicy Francisca da Silva – UEG
Examinador Externo

À Carolina,
mesmo não compreendendo,
você me ensina diariamente o amor
e me inspira a continuar... por você.

AGRADECIMENTOS

Iniciar a escrita do espaço destinado aos agradecimentos não é uma tarefa fácil, afinal, fui contemplada com muitas pessoas queridas que me ajudaram ao longo de todo esse processo e que, diante disso, merecem minha gratidão. Delinear essas palavras é como rememorar cada parte desses não só desses dois anos de Mestrado, mas de toda trajetória percorrida até chegar aqui. Passa um filme dos bons e dos maus momentos, mas ficam as lembranças de pessoas que foram imprescindíveis e sem as quais este trabalho não estaria concluído.

Em primeiro lugar, dedico meu eterno agradecimento ao Criador, que me fortaleceu, me deu discernimento e coragem.

Agradeço a meus pais, Carlina e Daurival, pela vida, pelo amor, pelos ensinamentos e por não terem medido esforços para me darem uma educação de qualidade, fator indispensável à conclusão de mais essa fase.

À minha orientadora, Roseli Martins Tristão Maciel, por toda sua paciência e dedicação em me acompanhar durante a Graduação, Especialização e agora no Mestrado. Com você tenho aprendido lições valiosas que guardarei para sempre. Seu conhecimento e seu amor pela ciência muito me inspiram.

À minha irmã, Karla, por ser apoiadora e a pessoa com quem posso contar. Nosso elo é eterno. Estendo o agradecimento ao meu cunhado, Ademar, que é um irmão, muitas vezes um amigo e, mais que um padrinho, um pai para minha filha. Você é tão generoso, tem tanto carinho e faz de tudo para nos ver bem.

Aos meus sobrinhos, Bruna e Max Henrik, meus primeiros filhos, por serem presenças essenciais em minha vida. O amparo que vocês me deram ao longo da execução dessa pesquisa foi crucial e serei eternamente grata. À minha sobrinha Duda, que não tem o meu sangue, mas está sempre presente em minha vida e muito me ensina por sua garra, persistência e determinação. Muito obrigada por todo o incentivo.

Ao meu tio Nilson, por ser um segundo pai para todos nós. O amor com que nos trata enche nossos corações de ternura. É uma dádiva poder viver ao seu lado e aprender com o senhor todos os dias.

Aos meus amigos Adonay, Lorena e Anna, por estarem comigo nos bons e nos maus momentos, me ajudando, me aconselhando e me apoiando sempre que o nervosismo tomou conta de mim. A amizade de vocês torna tudo mais divertido e mais leve.

Ao professor Edmilson Marques, por ter me apresentado uma nova perspectiva de mundo. Você abriu a porta e me mostrou o caminho a seguir. Minha eterna gratidão!

Ao professor Mário Roberto, que me deu a primeira oportunidade da pesquisa científica, mostrando-me a importância de pesquisar, investigar e valorizar o conhecimento mesmo em tempos sombrios para a educação. Seu trabalho me trouxe novos horizontes.

Aos professores José Santana e Veralúcia, por contribuírem para meu crescimento como pesquisadora. Agradeço pelo cuidado e pelo profissionalismo ao me acompanharem ao longo de meus estudos acadêmicos.

A Vinícius e Jordana, pessoas que fizeram parte da minha vida e a quem sou muito grata. Mesmo diante de infortúnios, o tempo em que estiveram comigo foi elementar, e nenhum contratempo ou dissabor apagarão o meu reconhecimento quanto a isso. Agradeço pelo apoio e pelo amparo que dedicaram a mim e à minha filha, mesmo na incompreensão dos fatos. Aprendi que a gratidão é um sentimento nobre e que alcança a poucos.

À Universidade Estadual de Goiás (UEG), instituição de extrema representatividade em minha vida e em minha atuação profissional e que me acolheu desde os primeiros anos de meus estudos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo para a execução do presente trabalho.

Aos professores do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Territórios e Expressões Culturais no Cerrado (TECCER), pelo trabalho maravilhoso que desenvolve e que ampliou o meu olhar acadêmico e científico, abrindo-me novas oportunidades.

Deixei por último este agradecimento, que é tão especial, ao Sr. Carlos Tadeu, protagonista da história do Leprosário de Anápolis, e que me ajudou tanto com essa pesquisa. A sua coragem e solidariedade são uma inspiração para mim. Você ensina uma das coisas mais importantes: olhar o outro. Obrigada!

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a conquista de mais essa etapa, o meu muito obrigada.

O conhecimento nos faz responsáveis.
(Che Guevara)

RESUMO

A hanseníase é uma enfermidade infecciosa e crônica que atinge pessoas de todas as idades, sendo que, na maioria dos casos diagnosticados, a doença apresenta-se entre as populações economicamente mais carentes. A história da hanseníase é circunscrita sob a rejeição, a superstição e a intolerância, por ter uma imagem terrificante na memória da humanidade. São muitos os fatores associados à doença, e seu percurso provém de longa data e perpassa por questões biológicas, econômicas, sociais e políticas. Ademais, a exclusão social ocasionada pelo estigma, existente desde os tempos remotos, e, no século XX, reforçado pelas políticas sanitárias com caráter segregacionista, se torna um dos maiores desafios para os portadores desta doença. Diante disto, este trabalho reconstitui a história do leprosário de Anápolis, fazendo revisão literária do tema e pesquisa bibliográfica, numa análise fundamentada no materialismo histórico dialético, sobre a presença das instituições religiosas e sua contribuição aos hansenianos, bem como a verificação de como o estigma se tornou a base das relações entre a comunidade em questão e a sociedade na qual está inserida. Além da análise histórica, a perspectiva da Geografia da Saúde é de grande interesse para este trabalho, pois esta área de conhecimento aborda a dinâmica do espaço em várias categorias, sendo o território um elemento na compreensão da ação antrópica e distribuição socioespacial. Desta forma, a abordagem da Geografia da Saúde se torna preeminente na construção da história do Lar São Francisco, na compreensão dos caminhos distintos que o abrigo percorreu, em comparação à trajetória de outros leprosários no Brasil, no entendimento das dinâmicas espaciais da segregação, abrangendo a totalidade dos aspectos que inferem em sua construção física, em seu percurso e na constituição simbólica do estigma em torno da doença, dos doentes e do local em que está situado, ou seja, nas análises dialéticas a que este trabalho se empenha. A compreensão da história do abrigo, abrangendo o contexto político e religioso junto ao aporte da Geografia da saúde, despertou o interesse sobre a formação da instituição, presente, desde o início, nas benfeitorias da sociedade local e das entidades religiosas e, ao mesmo tempo, percorrendo os caminhos do preconceito e estigma. Diante do exposto, o questionamento central que norteia a pesquisa se volta para a compreensão da importância do caráter original da construção do Leprosário de Anápolis-Goiás, do desenvolvimento sanitário do espaço por ele ocupado, privilegiando o encadeamento de fatores que vincularam a doença ao processo de segregação sócio espacial e perpetuaram o estigma. Não obstante, a investigação se volta, também, para outras questões relacionadas ao estigma e seu vínculo com as instituições religiosas e a sociedade no contexto dos obstáculos enfrentados na constituição do abrigo, e os elementos que dão identidade às comunidades instauradas ao seu redor, dentro da esfera política e espacial. Dessa maneira, os objetivos compreendem a identificação dos aspectos que fornecem ao abrigo a essência inédita de sua formação; da conexão com as entidades religiosas e a sociedade, e que exterioriza o estigma; e dos impactos à comunidade hanseniana ocasionados pelo fator político, utilizando, também, conceitos geográficos no entendimento da segregação espacial. Por conseguinte, a investigação adota o recorte temporal de 1930 até os dias atuais, ou seja, o início da constituição do Lar São Francisco; o percurso dos hansenianos que ajudaram na sua constituição; o desenvolvimento de sua história; sua institucionalização, compondo o Movimento de Reintegração dos Hansenianos (MORHAN), até a atualidade.

Palavras-chaves: Hanseníase; Estigma; Leprosário de Anápolis; Segregação Socioespacial.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious and chronic disease that affects people of all ages, and in most cases diagnosed, the disease is among the most economically deprived populations. The history of leprosy is circumscribed under rejection, superstition and intolerance, because it has a terrifying image in the memory of humanity. There are many factors associated with the disease, and its path comes from a long time and permeates biological, economic, social and political issues. Moreover, the social exclusion caused by stigma, existing since ancient times, and, in the twentieth century, reinforced by sanitary policies with a segregationist character, becomes one of the greatest challenges for patients with this disease.In view of this, this work reconstitutes the history of the leprosarium of Annapolis, making literary review of the theme and bibliographic research, in an analysis based on dialectical historical materialism, on the presence of religious institutions and their contribution to leprosians, as well as the verification of how stigma has become the basis of the relations between the community in question and the society in which it is inserted. In addition to historical analysis, the perspective of Health Geography is of great interest to this work, because this area of knowledge addresses the dynamics of space in several categories, and the territory is an element in the understanding of anthropic action and socio-spatial distribution.Thus, the approach of Health Geography becomes preeminent in the construction of the history of the São Francisco Home, in the understanding of the distinct paths that the shelter has traveled, compared to the trajectory of other lepers in Brazil, in the understanding of the spatial dynamics of segregation, covering the totality of the aspects that infer in its physical construction, in its course and in the symbolic constitution of the stigma surrounding the disease, patients and the place where it is situated, i.e. in the dialectical analyses to which this work is engaged. The understanding of the history of the shelter, covering the political and religious context along with the contribution of the Geography of health, aroused interest about the formation of the institution, present, from the beginning, in the improvements of local society and religious entities and, at the same time, following the paths of prejudice and stigma. In view of the above, the central questioning that guides the research turns to the understanding of the importance of the original character of the construction of the Leprosarium of Anápolis-Goiás, of the sanitary development of the space occupied by it, favoring the chaining of factors that linked the disease to the process of socio-spatial segregation and perpetuated the stigma. Nevertheless, research also turns to other issues related to stigma and its bond with religious institutions and society in the context of the obstacles faced in the constitution of the shelter, and the elements that give identity to the communities established around them, within the political and spatial sphere. Thus, the objectives include the identification of the aspects that provide under the unprecedented essence of their formation; of the connection with religious entities and society, and that externalizes the stigma; and the impacts on the leprosy community caused by the political factor, also using geographical concepts in the understanding of spatial segregation. Therefore, the investigation adopts the time frame from 1930 to the present day, that is, the beginning of the constitution of the São Francisco Home; the path of the Leprosy who helped in its constitution; the development of its history; its institutionalization, composing the Leprosy Reintegration Movement (MORHAN), to this day.

Keywords: Leprosy; Stigma; Leper of Annapolis; Sociospatial segregation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 15

CAPÍTULO I – A POLÍTICA E SEUS IMPACTOS NO MORRO DO CAXIMBO 26

1.1. Abordagem teórica sobre a Geografia da Saúde 26

1.2. Impactos políticos na identidade dos atores do abrigo São Francisco 29

1.3. Impactos políticos na comunidade circunvizinha ao leprosário de Anápolis 35

CAPÍTULO II – AS RELAÇÕES SOCIAIS PERMEADAS PELO ESTIGMA E METÁFORAS DA 'LEPRA' 55

2.1. Surgimento da hanseníase no mundo e seu percurso até Goiás 56

2.1.1. Origem da hanseníase 57

2.1.2. Origem da hanseníase no Brasil e em Goiás 58

2.2. Estigma: o processo de degradação da identidade dentro das instituições e seu reflexo mútuo na vivência com a sociedade 61

2.2.1. O isolamento compulsório dos hansenianos 66

2.2.2. As relações sociais dentro das colônias de isolamento dos hansenianos 68

2.3. Obstáculos para a construção do abrigo: instituições religiosas na dialética da assistência social 71

CAPÍTULO III – DESDOBRAMENTOS HISTÓRICOS ATÉ A CONSTRUÇÃO DO ABRIGO SÃO FRANCISCO 80

3.1. Hanseníase: uma doença endêmica 81

3.1.1. Endemia, epidemia e pandemia 82

3.1.2. Breves informações sobre aspectos biológicos e tratamento 83

3.1.3. Dados sobre a hanseníase no Brasil 87

3.2. O abrigo São Francisco 90

3.2.1. Alguns leprosários construídos no Brasil 92

3.2.1.1. Colônia Santa Izabel 93

3.2.1.2. Hospital Colônia Itapuã (HCI) 95

3.2.1.3. Leprosário São Francisco de Assis 96

3.2.1.4. Leprosário São Roque 97

3.2.1.5. Leprosário de Paricatuba 99

3.2.1.6. Colônia Santa Marta 101
3.2.1.7. Colônia do Bonfim 102
3.2.2. História e construção do Leprosário de Anápolis 103

CONSIDERAÇÕES FINAIS 112

REFERÊNCIAS 115

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Leprosário de Anápolis 36
Figura 2 – Vazamento de água na rua do leprosário 37
Figura 3 – Depósito de lixo em lote baldio em frente ao leprosário 37
Figura 4 – Depósito de lixo em lote baldio em frente ao leprosário 38
Figura 5 – Depósito de lixo em lote baldio em frente ao leprosário 38
Figura 6 – Cachorro procurando por comida no lixo acumulado em frente ao leprosário 40
Figura 7 – Rua do leprosário (Rua Larga) 40
Figura 8 – Casa com inscrito: “Aqui mora uma família” 42
Figura 9 – Vista da frente de um dos domicílios das redondezas 42
Figura 10 – Carroça utilizada por moradores locais 43
Figura 11 – Centro de espiritualidade franciscana 43
Figura 12 – Igreja Pentecostal 44
Figura 13 – Paróquia São Joaquim 44
Figura 14 – Padaria 45
Figura 15 – Mercadinho 45
Figura 16 – Farmácia da Rede Popular 45
Figura 17 – Unidade de Saúde Abadia Lopes da Fonseca 46
Figura 18 – Trilhos 47
Figura 19 – Leprosário 47
Figura 20 – Morro do Cachimbo antes dos trilhos 48
Figura 21 – Morro do Cachimbo depois dos trilhos 49
Figura 22 – Trilhos de ferro 50
Figura 23 – Antiga sede do MORHAN em Anápolis 50
Figura 24 – Traçado urbano do Morro do Cachimbo 52
Figura 25 – Ruas do bairro Novo Paraíso 52
Figura 26 – Ruas do bairro Novo Paraíso 52
Figura 27 – Ruas do bairro Novo Paraíso 52
Figura 28 – Ruas do bairro Novo Paraíso 52
Figura 29 – Ruas do bairro Novo Paraíso 52
Figura 30 – Ruas do bairro Novo Paraíso 52
Figura 31 – Moradias no Bairro Novo Paraíso 53
Figura 32 – Moradias no Bairro Novo Paraíso 53

Figura 33 – Hanseniano na avenida Goiás, em Anápolis, em 1940 71
Figura 34 – Colônia Santa Izabel 94
Figura 35 – Parte da estrutura abandonada do Hospital Colônia Itapuã 95
Figura 36 – Leprosário São Francisco de Assis, construído no ano de 1925, em Natal 97
Figura 37 – Leprosário São Roque, em 1926 98
Figura 38 – Hospital do Leprosário São Roque 99
Figura 39 – Hospedaria dos Imigrantes em Paricatuba 99
Figura 40 – Ruínas do Leprosário de Paricatuba 100
Figura 41 – Colônia do Bonfim do Maranhão 102
Figura 42 – Moradores do Morro do Cachimbo na construção do abrigo 108
Figura 43 – Cartaz apresentando o ator Ney Latorraca 110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População Urbana de Anápolis entre os anos de 1920 e 1950 segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 32
Gráfico 2 – Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes segundo região de residência (2010 a 2019) 87
Gráfico 3 – Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes segundo Unidade de Federação e capital de residência (2019) 88
Gráfico 4 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo sexo e faixa etária no Brasil (2015 a 2019) 89

LISTA DE SIGLAS

- AEIS – Áreas de Interesse Social
- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APS – Atenção Primária à Saúde
- BCG – Bacilo de Calmette Guerin
- DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
- HCI – Hospital Colônia Itapuã
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MB – Multibacilares
- MORHAN – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase
- MS – Ministério da Saúde
- NP – Nervos Periféricos
- ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PB – Paucibacilares
- PQT-U – Poliquimioterapia Única
- SSVP – Sociedade São Vicente de Paulo
- SUS – Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

O Lar São Francisco, na cidade de Anápolis, estado de Goiás, constituído para abrigar pessoas com hanseníase na década de 1930, representa, acerca de sua criação, um modelo díspar dos demais abrigos existentes no Brasil, para a mesma finalidade. Mais conhecido como Leprosário de Anápolis, o abrigo possui especificidades singulares em sua história que sugerem um caráter original desde sua gênese até ser institucionalizado pelo Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), em 1994.

Da década de 1930 até 1994, várias transformações ocorreram nos âmbitos, político, social e econômico, no que diz respeito à doença e aos hansenianos, com a promoção de reformas que afetaram drasticamente a vida dos portadores da doença, no país. O Lar São Francisco passou por essas mudanças conservando a essência de sua história, o sentido comunitário que uniu as pessoas, desde sua criação, e que foi transmitido às gerações que viveram e ainda vivem ali no abrigo e no seu entorno localizado no Morro do Cachimbo[1].

Conhecer um pouco da memória do abrigo e se identificar com o estudo dos eventos históricos referentes às mazelas a que as populações, ao longo da história, foram submetidas e que as fizeram vítimas de epidemias (como a peste bubônica na Europa do século XIV), ou em endemias (como a hanseníase, presente no mundo desde as narrativas bíblicas), foram os objetivos para o desenvolvimento deste tema. A compreensão das origens dos eventos históricos relacionados às doenças é preponderante à cognição da tessitura social que se formou em diferentes épocas e com diferentes modos produtivos, e, como no caso da hanseníase, foi se consolidando o estigma em relação à doença, amparado, dentre outros, por dogmas religiosos. Ademais, é preciso entender como a correlação entre essas duas perspectivas, religiosa e econômica, sistematizou a segregação espacial dos portadores da doença de forma severa, principalmente no século XX.

Além da análise histórica, a perspectiva da Geografia da Saúde foi de grande interesse para este trabalho, pois esta área de conhecimento aborda a dinâmica do espaço em várias categorias, sendo o território um elemento na compreensão da ação antrópica e distribuição socioespacial. Barcellos et.al (2018, p. 9) diz que “identificar a realidade da distribuição das necessidades, tanto em termos de populações como de espaços, coloca o território no centro

[1]Antiga Favela Morro do Cachimbo é uma área que se encontra no extremo oeste de Anápolis e que até pouco tempo se encontrava fora do perímetro urbano. O local, no aspecto geográfico, é um morro, e nele se situa o bairro Novo Paraíso, onde se localiza o antigo Leprosário de Anápolis, que se divide ao Sul com o Bairro Jardim Calixto, ao Norte com a gleba reflorestada pelo Frigorífico Swift Armour-Bordon (Friboi), a Leste com a Vila Vicentina e Bairro São Joaquim e a Oeste com o Bairro Paraíso (Morro do Cachimbo). (Nota da autora).

do jogo científico, tornando a geografia uma disciplina importante no desenvolvimento sanitário do espaço". Esta análise, combinada aos aspectos políticos da história da hanseníase, elucidou o encadeamento de fatores que vinculou a doença ao processo de segregação socioespacial e perpetuou o estigma, dado que, conforme Guimarães (2005, p. 19), "as questões políticas que envolvem a saúde pública chamam a atenção para a discussão das relações entre o Estado, o poder e a democracia".

A criação do Lar São Francisco, situado no bairro Novo Paraíso, na cidade de Anápolis, acompanhou a integração da medicina às ações do estado no contexto da política nacionalista de Vargas, em 1930, de acordo com Silva e Salomon (2011, p. 1 e 2):

> [...] o Estado apresenta um programa político de integração do sertão e do sertanejo. Acreditava-se que para a construção da nação brasileira era antes necessário reconstruir as microcélulas formadoras dessa, ou seja, o indivíduo. É nesse processo, que notamos a medicalização da lepra em Goiás.

Desta forma, a abordagem da Geografia da Saúde se tornou preeminente na construção da história do Lar São Francisco; na compreensão dos caminhos distintos que o abrigo percorreu, em comparação à trajetória de outros leprosários no Brasil; e no entendimento das dinâmicas espaciais da segregação, abrangendo a totalidade dos aspectos que inferem em sua construção física, em seu percurso e na constituição simbólica do estigma em torno da doença, dos doentes e do local em que está situado, ou seja, nas análises dialéticas a que este trabalho se empenhou.

Ao se tratar da hanseníase em Anápolis, observou-se que a trajetória dos hansenianos do leprosário situado nesta cidade se diferencia da história dos internos da maioria de outros leprosários no Brasil, pelas características de seu surgimento, pelo modo como ele é mantido nos dias de hoje e pelo público que vem atendendo à medida que a doença, hanseníase, passou por mudanças no que tange ao seu tratamento.

Um fator importante na reconstituição da história do abrigo de Anápolis, comum aos outros leprosários do Brasil, é a forte presença das instituições religiosas no auxílio à manutenção do mesmo. Nesse ponto, coube uma análise dialética da presença religiosa e sua contribuição aos hansenianos, uma vez que, por séculos, os doentes carregaram consigo, de forma substantiva, a relação entre enfermidade e pecado, persuadindo o comportamento social e, consequentemente, levando ao estigma. Ao mesmo tempo, sobressaiu o aspecto da caridade, difundida entre os religiosos como boa ação, obrigação dos fiéis e amparo psicológico, já que, como preceitua Mellagi e Monteiro (2009, p. 490), "além de atribuir

significado ao adoecimento, a religião também disponibiliza meios de enfrentamento". Em relação ao Leprosário de Anápolis, esses laços tão coesos entre enfermos e religiosos, no início de sua história, se dissolveram com o decorrer do tempo.

Todos os fatores mencionados acima foram motivadores para esta dissertação, cujo tema já vem sendo pesquisado, por nós, desde 2019[2]. A compreensão da história do abrigo, abrangendo o contexto político e religioso, junto ao aporte da Geografia da Saúde, despertou o interesse sobre a formação da instituição, presente, desde o início, nas benfeitorias da sociedade local e das entidades religiosas e, ao mesmo tempo, percorrendo os caminhos do preconceito e estigma.

A dialética religião *versus* segregação trouxe luz à história do abrigo, ressaltando suas principais características por meio do materialismo histórico, que considera as múltiplas relações existentes entre os diferentes agentes sociais envolvidos nesse processo e, portanto, foi de grande importância teórica na interpretação da realidade social do Lar São Francisco, inserido num contexto político e religioso.

O olhar das Ciências Humanas ao se tratar da especificidade do caso de Anápolis, desde a formação do leprosário até os dias atuais, impulsionou pesquisas sobre o tema, trazendo a percepção de que os aspectos subjetivos da hanseníase e a construção social determinada por fatores religiosos, políticos, econômicos e espaciais, merecem tratamento tanto quanto suas características biológicas, e, portanto, não podem ser negligenciados.

Diante do exposto, o questionamento central que norteou a pesquisa se volta para a compreensão da importância do caráter original da construção do Leprosário de Anápolis-Goiás, do desenvolvimento sanitário do espaço por ele ocupado, privilegiando o encadeamento de fatores que vincularam a doença ao processo de segregação sócio espacial e perpetuaram o estigma. Não obstante, a investigação se voltou, também, para outras questões relacionadas ao estigma e seu vínculo com as instituições religiosas e a sociedade, no contexto dos obstáculos enfrentados na constituição do abrigo e, os elementos que deram identidade às comunidades instauradas ao redor do leprosário dentro da esfera política e espacial.

Dessa maneira, os objetivos compreenderam a identificação dos aspectos que forneceram ao abrigo a essência inédita de sua formação; da conexão com as entidades religiosas e a sociedade e que exterioriza o estigma; e, dos impactos à comunidade hanseniana

[2] Trabalhos publicados em anais dos eventos da Universidade Estadual de Goiás (UEG): Congresso de Ensino Pesquisa e Extensão (CEPE) e Seminário de Pesquisa, Pós- Graduação, Ensino e Extensão (SEPE), dos anos 2019, 2020 e 2021; e, Colóquio de História da Saúde e das Doenças, dos anos de 2020 e 2021. (Nota da autora).

do fator político, utilizando, também, conceitos geográficos no entendimento da segregação espacial.

Para se alcançar os objetivos propostos, a investigação se amparou em obras indispensáveis sobre o tema, e utilizou da pesquisa bibliográfica por meio da literatura sobre a hanseníase; o estigma referente a ela; e a situação social, política e econômica, focando as análises principalmente nos aspectos humanos.

A pesquisa em questão é qualitativa e explicativa *ex-post-facto*, pois ocupa-se de um universo de significados, razões, valores e ações que correspondem a análises mais significativas das relações que inserem a hanseníase, ou seja, aspectos da realidade que se centram no entendimento e explicação da dinâmica das relações sociais. Nessa perspectiva, o tema se tornou de maior compreensão no contexto em que se insere.

De acordo com Marrafon et. al (2013, p. 25), entende-se por pesquisa qualitativa aquela que possui a capacidade de "incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto em seu advento quanto em sua transformação como construções humanas significativas".

Segundo Gil (1999), a pesquisa explicativa objetiva a identificação de determinantes que contribuem na ocorrência de um evento e, por meio de explicações das causas, efeitos e razões, aprofunda o conhecimento da realidade.

Com a utilização de revistas, imagens e jornais como fontes, a pesquisa possui caráter documental, pois, a partir desses documentos investigados em periódicos do MORHAN, jornais do Estado de Goiás com matérias de entrevistas e relatos de hansenianos e imagens do acervo do referido movimento, a investigação usou de fontes que retratam um determinado contexto histórico, econômico e social, fornecendo dados importantes sobre esse mesmo momento. O caminho percorrido da pesquisa foi a análise do conteúdo dos periódicos por meio de termos e palavras-chave, especialmente nos jornais, buscados na hemeroteca digital da Biblioteca Nacional.

Considerou-se como pertinente nos procedimentos deste estudo a revisão literária aliada ao desenvolvimento teórico, ressaltando a importância das Ciências Humanas sobre o tema. A pesquisa se fundamentou no método histórico dialético, que possibilitou analisar a contradição entre as diferentes instituições religiosas, governamentais e civis, mantenedoras do leprosário de Anápolis; as relações de poder em torno da hanseníase, contextualizando-o historicamente; e, as contradições entre espaço/ segregação espacial e saúde/ doença.

Os conceitos do materialismo histórico dialético trataram das questões históricas em sua amplitude e totalidade, isto é, as questões humanas, sociais, políticas e econômicas. E o

mais importante, como afirma Viana (2007, p. 45), “para o marxismo todo o conhecimento é determinado socialmente e por isto a questão não é a de buscar evitar o inevitável e sim, a partir deste reconhecimento, descobrir como ele se relaciona com a consciência humana”.

Salvo as obras principais e que forneceram o alicerce desta dissertação, outros passos consistiram na investigação de obras secundárias, tais como, textos, livros e trabalhos acadêmicos acerca dos conceitos e categorias a serem trabalhados, a partir das bases eletrônicas do *Google Acadêmico*, *Scientific Electronic Library Online* (*SCIELO*) e *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (*CAPES*); *Organização Mundial da Saúde* (*OMS*), *Fundação Oswaldo Cruz* (*FIOCRUZ*), *Ministério da Saúde*(*MS*)e *Prefeitura de Anápolis*.

Uma das primeiras obras trabalhadas foi da historiadora Leicy Francisca da Silva (2013), “Eternos órfãos da saúde - medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962)”, que trata do surgimento da hanseníase em Goiás (nos escritos sobre o tema) por volta de 1830, com o deslocamento de pessoas portadoras da doença (também denominada “mal de Lázaro”) provindas de Estados vizinhos, como Bahia e Minas Gerais, em busca da cura nas águas termais de Caldas Novas. De acordo com a pesquisadora, esse fato aumentou significativamente o número de pessoas contaminadas através do contato com as águas térmicas.

No Brasil, a hanseníase teve início provavelmente, de acordo com o Serviço Nacional de Lepra (1960) *apud* Eidt (2004, p. 16), a partir “das conquistas espanholas e portuguesas e da importação de escravos africanos”. Opromolla (1981 e 2000) *apud* Eidt (2004, p. 16) revela que “os primeiros documentos que atestam a existência da hanseníase no território brasileiro datam dos primeiros anos do século XVII”.

Sobre a gênese da hanseníase até sua chegada em Goiás, este trabalho teve como embasamento a obra de Jacques Le Goff, intitulada “As doenças têm história” (1985), trazendo o entendimento sobre o percurso da lepra dentro da História, pois, como afirma Le Goff (1985, p. 8):

> A doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades. Desde a Idade Média, o jogo da doença e da saúde joga-se cada vez menos em casa do doente e cada vez mais no palácio da doença, o hospital.

Para o desenvolvimento desta dissertação foi de grande importância o conceito de ‘instituição total’, tomando como base a obra “Manicômios, prisões e conventos” (2008), de

Erving Goffman, que aborda em quatro artigos as características dessas instituições, a participação involuntária dos pacientes e, de acordo com o próprio Goffman (2008, p. 12), os "efeitos iniciais da institucionalização nas relações sociais que o indivíduo tinha antes de ser internado". O autor releva a 'mortificação do eu', processo sofrido pelo interno e padronizado nas instituições totais, sejam elas um manicômio, uma prisão, um convento, ou, no caso deste, os leprosários, preventórios e dispensários.

Essas relações sociais são analisadas por Goffman, nesta e em outra obra, "Estigma: notas sobre a manipulação deteriorada" (1975), que permitiu um olhar mais profícuo sobre outra enfermidade, de caráter subjetivo, que acompanha a hanseníase, mas que, ao contrário desta, não obteve um tratamento eficaz: o estigma, que transpassou os séculos e se faz presente nas sociedades atuais.

Outro conceito apresentado por Goffman na obra supracitada é o de 'identidade deteriorada', que diz respeito à degradação do 'eu' dos internos, fator preponderante para se entender o universo vivido por essas pessoas nas instituições totais e que se relaciona intimamente com o estigma a que são submetidos dentro e fora dessas instituições. Goffman (2008, p. 24), expõe que "os processos pelos quais o eu da pessoa é mortificado são relativamente padronizados nas instituições totais. [...] A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutação do eu".

Para complementar essas análises, trabalhou-se uma reflexão acerca das metáforas que envolvem a hanseníase e toda carga sociocultural que elas trazem aos portadores da doença, com base na obra de Susan Sontag, intitulada "Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas" (1978). Nessa obra, a autora apresenta como o sofrimento degradante de indivíduos enfermos não é um fator resultante do diagnóstico da doença, mas, em concordância a Souza (2019), como uma metáfora das relações históricas, sociais e culturais da sociedade.

Outras obras utilizadas trouxeram uma reflexão importante acerca da história da hanseníase em Goiás e da trajetória desta no contexto político, como "De leprosários e preventórios à "hanseníase tem cura": saldos de um passado que insiste em existir" (2014), de Roseli Martins Tristão Maciel; e, "Eternos órfãos da saúde: medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962)" (2013), de Leicy Francisca da Silva. Considerou-se a relevância do desenvolvimento das políticas públicas voltadas à hanseníase e como estas acentuaram o preconceito no âmbito social. Destarte, partindo do geral para o específico, apresentou-se o percurso dos hansenianos estabelecidos na cidade de Anápolis-GO e a particularidade da construção do abrigo, ao qual fizeram parte.

Esse percurso foi imprescindível na composição desta dissertação, que almejou alcançar o objetivo de correlacionar todos os conceitos das obras que foram trabalhadas à história dessas pessoas, formando, assim, uma espécie de biografia da trajetória até então exclusiva do leprosário de Anápolis. Na realidade, a biografia é da instituição fundida com a contribuição de cada ator participante de sua edificação, onde a história física do leprosário se fundiu com o 'caminhar' dessas pessoas, tornando-se partícipes uns com os outros e com o abrigo da construção de sua narrativa que, unificadas e entrelaçadas, transfiguraram-se em uma única história.

É claro que a intenção deste trabalho não foi realizar uma biografia (no sentido *stricto*), mas, dar visibilidade aos atores que compuseram, desde o início, a formação do leprosário; sobrelevar esta 'biografia' que está na memória dessas identidades sociais. Geralmente, os destaques de uma narrativa são os 'benfeitores', principalmente quando se trata de assistência social. A história do leprosário de Anápolis não fugiu à regra, sendo muito citadas as instituições, especialmente religiosas, que realizaram este trabalho assistencial. No entanto, as "verdadeiras" identidades sociais não são referenciadas e estão apenas na memória dos que ainda vivem e das gerações provindas deles.

Para efetivar este apanhado 'biográfico' teve-se como base o sítio eletrônico do MORHAN, jornais e periódicos locais que contêm entrevistas realizadas com esses atores que fazem parte da história da hanseníase.

No complemento da totalidade das análises realizadas nesta dissertação, os conceitos da Geografia Urbana aplicáveis à Geografia da Saúde se tornaram substanciais, como 'espaço' e 'segregação espacial', bem como os conceitos de 'saúde' e 'doença', porquanto são categorias e conceitos geográficos de interesse da saúde coletiva. Para Santana (2014, p. 13), "a Geografia da Saúde é um espaço onde convergem ou se cruzam fenômenos naturais, socioeconômicos, culturais e comportamentais, de importância capital na explicação dos padrões de saúde e doença".

Tomou-se preferencialmente para as análises de espaço geográfico, a obra "A natureza do espaço" (2002), do geógrafo Milton Santos. Nesta obra, o autor caracteriza de forma clara o conceito de 'espaço geográfico', ao afirmar que "um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá" (p. 63). Da contradição no processo de produção do espaço, colocada por Milton Santos, procede a segregação espacial, pois "o espaço que, para o processo produtivo, une os homens, é o espaço que, por esse mesmo processo produtivo, os separa" (p. 33). O pensamento do autor coadunou com as

análises de separação dos hansenianos no decorrer da história e que serão tratadas neste trabalho.

Na obra "Abc do Desenvolvimento Urbano" (2010, p. 84), o geógrafo Marcelo Lopes de Souza aborda a segregação no meio urbano como sendo "o resultado de vários fatores: como a pobreza, o racismo, as diferenciações espaciais em termos de infraestrutura", e ressalta que "a segregação deriva de desigualdades e, ao mesmo tempo, retroalimenta desigualdades [...], ao condicionar a perpetuação de preconceitos e a existência de intolerância e conflitos".

Essa abordagem foi pertinente para a compreensão do local onde foi construído o abrigo em Anápolis, pois na história da cidade, o local onde está situado sempre foi refúgio dos hansenianos que, na época do isolamento compulsório, fugiam de localidades próximas ou de outros leprosários brasileiros, vítimas do preconceito ou do destino de viverem separados de seus filhos. Aliada ao preconceito, a pobreza se torna fato do modelo socioeconômico vigente, do modelo espacial e da construção social em torno dos portadores da hanseníase. Santos (1993, p. 10) afirma que "a cidade em si, como relação social e de materialidade, torna-se criadora de pobreza, tanto pelo modelo socioeconômico, de que é o suporte, como por sua estrutura física, que faz dos habitantes das periferias pessoas ainda mais pobres". As representações elaboradas pela sociedade e as marcas das gerações passadas apresentam uma simbologia que atua como condicionante social e exprime a reprodução das relações.

Para trabalhar os conceitos de 'saúde' e 'doença', utilizou-se a obra "Olhares geográficos sobre a saúde" (2010), de Helena Nogueira e Paula Cristina Remoaldo. Segundo Nogueira e Remoaldo (2010, p. 22), é mais "fácil definir e avaliar a doença, a incapacidade e a morte do que produzir uma definição operacional de saúde", visto que o conceito de saúde abrange dinâmicas que vão além da 'ausência de doença', como "equilíbrio e harmonia dos vários domínios do ser humano na resolução dos seus próprios problemas. [...] Esta nova postura relaciona-se a um cenário de uma nova racionalidade neoliberal, que encara o indivíduo como um agente racional" (p. 23).

Neste raciocínio, se a sociedade possui a obrigação de fornecer à população condições para se ter uma boa saúde, na mesma medida o cidadão também possui o dever de cuidar de sua saúde e do bem-estar da sociedade. A abordagem sobre o conceito de saúde suscitou a crítica sobre as condições impostas aos hansenianos pelo estado e sociedade, sendo dialética a postura neoliberal de coparticipação (indivíduo e sociedade) nos 'cuidados à saúde', levando em consideração não só os aspectos pontuais no combate à precariedade socioeconômica de

parcela da população, mas também os aspectos subjetivos que circundam o conceito de saúde: o estigma, a discriminação, a segregação espacial. O indivíduo sujeito a esses aspectos subjetivos não possui competência para atuar como um agente racional, ter equilíbrio e harmonia de seus domínios, se a sociedade que cobra essa postura não lhe fornece nem as condições necessárias para tal fim e nem o mesmo acesso espacial às pessoas 'sãs'. Cabe ressaltar que o estigma que segrega os hansenianos os acompanha para além da cura.

Sobre doença, as autoras mencionadas acima apresentam que esta é "não só um estado biológico, mas também um *status* social" (p. 24). Entretanto, "a doença deve também ser entendida como uma experiência subjetiva, [...] pois, os lugares, encarados como o resultado de uma acumulação de factos históricos, ambientais e sociais, promovem condições particulares para a produção de doenças" (p. 25). Portanto, a hanseníase deve ser analisada sob o aspecto da precariedade de condições materiais, o que por si só já segrega, e sob o aspecto subjetivo ligado à historicidade da doença. Esses fatores tornam a segregação espacial dos hansenianos duplamente categorizados.

Por conseguinte, a investigação adotou o recorte temporal de 1930 até os dias atuais, composto na dissertação em três capítulos. Optou-se por este recorte temporal por caracterizar o início da constituição do Lar São Francisco e do percurso dos hansenianos que ajudaram na sua constituição. Toda a história do abrigo se desenvolve nesse período, de 1930 até 1994, ano em que o abrigo se institucionaliza e passa a compor o MORHAN, e sua situação desta data até os dias atuais.

O primeiro capítulo desta dissertação apresenta uma discussão teórica sobre a Geografia e as modificações que o conhecimento geográfico passou ao longo de sua história, sendo este identificado como palco de várias e profundas dicotomias, de acordo com cada época e contexto histórico. Após a exposição teórica, o capítulo traz os impactos políticos na identidade dos atores, abrangendo, também, mesmo que de forma concisa, as ações políticas que intensificaram o estigma e despersonalização dos hansenianos.

Sendo assim, traz a forma como foi tratada a doença no âmbito político e a realidade vivida pelos seus portadores dentro e fora das instituições totais, como os leprosários, que, como afirma Goffman (2008), foram criadas para cuidar de pessoas que necessitam do cuidado de outros e, assim, não oferecem riscos para a sociedade, não representam uma ameaça. Essa discussão é inerente à história do Lar São Francisco, visto que, exatamente pela concepção preconceituosa que justificou o isolamento compulsório, que muitas pessoas acometidas pela doença foram para o abrigo de Anápolis, tentando escapar do sofrimento de

viver isolado dos seus. Nesse contexto, se delineia a segregação espacial e mostra-se o local do abrigo como local de dicotomias inseridas na Geografia.

No terceiro tópico do capítulo, “Os impactos políticos na comunidade circunvizinha ao leprosário”, apresenta-se uma análise muito relevante e que totaliza os debates sobre o tema desta dissertação, que é a questão espacial delineada por argumentações, conceitos e esclarecimentos da Geografia da Saúde. Esse aporte é crucial, pois a finalidade da metodologia deste é a discussão fundamentada no materialismo histórico-dialético, onde a totalidade encerra a investigação, fornecendo o sentido factual do objeto estudado. E é incontestável que o espaço ocupado pelos hansenianos é um espaço segregado, não apenas o abrigo encerrado por suas paredes, mas, da mesma forma, os seus arredores, ocupados por pessoas acometidas pela doença e, como expõe Carlos (2007) *apud* Siqueira e Mello (2019, n.p.), “à medida que os sujeitos sociais, através de suas ações, produzem sua existência, produzem, também, espaço”.

O segundo capítulo, em sua primeira parte, discorre sobre o surgimento da doença no mundo, no Brasil e em Goiás, apresentando as políticas públicas adotadas para a erradicação da hanseníase e que ocasionaram a segregação dos doentes nas instituições totais, isto é, a política do isolamento compulsório e, de acordo com Aquino et. al (2016, p. 143), como este proporcionou aos “internos uma vida de separações e ruptura de vínculos”.

Em um segundo momento, trata do estigma (doença social) presente nas relações sociais; sua concepção formada dentro das instituições totais que transpassa os muros dos leprosários; e, a convivência entre sociedade e os ex-internos. O estigma é o que está fora dos padrões da normalidade da sociedade em que se está inserido; sociedade esta que faz suas próprias leis e dita seus padrões de normalidade. Por isso a terminologia *estigma* passa por variâncias no desenrolar da História, no que se refere ao tempo e lugar.

Desta forma, a construção social da hanseníase serviu para que medidas de isolamento reforçassem o estigma e, como explica Barreto et. al (2013, p. 15), “pelas deformidades e mudanças que impõe à aparência de seu portador, essa doença, escondida e negligenciada pela atual historiografia científica e cultural, é exemplo paradigmático da simbiose entre o biológico e o cultural”. Este capítulo trata exatamente dessa representação social (hanseníase e estigma), descrevendo a doença sobre o estigma e seus desdobramentos, problema social que sempre atingiu grande parte das sociedades no desenrolar da história.

No terceiro tópico do capítulo, apresenta-se a atuação das instituições religiosas no contexto de constituição do leprosário, evidenciando a dialética entre assistência e interferência impositiva. Uma das lutas travadas pelo Lar São Francisco foi contra o controle

doutrinário religioso, caridade com intuito de expurgo dos pecados, feita por muitas pessoas ligadas às instituições religiosas, marcando a dialética entre o real sentido da caridade pregado na Bíblia e as ações das instituições religiosas e das pessoas ligadas a elas. Entretanto, a dialética está presente não só nesse ponto, como também entre a visão religiosa do amor e doação ao próximo e o estigma praticado historicamente pelas igrejas. Essa discussão é de crucial relevância, porquanto desnuda o preconceito arraigado e disfarçado nas 'boas ações'.

O terceiro e último capítulo, intitulado "Desdobramentos históricos até a construção do abrigo São Francisco", trata, no primeiro momento, da doença biológica e suas características, com informações concisas sobre a hanseníase; seu agente causador; e, sua evolução e tratamento, circunscrita sob a rejeição, a superstição e a intolerância, por ter uma imagem terrificante na memória da humanidade, principalmente por seu aspecto contagioso, incurável e mutilante, fatores que, combinados, ocasionaram, desde tempos remotos, a exclusão do doente na sociedade.

Em um segundo momento, o capítulo apresenta a história de alguns leprosários do Brasil, a fim de mostrar que, até o presente momento, fazendo um comparativo, a trajetória do Leprosário de Anápolis e sua história é única. As histórias dos abrigos que são apresentadas neste trabalho se constituem na história da maioria dos leprosários espalhados pelo país e expõe que a constituição desses lugares atendia às políticas sanitárias do período, diferentemente do abrigo de Anápolis, pois, sua história é, antes de qualquer coisa, a narrativa de solidariedade, empatia e solidariedade.

O último tópico trata da história do local em Anápolis que abrigou os hansenianos e ainda abriga alguns remanescentes da doença, bem como da espontaneidade da construção do abrigo, considerando a questão da territorialidade e a forma de constituição do abrigo que ocasionou, pelas condições e sentimentos, um impulso, por parte dos doentes, de, conforme Tavares et. al (2016, p. 64), "construir um território e usá-lo para se proteger", [...] "construindo e desconstruindo territorialidade espacial no decorrer das décadas de 1950-1970. Tal territorialidade imprimiu sentimento de pertencimento e identidade" (idem). Com o surgimento do refúgio, a partir dos anos 50, o lugar passa a "agregar os doentes fugitivos das colônias" (idem) que "sobreviveram de doações [...] feitas pela sociedade local que as entregavam no Morro para evitar que eles fossem para a cidade" (idem).

1. A POLÍTICA E SEUS IMPACTOS NO MORRO DO CAXIMBO

Antes de adentrar na abordagem da segregação socioespacial que ocorre no Morro do Cachimbo e, para fins de melhor compreensão sobre como se dá esse processo, faz-se necessário trazer um resgate empírico a respeito de temas que envolvem a Geografia da Saúde, uma vez que o debate gira em torno de um fenômeno de territorialização socialmente produzido sob a égide da discriminação que vitima os portadores da hanseníase.

1.1. Abordagem teórica sobre a Geografia

A Geografia da Saúde nasce como conceito intimamente ligado à própria Ciência da Saúde, relação a partir da qual foram sendo atreladas algumas categorias de análise geográfica, tais como ambiente, território e região. A perspectiva etimológica da linha tênue que liga esses dois campos de estudo (Geografia e Saúde) nasce do princípio da própria relação homem-meio. Assim, conforme Alves (2020), os estudos geográficos oferecem subsídios teóricos e conceituais que contribuem para o entendimento dos processos de saúde e doença, bem como dos impactos desses na sociedade em geral.

Na visão de Santos (2002), a relação entre medicina e estudos ambientais e populacionais é antiga, fator comprovado pela teoria do pensador grego clássico Hipócrates, que, de acordo com Moraes et. al. (2018), evidenciou a ligação entre homem-meio e a ecologia. O estudioso, considerado como o “pai da medicina”, inovou ao romper com a ideia de que as doenças eram castigo de Deus (ou dos deuses) e trouxe explicações racionais pautadas na observação do comportamento do doente e da evolução dos sintomas.

Uma das obras atribuídas a Hipócrates é o tratado Ares, águas e lugares (cuja data de escrita figura aproximadamente entre os anos de 460 a.C. e 377 a. C.). O escrito denota a relação entre o espaço geográfico (conceito chave da Geografia e que será melhor trabalhado em páginas seguintes) e as questões sanitárias, refletindo, para isso, aspectos físicos, biológicos e climáticos. A compreensão sobre a dinâmica ambiental, aliada a uma observação dos fenômenos de trabalho e cultura, traça uma linha de raciocínio que interliga o estado de saúde às condições geográficas.

Em conformidade com Alves (2020), nos primeiros anos de estabelecimento de suas investigações, a Geografia da Saúde era conhecida como Geografia Médica, responsável pelo estudo da distribuição global de doenças e mais frequentemente empregada pelos médicos. Da mesma forma, como Alves (2020) e Rojas (1998), diversas outras denominações foram

dadas ao longo dos anos e em diferentes países a fim de nomear essa relação, dentre as quais pode-se destacar: Topografia Médica, Geografia de Patologias e Geomedicina.

A fim de melhor compreender sobre a questão urbana relacionada à Geografia da Saúde, especialmente dentro do contexto do leprosário, é interessante debater a relação entre as categorias ambiente e espaço nesse ramo de estudo.

A Geografia detém uma ligação epistemológica com seu principal objeto de estudo, que é o espaço. Grande contribuição nesse cenário teve o geógrafo Milton Santos, um dos maiores nomes da Geografia no Brasil. Seus estudos caminharam para que a ciência geográfica ganhasse reconhecimento em solo brasileiro, a partir de uma ampla valorização de suas bases epistemológicas.

Santos foi o responsável por contribuir para que o objeto de estudo da Geografia fosse melhor delimitado, antes desvalorizado pela grande maioria dos pesquisadores. Uma de suas obras mais célebres, *Por uma Geografia Nova* (2008), defende a importância de se definir o objeto de estudo, uma vez que pouco se sabia, até então, sobre o foco de pesquisa da referida ciência. Nos parágrafos a seguir, traz-se uma breve discussão sobre a origem do pensamento geográfico.

A origem da Geografia e sua evolução ao longo do tempo sempre foram tema de intenso debate entre os estudiosos dessa ciência. Caracterizada por muitos como o estudo da superfície da Terra e institucionalizada em favor das guerras, a Geografia é palco de várias e profundas dicotomias que marcam sua história, onde o conhecimento geográfico foi se modificando, de acordo com cada época e contexto histórico.

A Geografia surgiu da necessidade de se conhecer melhor o espaço terrestre, para assim ser possível invadir e dominar novos territórios. Desta forma, a ciência geográfica, quando do seu surgimento, era predominantemente cartográfica, sendo utilizada tão somente para analisar e caracterizar fisicamente determinadas localidades, evidenciando seu clima, vegetação e relevo a fim de se estudar pontos estratégicos de dominação.

Os fenícios, dentre os povos da civilização mediterrânea, se destacaram na desenvoltura desse conhecimento, explorando todo o Mediterrâneo e controlando o comércio marítimo. Outro legado da Antiguidade de grande importância para a Geografia é o dos gregos, que tiveram o mar como referência de seus estudos. Eles reconheceram o litoral mediterrâneo e depois, sob a liderança de Alexandre Magno, penetraram o interior da Europa e da Ásia, estudaram os diversos lugares e também os homens e o mundo.

Os árabes também tiveram grande importância na ampliação do horizonte geográfico, pois conquistaram terras e povos entre os séculos VI e XII e difundiram a religião muçulmana

desde o extremo Ocidente, na Espanha, até o Oriente, na China. Esse domínio se deu, por um lado, pelo conhecimento geográfico, e por outro, pela peregrinação.

Tendo entendido um pouco sobre as bases da Geografia, resgata-se o conceito de espaço, que deve, entretanto, de acordo com Alves (2020), fugir do caráter estático da epidemiologia, que o considera apenas como lugar geográfico palco da ocorrência de doenças a partir da ação dos fenômenos naturais. Na Geografia, o espaço geográfico é determinado pela ação antrópica, numa perspectiva de totalidade.

Em se tratando do abrigo São Francisco, a análise da categoria do espaço requer uma discussão de temática urbana que ligue território e segregação. Ou seja, o espaço urbano é produzido atendendo a determinados interesses, e sua produção é resultado de relações sociais. Na concepção de Morais, Valentim e Costa (2018), esse processo reflete uma construção social ligada a relações históricas que envolvem variados atores, hegemônicos (como Estado, instituições financeiras, indústrias e igrejas) e não-hegemônicos (agentes que recebem as decisões determinadas pelo capital). Destarte, o espaço urbano atua como lócus da produção capitalista e evidencia as desigualdades socioespaciais.

Milton Santos, em sua célebre obra *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção* (2004), compreende o espaço enquanto resultado de sistemas de objetos e sistemas de ações, de caráter indissociável, e alerta que esse espaço não pode ser analisado de maneira isolada, mas sim a partir de um panorama único e historicamente marcado pela materialidade. Assim, na opinião de Morais, Valentim e Costa (2018), o espaço assume caráter simultaneamente uno e múltiplo, uno porque é composto por objetos e ações, e múltiplo por ser diverso e desmembrado de múltiplas interpretações, abrangendo, dessa forma, todas as coisas.

Com relação às análises da Geografia da Saúde e trazendo a discussão para o tema aqui trabalhado, há também que se considerar o espaço como um objeto de interpretação, uma vez que ele é palco da materialização dos impasses ambientais e de saúde da população. Face a essa realidade, a Geografia da Saúde integra o trabalho de médicos, enfermeiros e demais profissionais da área às análises dos geógrafos, a fim de revelar questões epistemológicas que dizem respeito à concepção dos lugares.

Para Corrêa (2000, p. 55), a produção do espaço urbano é “uma análise da própria sociedade, ou seja, a organização espacial é a própria sociedade especializada, o espaço geográfico reflete e traduz o processo de produção da sociedade a partir das relações sociais e econômicas estabelecidas historicamente”. Assim, entende-se que a produção do espaço urbano deve ser enxergada em sua totalidade, atravessando o que explicitamente se nota e

atingindo a materialidade citadina, elemento dotado de ritmo e conteúdo específicos que lhe garantem identidade. Nesse interim, Villaça (1998, p. 16) postula que

> Compreender e explicar a produção do espaço urbano implica entender esse espaço como relacionado à sua forma (a cidade) mas não se reduzindo a ela [...] à medida que expressa um modo de vida. Esse modo de vida está ligado a todas as esferas da vida social: cultural, simbólica, ambiental e psicológica.

A partir da ideia do autor, é possível entender que a observação do espaço implica, para além das questões geográficas e políticas, dinâmicas culturais e sociais que determinam a forma de vida das pessoas. Para Lefebvre (2000), é imprescindível assimilar as múltiplas relações que ocorrem nesse processo, sem, entretanto, desconsiderar as ligações estabelecidas no cerne da família e do Estado. Em outras considerações, Lefebvre (2008, p. 55) também alega que a produção do espaço está atrelada "a um processo socioespacial determinado pelas relações sociais de produção em que de fato toda sociedade produz seu espaço, ou seja, toda sociedade produz um espaço".

Assim, considerando essas ideias que adotam a produção do espaço urbano como um processo determinado por relações sociais, econômicas e culturais, parte-se para a análise do entorno do abrigo, que será feita, no tópico 1.2, a partir da observação dos impactos políticos na identidade dos atores do abrigo e, no tópico 1.3, dos impactos políticos na comunidade circunvizinha ao leprosário.

1.2. Impactos políticos na identidade dos atores do abrigo São Francisco

Conforme referenciado em páginas anteriores, o grande crescimento econômico de Anápolis nos anos 1930 atraiu muitos novos moradores em busca de melhores oportunidades de emprego e, assim, a Sociedade São Vicente de Paulo denunciou a necessidade de se construir um abrigo onde os leprosos pudessem ficar isolados, alegando que os mesmos estavam contaminando a população local e trazendo uma série de problemas. Essa situação causa distúrbios na organização espacial da cidade, onde prevalecem forças que articulam e fragmentam seu espaço. Por isso, Melo e Siqueira (2017, p. 3) afirmam que "a cidade se apresenta como um conceito importante para o entendimento das dinâmicas inseridas no processo de segregação residencial".

Com o desenrolar da história do Leprosário de Anápolis, percebe-se, desde os anos de 1930, a segregação espacial como forma de desinfecção do espaço urbano e sob o disfarce de

"cuidado aos doentes", com o comprometimento de instituições e governo na responsabilização pelos mesmos. Na opinião de Souza (2010), o processo de segregação tem suas origens nas desigualdades, ao mesmo tempo, que as retroalimenta, perpetuando preconceitos, intolerância e conflitos.

A solução para tal desarranjo urbano foi o isolamento compulsório, impactando a identidade dos portadores da doença que se viram obrigados à condição de internos no primeiro abrigo de Anápolis, construído com a beneficência da Sociedade Vicentina e a prefeitura de Anápolis, e depois, internos na Colônia Santa Marta, recém construída em Goiânia, como parte da política sanitária de Pedro Ludovico e Getúlio Vargas.

A despeito da identidade desses enfermos, politicamente uma solução para o problema social que eles constituíam, como afirma Guimarães (2015, p. 24), era o saneamento urbano como "o único 'remédio' para o controle dos processos de transmissão das doenças infectocontagiosas, resultando no processo de embelezamento e de melhorias das condições de vida nas cidades". Rosen *apud* Guimarães (2001, p. 24) reitera que em todos os lugares e épocas históricas em que se sobressaiu a emergência sanitária, "a saúde pública e o planejamento urbano foram considerados uma mesma entidade".

Diante de tal fato, fez-se necessário, desde a Revolução Industrial e o caos urbano causado por ela, atrelar o estudo epidemiológico às condições sociais, econômicos e políticos, como diz Guimarães (2015, pp. 30 e 31):

> [...] as alterações econômicas [...] e o crescimento das cidades em todo o mundo provocaram profundas mudanças no quadro patológico, [...]. Além disso, a própria Geografia transformou-se ao longo do século XX, tanto do ponto de vista do enfoque temático quanto da gama de procedimentos metodológicos que provocaram um notável impacto sobre a Geografia médica. Novas indagações foram reforçadas, desde o início dos anos 1960, com a emergência da noção de "ambiente" e de seu corolário, a qualidade de vida.
> Por sua vez, o crescimento exponencial dos custos e de investimentos no setor saúde, além da necessidade de redução das disparidades espaciais e das desigualdades sociais, forçou o Estado a considerar a saúde como um objeto do campo político. Em poucas décadas, a temática da saúde se tornou tão ampla que extrapolou o âmbito da ação e do poder médico. Entraram em cena novos atores: sociólogos, economistas, historiadores, antropólogos, juristas e, o mais significativo do ponto de vista político, representantes da sociedade civil organizada.

Com o desenvolvimento dos temas relacionados à Geografia da Saúde, observa-se análises que aprofundam mais a concepção dialética entre saúde e desigualdades sociais que permeiam a questão política inserida no espaço urbano. Pickenhayn (2008, p. 204) examina em Foucault que a governabilidade marca "*lãs estratégias del poder para ejercer diversas*

formas de control através de una red de tecnologías de dominación que se expresa mediante un discurso capaz de construir el aislamiento de los indivíduos"[3].

Silva (2011, p. 4) aponta a relação entre as entidades religiosas, primeiramente mantenedoras dos cuidados aos leprosos, com o a expansão do poder do Estado:

> A política médico social, no que concerne à organização de um quadro assistencial e normativo para os problemas da lepra, manifesta-se inserido num projeto de expansão do poder do Estado, com o desenvolvimento de estratégias de disciplinamento social; na prática, enquanto o Estado ainda não se apresentava como mediador da assistência sanitária de sua população leprosa era por meio da atividade caritativa e filantrópica que se atendiam as necessidades básicas de sobrevivência e se respondia às carências de ações sanitárias regionalmente.

A relação entre as entidades religiosas e o Leprosário de Anápolis serão tratadas no próximo tópico deste capítulo, mas, cabe ressaltar, correlacionadas à atuação do poder público que o Estado as incentiva, de acordo com a autora, como continuação de seu poder, propagando o discurso médico a favor do isolamento por meio de campanhas de arrecadação de donativos por parte da iniciativa privada. Ou seja, o Estado atua propagandeando doações particulares a favor do discurso médico pró isolamento, pois nem ele (o Estado) e nem a sociedade civil desejavam conviver com leprosos no meio urbano, encontrando um pretexto convincente por meio da atuação do Estado e da sociedade para justificar a exclusão social.

Entre os períodos de 1920 e 1950 ocorre um aumento populacional na cidade de Anápolis, decorrente de fluxos migratórios atraídos pelos imensos espaços vazios do Estado. Polonial (2001, pp. 67 e 68) atribui o processo de povoamento do estado de Goiás também a fatores como a inserção da economia goiana à nacional, a chegada da ferrovia, à Primeira Guerra Mundial e a expansão das lavouras de café.

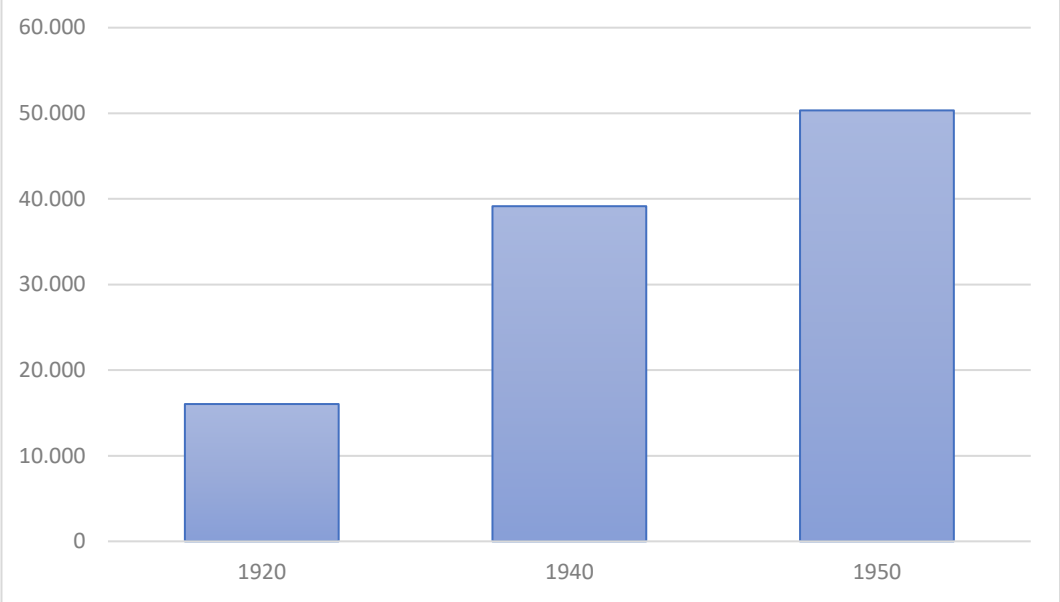
> [...]. Desde fins do século XIX a população de Goiás cresce, fruto da expansão do capitalismo para o interior. [...]. O período compreendido entre a década de 1920 e 1950 assistiu a uma imigração de povos de várias nacionalidades (sírios, libaneses, portugueses, italianos, espanhóis, alemães, japoneses, poloneses russos, ucranianos, romenos, iugoslavos, entre outras), por motivos diferentes. [...]. A região da estrada de ferro era a que mais recebia imigrantes, com a cidade de Anápolis ocupando o primeiro lugar nesse processo. [...]. Essa diversidade pode ser entendida pelo baixo custo da terra em Goiás bem como pelos vazios demográficos [...].

O gráfico a seguir retrata o crescimento da população urbana de Anápolis entre os anos de 1920 e 1950.

---

[3]"as estratégias de poder para exercer várias formas de controle por meio de uma rede de tecnologias de dominação que se expressa por meio de um discurso capaz de construir o isolamento dos indivíduos". (Tradução da autora).

Gráfico 1 – População urbana de Anápolis entre os anos de 1920 e 1950 segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[4]



Fonte: IBGE (2022).

A observação do gráfico permite identificar que a população anapolina sofreu um imenso salto entre os anos de 1920 e 1940, subindo de 16.037 para 39.148 habitantes, um crescimento de 154,7% em apenas 20 anos. Nos 10 anos seguintes, o aumento foi menos expressivo, mudando para 50.338 pessoas, o que representa, em porcentagem, uma alta de 28,6%. Essas pessoas que chegavam ao município vinham de todas as áreas do país, e alguns já chegavam doentes.

Era comum ver portadores de hanseníase caminhando pelas estradas de Anápolis buscando fuga; e, que muitos dos hansenianos abrigados na Colônia Santa Marta retornaram a Anápolis, se instalando no Morro do Cachimbo. Essa população provinha não apenas e Goiânia, mas de vários cantos do país, fugindo das colônias de isolamento.

Portanto, a explosão demográfica desse período ocorre concomitante à fuga dos hansenianos do isolamento obrigatório e ao refúgio no Morro do Cachimbo. As pessoas que foram para lá buscavam a felicidade nas pequenas coisas e na simplicidade de uma vida digna. Seus laços são marcados pela fraternidade e pelo companheirismo, além da luta comum que os une como grupo social. Essa luta diz respeito fundamentalmente à garantia de seus

[4]Evolução populacional - IBGE. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/anapolis/panorama>. Acesso em: 13 de agosto de 2022.

direitos básicos, uma vez que a segregação é elemento fortemente encontrado na comunidade em que o abrigo está inserido, como será visto no próximo tópico.

É importante considerar que a identidade dos atores do abrigo faz parte da análise da identidade geral das comunidades hansenianas, que por anos foram isoladas e pareciam esquecidas pelo governo: a prioridade era manter a sociedade saudável a fim de garantir o progresso econômico do país, mas os portadores da lepra não faziam parte desse quociente e, aos olhos do governo, não compunham o grupo social cuja qualidade de vida deveria ser protegida.

Segundo Alvarenga et. al. (2015), essa realidade perdurou por décadas a fio, mas enquanto isso, corriam pelo mundo certos debates de cunho moral que questionavam o caráter humanitário da política de isolamento; tais debates buscavam avaliar os valores legais que haviam inspirado tais práticas. As organizações de saúde começaram, então, a avaliar que o isolamento compulsório não estava dando os resultados esperados, ou seja, os índices de diagnóstico da doença não estavam diminuindo, o que contribuiu para o surgimento de um espaço de diálogo que permitisse repensar essas medidas.

Conforme destaca Santos (1997, p. 261), os anos 1980 foram bastante propulsores no sentido do ativismo social e político, uma vez que houve ampliação da subjetividade cidadã que beneficiou o modelo regulador do Direito e da política, configurando-o num modelo que passou a dialogar com os interesses das camadas sociais antes marginalizadas. Assim, as classes segregadas ganharam um pouco mais de espaço na esfera pública, conforme evidencia a citação a seguir:

> A emancipação porque lutam não é política, mas antes pessoal, social e cultural. Os protagonistas dessas lutas não são as classes sociais; são grupos sociais ora maiores, ora menores que classes com contornos mais ou menos definidas em vista de interesses coletivos por vezes muito localizados, mas potencialmente universalizáveis. As formas de opressão e de exclusão contra as quais lutam não podem, em geral, ser abolidas com a mera concessão de direitos, como é típico da cidadania; exigem uma reconversão global dos processos de socialização, de inculcação cultural e dos modelos de desenvolvimento, ou exigem transformações concretas imediatas e locais [...] exigências que, em ambos os casos, extravasam da mera concessão de direitos abstratos e universais.

O autor considera que a política de controle sanitário adota caráter de controle e regulação pautado em uma normalização disciplinar, fenômeno que conferia aos internos uma espécie de cidadania particular. Alvarenga et. al. (2015) concordam que nasce uma tutela estatal que protege os hansenianos contra o isolamento e determina que os tratamentos passem a ser feitos em ambulatórios, desativando todos os hospitais-colônia e preventórios a nível

nacional. Vale salientar, entretanto, que não somente os avanços sociais contribuíram para esse feito: a medicina crescia a passos largos, principalmente em face da descoberta de drogas como as sulfonas, que contêm substâncias eficazes no combate ao bacilo de Hansen.

Após a desinstitucionalização do tratamento, os hansenianos iniciaram uma luta pela recuperação dos direitos fundamentais perdidos, buscando, assim, recuperarem sua identidade como pessoas e como famílias, principalmente nos casos em que houve prejuízo causado por atos administrativos que dizem respeito a políticas públicas. Entretanto, em conformidade com Alvarenga et. al. (2015), a garantia desses direitos só veio após quase 30 anos de reivindicações feitas principalmente pelos membros do MORHAN, e foi representada pela sanção da lei n. 11.520/07, que versa sobre a oferta de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento compulsório até dezembro de 1986.

Segundo Brasil (2007, art. 1º), a lei versa que:

> Art. 1º. Fica o Poder Executivo autorizado a conceder pensão especial, mensal, vitalícia e intransferível, às pessoas atingidas pela hanseníase e que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônia, até 31 de dezembro de 1986, que a requererem, a título de indenização especial, correspondente a R$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais).
> § 1o A pensão especial de que trata o caput é personalíssima, não sendo transmissível a dependentes e herdeiros, e será devida a partir da entrada em vigor desta Lei.
> § 2o O valor da pensão especial será reajustado anualmente, conforme os índices concedidos aos benefícios de valor superior ao piso do Regime Geral de Previdência Social.
> § 3o O requerimento referido no caput será endereçado ao Secretário Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, nos termos do regulamento.
> § 4o Caberá ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS o processamento, a manutenção e o pagamento da pensão, observado o art. 6o.

Alvarenga et. al. (2015) concorda que essa lei funciona como um tipo de política compensatória, fruto de um constitucionalismo nacional, reconhecendo os direitos cabíveis a todo e qualquer cidadão independente de suas condições de saúde, sendo o Estado responsável pela concessão desses direitos em especial àqueles em situação de hipossuficiência. Uma das finalidades dessa medida é evitar a marginalização social dos ex-internos contribuir para que eles consigam garantir suas condições básicas de sobrevivência e uma vida digna.

Foi preciso percorrer um longo processo para que o estado pudesse reconhecer as demandas dessa camada social, que eram, em verdade, muito mais concretas do que aquilo que pregava o isolamento: eles lutavam por alimentação, moradia, saúde e lazer, elementos constitucionalmente garantidos a todas as pessoas, mas que, na prática, nem sempre o são.

1.3. Impactos políticos na comunidade circunvizinha ao leprosário São Francisco

Como evidenciado anteriormente, a situação dos moradores do leprosário de Anápolis é fortemente marcada por uma política de segregação. Assim, faz-se necessário, em primeira instância, discutir o conceito de segregação para, por fim, adentrar essas questões específicas, processo que será feito a partir da exposição de imagens locais em consonância a uma abordagem teórica que dialoga com os autores da Geografia Urbana.

É preciso retomar a ideia de espaço inserida dentro da Geografia e, para tanto, adota-se a ideia de Correa (1995) que defende que, dentro das considerações de espaço urbano, há uma expressiva valorização do solo, e por isso, a boa condição econômica atua como elemento diferencial na conquista da moradia. A aquisição de um lar se insere num universo urbano onde certas áreas são supervalorizadas em detrimento de outras. No caso do local onde se encontra o leprosário, como será visto mais à frente, é visível a despreocupação da prefeitura com a melhoria estrutural e sanitária do bairro.

Nesse cenário, a habitação se configura como um mecanismo de mercado onde os detentores de maior poder aquisitivo são privilegiados com as melhores casas, nos bairros mais bem localizados geográfica e comercialmente. Portanto, a renda determina diferenças tanto nos padrões construtivos das casas e edifícios como nos comércios circunvizinhos, ou seja, os indivíduos, com suas ações, contribuem para a produção do espaço e também se configuram como agentes desse processo.

Segundo o dicionário Michaelis (online), o verbo segregar significa "colocar-se à parte; não permitir sua própria integração ou a de outras pessoas; discriminar (-se), marginalizar (-se)". Assim, a segregação refere-se, também, a um processo de isolamento. Tais processos sempre estiveram presentes na história da humanidade, mas as relações sociais marcadas pelas determinações capitalistas fortificaram as práticas segregadoras. Assim, para Corrêa (1995, p. 59), a segregação é "uma concentração de tipos de população dentro de um dado território".

O autor também menciona a segregação relacionada a "áreas sociais marcadas pela tendência a uniformidade da população em termos de três conjuntos: status socioeconômico, urbanização e etnia" (p. 35). É nesse interim que a presente discussão está inserida.

Parte-se, assim, para uma análise da comunidade circunvizinha ao leprosário, através de discussões e fotos. A instituição está inserida no bairro Novo Paraíso, na rua Larga, número 482, próximo ao Cais Mulher. A figura abaixo mostra a frente do local.

Figura 1 – Leprosário de Anápolis

Fonte: Acervo da autora (2022).

Segundo Martins (2013), das diversas formas de expressão visual da realidade social, a fotografia é uma das que ainda buscam o seu lugar na sociabilidade contemporânea, devido a sua diversidade de funções (técnicas ou artísticas), e a popularização de seu uso. No que se refere ao estudo sociológico, aponta o autor que a fotografia pode ser analisada enquanto uma forma característica de expressão do imaginário social e como recurso da Sociologia para compreendê-lo.

> Vai ficando evidente, porém, que a imagem fotográfica constitui mais do que um recurso de técnica de pesquisa nas Ciências Sociais. Antes de ser procurada pelos cientistas sociais, já havia sido cortejada pelo senso comum e com ele contraíra matrimônio. Mais do que tem hoje, essa busca tinha sentido quando a Sociologia ainda se sentia segura no interior da fortaleza da objetividade e das técnicas aparentemente precisas de observação e estudo das estruturas sociais, dos processos sociais e das situações sociais. Uma época, também, em que uma certa inocência social limitava o ímpeto de expressão do homem comum e o mantinha relativamente confinado no interior do castelo forte das regras sociais (p. 34).

A comunidade circunvizinha é marcada por traços de descaso governamental. O bem-estar social é afetado porque alterações na qualidade e no estoque de infraestrutura tem influência direta na acessibilidade da população aos bens e serviços disponíveis. Caso que não ocorre no local de estudo deste trabalho e, evidências disso são, dentre outros aspectos, as ruas com vazamento de água e os depósitos de lixo nos lotes baldios, conforme evidenciam as figuras 2 e 3.

Figura 2 – Vazamento de água na rua do leprosário

Fonte: Acervo da autora (2022).

O vazamento de água é elemento muito comum tanto na rua do leprosário quanto no entorno, o que evidencia problemas estruturais e de saneamento, e pode causar doenças como, por exemplo, a dengue, devido ao acúmulo de água parada, principalmente em locais próximos a depósitos de lixo, como mostra a figura 2, anteriormente evidenciada, e as figuras 3, 4 e 5, apresentadas a seguir.

Figura 3 – Depósito de lixo em lote baldio em frente ao leprosário

Fonte: Acervo da autora (2022).

Figura 4 – Depósito de lixo em lote baldio em frente ao leprosário

Fonte: Acervo da autora (2022).

Figura 5 – Depósito de lixo em lote baldio em frente ao leprosário

Fonte: Acervo da autora (2022).

A observação das imagens pode ser atrelada à ideia de Souza (2010, p. 84), que enfatiza que "a segregação deriva de desigualdades e, ao mesmo tempo, retroalimenta desigualdades, [...], ao condicionar a perpetuação de preconceitos e a existência de intolerância e conflitos". Ou seja, as diferenças sociais atuam simultaneamente como causa e consequência da segregação socioespacial, porque se alguns indivíduos têm sua moradia destinada aos locais menos favorecidos estruturalmente por conta de sua condição econômica, esse mesmo fator financeiro também será responsável pelo descaso governamental para com as ruas e bairros por eles habitados.

Do mesmo modo, Siqueira e Mello (2019) colocam que os processos segregadores, além de serem produtos de relações empreendidas entre o homem e o meio, é também causador de novas condições para que a segregação seja novamente reproduzida de múltiplas formas, fenômeno esse que chega, inclusive, a violar os direitos humanos. Souza (2010, p. 84) alerta ainda que “a segregação residencial é um resultado de vários fatores os quais, em si, são altamente problemáticos: da pobreza ao papel do Estado na criação de disparidades espaciais de matéria de infraestrutura e no favorecimento dos moradores de elite".

Os moradores do leprosário se veem diante de uma série de desafios que dizem respeito a sua moradia, e grande parte deles são resultado da falta de olhar governamental, uma vez que, além dos problemas já evidenciados (vazamento de água e altas quantidades de lixo acumulado), as ruas estão repletas de buracos, problema que se acentua quando chove.

Entretanto, é importante destacar que a reflexão sociológica acerca das imagens e fotografias deve considerar as limitações dessa forma de documentação, e, por isso, seu lugar na Sociologia deve ser devidamente demarcado. Essas limitações são de ordem espacial, temporal e documental. A análise de fotografias pode contribuir para revelar aspectos do imaginário social e das mediações nas relações sociais, porém sem precisão dada as limitações que o olhar fotográfico carrega. Martins (2013, p. 36) afirma que:

> Mesmo que tenha tido uma origem difusa e funções inespecíficas, a fotografia vai se definindo, no contemporâneo, como suporte da necessidade de vínculos entre os momentos desencontrados do todo impossível, como documento da tensão entre ocultação e revelação, tão característica da cotidianidade.

Uma fotografia nasce a partir da relação do olhar do fotógrafo com a paisagem/cena retratada. Assim, o clique fotográfico ao passo em que capta tudo aquilo que a lente alcança, omite o que tem por trás da câmera e, por isso, por trás do olhar fotográfico. Além disso, a

fotografia é capaz de retratar somente o momento presente do instante do clique, não contemplando o passado e o futuro daquilo que foi representado.

Porém, apesar de retratar o momento presente, a fotografia não congela este momento, e nem retrata "o que está lá". Martins (2013, p.37) afirma que "nos dois casos, justamente a irrealidade da fotografia é que tece a trama de suposições responsáveis pelo drama e pelo dramático". Sendo assim, a fotografia tece sua interpretação por um contínuo regresso ao real, incongelável, que não interrompe o fluxo temporal, que por sua vez, "agrega e redefine significações ao que só aparentemente é um 'congelamento' de imagem e, nesse sentido, um 'retrato' da sociedade em certo momento" (p. 37). Apesar disso, um único momento pode ser capaz de retratar ou evidenciar aspectos centrais de uma dada realidade, e para o olhar científico, pode comprovar hipóteses ou reforçar a crítica tecida pelo autor. A figura 6 é um bom exemplo disso.

Figura 6 – Cachorro procurando por comida no lixo acumulado em frente ao leprosário

Fonte: Acervo da autora (2022).

Figura 7 – Rua do leprosário (Rua Larga)

Fonte: Acervo da autora (2022).

A segregação é resultado de uma diferenciação entre grupos sociais, cujo fator de análise está centrado fundamentalmente na condição econômica e na detenção de poder e status, o que influencia decisivamente a configuração do lugar onde cada grupo pode viver. Essas imagens, quando analisadas por qualquer observador, evidenciam por si só tal segregação e as distinções das paisagens urbanas, que evidenciam as distinções socioeconômicas entre os indivíduos que as ocupam. De acordo com Martins (2013, p.40):

> A vida complexa, cheia demais, cheia de gente, de edifícios, de coisas sem vida, congestionada de solicitações visuais, encontrou na fotografia um meio de registrar e guardar o que "vale a pena", o que queremos que fique. Diferentemente da pintura, em que o detalhe é o elemento significativo da composição, não raro o decodificador simbólico do que o artista está querendo dizer com o que parece ser o principal.

No caso dessas casas, percebe-se justamente o contrário, uma vida mais simples e singela, uma parte do espaço urbano não frenética e movimentada, onde parece que tudo vale a pena fotografar para evidenciar as dificuldades e os problemas de segregação do espaço. A fotografia consegue tal capricho. Porém, por outro lado, ao olhar imediato da realidade fotografada, tudo que se vê são dificuldades e problemas, nascendo um olhar preconceituoso acerca desse espaço, que não é somente espaço de sofrimento e desilusão.

Por isso, a fotografia nada acrescente à observação sociológica, mas, por outro lado, muito acrescenta à indagação sociológica ao passo em que a câmera e a lente possibilitam que seja visualizado aquilo que por outros meios não pode ser visto. Ainda segundo Martins (2013, p. 36), "ao mesmo tempo ela introduz alterações nos processos interativos, na pluralidade de sentidos que há tanto no lado do fotógrafo quanto no lado do fotografado e do espectador da fotografia".

As casas e os estabelecimentos comerciais do entorno seguem o mesmo padrão de simplicidade. Lá, são encontradas poucas residências, e uma delas chama a atenção pelo escrito pichado no muro: "Aqui mora uma família". A frase parece querer reafirmar, ainda que não intencionalmente, a identidade dos moradores locais como seres humanos, como famílias e, diante disso, como pessoas que merecem um tratamento digno e que desejam gozar dos direitos básicos garantidos pela Constituição.

Figura 8 – Casa com inscrito: "Aqui mora uma família"

Fonte: Acervo da autora (2022).

A imagem evidencia um local em situação de descaso da prefeitura: ruas não pavimentadas, lixos jogados nas portas, muros em péssimas condições de pintura. Ainda nessa rua, um pouco mais à frente, encontra-se uma casa cuja frente está repleta de lixo, dentre eles uma carroça abandonada, elemento que chama bastante atenção e que conduz a uma reflexão sobre as condições de vida e de trabalho das pessoas que ali habitam.

Figura 9 – Vista da frente de um dos domicílios das redondezas

Fonte: Acervo da autora (2022).

Figura 10 – Carroça utilizada por moradores locais

Fonte: Acervo da autora (2022).

Além de alguns poucos domicílios e pontos comerciais, o entorno do leprosário é composto por um centro de espiritualidade franciscana e algumas igrejas evangélicas, conforme evidenciam as figuras que se seguem. Cabe ressaltar que a igreja católica da imagem 13 não se localiza no entorno, mas nas proximidades dele[5]:

Figura 11 – Centro de espiritualidade franciscana

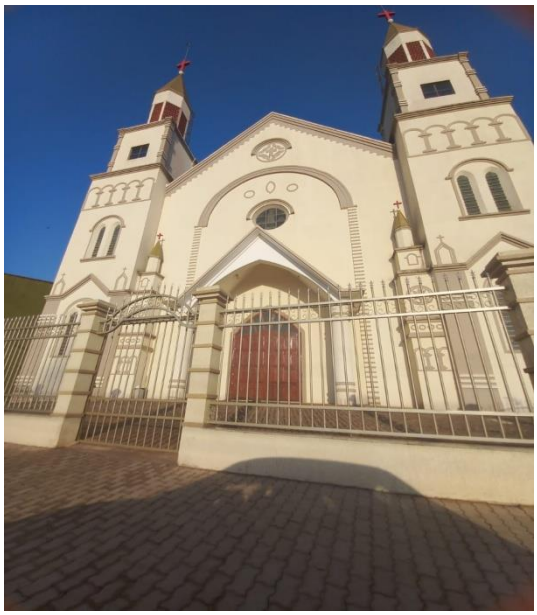
Fonte: Acervo da autora (2022).

[5] Achou-se conveniente apresentar a igreja católica em questão, mesmo não estando no interior do local estudado e sim nas proximidades, pelo fato de que a presença religiosa sempre foi, na história do leprosário, marcante e, ao mesmo tempo, conflituosa, como já exposto anteriormente. E, essa igreja, Paróquia São Joaquim, possui uma arquitetura simples, mas bem aprimorada para o entorno do leprosário, sendo a mais próxima do local. O entorno do leprosário não comporta uma igreja nesse estilo, nem em espaço, nem em estrutura, nem em beleza. (Nota da autora).

Figura 12 – Igreja Pentecostal

Fonte: Acervo da autora (2022).

Figura 13 – Paróquia São Joaquim



Fonte: Acervo da autora (2022).

A presença de instituições religiosas no entorno da comunidade parece atuar como forma de alento perante a situação de um povo tão sofrido e marginalizado. Os moradores locais se intimidam com a presença de estranhos, o que talvez seja um bloqueio de defesa perante o olhar preconceituoso de boa parte da população. As pessoas que caminham pelas ruas transparecem um modo de vida simples e composto por desafios diários de sobrevivência.

Em se tratando dos estabelecimentos comerciais, são encontrados mercadinhos e supermercados, lojas pequenas de roupas, algumas lanchonetes, botecos, restaurantes, padarias e farmácias. As figuras a seguir mostram alguns desses estabelecimentos.

Figura 14 – Padaria

Fonte: Acervo da autora (2022).

Figura 15 – Mercadinho

Fonte: Acervo da autora (2022).

Figura 16 – Farmácia da Rede Popular

Fonte: Acervo da autora (2022).

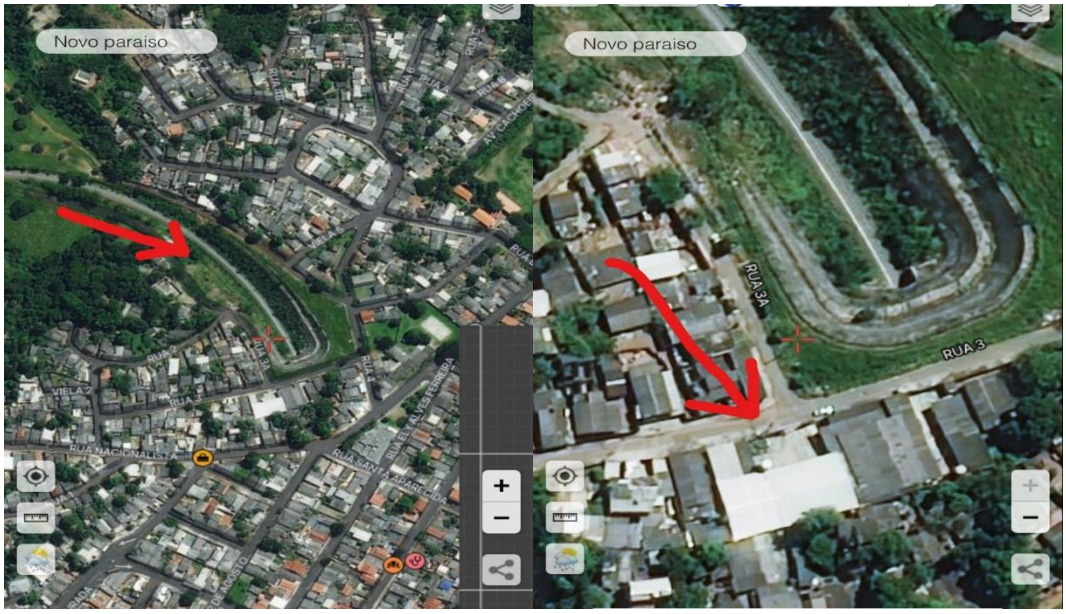
Figura 17 – Unidade de Saúde Abadia Lopes da Fonseca

Fonte: Acervo da autora (2022).

Fora do entorno também há uma unidade de saúde. A ‘entrada’ para o entorno do leprosário se situa quase de frente essa unidade, Unidade Básica de Saúde Abadia Lopes da Fonseca, e presta atendimentos de urgência e laboratoriais, contendo inclusive equipamentos de odontologia. O horário de atendimento da unidade é todos os dias, das 07h00 às 22h00.

No lote baldio em frente ao leprosário também há os trilhos da Ferrovia Norte-Sul. Algumas casas foram desapropriadas a área reconstituída para abrigar os trilhos, conforme pode ser visto nas figuras 18 e 19. A identidade, o sentimento de pertencimento e o sentido de moradia foram retirados dos moradores locais à força das relações capitalistas, pois as pessoas que residiam nessa área, onde hoje passa os trilhos, foram obrigadas a se mudar para uma área próxima, reservada pela prefeitura, para que ali pudesse se instalar os trilhos da Ferrovia Norte-Sul.

Figura 18 – Trilhos **Figura 19 – Leprosário**



Fonte: https://satellites.pro/Anapolis_map.Goias_region.Brazil#-16.352527,-48.978665,19.

A Ferrovia Norte Sul foi projetada para ser a principal ferrovia do país, ideia concebida em 1985, ainda no governo do presidente José Sarney. O objetivo de sua construção, de acordo com Massa (2020), é integrar as regiões extremas (norte até sul), com cerca de 1550 km de extensão, tendo como ponto de partida a cidade de Açailândia, no estado do Maranhão, e de chegada a cidade de Anápolis, estado de Goiás. A construção da ferrovia está dividida em sete trechos:

- Barcarena/PA – Açailândia/MA;
- Açailândia/MA – Palmas/TO;
- Palmas/TO – Anápolis /GO;
- Ouro Verde/GO – Estrela d'Oeste/SP;
- Estrela d'Oeste – Panorama/SP;
- Panorama /SP – Chapecó /SC;
- Chapecó /SC – Rio Grande /RS.

Ainda segundo Massa (2020), o trecho entre os municípios de Palmas /TO e Anápolis/GO tem 855 km de extensão, e sua construção foi concluída e entregue em 2014. Este trecho, demonstrado nas fotos de satélite (18 e 19), se refere à passagem da ferrovia cruzando o bairro Novo Paraíso, onde está situado o leprosário. Na imagem 18, a seta

vermelha mostra a ferrovia, enquanto, na imagem 19, a seta vermelha mostra o leprosário, situado bem à frente do local onde foi feito o desaterro para a construção da ferrovia.

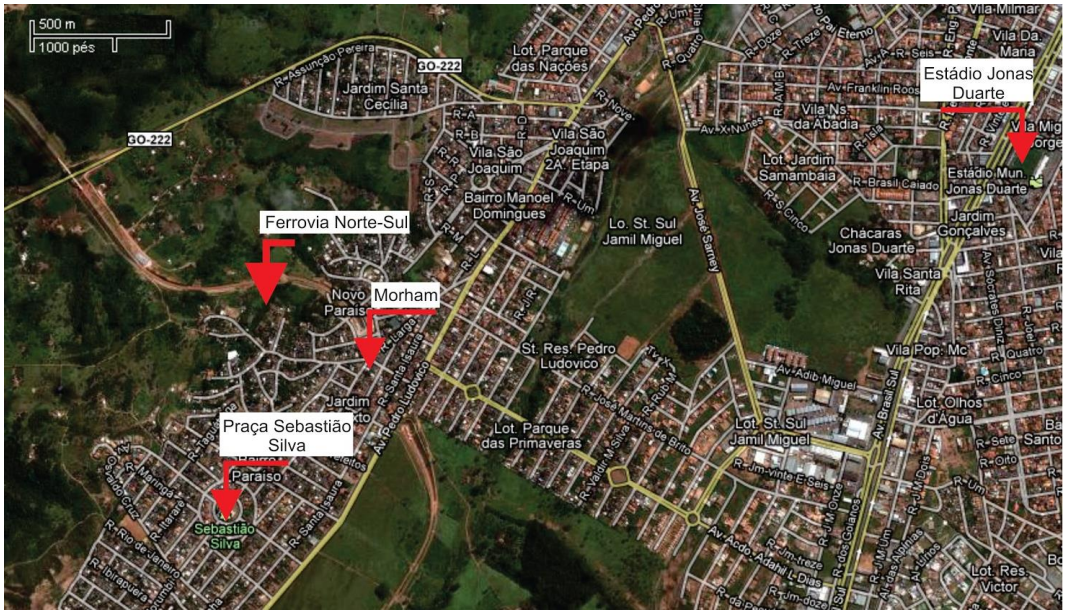
A construção de ferrovias integra um sistema de rede de desenvolvimento econômico que, na história da mobilidade geográfica, configura-se em limites regionais sem integração nacional pela falta de intermediários técnicos, onde, segundo Santos (2002, p. 26), “serviam a uma pequena vida de relações, com consumo limitado, com sociedades locais satisfazendo suas necessidades de maneira também local”.Com o progresso técnico e a difusão espacial das inovações e, respondendo ao desenvolvimento econômico com vistas à integração nacional, o espaço se reconfigura para acomodar as aspirações capitalistas, sem, contudo, integrar todo seu caminho às suas novas configurações.

As figuras 20 e 21 mostram o Morro do Cachimbo antes e depois da construção da ferrovia Norte-Sul, evidenciando o desaterro para passagem dos trilhos. A seta vermelha indica a localização do leprosário e, à frente dele, o local onde hoje passa a ferrovia.

Figura 20 – Morro do Cachimbo antes dos trilhos

Fonte: http://morrodocachimbo.blogspot.com/2011/08/.

Figura 21 – Morro do Cachimbo depois dos trilhos



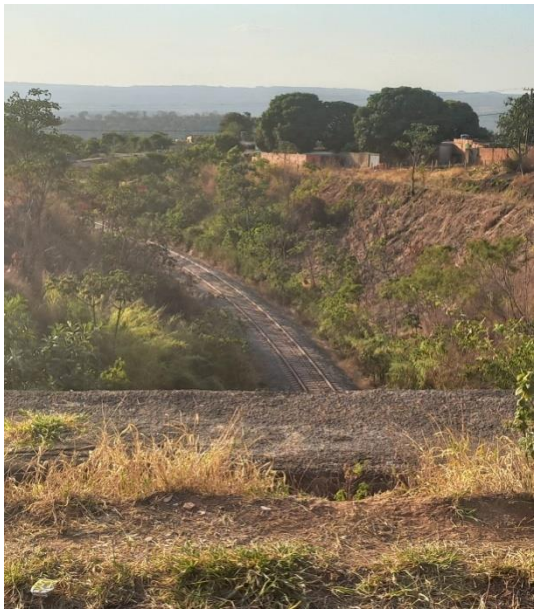
Fonte: http://morrodocachimbo.blogspot.com/2011/08/.

É o que ocorre no trecho Palmas/TO e Anápolis/GO da ferrovia Norte-Sul, que transpõe o bairro onde o leprosário está situado, porém, o reconfigura sem que ele integre uma rede de desenvolvimento urbano e econômico, já que a ferrovia passa por baixo do bairro, utilizando apenas a porção necessária para a construção do túnel e passagem dos trilhos.

Ao redor dessa porção, o espaço continua o mesmo, sem infraestrutura, sem melhorias, como se fosse parte não integrada da cidade. Os problemas urbanos, como acúmulo de lixo em áreas vazias, falta de pavimentação e falta de segurança, se esvanecem nesse espaço segregado, não cabendo ali pretensão de melhor acomodação para os moradores, relegados àquela condição de invisibilidade por parte do governo e da sociedade local, como evidenciado pelas imagens apresentadas neste estudo.

A imagem a seguir (figura 22) mostra o trilho de ferro passando pelo bairro e evidencia a falta de segurança, especialmente para crianças que, muitas vezes, brincam no local.

Figura 22 – Trilhos de ferro



Fonte: Acervo da autora (2022).

Ao fundo da imagem pode ser visto, em cor laranja, o prédio que funcionava como antiga sede do MORHAN, mais bem representado na figura a seguir.

Figura 23 – Antiga sede do MORHAN em Anápolis

Fonte: Acervo da autora (2022).

No entorno dessa antiga sede e próximo aos trilhos de ferro há um imenso buraco onde também se encontra depositada uma considerável quantidade de lixo. Como o local encontra-

se em frente ao leprosário, essa situação afeta diretamente os moradores de lá, uma vez que o acúmulo de lixo prolifera inúmeras doenças e, quando a chuva provoca inundações, o lixo jogado dessas redondezas chega até as casas e estabelecimentos comerciais e contamina os sujeitos ali presentes, realidade esta que não ocorre nos bairros de moradia privilegiada.

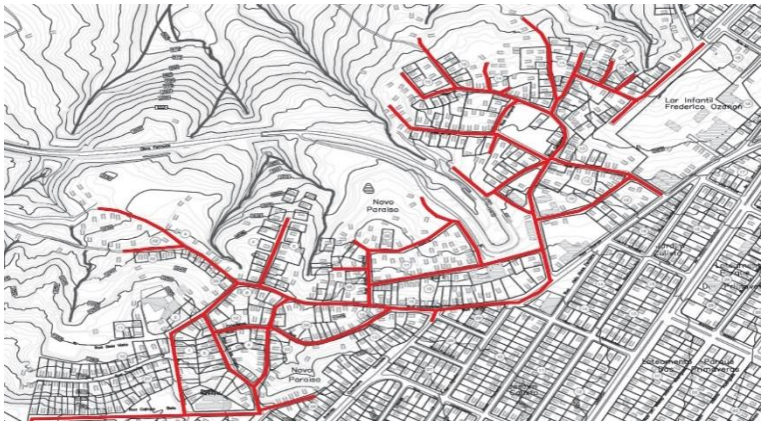
Borges, Luz e Fregonesi (2012, pp. 98 e 99) destacam a situação de precariedade do bairro Novo Paraíso e o descaso do governo municipal que reconhece o espaço como área subnormal:

> A situação de precariedade presente nas áreas subnormais de Anápolis reflete nos dados apresentados pelo Plano Estratégico Municipal para Assentamentos Subnormais (2006), no qual se estima que aproximadamente 80% das pessoas que vivem em áreas subnormais da cidade não apresentam qualificação profissional o que torna difícil a sua inserção no mercado de trabalho, 50% sobrevivem de subempregos, recebendo uma média salarial igual ou inferior a um salário mínimo. Percebe-se ainda que um número significativo das famílias tem como única fonte de renda a participação em programas de órgãos governamentais, a exemplo da Bolsa Família. O que enfatiza, assim, a segregação socioespacial e residencial, bem como a necessidade de formulação de propostas estratégicas para atender essa população na transformação das relações sociais e do espaço vivido.

De acordo com Santos (2002), o meio ambiente envolve o ser humano agregando forma, função, estrutura e processo, que são os elementos fundamentais na leitura do espaço, e, conforme Borges, Luz e Fregonesi (2012, p. 100) agrega “a cidade e o urbano, também, a circulação, a produção e as ideias que organizam o referido espaço”. Evidencia-se, assim, um notório descaso do governo, que não assume o compromisso de erradicação da doença e tampouco se preocupa com a pobreza e com a falta de infraestrutura básica do local. Esse fator, conforme Siqueira e Mello (2019), contribui para que haja uma ainda mais íntima relação entre a hanseníase e a segregação.

Nesse espaço, percebe-se como as ruas são irregulares, em consequência do surgimento e crescimento espontâneo, apresentando ramificações de uma rua principal e gerando vários entroncamentos, como mostra a figura 24.

Figura 24 – Traçado urbano do Morro do Cachimbo



Fonte: http://morrodocachimbo.blogspot.com/2011/08/.

De acordo com a fonte citada, o traçado urbano do local estudado mostra o desnível do bairro, aproximadamente 50 metros, onde muitas edificações sofrem com erosões, conforme figuras 25, 26, 27, 28, 29 e 30 abaixo apresentadas.

Figuras 25, 26 e 27 – Ruas do bairro Novo Paraíso

Fonte: http://morrodocachimbo.blogspot.com/2011/08/.

Figuras 28, 29 e 30 – Ruas do bairro Novo Paraíso

Fonte: http://morrodocachimbo.blogspot.com/2011/08/.

Para essa área de habitação, em Anápolis (2016), o Plano Diretor, em seu artigo 34, utiliza a denominação AEIS (Áreas de Interesse Social), que foram definidas em seu artigo de número 34 como áreas destinadas "à produção e à manutenção de habitação de interesse social, devidamente tratada em lei específica, assim como a definição da população que terá acesso a esses projetos habitacionais". Elas são divididas em três:

> AEIS I - São as áreas referentes aos terrenos públicos ou particulares ocupados por favelas, população de baixa renda ou por assentamentos assemelhados, em relação aos quais haja interesse público em se promover a urbanização ou a regularização jurídica da posse da terra.
> AEIS II - São as áreas referentes aos loteamentos irregulares que têm, por suas características, interesse público em se promover a regularização jurídica do parcelamento, a complementação da infraestrutura urbana ou dos equipamentos comunitários, bem como a recuperação ambiental;
> AEIS III - São as áreas referentes a terrenos não-edificados, subutilizados ou não utilizados necessários à implantação de programas habitacionais de interesse social.

No Plano Diretor foi estabelecido que para cada área dessas, deveria ser elaborado um Plano de Urbanização aprovado pelo Conselho da Cidade de Anápolis. Porém, quando se analisa o documento, percebe-se que o mesmo dispõe dos padrões e edificações desta área, mas não apresenta definições de investimentos em educação, saúde, cultura, saneamento e mobilidade, demonstrando, mais uma vez, a falta de aparato social dessa população que reside no Morro do Cachimbo, conforme figuras 34 e 35.

Figuras 31 e 32 – Moradias no bairro Novo Paraíso

Fonte: http://morrodocachimbo.blogspot.com/2011/08/.

Ao se analisar a situação em que vivem essas pessoas, é possível verificar que o isolamento compulsório ainda deixa traços, e que o que se tem na atualidade é uma espécie de isolamento velado, uma vez que a comunidade é pertencente a um bairro periférico, dotado de

poucos pontos comerciais, de difícil acesso e de condições estruturais, sanitárias e arquitetônicas insignes. Isto é, o isolamento mudou de forma, mas não deixou de acontecer efetivamente.

A realidade em que os moradores vivem mostra os reflexos do estigma, do preconceito e da segregação, representando um processo continuado que faz com que a pobreza, a violência, a degradação ambiental e a situação precária das moradias sejam sempre variáveis que interferem na qualidade de vida desses sujeitos. Assim os espaços em que vivem representam a espacialização de sua segregação a nível social e econômico.

2. AS RELAÇÕES SOCIAIS PERMEADAS PELO ESTIGMA E METÁFORAS DA 'LEPRA'[6]

De acordo com Baialardi (2007, p. 2), "a hanseníase é uma doença milenar conhecida por lepra desde os tempos bíblicos que traz consigo a marca do preconceito, discriminação e exclusão social desde o seu surgimento". As associações lepra e estigma, deformação física e condenação moral se tornam, conforme Barreto et. al. (2013, p. 14), uma representação social, por ser "um tipo de saber socialmente negociado, cujo sentido só pode ser compreendido no interior de determinado sistema social e cultural". Isto é, quando determinada representação reflete sobre a identidade social da pessoa, lançando-a para fora dos espaços de convívio e tratando-a com desigualdade, adota a forma de estigma.

Goffman (1975) preceitua que os indivíduos marginalizados na sociedade se encontram marcados por particularidades físicas e psicológicas e, por serem tidos como diferentes, a sociedade fornece-lhes o caráter de inferioridade, dificultando a construção de suas identidades sociais. Ainda segundo o autor, esta terminologia não é da sociedade moderna, ela adquire variâncias no desenrolar da História, como na Grécia, por meio das castas; na Idade Média, vinculada ao divino; no apartheid na África do Sul, pela segregação racial; e, na atualidade, o estigma se refere principalmente aos aspectos sociais.

A atribuição do estigma está relacionada com preconceitos, estereótipos e medo do que é desconhecido, e, em diferentes tempos, é resultado do estranhamento inicial que acarreta percepções negativas e equivocadas, como preceitua Goffman (1975, p. 12):

> Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável [...]. Assim deixamos de considerá-la criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande [...].

O estigma é o que está fora dos padrões da normalidade da sociedade em que se está inserido; sociedade esta que faz suas próprias leis e dita seus padrões de normalidade. Por isso a terminologia estigma passa por variâncias no desenrolar da História, no que se refere ao tempo e ao lugar. Em diferentes culturas, diferentes percepções que se modificam ao longo do percurso histórico, mantendo, contudo, o peso social sobre aqueles que carregam diferentes estigmas, os quais, mesmo aqueles considerados mais "moderados", são suficientes para

[6] O início do tópico 2.1. Surgimento da hanseníase no mundo e seu percurso até Goiás traz informações sobre a mudança em lei dos termos "lepra" e "hanseníase". (Nota da autora).

distinguir esses indivíduos de um padrão social de normalidade, e, com isso, distingui-los da própria sociedade.

Desta forma, a construção social da hanseníase serviu para que medidas de isolamento reforçassem o estigma, como afirma Barreto et. al. (2013, p. 15), "pelas deformidades e mudanças que impõe à aparência de seu portador, essa doença, escondida e negligenciada pela atual historiografia científica e cultural, é exemplo paradigmático da simbiose entre o biológico e o cultural".

Este capítulo apresenta, primeiramente, o surgimento da hanseníase no mundo e como ela chegou em Goiás. Em um segundo momento, trata sobre a representação social da doença (hanseníase e estigma); sobre o estigma e seus desdobramentos, problema social que sempre atingiu grande parte das sociedades no desenrolar da história, como doença social presente nas relações sociais; sobre a concepção formada dentro das instituições totais que transpassa os muros dos leprosários; e, sobre a convivência entre sociedade e os ex internos.

Apresenta, também, a atuação das instituições religiosas no contexto de constituição do leprosário, evidenciando a dialética entre assistência e interferência impositiva; os embates entre o abrigo e o controle doutrinário, com a dialética caridade *versus* estigma, perpetuado pela religião.

2.1. Surgimento da hanseníase no mundo e seu percurso até Goiás

O termo "lepra", utilizado desde a Antiguidade, foi substituído no Brasil por "hanseníase" em 1995, a partir da lei 9.010 de 29 de março desse ano. Nessa lei, em seu artigo 1, a disposição apresenta que "o termo 'Lepra' e seus derivados não poderão ser utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros". A partir dessa lei, a denominação antiga e tão disseminada, especialmente na Bíblia, 'lepra', deixa de ser utilizada, passando a se denominar a doença como hanseníase.

Atualmente, pelo menos no Brasil, há consenso sobre a utilização do termo hanseníase ao invés de lepra. No entanto, não o há sobre a origem exata desta enfermidade. Sabe-se que esse assunto ocupa debates desde a Antiguidade, porém, ainda hoje, discute-se se a origem da hanseníase é asiática ou africana, devido à historiografia da doença e registros que indicam sua presença em várias civilizações antigas. Monteiro (1993, p. 3) reitera que as pesquisas realizadas, todavia, indicam sua disseminação pelo mundo através "dos movimentos migratórios e guerras de conquista".

2.1.1. Origem da hanseníase

De acordo com estudos historiográficos, a doença surgiu em regiões como Índia e China, por volta de 5.000 a.C., chegando ao Japão e Indonésia. Monteiro (1993, p. 3) apresenta que "há registros que indicam a presença da lepra no Egito por volta de 3.000 a.C". De acordo com Maciel (2014, p. 29), "para Hipócrates, a lepra era a "doença fenícia", em alusão aos navegadores fenícios que teriam espalhado a moléstia pelo Mediterrâneo".

Conforme Eidt (2009), na China, há registros sobre a lepra no livro *Nei Ching Wen*, do imperador Huang Tin; no livro *Analects*, da dinastia Chou; no manuscrito *Remédios secretos completos*, de 190 a.C. Na Índia, relatos foram encontrados no *Sushruta Samhita*, de 600 a.C.; no *Vedas*, de 1.400 a.C.; nas *Leis de Manu*, de 1.300-500 a.C. Para Opromolla (1981) *apud* Eidt (2004, p. 78), "há referências de que a hanseníase existia em muitos outros lugares da Terra nesses tempos antigos, mas na verdade o que houve foram traduções errôneas de termos designando diferentes moléstias", como na Babilônia, Assíria e Grécia onde o termo utilizado para descrever a doença era 'escamoso'. Segundo Jopling e McDougall (1991) *apud* Eidt (2004), a disseminação da lepra para a Europa se deu a partir da Grécia, através de soldados, comerciantes e colonizadores, com mais prevalência entre os séculos X e XV.

Na Bíblia, a lepra é citada no livro do Levítico no livro Levítico (cap. 13, vs. 45 e 46), no Velho Testamento e em passagens do Novo Testamento, como afirma Monteiro (1993), com determinadas implicações morais: "Quem ficar leproso, apresentando quaisquer desses sintomas, usará roupas rasgadas, andará descabelado, cobrirá a parte inferior do rosto e gritará: 'Impuro! Impuro!' Enquanto tiver a doença, estará impuro. Viverá separado, fora do acampamento".

Na Idade Média, conforme Pinto (1995, p. 134), com alta incidência na Europa e Oriente Médio, "os médicos medievais consideravam a lepra simultaneamente uma doença contagiosa e hereditária, ou oriunda de uma relação sexual consumada durante a menstruação.

Maurano (1994) *apud* Eidt (2004) declaram que as representações morais da lepra fizeram com que, em 583, durante o Concílio de Lyon, a Igreja Católica estabelecesse regras de profilaxia da doença, que consistiam em medidas de isolamento do doente, na obrigatoriedade deste de usar vestimentas que o identificassem como leproso e na utilização de uma sineta para avisar os sãos de sua aproximação. Sobre essa visão que se tinha do leproso na Idade Média, Le Goff (1985, p. 322) expõe que:

> A segregação do leproso liga-se a este tipo de mentalidade que desde o período medieval viam a lepra como uma doença atrelada ao divino e ao diabólico. A exclusão dos leprosos era uma necessidade, era preciso mantê-los segregados, mas nas margens, sempre visíveis; pois dispensar os cuidados aos leprosos, dar assistência aos leprosários era uma forma de depositar neles os males que a sociedade pretendia afastar de si.

Com as prescrições sobre a lepra descritas na Bíblia e as regras estabelecidas pela Igreja Católica, Monteiro (1993) coloca que a visão de definhamento dos leprosos despertou, por muito tempo na sociedade, os sentimentos conflitantes de piedade, medo e desconfiança, capazes de moldar a forma como os indivíduos sadios percebiam e se relacionavam com os doentes de lepra.

Eidt (2014) comenta que no segundo quartel do século XIX, a lepra na Europa já estava quase que completamente erradicada e o principal motivo seria a melhoria da condição socioeconômica vivenciada pelos europeus no decorrer das Idade Média e Idade Contemporânea. Todavia, como afirma Maciel (2014, p. 76), outros autores atribuem a erradicação da doença à Peste Negra do século XIV ou à melhoria nas condições de higiene deste período, não sendo possível chegar a um consenso sobre a questão:

> A incidência de lepra na Europa, a partir do século XV, passou a apresentar um grande decréscimo. Os historiadores não estabelecem consenso em suas explicações sobre o ocorrido. Muitos afirmam que a grande crise dos séculos XIV e XV, como também a Peste Negra que assolou o mundo medieval, foi, em parte, responsável pela eliminação dos leprosos. Segundo Rosen (1994), devido à debilidade física dos leprosos, em decorrência da moléstia, eles eram facilmente vitimados pela peste e pela fome. Outros autores afirmam ter sido, provavelmente, a melhoria das condições de higiene pelas quais as sociedades passaram a partir de então.

Entretanto, nesse período, Ásia e África mantinham-se focos endêmicos, enquanto que na América iniciava-se a introdução da doença, a partir das colonizações portuguesa e espanhola e importação de escravos africanos, tornando-se a nova área endêmica mundial.

2.1.2. Origem da hanseníase no Brasil e em Goiás

O Serviço Nacional de Lepra (1960) *apud* Eidt (2004, p. 16) apontam que a hanseníase aportou no Brasil provavelmente a partir "das conquistas espanholas e portuguesas e da importação de escravos africanos". Opromolla (1981 e 2000) *apud* Eidt (2004, p. 16) revela que "os primeiros documentos que atestam a existência da hanseníase no território brasileiro datam dos primeiros anos do século XVII". Em "História da Lepra no Brasil", o Dr. Heraclides Cesar de Souza-Araújo considera a ausência da doença entre os aborígenes

brasileiros, conforme Souza-Araújo (1956), tendo como referência as observações feitas por visitantes estrangeiros que passaram pelo Brasil durante o período colonial, além de pesquisadores que aqui vieram para fazer análises etnológicas.

O Padre Manuel Nobrega foi um dos autores que primeiro escreveu sobre o território brasileiro, e seus escritos foram utilizados como base para a identificação de que não havia hanseníase entre os nativos que aqui habitavam. Manoel chegou no Brasil no dia 29 de março de 1549, motivado pelo objetivo de conhecer e aprender a língua dos nativos.

Os estudos pioneiros acerca do Brasil descreviam os nativos como saudáveis. Os primeiros relatos de hanseníase aparecem, segundo Rauseo (2016), apenas no ano de 1696, quando Artur de Sá, então governador do Rio de Janeiro, solicitou que fosse construído um leprosário no Estado. Os primeiros casos da doença, de acordo com Souza-Araújo (1956), foram possivelmente encontrados no início do processo de colonização do Brasil por parte da coroa portuguesa, como herança de pessoas vindas de Portugal, da Espanha, da Holanda e da França. O autor adverte que foram confirmados 300 casos no Rio de Janeiro; os doentes começaram a ser tratados a partir da construção do Hospital de Lázaros, no Rio de Janeiro, em 1763. A partir disso, outras diversas instituições com fins de tratamento de hanseníase foram criadas no Brasil; essas instituições não tinham, à época de sua criação, caráter curativo, visto que os estudos científicos ainda eram incipientes; elas estavam voltadas para a ideia de caridade ao "leproso".

O Hospital de Lázaros é hoje conhecido como Hospital Frei Antônio e foi, segundo Maciel e Ferreira (2014, p. 22), a primeira instituição planejada com o objetivo de isolar e cuidar dos hansenianos. Assim, já vemos indícios da ideia de isolamento logo na época dos primeiros casos. O Hospital era particular e arcava com a maioria dos gastos:

> Durante o regime imperial, tinha concessão de verba de loterias que eram repassadas pelo Estado; após a República, com a separação da Igreja e do Estado, sofreu o seu primeiro grande golpe orçamentário e uma concessão foi vetada pelo prefeito municipal em abril de 1896. Suas despesas mais expressivas eram de responsabilidade da Irmandade da Candelária, visto que era uma instituição particular, como as demais existentes.

A maioria dos hospitais entre os séculos XIX e XX eram de caráter caritativo, mantidos pela Igreja Católica. A Igreja sempre esteve envolvida no tratamento dos hansenianos. A partir de 1891, entretanto, a saúde pública passou a ser responsabilidade do Estado, pelo decreto de uma constituição do regime republicano. O Estado controlava portos e

exercia ações sanitárias, tomando todas as medidas cabíveis à proteção populacional contra o contágio da doença.

Mesmo que não tenha nascido no Brasil, o caráter isolatório já permeava os debates científicos sobre a hanseníase e foi proposto na década de 1920, quando foram criados o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a Inspetoria de Profilaxia de Doenças (destaque para a Inspetoria de Profilaxia da Lepra). Tudo isso aconteceu no contexto do movimento sanitarista, que teve início a partir de 1910, campanha onde os médicos lutavam pela tomada de consciência sobre a situação sanitária no Brasil e a proliferação de doenças. Em 1918, foi fundada a Liga Pró-Saneamento, dirigida por Belisário Penna (1868-1939). O DNSP foi criado em 1920, como resposta à demanda pública da criação de um ministério da saúde.

Em Goiás, conforme Eidt (2004), a lepra se difundiu em decorrência do desenvolvimento da agricultura, a necessidade de colonizar novas terras e, consequentemente, de mão de obra. Com isso, houve a migração de várias pessoas a diferentes regiões do país. Maurano (1944) *apud* Eidt (2004) explica que a infecção acompanhou a colonização, isto é, no caso de Goiás, os bandeirantes a trouxeram para Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás.

Segundo a historiadora Leicy Francisca da Silva (2013, p. 30), em sua tese de doutorado *Eternos órfãos da saúde - medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962)*, a hanseníase surge (nos escritos sobre o tema) por volta de 1830, com o deslocamento de pessoas portadoras da doença (também denominada "mal de Lázaro"[7]) provindas de Estados vizinhos, como Bahia e Minas Gerais, em busca da cura nas águas termais de Caldas Novas.

> [...] os primeiros a procurarem aquela fonte foram Francisco de Bastos Nerva, originário da cidade de Bomfim, em 1818, e Antonio Francisco Machado, em 1832; mas eles não apresentariam melhoras e teriam morrido em decorrência da doença. No entanto, após o uso das águas por Victorino Duarte Pinto, que se curaria da lepra e cujo exemplo teria sido seguido pelo capitão mineiro José Esteves, as águas começaram a atrair um número maior de morféticos.

Silva (2013) alude que a fama de cura das águas termais atraía uma população de leprosos provindos de outros estados, com possibilidade não apenas de trânsito desses doentes, como também de permanência na região durante o tratamento. Com isso, foram criadas instituições para tratamento de doenças infectocontagiosas, como o Leprosário da

[7] Esta denominação dada à hanseníase é devido à Bíblia Sagrada que narra a parábola de Lázaro, o leproso que tinha suas chagas lambidas por cães, a qual se conhece como o Rico e o Lázaro, relatado em Lucas 16:19-31 (Nota da autora).

Cidade de Goiás (1835), o Leprosário de Meia Ponte (Pirenópolis, 1856) e o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. As funções dos leprosários e do hospital eram de exclusão, assistência e transformação espiritual, ou seja, remediar e conter o mal naquele espaço.

Nesse sentido e, ainda segundo Silva (2013), as instituições deveriam ser organizadas a partir da higiene médica e exposta a necessidade de reforma do Hospital São Pedro de Alcântara, dos cemitérios, da constituição de uma política médica e a de outras instituições. O foco era o risco do contágio presente e, a partir daí, em fins do século XIX, a perspectiva de contágio será molde para a reorganização dessas instituições.

2.2. Estigma: o processo de degradação da identidade dentro das instituições e seu reflexo na vivência com a sociedade

A realidade que se apresenta aos hansenianos, principalmente os que vivenciaram o período do isolamento compulsório é o estigma ramificado em áreas que compõem a vida humana: no domicílio, no trabalho, nas relações afetivas e nas relações sociais. Este estigma, de acordo com Borenstein (2008, p. 4), se distingue em três:

> [...] o primeiro, estaria relacionado com as abominações do corpo – ou seja, as deformidades físicas; o segundo, relativo às culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidades, decorrentes de distúrbios mentais, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, comportamento político radical, entre outros. E finalmente, o terceiro tipo de estigma, está relacionado com às tribos, raças, nação e religião, que podem ser transmitidos através da linhagem e contaminar por igual, à todos os membros de uma mesma família.

O conceito de ‘estigma’ é trabalhado pelo autor na perspectiva sociológica de redefini-lo e classificá-lo em tipos diferentes e, ao tipificá-lo, observa-se que o hanseniano é acometido pela descrição dos três tipos apresentados pelo autor: as abominações do corpo, as culpas de caráter individual e os estigmas tribais.

No primeiro tipo – as abominações do corpo – pelo aspecto mutilante da doença, em concordância com Barreto et. al. (2013, p.15), “pelas deformidades e mudanças que impõe à aparência de seu portador, essa doença, escondida e negligenciada pela atual historiografia científica e cultural, é exemplo paradigmático da simbiose entre o biológico e o cultural”.

No segundo tipo – as culpas de caráter individual – pela construção religiosa feita sobre a doença, pois “a tradição judaico-cristã não deixou de refletir sobre saúde e doença, entrelaçadas na ordem divina e provenientes de graça ou castigo. No mundo antigo, de acordo

com Cunha (2005) *apud* Mellagi e Monteiro (2009, n.p.), a 'lepra' [...] ocupa lugar de destaque em meio às demais doenças, marcada por forte conotação de impureza física, espiritual e moral.

O terceiro tipo – os estigmas tribais – pela questão da linhagem, como explicam Prevedello e Mira (2007, n.p.) que "na era pré-microbiológica, contribuía para o fortalecimento do estigma a noção de que a hanseníase era hereditária, já que agregação familiar de casos era observada com frequência". Benelli (2014, pp. 46 e 47) afirma que:

> A angústia no tempo da reinserção parece ser produzida principalmente pela desaculturação, que pode ser entendida como a perda ou impossibilidade de adquirir os hábitos atualmente exigidos na sociedade. A recepção do ex-internado pode ser fria e o estigma pode dificultar-lhe a tarefa de arrumar um emprego ou um lugar para viver. [...] Assim, o ex-internado pode descobrir que ser livre significa passar do topo de um pequeno mundo, já familiar, para o ponto mais baixo de uma sociedade ampla, provavelmente fria, indiferente e hostil.

Ainda de acordo com o autor, essas três tipificações tendem a uma característica comum que é a relação social, pelo indivíduo possuir uma marca que exige atenção especial que o afasta de todos anulando, bem como afirma Borenstein (2008, p. 4), "a possibilidade de atenção positiva para si". Na hanseníase o estigma está intimamente vinculado às questões referentes ao corpo, isto é, a imagem apresentada pela doença é de repúdio e medo (manchas e lesões na pele e até deformidades físicas).

A palavra "estigma", ao longo da história, assumiu diferentes roupagens e perspectivas, porém existindo sempre na relação entre uma enfermidade, uma doença, e as marcas desta na identidade social dos indivíduos enfermos. Na Grécia, de acordo com Goffman (1975), a palavra "estigma" era definida como signos corporais, os quais eram utilizados para evidenciar algo de extraordinário ou negativo sobre o status moral de quem os apresentava. Esses sinais eram feitos com objetos cortantes, ou até mesmo com fogo, avisando que o portador era um escravo, servo, ou criminoso, traidor, ou uma pessoa marcada de forma negativa.

De acordo com Melo (2000) a marca do estigma representava uma advertência, um sinal para evitar certos contatos nas relações sociais, um símbolo da diferença entre indivíduos. Isso ocorria, aponta a autora, tanto no contexto particular como no contexto público, este último principalmente, pois comprometiam as relações comerciais. Carregar o estigma retirava a beleza da pessoa, era uma espécie de mancha, o que levava consequentemente à exclusão desses grupos das relações sociais e comerciais.

Posteriormente, continua Goffman (1975), durante o período de dominação cristã pela Europa, dois níveis de metáfora foram somados ao termo. O primeiro deles se referindo basicamente aos sinais corporais de graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele. De acordo com Costa e Miessa (2015), o estigma percebido de forma associada ao pensamento religioso, associam-se às chagas de Jesus. Dessa forma, sua presença não apenas comprova, segundo Goffman (1975), a "santidade" do indivíduo, como também o pertencimento a um grupo especial. O segundo faz uma alusão médica a essa referência cristã, se referindo a sinais corporais de distúrbio físico.

Goffman (1975) busca, nesse contexto, analisar o conceito de estigma para além de seu significado pontual. Tentando esclarecer as relações do estigma, o autor discute os conceitos referentes à identidade social transmitida pelos indivíduos sobre si próprios, e que contemplam elementos de sua vivência social, bem como da sociedade em que se insere. Se o termo, anteriormente, possuía um significado depreciativo, e extremamente negativo, Goffman (1975); Costa e Miessa (2015), transcendem seu significado, analisando-o dentre de uma relação, pois o atributo que estigmatiza um indivíduo, ao mesmo tempo, confirma a norma de outra, isto é, o estigma confere atributos depreciativos para aqueles que fogem de determinada norma padrão.

Costa e Miessa (2015), analisando a realidade do estigma na população em situação de rua, destaca a importância de diferenciar conceitos que, até certo ponto, se aproximam de outros termos, como preconceito, discriminação, exclusão, estereótipos, entre outros. Nesse sentido, o preconceito, por exemplo, sendo entendido como uma concepção tomada previamente a respeito de algo ou alguém, junto à discriminação, vão tomando forma, criando categorização e rotulação, no sentido de eleger um padrão ideal e excluir.

A partir disso, os autores destacam que quando o preconceito e a discriminação são socialmente instituídos e individualmente internalizados, passam a existir de forma independente dos estigmas que os possam ter originado, e com isso são naturalizados, tornando-se estáveis no imaginário coletivo e nas relações sociais. Assim, existe um preconceito sobre os estigmas, porém a existência do primeiro independe do segundo. Todavia, em ambos os casos, é possível que sejam gerados sentimentos de ódio irracional, aversão e fobia às diferenças.

Dentro do contexto da intolerância, apontam Costa e Miessa (2015, p. 116), surgem os estereótipos, que também podem ser formados em cima de determinado estigma, mas independem destes. Segundo os autores, entendendo "estereótipo" como uma forma compacta

obtida pelo processo estereotípico, uma forma de clichê que se torna um padrão, um lugar-comum, "um chavão utilizado sem que nos perguntamos sobre suas significações".

Assim, no caso dos estereótipos, seguem os autores, ao reconhecer determinadas posturas, automaticamente as pessoas que possuem tais características são agrupadas em categorias previamente definidos. Já no contexto do estigma, os estereótipos atuam como uma reafirmação e reprodução de um sistema já estipulado enquanto diferenciador de grupos determinados, o que ocorre, como vimos, de forma positiva, no caso do estigma como um signo de “santificação”, e de forma negativa, como nos casos de exclusão e de doenças. No primeiro caso, contudo, longe de ser um privilégio, esse status carrega em si obrigações e distinções, conforme destacam Costa e Miessa (2015, p. 116):

> No caso dos estigmas, trata-se de algo que o estigmatizado evoca em relação ao Outro, uma marca que ele possui e que, de alguma maneira, faz com que o outro o estigmatize. Pode-se dizer que o conjunto dessas marcas sustentaria o estereótipo e o preconceito; e que para alguém ser estigmatizado deve, de alguma forma, aceitar ocupar o lugar ao qual está sendo destinado, ver-se nele, reconhecer-se; precisa, portanto, estigmatizar-se. Nesse sentido, o estigma não passa apenas pela simples relação entre dominantes e dominados, mas por certo consentimento e aceitação desse lugar (que se não chega a significar coesão, também não é coerção).

Assim, apesar de independerem do estigma, o preconceito, a discriminação e o estereótipo são sustentados pelas marcas que evidenciam a diferença.

O estigma ramificado no domicílio se constitui no espaço reservado ao doente dentro de sua própria casa, recebendo medicamentos, roupas e alimentos, num período onde não existiam instituições hospitalares específicas que pudessem acolher os portadores da doença (até a década de 1940). Borenstein (2008, p. 5) apresenta que “as famílias costumavam construir pequenas casas, ou quartos separados, onde estes pudessem permanecer”.

Desde o século XIX já existiam instituições destinadas aos portadores de hanseníase, adequadas ao contexto da época e estabelecidas entre Estado e religião, como expõe Maciel (2014, p. 80):

> As mudanças nas instituições destinadas à lepra e a seus portadores, perpetradas no século XIX, foram feitas através das relações de poder estabelecidas entre representantes dos Estados imperialistas, das religiões de matriz judaica e cristã e os cientistas. Dessas relações, a prática de isolamento dos leprosos se adequou ao novo contexto histórico.

Percebe-se que o isolamento social sempre acompanhou os hansenianos e, com a era contemporânea, este isolamento passou do âmbito domiciliar e de hospitais e asilos religiosos para as instituições criadas por determinação do estado a tal fim, sendo que, após o término

deste período de isolamento compulsório, o estigma arraigado à condição dos doentes se ramifica no trabalho, quando a ciência avança no tratamento para a hanseníase e muitos portadores ou já curados da doença se inserem ou tentam se inserir no mercado de trabalho, tornando o estigma mais evidente ainda.

Goffman (1975, p. 31), fala que para o estigmatizado "o estabelecimento de relações ou a procura de trabalho o colocarão, amiúde, frente ao momento da verdade". Ainda de acordo com Goffman (1975, p. 33), as relações são dificultadas em qualquer tipo de estigma, particularmente nos indivíduos

> socializados numa comunidade diferente, dentro ou fora das fronteiras geográficas da sociedade normal, e que devem, portanto, aprender uma segunda maneira de ser, ou melhor, aquela que as pessoas à sua volta consideram real e válida. [...] as dificuldades que sente para estabelecer novas relações pode, aos poucos, estender-se às antigas. As pessoas com as quais ele passou a se relacionar depois do estigma podem vê-lo simplesmente como uma pessoa que tem um defeito; as amizades anteriores, à medida que estão ligadas a uma concepção do que ele foi, podem não conseguir tratá-lo, nem com um tato formal nem com uma aceitação familiar total.

Esta socialização se torna incompleta, segundo Goffman, mesmo que o indivíduo estigmatizado utilize seu prejuízo "como uma base para organizar sua vida" (p. 21). Este fato sobre a socialização remonta aos tempos bíblicos, o que contribuiu na visão discriminatória empregada às pessoas atingidas pela hanseníase. De acordo com Rocha (2012)[8], "na Bíblia, a lepra é explicada como uma maldição, que afetaria só os pecadores. Isso gerou um preconceito muito grande contra os hansenianos"[9]. Como é apresentado no livro Levítico (Cap. 13, vs. 45 e 46):

> Quem ficar leproso, apresentando quaisquer desses sintomas, usará roupas rasgadas, andará descabelado, cobrirá a parte inferior do rosto e gritará: 'Impuro! Impuro!' Enquanto tiver a doença, estará impuro. Viverá separado, fora do acampamento.

As comparações ou interpretações feitas até hoje entre "lepra" e "pecado" são constantes e alimentam a visão de que a hanseníase é um sinal de pecado; reflexos de uma postura conservadora que é muito vigente no Brasil. Postura esta ancorada na ideia de uma ordem moral duradoura e transcendente baseada na doutrina cristã que tem na religião a sua

[8] Disponível em: <https://istoe.com.br/237935_OS+FILHOS+DO+PRECONCEITO/> Acesso em 20 set. 2022.
[9] Relato de Thiago Flores, pesquisador da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC- MG), é filho adotivo de pais portadores de hanseníase. Disponível em https://istoe.com.br/237935_OS+FILHOS+DO+PRECONCEITO/. Acesso em 20 out. 2022.

base, onde a sociedade deve acatar o código moral e a estrutura social tradicionais. Esse conservadorismo[10], de acordo com Souza (2016, p. 364),

> tanto clássico, quanto contemporâneo, renuncia aos modernos ideais de democracia e justiça social, tomando-os como niveladores sociais. Ou seja, utópicos desejos meramente subjetivos de igualdade. Tais utopias seriam inaceitáveis sob o ponto de vista conservador, uma vez que a desigualdade social seria natural e positivamente constituída.

Edmund Burke (2014) *apud* Souza (2016, p. 364), protestante e fundador do conservadorismo, em sua obra *Reflexões* preceitua que

> aqueles que tentam nivelar nunca igualam. Em todas as sociedades, consistindo em várias categorias de cidadãos, é preciso que alguma delas predomine. Os niveladores, portanto, somente alteram e pervertem a ordem natural das coisas, sobrecarregando o edifício social ao suspender o que a solidez da estrutura requer seja posto no chão.

Essa concepção permeia a política do isolamento compulsório que segregou e separou do convívio social e até de seus filhos e familiares os portadores de hanseníase durante mais de 60 anos no Brasil.

2.2.1. O isolamento compulsório

O isolamento compulsório no Brasil foi uma medida política de controle da doença que previa, a partir do Código Sanitarista de 1918 e segundo Postigo (2008, p. 37), "a notificação compulsória das doenças, o isolamento de seus portadores, a desinfecção das casas e a vigilância médica da cidade". De acordo com Gorgulho (2013, p.2), essa "ação intransigente foi justificada em nome do *bem comum*[11], o que contribuiu para uma reafirmação do estigma medieval da *lepra*". O fim desta política se deu com o Decreto número 968, de 1962, mas continuou a ser praticado e, de acordo com Pinto Neto et al. (2000, p. 169), "conjugou medidas de controle e intervenção social como as de assistência e fixou regras para a vigilância dos enfermos não internados".

O isolamento compulsório institucionalizado teve início no Brasil a partir do ano de 1924, quando o governo, a fim de controlar a hanseníase, deu início a uma série de propostas

[10] Ideologia política e social que defende a manutenção das instituições sociais tradicionais no contexto da cultura e da civilização. (Nota da autora).
[11] Grifos de Gorgulho (2013).

estratégicas e práticas isolatórias que se estenderam até 1986, como explica Maciel (2014, p. 66):

> O isolamento dos hansenianos foi institucionalizado inicialmente com os judeus antigos ao criarem o "vale dos leprosos" descrito na Bíblia, que sobreviveu à Idade Média e à Época Moderna, sob a forma dos leprosários e lazaretos instituídos pela Igreja Católica, transformados em sanatórios e hospitais no século XIX e, finalmente, em colônias e preventórios, no século XX sob os auspícios da medicina moderna.

Os indivíduos portadores de hanseníase foram retirados do convívio público, sob a alegação de que a presença deles ameaçava a saúde da sociedade. Muitos desses indivíduos foram capturados em suas próprias casas, tendo seus lares queimados. Alguns desses portadores de hanseníase eram denunciados por seus próprios vizinhos e condenados ao isolamento. Percebe-se, assim, que esses indivíduos eram vitimados por um preconceito que atingia todos os setores e classes, e viviam como que segregados, estando vulneráveis a diversos tipos de constrangimentos e ofensas.

Não é difícil associar a situação dos hansenianos no Brasil, no período do isolamento compulsório, ao que acontecia com os judeus durante o nazismo, já que os guetos judeus também reforçavam a integração interior que o isolamento propunha em relação ao convívio com o mundo exterior. Sobre essa questão, Wacquant (2008, p. 79) alega a importância de se distinguir "nesse momento inaugural, os quatro elementos constitutivos do gueto, isto é, o estigma, a coerção, o confinamento espacial e o encapsulamento institucional".

O gueto judeu permitiu experiências que o revelaram como um espaço de múltiplas manifestações culturais e de formas de vida, distanciando, desta forma, a ideia de que eram instituições totais, visto que se configuravam substancialmente como locais de resistência. Goffman (2008, p. 11) define instituição total "como um local de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período considerável de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada".

As segregações produzem formas específicas de vida social permeadas por sentimentos como o medo e a desesperança, bem como desconfiguração identitária e necessidade de enfrentamento da privação de liberdade. Perde-se a noção de quem se é; o antigo ser dá lugar a um novo sujeito, agora preso, privado do convívio com o mundo à sua volta e dominado por um sentimento de revolta ou, muitas vezes, resignação. Importante

frisar que, para a sociedade, é importante conservar a imagem do indivíduo estigmatizado para manutenção simbólica do controle social.

Para Saraceno (1999), a ideia do isolamento como método eficiente de prevenção social perde força ao se considerar que não implica num tratamento eficiente para os portadores da doença, já que a preocupação é, em teoria, evitar que ela se dissemine. O autor aponta que não se pode falar, por exemplo, em reabilitação em psiquiatria sem ter em mente a necessidade do hospital psiquiátrico; da mesma forma, é impossível considerar uma única cultura inerente aos hansenianos que foram isolados, até porque suas práticas envolvem singularidades que perpassam as paredes e os muros das colônias, locais para onde os doentes eram levados.

Essas colônias, assim como os guetos judeus, também eram palco de estigmas, de coerção, de confinamento e de encapsulamento institucional, e, consequentemente, também implicavam em produções e deslocamentos de identidades, negando-se, inclusive, como instituições totais, da mesma forma que acontece com os referidos guetos, e considerando as sociabilidades a elas pertencentes.

2.2.2. As relações sociais dentro das colônias de isolamento

Um ponto importante a ser analisado é a forma como aconteciam às interações sociais dentro dessas colônias; é claro que salvaguardadas as peculiaridades de cada uma. Entretanto, pode-se produzir uma análise reflexiva sobre tais relações tendo como pista e ponto de partida as configurações ofertadas por interações produzidas “dentro” e “fora” de uma colônia de isolamento.

Essa análise traz consigo estudos sobre sociabilidade; tais estudos foram sendo desenvolvidos ao longo da construção e modelagem das ciências sociais, principalmente a sociologia, e em face de questões advindas da dualidade entre a sociedade industrial e o mundo rural. Entretanto, não é intuito desta monografia a configuração destes estudos, mesmo que os mesmos sirvam para as devidas observações aqui realizadas.

As colônias de isolamento foram cenário de múltiplas e peculiares relações entre membros e famílias no todo, e, em alguns casos, como na ex-colônia Tavares de Macedo, localizada na cidade de Itaberaí, estado de Goiás, e estudada por Cavalieri e Costa (2011), parecem apagar indícios (se existem) sobre o amparo do meio externo. Assim, a discriminação ocorrida ao longo dos séculos confinou os hansenianos em espaços separados, percepção esta que se impõe, salta aos olhos de quem analisa a história mais a fundo.

Os hansenianos eram considerados “estabelecidos” ou “leprosos”: um caso à parte na sociedade. Isso dificultava (ou impedia) suas interações com outras pessoas, não-portadores da doença, e os transformava quase que numa outra espécie, talvez os humanos hansenianos; uma espécie que deveria ser mantida bem longe do convívio social.

Não recebendo apoio de quem estava do lado de fora e impossibilitados de trabalharem, grande parte desses indivíduos acabaram morrendo não pelo mal da hanseníase em si, mas por inanição, falta de condições adequadas de sobrevivência, o que se aliava ao não tratamento da doença. Dessa forma, pesquisas que se disponham a analisar o número de mortos por hanseníase durante o período do isolamento compulsório devem levar em conta que nem sempre a doença era a causa responsável pelo óbito.

Mesmo sendo isolados, os hansenianos recebiam o mesmo tratamento dado aos homens e mulheres considerados “loucos”. Estes, ao contrário dos primeiros, não podiam exercer, por exemplo, o direito ao voto. De acordo com Cavaliere e Costa (2011, pp. 500 e 501), isso mostra uma contradição: os portadores da doença não podem viver em comunidade, mas constituem um importante corpo eleitoral a ser conquistado.

A Lei 4.737, de 15 de julho de 1965 que institui o Código Eleitoral, em seu artigo 136 diz que “deverão ser instaladas seções nas vilas e povoados, assim como nos estabelecimentos de internação coletiva, inclusive para cegos e nos leprosários onde haja, pelo menos, 50 (cinqüenta) eleitores”[12]. Isso mostra que os hansenianos nos isolamentos compulsórios tinham a obrigatoriedade de votar nas eleições.

A prerrogativa política, de certa forma, os valorizava, e até mesmo renovava o clima de esperanças de um futuro melhor, como preconiza Cavalieri e Costa (2011, p. 499), e de “melhorias do lugar também sob contingências científicas que avançam, atenuando a percepção da contagiosidade da ‘lepra’ e mesmo admitindo sua cura, reduzindo, com o passar do tempo, o medo dos riscos de contaminação da coletividade maior”.

Mesmo essa redução do medo de contaminação não contribuiu para que os hansenianos recebessem melhor tratamento ou deixassem de estar isolados; o máximo avanço que ocorreu foi que alguns políticos passaram a visitar as colônias, embebidos em promessas e propagandas e patrocinando associações, tais como clubes, torneios e times de futebol, circunstâncias estas que devem ser examinadas com cautela.

O estudo feito por Cavalieri e Costa (2011) traz o caso de dona Eugênia, que viveu 37 anos em regime de isolamento, em uma casa que ficava no interior da colônia Tavares de

[12] Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4737.htm> Acesso em 25 out. 2022.

Macedo; nos últimos três anos de reclusão, ela foi contemplada com a possibilidade de morar em um pavilhão a fim de conseguir realizar as tarefas domésticas e medicar-se adequadamente. Isso a colocou em contato com o mundo exterior novamente. Cavalieri e Costa (2011, p. 503) contam em entrevista que dona Eugênia relembrou a época em que viveu no leprosário de São Cristóvão:

> [...] fui internada no hospital [leprosário] de São Cristóvão, morei lá quatro anos. Foi onde conheci um solteirão e me casei com ele. Lá fizeram uma festa muito bonita e nós caímos na dança. Foi muito bom. Viemos pra essa colônia aqui porque lá não podia ficar casado.

Através destas palavras, percebe-se a forma curiosa como Dona Eugênia se refere ao leprosário: hospital. Mesmo tendo sido privada de sua liberdade e do convívio social, ela não deixou de enxergar a instituição como um lugar de cuidados. Ainda assim, a hanseníase deixou marcas não somente físicas, mas também psicológicas, nela e em todos os demais portadores.

A segregação social vitimou milhares de hansenianos durante décadas, obrigando-os a se distanciar mesmo dos familiares mais próximos. Essa é a parte escura e pouco conhecida da história da hanseníase no Brasil, e parece ainda ter vestígios, visto que, mesmo com os avanços tecnológicos e a ascensão de inúmeras pesquisas científicas no ramo, o preconceito ainda é sentido em muitos casos. Por conta do preconceito e da ideia de afastamento, inúmeros leprosários foram construídos até o início do século XX, onde os doentes, principalmente nas regiões mais afastadas do país, viviam em condições desumanas.

A figura 33 mostra uma imagem de um senhor portador da hanseníase em cima de um cavalo, que era o meio de transporte utilizado por eles para pedirem ajuda nos domicílios de Anápolis. A foto é do ano de 1940 e demonstra a dificuldade que essas pessoas passavam para sobreviver.

Figura 33 – Hanseniano na avenida Goiás, em Anápolis, em 1940

Fonte: Arquivos do MORHAN.

A ideia da construção dos leprosários surgiu fundamentalmente da necessidade de se preservar a "limpeza"; na cidade de São Paulo. Rauseo (2016, p. 29) fala que o objetivo era "manter a imagem de uma metrópole higienizada e moderna". E, de acordo com o autor, os leprosários das cidades paulistas eram mantidos pelo governo estadual, num projeto concomitante às reformas urbanistas do século XX, quando aconteceram vários deslocamentos da população brasileira e de imigrantes rumo às metrópoles.

2.3. Obstáculos para a construção do abrigo: instituições religiosas na dialética da assistência social

Ao se tratar do processo de construção de abrigos e leprosários, é possível observar a quantidade de instituições de caráter religioso que trabalham junto a esse público, em instituições de apoio e recolhimento de indivíduos com hanseníase. Todavia, longe de ser um mero aparato de caridade empreendida pelas igrejas, esse processo se insere em uma relação dialética entre assistência social e interferência impositiva. Assim, se por um lado há o auxílio, a redenção destes indivíduos, por outro, acompanhando este auxílio, estão as interferências e imposições de caráter doutrinário, de acordo com a religião professada pela instituição.

A dialética se faz presente não somente sob esta ótica, mas também no que tange à relação entre a visão romantizada perpetuada pelas instituições religiosas, de amor e doação ao próximo e o estigma, historicamente praticado e reproduzidos pelas igrejas, e que construíram um palco de adversidades aos portadores de doenças que levam ao isolamento. Dessa maneira, valores preconceituosos e discriminatórios são velados pelas práticas de “boas ações”, e pelo discurso de amor ao próximo.

Feliciano (2008), acerca do imaginário religioso voltado para o estigma da hanseníase, destaca que o envolvimento da doença com "fraquezas" humanas, gera o desejo daqueles que se julgam como "não pecadores" de tentarem libertar os pecadores de seu fardo, surgindo assim as ações filantrópicas. A prática da filantropia no Brasil, como em diversas partes do globo, está intimamente ligada à Igreja Católica desde o período colonial, no qual sociedades religiosas fundaram organizações voluntárias, como hospitais, asilos e orfanatos. Um bom exemplo são as Santas Casas, que representam parte da história da filantropia, e que até os dias atuais exercem uma grande representatividade na saúde pública, como destaca Feliciano (2008, p. 41):

> O envolvimento das Santas Casas no problema da lepra no Brasil se deu com sua expansão, provavelmente impulsionados pelo sentimento de caridade e solidariedade humanas, ou seja, de forma empírica e filantrópica, tratam-se dos antecedentes ao sistema de saúde no Brasil onde havia apenas o assistencialismo à saúde prestado pelas Santas Casas, o estado não possuía serviços ambulatoriais permanentes. Segundo a CMB (Confederação das Misericórdias Brasileiras): “Não há ninguém que estude a história do Brasil ou que esteja ligado à área da saúde que não tenha notícia do papel secular das Santas Casas, hospitais beneficentes e filantrópicos. Em nosso país, as Santas Casas surgiram logo após seu descobrimento, precedendo a própria organização jurídica do estado brasileiro. Brás Cubas, em 1543, fundou a primeira delas em Santos, São Paulo.” Foi o primeiro hospital do Brasil, onde, segundo informações do Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo (CRESS), este é considerado o primeiro local onde se praticou assistência social no país.

As instituições, sejam elas religiosas ou não, que atendem ao público da hanseníase, são classificadas, como destacado anteriormente, enquanto instituições totais. O básico dessas instituições, conforme Goffman (2008) destaca, é o controle de diversas necessidades humanas, desde as físicas e mentais, às emocionais e espirituais, por uma organização burocrática, e por vezes dogmática e, a partir disso, ocorrem determinadas consequências significativas aos indivíduos. Goffman (2008, p. 18) fala que:

> Quando as pessoas se movimentam em conjuntos, podem ser supervisionadas por um pessoal, cuja atividade principal não é orientação ou inspeção periódica (tal como ocorre em muitas relações empregador-empregado), mas vigilância – fazer

> com que todos façam o que foi claramente indicado como exigido, sob condições em que a infração de uma pessoa tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada dos outros. Aqui, não importa discutir o que é que vem em primeiro lugar – se os grandes grupos de pessoas controladas ou o pequeno grupo dirigente; o fato é que um é feito para o outro.

Goffman (2008), agrupa, grosso modo, as instituições totais em cinco agrupamentos principais. Em primeiro lugar, os estabelecimentos criados para atender pessoas consideradas incapazes e inofensivas, como deficientes visuais, idosos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, instituições cuja finalidade é o cuidado de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas, ao mesmo tempo em que são também uma ameaça à comunidade, embora de forma não-intencional, tais como: sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e abrigos para leprosários. Em terceiro lugar, aqueles que de forma intencional são passíveis de prejudicar a comunidade, inserindo, portanto, instituições como presídios e campos de concentração. Em quarto lugar, as instituições que realizam determinado trabalho de forma específica, como quartéis e escolas internas, e, por último, aquelas instituições que buscam um refúgio do mundo, como conventos e mosteiros.

Sendo assim, de forma geral, as instituições totais são aquelas que de certo modo promovem um isolamento da comunidade social. Não é difícil, nesse sentido, visualizar os aspectos que surgem como obstáculos para a construção de novas instituições, sobretudo aquelas de caráter de tratamento de doenças contagiosas, como no caso da hanseníase. É importante destacar que a inserção nessas instituições totais representa alguns entraves ao paciente, tornando-se obstáculos à sua vivência regular dentro da instituição.

De acordo com Goffman (2008), acerca dos cotidianos que são interrompidos e alterados com o processo de inserção nessas instituições, uma disposição básica dos indivíduos da sociedade contemporânea é que estes tendem a dormir, brincar e trabalhar em diferentes espaços, com diferentes coparticipantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. As instituições totais representam, essencialmente, a quebra das barreiras que separam essas três esferas da vida. Goffman (2008, pp. 17 e 18) apresenta que:

> Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.

A partir disso, pode-se elencar que os obstáculos à construção de abrigos recaem, simultaneamente, na questão da saúde e no amparo desta a nível social, onde, sobretudo na dialética com a religiosidade das instituições, muitas vezes o fator dogmático possui maior relevância que o social ou o de saúde e, no indivíduo propriamente dito, que tem sua vida remodelada e vê sua identidade pessoal se transfigurar e mesclar à identidade social, onde o estigma torna-se a principal característica particular destes indivíduos.

Os internos das instituições totais são afetados pelo processo de desaculturação que agrava seu contato com o mundo exterior. Ao sair da internação, seu universo está envolto à estranheza de perda cultural imposta dentro da instituição e ao estigma fora dela, mas que se inicia em seu interior. Associados, desaculturação e estigma dificultam a socialização, pois o primeiro causa o estigma do interno consigo mesmo, enquanto o segundo causa o estigma da sociedade em relação a ele. Um favorece o outro, ocasionando a degradação deste indivíduo em seu universo particular e social.

Esta degradação é historicamente construída a partir das questões morais que envolvem o universo religioso. As Escrituras Sagradas demonstram essa construção ao pronunciar no livro Levítico, capítulo 13, versículos de 9 a 11, que:

> Quando alguém suspeito de lepra for trazido ao sacerdote, este verá se há um inchaço branco na pele, se o pelo naquele sítio se tornou branco e se aparece carne viva. Se estes sintomas se confirmarem, é sem dúvida um caso declarado de lepra. O sacerdote deverá declará-lo impuro. Essa pessoa não ficará de quarentena para observação posterior, porque está diagnosticado definitivamente o mal.

Susan Sontag (1978) expõe que o sofrimento degradante que os indivíduos enfermos passam não é o mero resultado do diagnóstico de uma doença, e sim uma metáfora das relações históricas, sociais e culturais da sociedade. Sontag analisa o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) como um rompimento da visão social do enfermo como paciente e vítima, que, de acordo com ela, é o processo de qualquer doença até então. Corroborando com Sontag, Polak (1990) *apud* Aguiar Jr. (2016, p. 5), analisa que a AIDS é "carregada de mitos, estigmas e por sua vez estes reforçam preconceitos que afastam a sociedade do doente, fazendo surgir uma nova relação e dinâmica entre a doença e o paciente que agora além de doente, passa a ser considerado culpado".

Todavia, contrapondo-se à Sontag, a hanseníase também carrega o estigma de culpa, como a impureza do indivíduo em relação ao pecado, visão religiosa difundida, conforme já explanado. Em um contexto contemporâneo, pode ser que esta visão do 'leproso' não seja

explicitada, mas a carga cultural religiosa em torno da doença ainda é um dos suportes do estigma em relação aos hansenianos.

Tronca (2000, p. 79) chama atenção acerca de relatos e narrativas sobre a doença, sobretudo lepra e AIDS, para a geografia da enfermidade. O isolamento que recai sobre os enfermos de doenças contagiadas por determinado estigma é social, porém ocorre no espaço geográfico. “É mais ou menos claro que necessitamos localizar a origem de uma doença sempre distante de nós mesmos, num espaço de fantasia em que possamos isolar nosso medo, que nos dê a segurança (...)”.

O autor traz diversos exemplos de elementos e narrativas que permeiam os estereótipos e estigma das doenças, as fantasias e ilusões que são alimentadas e reproduzidas de forma pitoresca, sublime e bizarra: a sífilis no final do século XV como uma influência “maléfica” do zodíaco; posteriormente, passou a ser associada às navegações europeias e ao processo de colonização da América. Ainda em Tronca (2000, p. 79), o autor diz que “ela se tornou, também, o símbolo do castigo aplicado a uma sociedade que transgredira os limites impostos por Deus à missão do homem, a praga divina pelo colapso do rígido sistema feudal, pelo nascimento do capitalismo e pela ambição de expandir o mundo (...)”. Durante o século XIX, surge uma nova narrativa apontando a origem da sífilis no continente africano, que posteriormente também vai ser atrelada à disseminação da AIDS, bem como os chineses e demais orientais pela disseminação da lepra. Sobre isso, Tronca (2000, p. 79) apresenta:

> No entanto, seria ilusório supor que a causação alegórica se esgote na merca explicação de temas sociopolíticos, em que as explicações sobre a origem e a difusão da doença se adaptem segundo a simples e transparente mudança das constelações históricas. Acredito que a alegoria só cumpre seu papel imanente de dissolvente do tempo histórico tradicional ao valer-se de elementos estéticos fundamentais, designando o *locus*, o lugar físico da doença, mediante narrativas em que se mesclam o pitoresco, o sublime e o bizarro. São tais elementos que permitem ao imaginário coletivo projetar-se em representações que criam e recriam a própria ideia de doença.

Esse imaginário reproduz a identidade estereotipada que recai sobre os portadores de estigmas como o da aids e da lepra. Observam-se nessas narrativas e discursos ao longo da história a presença de elementos legitimadores da exclusão, da discriminação e do isolamento desses indivíduos pautados em valores religiosos cristãos. Nesse contexto, o Tronca (2000) apresenta e discute algumas narrativas que empregam esses elementos alegóricos para relatar determinada realidade, dentre as quais, destaca-se a narrativa de um conto de Jack London, que retrata um grupo de leprosos no arquipélago do Havaí.

O autor retrata um contexto histórico real do século XIX, no qual os leprosos havaianos tiveram sua situação agravada pelo neocolonialismo, e o estigma da lepra se somou a uma interferência colonial e geopolítica. Segundo Maciel (2017), as práticas de isolamento e exclusão no arquipélago do Havaí ocorreram de modo similar aos contextos da Antiguidade e da Idade Média, porém com maior ênfase nas teorias pseudocientíficas. Os doentes de lepra, e até mesmo os suspeitos de estarem com a doença, eram transferidos para a ilha de Molokai, deixados à própria sorte. O conto de Jack London, de acordo com London (1908) *apud* Tronca (2000, p. 80) retrata esse contexto, porém exagera na representação pitoresca e bizarra:

> Koolau fez uma pausa. Erguei a mão e, com dedos mutilados e contraídos, levantou a grinalda flamejante de hibiscos que coroava seus negros cabelos. A luz da lua banhava de prata a cena. Era uma noite tranquila, embora os que estavam sentados em torno dele **parecessem sobreviventes de uma encarniçada batalha**. Seus rostos eram leoninos. Aqui se abria um vazio onde antes existira um nariz, e ali surgia um punho no lugar de uma mão. Eram homens e mulheres, trinta ao todo, **desterrados porque carregavam consigo a marca da besta.**
> Estavam sentados, adornados com grinaldas de flores, no meio da noite perfumada e luminosa. Seus lábios articulavam sons ásperos, e as gargantas aprovavam com grunhidos toscos as palavras de Koolau. **Eram criaturas que uma vez haviam sido homens e mulheres, mas tinham deixado de sê-lo. Eram monstros, caricaturas grotescas, no rosto e no corpo, de tudo o que caracteriza o ser humano. Horrivelmente mutilados e disformes, pareciam seres torturados no inferno ao longo de milênios. As mãos, se as tinham, eram garras de harpias. Os rostos eram anomalias, erros, formas machucadas e esmagadas por um deus furioso encarregado da maquinaria da vida**.[13]

Nesse relato é possível observar os elementos exagerados, grotescos, bem como os valores religiosos empregados para dar corpo ao preconceito. Os trechos em destaque evidenciam a reprodução do estereótipo, do estigma, da diferença e da exclusão. O indivíduo com lepra é representado de forma totalmente pejorativa, aproximando sua imagem à de um monstro, que outrora fora humano, mas que não é mais. Essas "criaturas", que carregam a "marca da besta", tiveram sua identidade histórica condicionada por tal perspectiva, o que, trazido para o presente, é um dos principais impasses para os hansenianos, bem como para a construção de centros e abrigos coerentes com essa realidade, e que não reduzem a identidade individual destes ao estigma.

O vínculo da lepra com instituições religiosas é um fenômeno antigo em Goiás. De acordo com Silva (2014), principalmente nas primeiras décadas do século XX, a lepra apesar de permear o espaço da saúde pública, sua prática esteve profundamente vinculada às instituições religiosas. Não é um fenômeno isolado. Ao longo da História do Brasil as

[13] Grifo da autora.

instituições religiosas, inicialmente exclusivamente católicas, sempre interferiram em diversas esferas da vida política e social.

Seu poder de influência ainda significativo é resultado da herança de sua construção ao longo do Período Colonial, e mesmo com certas rupturas entre Estado e Igreja, seu papel na colonização e formação do Brasil, permitiram sua manutenção como um agente de influência sobre a sociedade e política nacional, fazendo com que valores discriminatórios perpetuassem por diversas fases da história do país.

Havendo, portanto, tal poder de influência da Igreja sobre a sociedade, os assuntos relacionados à saúde pública serão fortemente influenciados por ideais religiosos. Com a lepra não foi e ainda não é diferente, tendo em vista os vínculos dos leprosários com instituições religiosas e o papel da espiritualidade (fé) dos indivíduos com hanseníase para o tratamento.

Silva (2014, p. 6) coloca que "era principalmente por iniciativa religiosa, que se faziam os cuidados para com os leprosos; em decorrência da incurabilidade da doença, pouco além do cuidado material e espiritual para a sobrevivência podia ser feito". Nas primeiras décadas do século passado, as quais se refere a autora, o tratamento era basicamente paliativo no sentido de amenizar as dores e as consequências da doença, unindo os cuidados materiais com os cuidados espirituais.

A partir de meados da década de 1920, emergem no país discursos pautados na medicina moderna e por novas políticas sanitárias, que postulam uma nova estratégia de contenção da disseminação da doença com o "hospital-colônia", institucionalizando (a partir da esfera sanitária e política, e não mais somente da religiosa) dessa forma não apenas o isolamento da doença, mas também a exclusão do doente, do indivíduo, cuja identidade individual é forçada a se tornar apenas uma parte do mosaico da identidade social deste grupo.

A partir disso, por meio da política sanitária, reproduz-se o estereótipo do “leproso”, “contagioso”, um risco, mesmo que involuntário, à saúde pública. Para Maciel (2017, p. 279), esse processo ocorreu de forma lenta e gradual, e não por meio de rupturas e transformações radicais, “o que as assinalam como sendo mudanças institucionais, de caráter incremental”.

A identidade pessoal desses indivíduos, a partir do momento em que se encontram, dissolve-se na identidade social, ou seja, suas vidas individuais passam a ser entrelaçadas pelos papeis sociais que desempenham coletivamente na construção do abrigo, pois, de acordo com Goffman (1975, pp. 72 e 73):

> Quer a linha biográfica de um indivíduo esteja registrada nas mentes de seus amigos íntimos ou nos arquivos de pessoal de uma organização, e quer ele porte a documentação sobre sua identidade pessoal ou esta documentação esteja armazenada

> em arquivos, ele é uma entidade sobre a qual se pode estruturar uma história – há um caderno a sua espera pronto para ser preenchido. Ele é, certamente, um objeto para biografia.

O processo de institucionalização, pensando a partir dos relatos analisados por Tronca (2000), pode ser observada enquanto uma laicização das antigas alegorias cristãs. Nestas, a ideia de pecado era o principal elemento condicionante do estigma, que acarretava a classificação do infrator (enfermo) como castigo celestial. Conforme Tronca (2000, p. 81) relata: “em Koolau, esse elemento casual da alegoria cristã é substituído pela crueldade dos homens, da sociedade, em relação ao doente, numa espécie de movimento inverso”. Decorrente disso, aponta o autor, haveria uma sutil mudança do sentimento de pecado individual, com referência em um “deus transcendente”, pela ideia de justiça social, uma falta contra a liberdade que acaba por se equalizar com a ideia de pecado, ou seja, a laicização da visão cristã.

Nesse sentido, como discutido anteriormente, o estigma assume diferentes aspectos no decorrer do tempo, mantendo sua natureza penosa e seletiva no sentido excludente de um seleto grupo de indivíduos. De acordo com Maciel (2017), o isolamento dos indivíduos com hanseníase foi institucionalizado inicialmente com os judeus antigos. Estes criaram o “vale dos leprosos”, como descrito em versos bíblicos, que sobreviveu ao longo do período medieval e moderno na forma de leprosários vinculados à Igreja Católica, e, posteriormente, na forma de colônias e preventórios a partir da ótica da medicina moderna.

Como apontam Costa e Miessa (2015), diversas mudanças ocorreram no percurso do estigma, levando a alterações em suas descrições, assim como nas categorias e esferas que o envolve e, por conseguinte, no processo de estigmatização. A partir disso, é possível afirmar, coadunando com Costa e Miessa (2015, p. 119), que a "prática, a compreensão e a percepção de estigma são variáveis de acordo com a historicidade.

O que se mantém, em diferentes níveis, é o peso do estigma sobre aquele que o carrega. Como uma “marca de Caim”, persegue incansavelmente esses indivíduos, refletindo diretamente sobre os espaços em que vivem, os quais também recebem esse estigma no caso da hanseníase, sobre suas dificuldades de acesso a direitos básicos, como saúde, educação e moradia de qualidade, e na forma como esses indivíduos são enxergados pelos demais da sociedade.

Quando se fala em “integrar” tais grupos na sociedade, novamente evidencia-se sua exclusão, imposta como inerte a sua realidade, como se estes não pertencessem à sociedade. Pelo contrário, são justamente os grupos excluídos e desfavorecidos que evidenciam mais

puramente o cerne predatório da sociedade capitalista. Aqui, os fatores históricos de exclusão dos hansenianos são apropriados pelo capitalismo, se somando aos fatores socioeconômicos de dominação e segregação. Assim, trazer tais grupos para o centro do debate científico e acadêmico é de suma importância para evidenciar seu papel e configuração na sociedade atual, e poder mensurar a níveis cultura, político, social e econômico a segregação provocada pelo estigma da hanseníase. Como forma de contribuir para essa análise, o próximo capítulo traz o contexto histórico até a construção do abrigo analisado, fornecendo subsídios teóricos e temporais para a compreensão da segregação desses grupos no espaço urbano anapolino.

3. DESDOBRAMENTOS HISTÓRICOS ATÉ A CONSTRUÇÃO DO ABRIGO SÃO FRANCISCO

A descoberta da hanseníase, reconhecida pela comunidade científica e pelas áreas de conhecimento afins, se deu a partir dos estudos e evidências do bacilo *Mycobacterium Leprae*, ocorrido em 1874, do médico norueguês, Dr. Gerhard Henrick Armauer Hansen, e o nome da doença dado em sua homenagem. Segundo Maciel (2014, pp. 107 e 108):

> Em 1967, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo adotou uma técnica de educação em relação à lepra, baseada na mudança de terminologia para hanseníase. [...]. Em 1976, o Ministério da Saúde adotou a mesma medida com a finalidade de promover a reintegração social do paciente, proscrevendo o termo lepra e seus derivados dos documentos oficiais do Ministério, substituindo-o por hanseníase. [...]. A mudança de terminologia, entretanto, tornou-se obrigatória somente no ano de 1995, com a lei n.9.010/1995.

A justificativa da mudança da terminologia é fundamentada pelo estigma associado à palavra ‘lepra’ e que carrega concepções pejorativas sobre a doença. Neste trabalho, optou-se preferencialmente pela utilização do termo ‘hanseníase’ em sua redação, sendo utilizada a terminologia ‘lepra’ em citações apenas.

De acordo com Claro (1995), a hanseníase é uma enfermidade infecciosa e crônica que atinge pessoas de todas as idades, possui evolução prolongada e grande potencial incapacitante, atingindo principalmente as camadas mais pobres da população e apresentando endemicidade[14] em todas as macrorregiões brasileiras.

A história da hanseníase[15] é marcada pela rejeição, superstição e intolerância, por seu aspecto mutilante e contagioso e pelos fatores sociais que, desde tempos remotos, ocasionaram a exclusão do doente na sociedade. Na memória social, Carvalho (2015, p. 542) apresenta que a doença sempre foi vinculada à ideia de sujeira e de pecado, onde o “leproso era aquele indivíduo com o qual não se desejava relacionar, nem mesmo entre pais e filhos; era um genuíno “indesejável” na sociedade”.

Assim, bem como Carvalho (2015) explana, ocultar a doença sempre foi um ato comum, devido ao preconceito e ignorância existentes até hoje, levando inclusive à recusa de se submeter ao tratamento médico, evidenciando que, principalmente por ser uma enfermidade curável em todas as suas formas, o maior problema em torno da hanseníase se

[14] Caráter ou qualidade de endêmico, do que está relacionado com doença infecciosa que afeta uma certa população (Disponível em: https://www.dicio.com.br/endemicidade/. Acesso em 29 ago. 2021).
[15] Neste trabalho será utilizado o nome hanseníase, exceto em citações ou em referências à Antiguidade. (Nota da autora).

encontra mais no âmbito social do que no médico, porquanto o processo saúde-doença está absolutamente impregnado pelos fatores sociais e culturais.

Historicamente conhecida, desde os tempos bíblicos, a hanseníase, de acordo com Jopling e McDougall (1991) e Brasil (1989) *apud* Eidt (2004), "parece ser uma das mais antigas doenças que acometem o homem e acredita-se que seja originária da Ásia". Conforme Eidt (2004), há referências da doença no Egito, por volta de 4.000 a.C.; na China, encontrada no livro *Analects*, datado da época da dinastia Chou, por volta de 600 a.C.; no Vedas (1.400 a.C.); na Bíblia Sagrada (como nos capítulos 13 e 14 do Levítico); na Grécia (150 a.C.), a doença já era bem conhecida; e durante a Idade Média, a hanseníase teve alta incidência na Europa e Oriente Médio.

Segundo Maurano (1944) *apud* Eidt (2004), na Europa do século XIII existiam quase 20.000 leprosários (ou lazaretos), sendo que, a partir do século XVII até o século XIX, a endemia começa a declinar neste continente, provavelmente pelas melhores condições socioeconômicas vivenciadas pelos europeus nas épocas Moderna e Contemporânea.

Atualmente, segundo dados da Agência Brasil (2021), são detectados uma média de 200 mil casos por ano da doença no mundo, sendo o Brasil o segundo país com maior número de casos novos, configurando em desafio a eliminação da hanseníase para os governos dos países mais acometidos, como o Brasil, a Índia e alguns países da África e Ásia. O cenário da doença nesses países evidencia a estreita relação existente entre a hanseníase e as condições socioeconômicas.

3.1. Hanseníase: uma doença endêmica

Os estudos sobre as doenças vêm ganhando um espaço maior no campo das Ciências Humanas, revelando um interesse em conhecer os processos de surgimento e evolução de endemias, epidemias e pandemias que afligiram populações no desenrolar da história da humanidade. As palavras 'endemia', 'epidemia' e 'pandemia' são parecidas em sua grafia, mas diferentes em teor e, frequentemente, causam dúvidas quanto às suas conceituações. À vista disso, é pertinente o esclarecimento desses termos a fim de situá-los convenientemente aos eventos epidemiológicos de que trata essa dissertação.

3.1.1. Endemia, epidemia e pandemia

De forma geral, a doença é considerada de caráter endêmico quando fica restrita à determinada região. Se algum evento permite que novas áreas sejam atingidas, causando surtos não previstos, ela se torna epidêmica. E se a doença se espalha a níveis mundiais, ela se torna pandêmica.

De acordo com Rezende (1998, p. 153), a diferença entre os termos geralmente é caracterizada pela incidência de determinada enfermidade. Entretanto, o autor afirma que essa distinção não deve ser feita apenas em critério quantitativo, pois, a exemplo de epidemias e endemias, “se o elevado número de casos novos e sua rápida difusão constituem a principal característica da epidemia, [...] o que define o caráter endêmico de uma doença é o fato de ser a mesma peculiar a um povo, país ou região”.

Etimologicamente e, segundo Bailly (1950) *apud* Rezende (1998, p. 153), a palavra endemia provém do termo *endemos*, que, em grego clássico, significa "originário de um país, indígena", "referente a um país", "encontrado entre os habitantes de um mesmo país". Essa compreensão se encontra em vários glossários de terminologia médica[16]. A endemia[17] é considerada quando uma doença de causa e atuação local, que se manifesta com frequência em determinada região, mas com um padrão relativamente estável de prevalência, podendo se tornar hiper endêmica se esse padrão aumentar, havendo alta incidência e persistência de doença. Ela, portanto, não está relacionada ao quantitativo, mas baseia-se numa média histórica de sua ocorrência.

Quanto à epidemia[18], de acordo com Moura e Rocha (2012, p. 15), “representa a ocorrência de um agravo acima da média (ou mediana) histórica de sua ocorrência, [...] aparecimento súbito e se propaga por determinado período de tempo em determinada área geográfica, acometendo frequentemente elevado número de pessoas”. Desta forma, a doença é considerada epidêmica quando ocorrem surtos em várias regiões, ou seja, quando há incidência excedente de casos acometendo outros lugares além daquele identificado inicialmente, sendo o primeiro passo para sua definição a apuração dos níveis habituais da doença e as condições de saúde da população da área atingida no período de ocorrência.

---

[16]Ver Rezende (1998, p. 153-154). Disponível em: https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/download/17199/10371/. Acesso em 03 fev. 2021.

[17] Como exemplo de endemia, cita-se a hanseníase. (Nota da autora).

[18] Como exemplo de epidemia, cita-se a tuberculose. (Nota da autora).

Já a pandemia[19] pode ser definida como disseminação mundial de uma doença, surgindo quando um agente infeccioso se espalha pelo mundo e a maior parte da população não possui imunidade a ele. Rezende (1998, p. 154) afirma que "o conceito moderno de pandemia é o de uma epidemia de grandes proporções, que se espalha a vários países e a mais de um continente".

Epidemias e endemias possuem fatores determinantes e condicionantes por situações econômicas, culturais, ecológicas, psicossociais e biológicas, e, de acordo com Moura e Rocha (2012, p. 20), esses "determinantes variam de acordo com as características do agente etiológico e estão intimamente relacionados à sua forma de transmissão". Em uma equivalência de gravidade, a pandemia é um cenário pior que a epidemia por se estender a várias regiões do planeta, fato que aumenta o contágio.

3.1.2. Breves informações sobre os aspectos biológicos e o tratamento da hanseníase

A hanseníase, causada pelo parasita *mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, é uma doença infectocontagiosa, com evolução crônica e o aparecimento de erupções na pele e nos nervos periféricos devido à instalação e multiplicação do bacilo de Hansen nas células.

No início da doença são percebidas sensações espontâneas, como calor, frio e formigamento, e manchas que surgem com mais frequência no pescoço, tórax e raízes dos membros superiores, com alterações na sensibilidade (temperatura, dores e toque). Baialardi (2007, p. 28) explica que "o *mycobacterium leprae* ataca as fibras do sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autônomo. Lesões graves dos nervos periféricos poderão ocorrer em todas as formas clínicas da hanseníase" e, como apresenta Talhari et. al. (1997) *apud* Baialardi (2007, p. 28), "durante as reações (surtos reacionais), vários órgãos podem ser acometidos, tais como olhos, rins, suprarrenais, testículos, fígado e baço". É uma doença silenciosa, pois entre a infecção e a manifestação, seu tempo de incubação é longo. Segundo Talhari et. al (1997) *apud* Baialardi (2007, p. 28), "o tempo decorrido entre o contato com o bacilo e o desenvolvimento da doença é estimado entre dois e sete anos, com média entre três e cinco anos".

A classificação da hanseníase tem por base os sinais e sintomas da doença: Paucibacilares (PB), que são os casos que apresentam até 5 lesões de pele; e, Multibacilares (MB), nos casos que apresentam mais de 5 lesões. Esta classificação é importante, pois, de

[19] Como exemplo de pandemia, cita-se a covid-19. (Nota da autora).

acordo com Brasil (2002), juntamente como o diagnóstico, direciona o esquema do tratamento.

O tratamento da hanseníase foi iniciado pelos estudos de Guy H. Faget[20] no laboratório do Leprosário Nacional dos Estados Unidos da América, em Carville, que comprovou os efeitos terapêuticos das drogas sulfona e dapsona sobre a enfermidade, via intravenosa. Santos (2008) *apud* Maciel (2014, p. 106), conta que, "em 1947, o nigeriano John Lowe, constatou que esses medicamentos poderiam ser administrados por via oral".

Os estudos sobre a sulfona, trazidas para o Brasil na década de 1940, constataram a resistência do bacilo e, em 1963, Souza Lima e Opromolla publicaram o ensaio sobre a rifamicina cv (droga mãe no tratamento da lepra), um antibiótico bactericida que age com rapidez no bloqueio das fontes de infecção. Em 1970, o uso desse medicamento foi difundido e, no mesmo período, foi descoberta outra forma de tratamento da hanseníase, por meio da vacina com o *Bacilo de Calmette Guerin* (BCG), que trata a tuberculose. Os estudos na profilaxia da lepra e na determinação dos tipos da doença levaram a informações importantes e à divisão final entre o Lepromatoso e a Tuberculoide; e aos grupos indeterminado e bordeline dimorfa.

Segundo Pinto Neto et. al. (2000, p.166):

> os estudos realizados sobre a utilização do BCG [...] foram relevantes neste período, colocando em evidência o comunicante de hanseníase como um elemento importante na epidemiologia dessa doença, pois foi com eles, que muitos outros estudos foram realizados, desvendando aspectos inteiramente novos, que vieram preencher a enorme lacuna que existia na epidemiologia, na imunologia e na clínica da hanseníase.

Ou seja, os estudos que verificaram as limitações da dapsona trouxeram avanços na epidemiologia da doença e a utilização associada a medicamentos que tratam a tuberculose mostrando resultados eficazes.

Ducatti (2009) aponta que a resistência à dapsona constatada aliada ao interesse de hospitais e grupos colaboraram para a manutenção da prática de isolamento compulsório, fazendo com que os defensores da extinção desse método adiassem a ideia.

A Poliquimioterapia Única (PQT-U) abrange os três antimicrobianos associados: a rifampicina, a dapsona e a clofazimina, sendo utilizado tanto em adultos quanto em crianças e disponibilizado gratuitamente e exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com

[20] Guy Henry Faget (1891-1947) foi um médico leprologista estadunidense que revolucionou o tratamento da lepra demonstrando a eficácia da sulfona, agente quimioterápico que foi determinado como eficaz contra a tuberculose em animais experimentais. (Disponível em https://leprosyhistory.org/database/person29).

esta associação de medicamentos, ocorre a interrupção da doença se desenvolver e a duração do tratamento depende da forma clínica da hanseníase, se PB ou MB. Na PB, o tratamento dura seis meses e na MB, a duração é de 12 meses.

O acompanhamento do tratamento é realizado de forma ambulatorial nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), não sendo necessário o procedimento de internação. Após o período do tratamento medicamentoso, o paciente recebe alta por cura e, quando necessário, o médico encaminha o paciente, durante ou após o tratamento, para centros de referência em hanseníase, onde são realizadas uma avaliação clínica mais rigorosa e a prescrição de outras drogas além da PQT-U.

Sobre as sequelas deixadas pela hanseníase, por ser uma doença dermato-neurológica, Fernandes et. al. (2018, p. 38) falam que apresentam "desde lesões dermatológicas maculares com dessensibilização até graves lesões em nervos periféricos (NP), endotélio vascular, ossos e articulações". Esses efeitos implicam, também, em importantes consequências psicossociais ao doente. Ainda de acordo com os autores, "as incapacidades físicas na hanseníase têm grande impacto socioeconômico, demonstram atraso no diagnóstico e contribuem para o estigma e isolamento social determinados pela doença".

O Ministério da Saúde (2018) classifica o grau de incapacidade da hanseníase de 0 a 2, sendo levadas em consideração as alterações neurológicas que acometem os olhos, as mãos e os pés, pois as primeiras sequelas são os nervos periféricos. Desta forma, classifica em grau zero quando não ocorre alteração de força muscular e sensibilidade nessas áreas; classifica em grau 1 quando ocorre diminuição de força muscular e sensibilidade; e, classifica em grau 2 quando ocorre deformidades visíveis nessas áreas. Ainda de acordo com o MS, em casos mais graves, pode haver evolução como perfuração de septo nasal e amputação de regiões periféricas (dedos das mãos ou dos pés), ocasionada pela osteomielite (infecção óssea).

O tratamento poliquimioterápico, recomendado para todos os casos de hanseníase, causa muitos efeitos adversos. De acordo com Brasil (2002, p. 35):

> Para os indivíduos classificados como paucibacilares são recomendadas 6 doses mensais de rifampicina em até 9 meses de tratamento e, dapsona diariamente. Para os pacientes classificados como multibacilares, recomenda-se 12 doses mensais em até 18 meses de rifampicina e clofazimina e, dapsona e clofazimina em doses diárias.

Quanto às sequelas do tratamento para hanseníase, ainda segundo Brasil (2002):

- A dapsona possui efeitos colaterais como gastrite, cefaleia, foto dermatite[21], metahemoglobinemia[22], anemia hemolítica[23], agranulocitose[24], hepatite[25], síndrome sulfona[26], neuropatia periférica[27] e síndrome nefrótica[28].
- A clofazimina possui efeitos como a hiperpigmentação cutânea, a ictiose[29] e a síndrome do intestino delgado[30].
- A rifampicina causa efeitos como a hepatotoxicidade[31], trombocitopenia[32], psicose e síndrome pseudo-gripal.

Como não há uma vacina contra a doença, a poliquimioterapia representa o principal método de interrupção da cadeia de transmissão do agente transmissor da hanseníase. À vista disso, é importante ressaltar os efeitos colaterais que as drogas utilizadas causam.

---

[21] É uma reação alérgica à luz, que provoca a erupção cutânea. A erupção é tipicamente avermelhada, espessa e pode ser extremamente irritante. Disponível em: icosmetologia.com.br/post/fotodermatite-7dc11358-0b4c-4535-91ca-c77fa20c5479#:~:text=A%20erupção%20solar%2C%20mais%20conhecida,e%20pode%20ser%20extremamente%20irritante.

[22]É um distúrbio sanguíneo caracterizado pela presença circulante da metemoglobina e no qual menos oxigênio do que de costume é fornecido às células do corpo. Disponível em https://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/1356668/metemoglobinemia+conceito+caracteristicas+clinicas+diagnostico+tratamento+evolucao.htm.

[23]É uma doença que se caracteriza pela destruição de glóbulos vermelhos causada pelos próprios anticorpos do organismo. Disponível em https://www.rededorsaoluiz.com.br/doencas/anemia-hemolitica.

[24]É uma alteração do sangue em que é identificada baixa quantidade ou ausência de granulócitos no sangue, que são também conhecidos por leucócitos granulosos, sendo eles os neutrófilos, basófilos e eosinófilos. Os leucócitos granulócitos fazem parte da imunidade, sendo essenciais no combate a infecções. Disponível em https://www.tuasaude.com/agranulocitose/.

[25]Designa qualquer inflamação do fígado por causas diversas. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/hepatite/.

[26]Trata-se de uma rara e grave reação de hipersensibilidade à sulfona com curso clínico imprevisível e potencialmente fatal. Disponível em https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/36203/34507.

[27] Os nervos que fazem essa comunicação entre cérebro, medula espinhal e restante do corpo são chamados de nervos periféricos e quando eles não conseguem transmitir as informações da forma correta, o paciente pode ser diagnosticado com a neuropatia periférica. Disponível em https://www.rededorsaoluiz.com.br/doencas/neuropatia-periferica.

[28]É um distúrbio dos glomérulos (aglomerados de vasos sanguíneos microscópicos nos rins que têm pequenos poros através dos quais o sangue é filtrado) em que quantidades excessivas de proteína são excretadas na urina. A excreção de proteína excessiva tipicamente leva ao acúmulo de líquido no corpo (edema) e níveis baixos de albumina de proteína e altos níveis de gorduras no sangue. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-renais-e-urin%C3%A1rios/dist%C3%BArbios-da-filtra%C3%A7%C3%A3o-dos-rins/s%C3%ADndrome-nefr%C3%B3tica.

[29]É o termo médico utilizado para designar diferentes doenças que fazem com que a pele fique extremamente seca, chegando a descamar e a causar, inclusive, alterações na morfologia corporal do paciente. Disponível em https://www.rededorsaoluiz.com.br/doencas/ictiose.

[30]Resulta de um comprimento total de intestino delgado que é inadequado para manter a nutrição via oral satisfatoriamente. Disponível em https://doi.org/10.1590/S0102-67202010000100012.

[31] É um dano ao fígado causado por substâncias químicas. Disponível em https://tudosobrefigado.com.br/pdf/hepatotoxicidade.pdf.

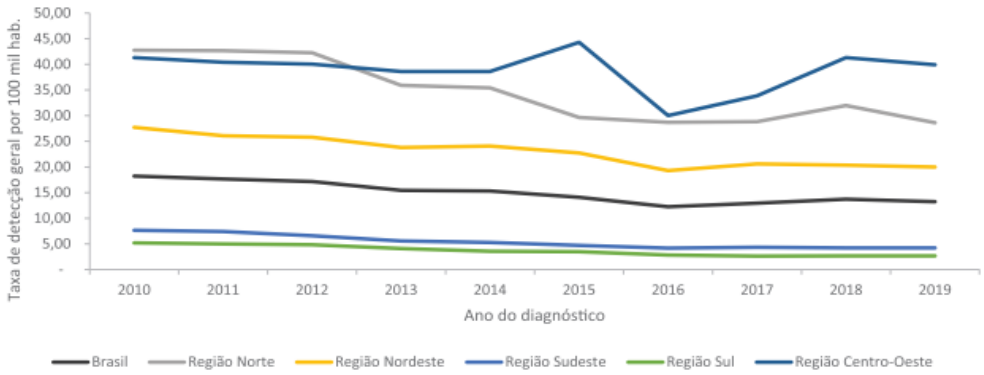
[32]Consiste em um número reduzido de plaquetas (trombócitos) no sangue, o que aumenta o risco de hemorragia. Disponível em https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-do-sangue/dist%C3%BArbios-das-plaquetas/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-a-trombocitopenia.

Entretanto, essas não são as únicas sequelas deixadas pela doença e por seu tratamento; aqui foram relacionados algumas das mais relevantes sequelas biológicas da doença. Ainda há de se ressaltar, mais adiante, as sequelas psicossociais, tão graves como as descritas neste tópico. Antes, porém, faz-se necessário trazer números relevantes sobre a hanseníase no Brasil e outras causas de ordem social, política e econômica da doença, tratados no próximo tópico.

3.1.3. Dados sobre a hanseníase no Brasil

De acordo com Brasil (2021), o Ministério da Saúde (MS) diagnosticou, entre os anos de 2015 e 2019, 137.385 casos novos de hanseníase, mantendo assim o país em um parâmetro de alta endemicidade. Ainda conforme o MS, ela está fortemente relacionada às condições desfavoráveis nos âmbitos econômico, social e ambiental, com elevadas concentrações nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, consideradas áreas importantes de transmissão da doença.

Gráfico 2 – Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes segundo região de residência (2010 a 2019)



Fonte: Reproduzido de Boletim Epidemiológico – Ministério da Saúde (2021).

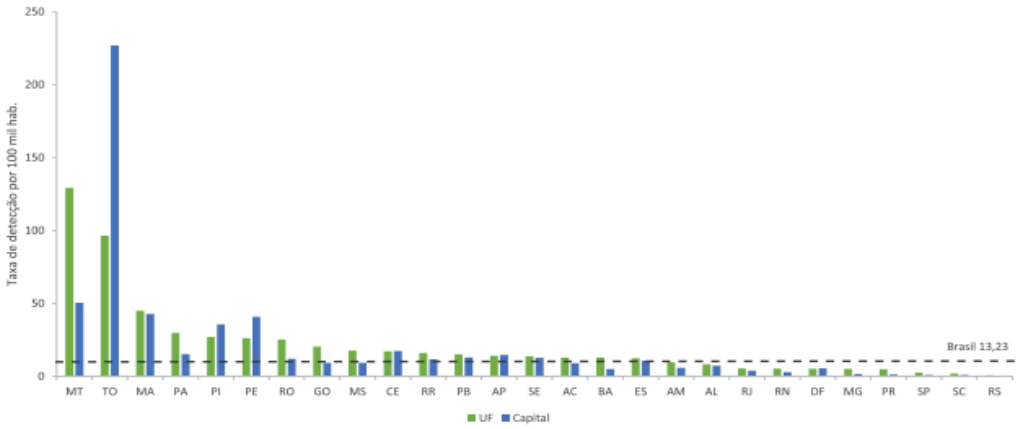
O gráfico apresenta que, entre os anos de 2010 e 2019, foram diagnosticados 301.638 casos novos de hanseníase no país. Apesar de em todas as regiões terem havido redução na taxa de detecção geral de casos novos dentro do período mostrado, de 37,7% (18,22% em 2010 a 13,23% em 2019, por 100 mil habitantes), mantem-se um parâmetro de alta

endemicidade, com exceção das regiões Sul e Sudeste. Os dados do gráfico evidenciam a relação nível socioeconômico e hanseníase, pois as regiões com nível mais baixo são as que apresentam maior quantidade de casos novos, ou seja, Norte, Centro-Oeste e Nordeste, enquanto que nas regiões Sul e Sudeste a prevalência da doença é menor e sem variação significativa no número de casos.

Por ser considerada de alta endemicidade, a interrupção de sua transmissão é comprometida, e isso, somado às condições vulneráveis das populações mais atingidas e a dificuldade que as mesmas têm de acesso aos serviços de saúde, tornam-se necessárias ações estratégicas que garantam o atendimento integral à esta população acometida pela doença.

Se observados os dados de novos casos de hanseníase por unidades de federação, verifica-se uma diferença muito grande desse índice, conforme o gráfico seguinte, que mostra que o estado do Mato Grosso, na região Centro-Oeste, foi o que apresentou maior taxa de detecção geral (129,38 casos novos por 100 mil habitantes), e sua capital, Cuiabá, 50,45 novos casos por 100 mil habitantes. O segundo lugar é ocupado pelo estado do Tocantins, também na região Centro-Oeste, apresentando 96,44 casos novos por 100 mil habitantes, e sua capital, Palmas, registrando uma taxa de 226,99 casos por 100 mil habitantes, considerada a maior entre as capitais do país. Os estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina e respectivas capitais apresentam uma baixa endemicidade.

Gráfico 3 – Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes segundo Unidade de Federação e capital de residência (2019)



Fonte: Reproduzido de Boletim Epidemiológico – Ministério da Saúde (2021).

Segundo a Agência Fiocruz de Notícias[33] (2013, n.p.), a hanseníase integra ainda o rol das doenças negligenciadas, que são "aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas e são consideradas endêmicas em populações de baixa renda". Ainda de acordo com a agência, a OMS considera doenças negligenciadas o "conjunto heterogêneo de doenças que afetam, quase que exclusivamente, as populações mais pobres e impotentes que vivem nas áreas rurais e favelas urbanas dos países de baixa renda"). Carvalho (2011) apresenta que também são conhecidas por doenças tropicais negligenciadas, visto que a maior concentração de pobreza se insere nas regiões dos trópicos do planeta.

O gráfico seguinte mostra o quadro geral da hanseníase no Brasil, segundo sexo e faixa etária, no período de 2015 a 2019.

Gráfico 4 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo sexo e faixa etária no Brasil (2015 a 2019)

Fonte: Reproduzido de Boletim Epidemiológico – Ministério da Saúde (2021).

De acordo com os dados apresentados, ocorre uma maior prevalência de hanseníase no sexo masculino, entre 50 e 59 anos. Conforme um estudo de gênero sobre a doença realizado por Oliveira e Romanelli (1998), esta prevalência é explicada por alguns fatores: maior exposição ao bacilo, classe social, menor frequência com que as pessoas do sexo masculino frequentam consultas médicas e menor cuidado que estes têm com a saúde, especialmente no sentido de observação aos sintomas iniciais da hanseníase.

Desta forma, a Agência Brasil (2020, p. 3), relatam que os dados da OMS reiteram a classificação do Brasil como um dos países de "alta carga para a doença, ocupando o segundo

[33]Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas> Acesso em 23 out. 2021.

lugar na relação de países com maior número de casos no mundo, atrás apenas da Índia". Inserida na agenda internacional, a OMS (2021) mostra que, segundo o Boletim Epidemiológico, a hanseníase está contemplada no objetivo 3 do "Objetivos do Desenvolvimento Sustentável" (ODS), que tem por objetivo combater até 2030 as doenças tropicais negligenciadas e eliminar a doença que tem o peso da incapacidade e do estigma.

Existe uma relação muito próxima entre a hanseníase como doença endêmica e a expansão do capitalismo. Historicamente, as endemias, epidemias e pandemias estão relacionadas a ações antrópicas, reverberadas à expansão do capital no mundo. No Brasil, tratando-se especificamente da hanseníase, esta relação é perceptível por meio das condições materiais de vida de grande parcela da população e das práticas de enfrentamento da doença através das políticas públicas de saúde.

O cenário do Brasil em relação à hanseníase é preocupante, fazendo com que o país esteja em segundo lugar no *ranking* mundial de incidência da doença, mostrando que, para uma enfermidade que possui tratamento e cura, o caminho a percorrer na melhora das estatísticas de novos casos é sinuoso.

3.2. O abrigo São Francisco

Com as transformações econômicas vivenciadas em Anápolis a partir de 1930, a migração se intensificou, especialmente com a vinda da ferrovia que fomentou as bases da interiorização do país, tornando a cidade um entreposto comercial com a exportação de bens primários, importação de manufaturados e, conforme Tavares et. al. (2015, p. 3), "evidentemente, novas ideias e valores culturais". Essas transformações deviam acompanhar os discursos de 'modernização' de Goiás, enfatizados por Pedro Ludovico Teixeira[34] e o então presidente da República Getúlio Vargas. Assim, Chaul (2002, p. 21) expõe que a mudança da capital para Goiânia significaria o "rompimento com o passado e a construção de uma utopia, na qual, por intermédio de Goiânia, vislumbrava-se um futuro grandioso para o estado de Goiás". Logo, o isolamento compulsório fazia parte das políticas sanitárias que consubstanciavam o projeto de 'modernização' de Goiás.

O transcurso do isolamento compulsório em Goiás se inicia com a "Marcha para o Oeste", política nacional de avanço capitalista para o interior e plano econômico do governo

[34] Um dos líderes da Revolução de 1930 e interventor federal em Goiás (1930-1933), governador do Estado de 1935 a 1937 e responsável pela mudança da capital de Goiás para Goiânia. (CPDOC/FGV. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/pedro-ludovico-teixeira> Acesso em 07 out. 2021. Modificado ela autora).

de Getúlio Vargas e Pedro Ludovico, onde a nova capital, Goiânia, devia ser o 'símbolo da modernidade', conforme conta Chaul (2002, p. 100):

> [...] possibilitou o avanço capitalista para o interior do país, consolidando os planos político-econômicos de Vargas e Pedro Ludovico, legando-nos uma herança de agrário e urbano que permeia todo o processo sócio-cultural da capital e fundamentou a criação de símbolos capazes de traduzir sua heterogeneidade, capazes de construir, juntamente com a nova capital, a representação de sua face mais dinâmica, de sua existência mais justificada: a modernidade, tão discutida nos embates acadêmicos, mas que só viria de fato nos ventos do Cerrado sobre a capital federal, Brasília.

Dentro dos planos de Vargas e Ludovico, pautados na modernidade, os leprosos significavam um problema a ser resolvido, visto que, a partir desse momento, os cuidados destinados a eles, que antes eram efetivados pelas instituições religiosas, passam a ser ação do estado, pois, como preconiza Hockman (1998) *apud* Maciel (2014, p. 89), "o processo de tornar a saúde responsabilidade pública e não mais individual deu-se em íntima relação com a construção do próprio estado moderno". Maciel (2014, p. 88) fala que:

> Os excluídos e isolados da sociedade organizada nos moldes do Estado moderno passaram, assim, a receber a proteção dos asilos que, simultaneamente, tinham a finalidade de proteger o restante da sociedade. Foucault (2004), a respeito da constituição do asilo, afirma que a loucura, a vadiagem, a delinquência e as doenças contagiosas tornavam-se uma questão para o Estado moderno e para a medicina por ser um empecilho para a manutenção da organização urbana.

Assim, Dias (2007, p. 118) expõe que, com as políticas sanitaristas, "a vadiagem, a prostituição, o jogo, a mendicância e doença de toda ordem contradizem a idealização de cidade ordenada e sem problema". Percebe-se, com essa afirmação, a preocupação de eliminar das cidades os elementos considerados nocivos à saúde e a forma do estado tratar o problema, corroborando Alves e Oliveira (2011), era a exclusão e o exílio, através das políticas de isolamento, como os leprosários e preventórios, no caso dos hansenianos.

O isolamento compulsório no Brasil durante o governo Vargas é a afirmação e consolidação de um poder político sobre a questão social, o que o torna uma política de estado, inferindo uma análise dialética entre resolução de questões sociais que cabem a ele e a violência simbólica efetivada pela política sanitária adotada por este estado.

3.2.1. Alguns leprosários construídos no Brasil

Os leprosários no Brasil foram arquitetados entre os anos de 1935 a 1940 e as primeiras colônias agrícolas foram instaladas em áreas com grandes focos nas regiões norte e sul do país. Após os anos 1980, essas colônias se transformaram em hospitais ou manicômios. Os debates em torno do isolamento compulsório eram antigos. Segundo Santos, Faria e Menezes (2008, p. 175):

> A Primeira Conferência Internacional da Lepra, ocorrida em Berlim, em 1897, foi palco dessas lutas, no que diz respeito tanto à produção de conhecimentos sobre a doença quanto ao direcionamento das políticas de saúde que possibilitaram a implantação, em alguns países, de uma política baseada na segregação. Numa época em que não havia medicamentos realmente eficazes e não se conheciam com segurança os modos de transmissão da doença, Hansen propôs o isolamento como medida necessária.

No Brasil, a referência em meios de ação para combater a hanseníase era São Paulo e, ainda de acordo com Monteiro (2003) *apud* Santos, Faria e Menezes (2008, pp. 175 e 176),

> as políticas de saúde implantadas no Brasil, no início do século XX, no tocante à doença de Hansen, foram fortemente influenciadas pelo "modelo" adotado em São Paulo, que previa, entre outros pontos, o isolamento compulsório de todos os portadores de hanseníase em colônias agrícolas. Mesmo aqueles que não possuíam a forma contagiosa da doença eram obrigados ao internamento.

Ou seja, o modelo paulista serviu de inspiração para vários estados brasileiros que instituíram abrigos colônias. O abrigo, em alguns estados, era apenas uma alternativa, mas, em São Paulo, já era uma medida compulsória. Conforme Castro (2005, pp. 24 e 25), esse modelo realça um aspecto essencial: a segregação física. O modelo paulista evidencia a segregação física "como forma de obter o controle da doença, expressa-se nos espaços edificados, ou seja, na estrutura do conjunto ou na organização interna de cada elemento. O isolamento também é geográfico, pois a maioria das instituições encontra-se afastada do núcleo urbano".

Foucault (1996, p. 85) afirma que o isolamento compulsório se originou da formação da 'sociedade disciplinar', no início do Século XIX, que foi um momento influenciado pela reforma do sistema judiciário e penal que institucionalizou a prisão.

> Toda a penalidade do século XIX passa a ser um controle, não tanto sobre se o que fizeram os indivíduos está em conformidade ou não com a lei, mas ao nível do que podem fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que estão na iminência de fazer.

> Assim a grande noção da criminologia e da penalidade em fins do século XIX foi a escandalosa noção, em termos de teoria penal, de periculosidade. A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades que elas representam.

O isolamento compulsório, como forma de penalidade, assim como preceitua Foucault, é também um isolamento geográfico, porquanto a maior parte dos asilos, de acordo com Castro (2005, p. 24 e 25), encontra-se distante do núcleo urbano.

Seguindo esse raciocínio, a penalidade do isolamento compulsório assume uma roupagem de violência que, de acordo com Ducatti (2009, p. 43), "é posta a serviço de uma dada situação econômica", onde se tem "o Estado como instituição mediadora e produtora dessa violência". O autor ainda coloca que:

> O controle social do Estado se dá por intermédio de ações institucionais, como ocorre, por exemplo, no controle da saúde pública, quando esta se encontra a serviço da proteção do mundo produtivo, ou do trabalho, e não necessariamente preocupada com a saúde coletiva de uma determinada população. Nessa forma de controle social, lança-se mão de instituições totais, como os leprosários.

Ducatti (2009) apresenta que, em relação aos leprosários como patrimônios históricos, o que é importante manter são seus significados, vinculando o passado com o presente, mas não no sentido positivista de conhecimento do passado, e sim conferindo sentidos a este patrimônio. De posse desse parecer, apresenta-se alguns leprosários construídos no Brasil, no intuito de aferir suas constituições que são análogas, contrapondo à do Leprosário de Anápolis que carrega em si o estabelecimento de um patrimônio (não instituído como tal) imaterial singular, não só para seus atores, mas, também, para qualquer um que se debruça a conhecer suas memórias.

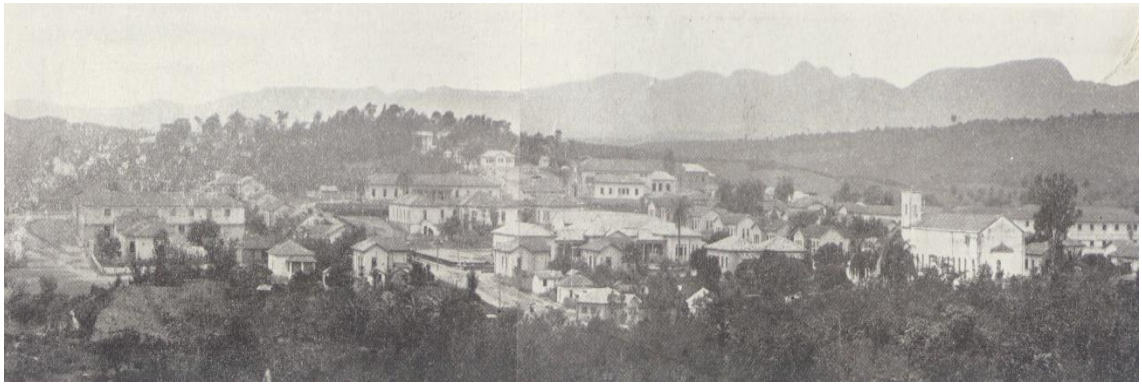
3.2.1.1. Colônia Santa Izabel

Castro (2005, p. 37) conta que um exemplo da política sanitária é a Colônia Santa Izabel, na cidade de Betim, estado de Minas Gerais, uma das maiores instituições criadas no país, inaugurada em 1937, abrigava mais de 3.800 pacientes e "atendia à política sanitária do célebre médico Oswaldo Cruz". A colônia, inicialmente, foi construída em áreas que separavam os doentes, a administração do local e os institutos de pesquisa. A área dos doentes abrangia os edifícios destinados à moradia, hospitais, refeitório, dispensário, posto policial, casa para freiras, barbearia, escola, oficina de costura, biblioteca, clube de futebol e clube

recreativo. Carvalho (2015) relata que na área neutra, encontrava-se s institutos de pesquisa: Instituto de Química Lourenço de Magalhães, o Instituto de Pesquisa Gaspar Viana e edifícios de força e luz. Na área dos sadios se localizavam o armazém, edifício da administração, residências dos funcionários, casa do diretor do asilo, caixa d'água e posto meteorológico.

Na fotografia, que nasce que preto e branco, sem a carga simbólica das cores, que nasce binária e simplificadora, não é estranha essa ausência de recursos interpretativos. Como aponta Martins (2013, p. 40), ela atende, justamente, à necessidade social e subjetiva de ordenar imaginariamente o irrelevante da vida cotidiana e cinzenta que nasce com a modernidade, da qual a câmera fotográfica é um dos instrumentos mais espetaculares.

Figura 34 – Colônia Santa Izabel



Fonte: Instituto Histórico IMPHIC – Betim.

A imagem mostra a configuração do asilo-colônia, deixando claro que o espaço de abrigo aos leprosos devia ser separado da cidade. De acordo com Carvalho (2015, pp. 103 e 104):

> Naquele momento, o foco da preocupação era a preservação da população saída, da ameaça representada pela enfermidade e, sendo assim, a construção de colônias de isolamento autossuficientes e com certo padrão de conforto resultava da necessidade de compensar o doente pela privação de sua liberdade.

Idealizada no modelo de uma colônia agrícola, Santa Izabel se situava longe de Belo Horizonte, a 45 km. A estrutura da colônia era de uma cidade e, com tempo, foram construídos outros elementos necessários à autossuficiência local, como igreja e montagem de infraestrutura econômica de produção, com olarias, serrarias, unidades de produção agrícola para cultivo e criação de animais para autoabastecimento. Considerado um modelo moderno de asilo-colônia, possuía infraestrutura, administração e sistemas de produção de energia e

abastecimento de água próprios. A ideia era que, mesmo isolado, o paciente continuasse a usufruir de uma vida social.

Com o fim do isolamento compulsório, em 1962, a internação deixa de ser regra, mas só em 1981, com o avanço das pesquisas sobre a doença e a mudança da política no Brasil em relação às colônias de isolamento, é que os pacientes internados receberam alta e os portões da Colônia Santa Izabel foram abertos.

Atualmente, os ex internos são moradores do local e esperam a regularização dos títulos de propriedades de suas casas, como relata o Jornal Estado de Minas Gerais, de 30/11/2021: “mais de 140 famílias que vivem na Colônia Santa Isabel receberão título de propriedade dos imóveis; espaço vai completar 90 anos em dezembro”.

3.2.1.2. Hospital Colônia Itapuã (HCI)

Outro asilo-colônia construído no Brasil é o Hospital Colônia Itapuã no estado do Rio Grande do Sul, no município de Viamão, distrito de Itapuã, próximo à Porto Alegre, um dos últimos a serem construídos. Percebe-se que, da mesma forma que o Santa Izabel, o HCI também foi edificado próximo à capital do estado e com estrutura parecida, contendo as três zonas: a dos doentes, a área neutra e a área dos sadios. O espaço foi inaugurado durante o Estado Novo, último período do governo de Getúlio Vargas, em 1940, para o tratamento e confinamento de pessoas com lepra, e já abrigou mais de 2.000 internos. A figura 34 mostra parte da estrutura abandonada do HCI.

Figura 35 – Parte da estrutura abandonada do Hospital Colônia Itapuã

Fonte: GZH. Disponível em https://tab.uol.com.br/edicao/hospital-colonia-itapua/#page8.

Parte do HCI atualmente está em ruínas, mas o local ainda conta com moradores que são ex internos da colônia e dividem o espaço com pacientes transferidos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, na década de 1970. Com 46 moradores, além dos funcionários, o HCI abriga 8 hansenianos e 38 pacientes psiquiátricos. O jornal GZH, de 03/06/2022 conta que:

> Em janeiro, a Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS) firmou convênio com a prefeitura de Viamão para que os 46 moradores do HCI fiquem sob cuidado do município, e não mais do Estado. Há 38 pacientes psiquiátricos, que serão transferidos a residenciais terapêuticos. Os oito últimos ex-hansenianos do local devem, 82 anos após o surgimento da instituição, optar por partir ou ficar.

Ainda de acordo com o jornal, a prefeitura de Viamão comunicou a reabilitação do local para funções contemporâneas, não podendo ser aproveitado, por sua grande estrutura e distância de centros urbanos, para a função estritamente hospitalar. Informou também o remanejamento dos pacientes psiquiátricos para outras instituições e a permanência dos hansenianos até a decisão do poder público quanto ao futuro certo do local.

3.2.1.3. Leprosário São Francisco de Assis

De acordo com Antunes (2021, p. 40), mesmo o estado do Rio Grande do Norte não ter a hanseníase em seu rol das moléstias que atingiam fortemente a população na década de 1920, foi construído o Leprosário São Francisco de Assis. A autora influi que a nova diretriz de saúde determinada pelo Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923, que aprovava o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública com as novas medidas profiláticas contra a lepra, pôs a termo a construção do leprosário no Rio Grande do Norte.

> Portanto, a diretriz nacional estabelecida para o tratamento da lepra está intimamente ligada à construção, no Rio Grande do Norte, do Leprosário São Francisco de Assis. Essa diretriz possibilitou ainda a criação de duas outras instituições no estado voltadas para a profilaxia da lepra: o Preventório Osvaldo Cruz, fundado em 1938, que receberia, para educar, os filhos de leprosos, e a Sociedade de Assistência aos Lázaros, fundada em 1930, após o fim das atividades de construção do leprosário.

O leprosário foi construído em 1926 e inaugurado em 1929, na cidade de Natal, “sem a ajuda do Governo Federal e contando com as doações de parcelas da sociedade potiguar”, seguindo o modelo defendido pelo Departamento Nacional de Saúde. A construção do abrigo foi determinada por fatores como: área geográfica e ser distante do centro urbano da cidade, e, diferentemente de outros leprosários construídos no Brasil, o apoio financeiro do Governo Federal ocorreu somente após os anos 1940.

Figura 36 – Leprosário São Francisco de Assis, construído no ano de 1925, em Natal

Fonte: Arquivo Casa Oswaldo Cruz. Disponível em http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/xxotp.

Três definições estiveram presentes na história desse leprosário. Em seu primeiro momento, até 1929, ele recebeu o nome de leprosário. A partir dessa data e ao receber novas edificações, o nome foi substituído por colônia, seguindo o modelo de colônias agrícolas aclamado por Oswaldo Cruz, onde o interno poderia ter uma vida condizente com a que possuía antes do isolamento. Segundo Antunes (2021), com a necessidade de se adequar às novas determinações médicas propostas nas Diretrizes Nacionais de combate a lepra, a colônia sofreu intervenções fiscais e a denominação de vila.

Entretanto, mesmo com as alterações em sua nomenclatura e contando com a oferta de lazer e trabalho para os internos, a Vila São Francisco de Assis ainda continuava a ser uma instituição total, sendo um local de reclusão de indivíduos, considerados ameaça à sociedade, que estavam sob rígidas normas de conduta e vigilância.

Após a implementação do tratamento ambulatorial, na década de 1980, a colônia foi desativada em 1994 e, atualmente, parte de sua estrutura funciona como almoxarifado de um órgão público estadual, e as poucas instalações que sobraram, encontram-se em ruínas.

3.2.1.4. Leprosário São Roque

Fundado em 1926 na cidade de Deodoro (atual Piraquara), no Estado do Paraná, o Leprosário São Roque chegou a abrigar 1.300 pacientes. Com uma área de 42 alqueires e edificações que ocupavam mais de 20.000 m², ficava a 25 quilômetros distante de Curitiba e funcionava, também, como uma cidade independente. De acordo com a Prefeitura de

Piraquara (2022, n.p.), “dispondo de água, energia elétrica, espaço para agricultura e criação de animais, igreja, prefeitura, correio, cinema, mercado, cadeia e residência de pacientes e funcionários”.

Figura 37 – Leprosário São Roque, em 1926

Fonte: Acervo Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná/Reprodução| Gazeta do Povo.

Marques e Larocca (2010, p. 5) explicam que essas cidadelas “da exclusão sanitária e social, pretenderam reproduzir aspectos do convívio em sociedade com ares de uma minicidade”. Contudo, mesmo com a reprodução de uma vida cotidiana que os pacientes possuíam antes do isolamento, a configuração do local com normas rígidas e vigilância lhes dava uma nova identidade, que era vivenciada de forma homogênea; eles eram leprosos, essa era a representação social que cabia a eles.

A manutenção do asilo ficava a cargo do Estado e sua administração era feita pela ordem das irmãs franciscanas de São José, contando com oito freiras alemãs que atendiam os enfermos. A partir da década de 1980, com o fim do isolamento compulsório, São Roque deixa de ser hospital colônia e passa a ser Hospital de Dermatologia São Roque. Na década de 1990, o hospital mantido pela Secretaria de Estado da Saúde, passa a ter nova denominação, Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná.

De acordo com a Prefeitura Municipal de Piraquara, devido à importância histórica do leprosário no estado do Paraná, o casarão que servia de hospital no local virou Museu São Roque.

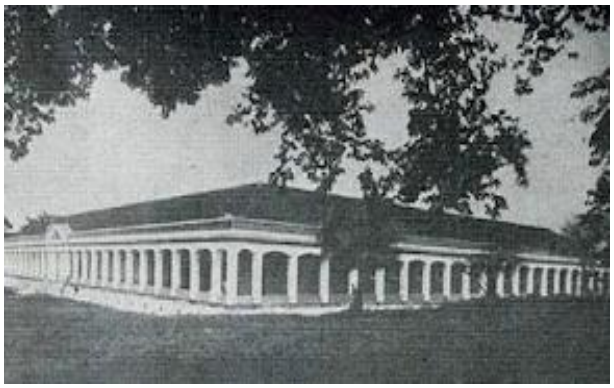
Figura 38 – Hospital do Leprosário São Roque

Fonte: Portal eletrônico Globo.com.

3.2.1.5. Leprosário de Paricatuba

A Vila de Paricatuba, às margens do Rio Negro, no estado do Amazonas, se formou a partir da exploração da borracha e, em 1890, foi construído, pelo governo estadual, o prédio da Hospedaria dos Imigrantes para abrigar imigrantes italianos que iam para lá trabalhar até que fossem para suas moradias fixas.

Figura 38 – Hospedaria dos Imigrantes em Paricatuba



Fonte: https://manausdeantigamente.blogspot.com/2019/10/vila-de-paricatuba-tudo-sobre-historia.html.

A hospedaria, segundo o Portal Amazonas (2022, n.p.), funcionou por algum tempo e, por volta de 1905, foi criado no local o Liceu de Artes e Ofícios, por padres franceses que, em parceria com a Escola Agrícola, desenvolveu ensino regular primário e técnicas agrícola, mecânica e artes de recuperação de obras literárias a filhos de indígenas e crianças pobres.

Em 1916, o casarão é transformado em Casa de Detenção e, em meados de 1917, um grupo de médicos, dentre os quais Alfredo da Matta e Miranda Leão, solicitam um local para a criação de um leprosário para atendimento aos doentes e implantação de medidas "modernas" de higiene. Eles constataram, ao ver tantos leprosos vagando pelas ruas, que havia focos avançados em várias cidades e contabilizou dados em torno de mil leprosos no estado do Amazonas. Em 1924, as terras de Paricatuba foram cedidas para a construção do Leprosário Belisário Penna. O leprosário foi construído seguindo o modelo dos hospitais-colônia do Brasil, de acordo com o Portal Amazônia (2022, n.p.):

> A capacidade da leprosaria era para atender 350 doentes, as obras de reforma promoveram uma adaptação significativa do prédio, buscando adequá-los às novas funções. Além do prédio central, destinado aos indigentes, a vila possuía capela, convento, farmácia, desinfectório, dispensário, cozinha-refeitório, escola de teatro, lavanderia, campo de esportes, ruas de 14 metros, laboratório de análises clínicas, hospital, necrotério e casa do administrador.
> Em infraestrutura básica, a vila contava com luz elétrica, serviço de bombeamento da água (com reservatório para armazenagem) e rede de esgoto, contando com duas fossas biológicas para evitar despejo nas águas do rio.

O Leprosário de Paricatuba, cujo nome oficial era Vila Belisário Penna, manteve seu funcionamento até início dos anos 1980, quando foi desativado por ordem do governo do estado e os internos transferidos para a Colônia Antônio Aleixo, na capital Manaus.

Figura 40 – Ruínas do Leprosário de Paricatuba

Fonte: https://ruinastu-paricatuba.negocio.site/.

Atualmente, o local virou ponto turístico, conhecido como “As Ruínas de Paricatuba”, conforme mostra a imagem, pois o que restou do hospital colônia foi prédio em meio a um matagal.

3.2.1.6. Colônia Santa Marta

Como parte da ação integrada ao movimento do Governo Federal em relação à saúde, a Colônia Santa Marta foi criada em 1937 por intermédio do Senador Canedo que era portador da doença e, em função das políticas sanitárias, teria que se internar em alguma colônia. Para tal, de acordo com MORHAN (2010, p. 49), ele “vendeu para o Estado uma área de 73 alqueires, como consta em escritura” e firmou um acordo com o Estado que constituiria a colônia e ele permaneceria em sua fazenda que se situava na região.

Ainda segundo os Cadernos do MORHAN (2010), a colônia foi fundada em 1943, com uma equipe mineira de médicos, biomédicos e enfermeiras. Com o tempo foi construída a escola colônia, pelo grande número de crianças com hanseníase. Na década de 1950, o número de colaboradores da colônia permanecia o mesmo, diferente do número de pacientes que só crescia.

O local era dividido em duas alas, a dos doentes e a dos sadios. Havia o local de observação, onde os casos suspeitos permaneciam até a confirmação do diagnóstico. Conforme MORHAN (2010, p. 50), se diagnosticados iam para o leprosário, se não, eram liberados, “mas marcados e perseguidos pela discriminação. As crianças sadias eram separadas dos pais e encaminhadas a uma casa no bairro Fama, o Preventório Afrânio de Azevedo”.

Com o decorrer dos anos, “novas direções, novos profissionais, novas construções e a Colônia ganhou ares de “cidade”, com prefeitura, cadeia, escolas, clube e bares, isolada da “cidade sadia” pelas telas e grandes touceiras de erva-cidreira” (idem). Pela distância da cidade, os funcionários da colônia tinham a necessidade de morar em suas proximidades, surgindo casas do redor do hospital. Da mesma forma, os pacientes recuperados que tinham que deixar a colônia, passavam a residir nas casas construídas dentro da “Zona de Perigo” da Colônia, por não conseguirem se reintegrar na sociedade. A colônia, também, dispunha de áreas para que essas pessoas pudessem construir suas casas.

Atualmente, no lugar da colônia funciona o Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta.

3.2.1.7. Colônia do Bonfim

A Colônia do Bonfim, no estado do Maranhão, foi criada em 1932 e fundada em 1937, seguindo as mesmas medidas de profilaxia quanto à lepra das outras colônias. A área onde se situava a colônia, anteriormente era um hospício (1718), depois se destinou ao recolhimento de pessoas atacadas pelas 'bexigas'[35] (1784) e, por volta de 1806, se tornou local de quarentena de escravos trazidos da África e cemitério destinado a ingleses.

Também escolhido para abrigar os hansenianos pela distância da capital maranhense, ainda contava como fator de vantagem o acesso que sé era feito através do mar.

Figura 41 – Colônia do Bonfim no Maranhão

Fonte: Biblioteca do IBGE. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=435134&view=detalhes.

Atualmente, o antigo leprosário abriga o Hospital Aquiles Lisboa, especializado no tratamento dos portadores de Hanseníase. O nome foi dado em homenagem ao Dr. Aquiles Lisboa, médico que dirigiu o hospital colônia e organizou a cartilha de profilaxia da hanseníase, tentando evitar a disseminação da doença.

Percebe-se na construção desse leprosário, novamente, o interesse político em retirar as pessoas com hanseníase da cidade, levando-as para os extremos periféricos, onde as dificuldades de acesso e as distâncias fornecem uma sensação de segurança sanitária e medida

[35] Nome dado à varíola pelo aspecto que a doenças traz de bolhas na pele. (Nota da autora).

de controle da doença. Porém, essa falsa sensação gera uma exclusão de grupos de indivíduos, e mostra o caráter paliativo e excludente de medidas "sociais" tomadas pelo capitalismo.

3.2.2. História e construção do leprosário

O isolamento compulsório era imprescindível ao projeto de 'modernização' que deveria ser constituído em Goiás, e a Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP)[36], em 1931, propõe à prefeitura de Anápolis a doação de um terreno para a construção de uma casa de isolamento que abrigasse os leprosos da cidade, visto que, segundo a instituição, eles ocasionavam problemas para a população local, e, em compensação, a SSVP se responsabilizaria pelos doentes. Tavares et. al. (2015, p. 3) ressaltam que:

> Segundo registro no diário da enfermeira inglesa Mary Hamilton[37] era comum encontrar nas estradas que ligavam Anápolis a outros municípios leprosos perambulando com o objetivo de se esconderem. Ela também relata sobre as festividades religiosas e o número expressivo de "miseráveis leprosos" mendigos espalhados, pedindo esmolas e orações. Os doentes estavam pulverizados pela cidade e em contrapartida a sociedade expressava o medo da contaminação.

Antes da SSVP assumir a responsabilidade pelos cuidados aos leprosos, o médico James Fanstone[38] abriu, no subúrbio da cidade, onde viviam esses doentes, um ambulatório para oferecer tratamento a eles e, onde também, as enfermeiras e missionárias de seu hospital visitavam e ministravam reuniões evangélicas nas cabanas onde eles moravam. Só mais tarde, a SSVP passa a cuidar dos hansenianos. Silva (2012) fala que, além disso, havia a preocupação com o risco de contaminação da água de que se serviam esses doentes, denunciada pela Conferência Vicentina, em 1931, e que os chacareiros da região utilizavam

[36] A Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP) foi fundada em 23 de abril de 1833, por um grupo de sete jovens universitários liderados por Antônio Frederico Ozanam, estudante da Universidade de Sorbonne, em Paris, aos 20 anos de idade. É uma organização católica de leigos que voluntariamente se empenham no apoio a indivíduos, famílias e grupos sociais marginalizados, através de ações variadas, entre as quais se privilegiam o contato pessoal e direto e a visita domiciliar, não só de aliviar a miséria material e moral, mas também de descobrir e solucionar as suas causas. Disponível emhttp://www.santuariodocaraca.com.br/site/sao-vicente-de-paulo/. Acesso em 07 out. 2021.

[37] Enfermeira inglesa que trabalhava no Hospital Evangélico com o médico protestante James Fanstone (Carvalho, 2015; Ferreira, 2011).

[38] James Fanstone, filho de pais ingleses, nasceu em Recife, Pernambuco, em 8 de agosto de 1890. Educado na Inglaterra, estudou inicialmente na cidade de Brighton, na costa sul da Inglaterra. Em 1922 retornou ao Brasil, passando a residir em São Paulo. Após dois anos, estabeleceu-se em Ipameri, Goiás, e, em 1925, fixou-se definitivamente em Anápolis. Em 1927, fundou o Hospital Evangélico Goiano, o primeiro estabelecimento particular do gênero no Estado de Goiás. Disponível em: <http://anapolisglobal.com.br/pioneiro-na-medicina-na-educacao-e-na-fe/> Acesso em 26 set. 2021.

para regar as plantas. Foi a partir desta reclamação que a prefeitura fez a doação do terreno para a construção de uma casa de isolamento que abrigasse esses enfermos.

Silva (2012, p. 12) narra que o abrigo foi construído em 1932, num local distante da cidade denominado *Mato da Intendência*, e, de acordo com a historiadora Haydée Ferreira, se manteve até 1937, abrigando 65pessoas, "sob a direção de Graciano Antônio da Silva, confrade da Conferência de São Vicente de Paulo, sendo então repassada para Moacyr Romeu Costa, maçom e espírita, que com doações particulares empreendeu a construção de novas casas para os doentes". Os hansenianos permaneceram neste abrigo até a inauguração da Colônia Santa Marta, em Goiânia, que era uma solução para o problema que os leprosos representavam.

Esta solução consistia, de acordo com Fernandes (2019) em um programa que transferia os doentes de lepra de todos os locais considerados inadequados para único lugar que teria a dinâmica de uma cidade e funcionaria como tal. Desta forma, de acordo com o Projeto Acervo do MORHAN (2010 p. 1), Ludovico fundou a Colônia Santa Marta, na capital goiana:

> A Colônia Santa Marta surgiu em 1937 quando o Senador Canedo vendeu para o Estado uma área de 73 alqueires, como consta em escritura. Senador Canedo era portador de hanseníase e, naquela época, ele seria obrigado a se internar em alguma colônia. No Brasil existiam colônias em Minas Gerais, Maranhão e São Paulo. Como o Senador Canedo era um homem rico e possuía muitas terras, vendeu essa área para o Estado, firmando um acordo: eles construiriam a colônia ali e ele não precisava ir para outro lugar para se internar, permaneceria em sua fazenda, que era naquela região. A colônia foi fundada em janeiro de 1943, com a vinda de uma equipe mineira, comandada pelo Dr. Mário Puri, formada por quatro médicos, um biomédico e uma enfermeira.

Esta política, defendida pelo médico sanitarista Belisário Penna (1869-1939), significava o confinamento dos doentes e, conforme demonstram jornais locais da época, como o *Voz do Povo* (1928, ed. 45)[39], já se arrecadava recursos privados para tal em fins da década de 1920:

> Em Goyaz só florescem iniciativas particulares, e será para lamentar se entre nós não surgirem criaturas abnegadas e heroicas como d. Alice de Toledo Tibiriçá para iniciarem um combate systematico á lépra, organizando meios de proteção aos leprósos que perambulam pelas cidades do interior expondo as suas chagas á caridade publica.

[39] Fonte: Hemeroteca da Biblioteca Nacional.

A medida sanitária de Penna, com a construção de uma cidade própria para os leprosos, em seu entendimento, era mais humana, porém, este confinamento dos doentes ocasionou outros problemas para os internos que se mostraram, ao contrário do que pensava Penna, desumanizadores, como a separação dos familiares e o estigma, o que gerava o preconceito. Além disso, jornais da época publicaram as dificuldades financeiras pelas quais passavam a Colônia Santa Marta e o Preventório Afrânio de Azevedo, onde ficavam os filhos dos portadores de hanseníase, também isolados. No jornal *Cidade de Goyaz* (1942, ed. 159, p. 3)[40] contém uma reportagem de Irorê Gomes sobre o assunto:

> [...] falta verba para colocação de vidros nas janelas; falta dinheiro para colocação de cortinas nos berçários; falta dinheiro no Preventório Afrânio de Azevedo. Nada, portanto, mais justo e mais humano do que a colaboração de todos os goianienses e goianos.
> Foi por isso que visitamos o Preventório Afrânio de Azevedo. Para narrar o que é a vida e como vive o estabelecimento e para solicitar a colaboração de todos na Campanha do Bercinho para o recem-nascido e de tecidos de lã para todos.

Ademais, haviam a fugas dos internos do abrigo que, pelos relatos dos jornais, não eram incomuns, como mostra o jornal *O Estado de Goyaz* (1955, ed. 1546, p. 1)[41]:

> No dia 15 de janeiro, procurou a casa de um senhor residente á Av. Mal. Floriano Peixoto em Campinas, um doente do Leprosario Santa Marta.
> O doente chegou pedindo um auxílio para poder matar a fome, dizendo que andava fugindo e estava há muito sem comer. Interrogado de onde vinha, respondeu que era do Leprosario. Estranhando o fato, o proprietario da casa dirigiu ao doente perguntas sobre a vida no Leprosario tendo ele respondido que lá se passa muita miséria, tanta assim, que estava fugindo a procura do que comer.
> [...] Mas, podemos garantir que tal situação a que são submetidos os doentes do Leprosario é verídica pois já outras vezes fomos cientificados destas ocorrências.

De acordo com o jornal, foram várias ocorrências sobre fuga de internos da Colônia Santa Marta, com relatos sobre as dificuldades enfrentadas pela instituição no tocante às verbas destinadas pelo governo do estado. Tavares et. al. (2015, p. 113) coloca que:

> [...] nos anos inaugurais de 1930 o governo Vargas criou uma estrutura para combater doenças denominadas de massa, a saber: 1930, Ministério da Educação e Saúde; 1934, Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-social junto aos serviços estaduais de saúde e em substituição ao Ministério da Educação e Saúde. Ainda no ano mencionado foi extinta a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas e, nos Estados, suas atividades ficaram a cargo da Diretoria dos Serviços Sanitários, enquanto no Distrito Federal passou para a Inspetoria dos Centros de Saúde. Em 1935 foi criado o Departamento de Profilaxia da Lepra que

[40] Idem.
[41] Fonte: Hemeroteca da Biblioteca Nacional.

> ficou responsável pelo modelo de tratamento baseado no sistema – Dispensário[42], Leprosário[43], Preventório[44]. Registra-se que a política de isolamento já existia, o governo Vargas apenas centralizou as ações de isolamento e as estendeu por todo o país.

Naquele momento, é certo que o controle sobre essa população de hansenianos era o cerne desta política sanitária, que atendia aos anseios da formação do estado capitalista monopolista, onde a saúde pública é um aparato deste, circunscrita na noção de poder integrada no plano institucional e representando os interesses sociais e econômicos de distintas classes sociais. Ora, não era interessante à estrutura governamental que estava em formação uma comunidade de leprosos no convívio social, mesmo que muitos profissionais da área da saúde concordassem com a segregação dos enfermos apenas em casos extremos de infecção. Tanto é que, como apresenta Ducatti (2009, p. 7), "à medida que a cura medicamentosa tornou-se uma realidade, os argumentos para o isolamento enfraqueciam" e, no entanto, esta política segregacionista se manteve até 1967.

Na década de 1950, a Colônia Santa Marta já estava superpovoada e não conseguia atender às necessidades de seus internos. Com as dificuldades financeiras, a população e organizações como a Organização das Voluntárias[45] ofereciam ajuda.

Ademais, os percalços passados pelos internos nos leprosários, como discriminação, isolamento, exclusão social e do convívio com os filhos (separados dos pais doentes, moravam nos preventórios), de acordo com Claro (1995) *apud* Cavaliere e Costa (2011, p. 495), "sofrimentos psíquicos decorrentes de rejeição, a situações de estresse e de baixa autoestima, tudo aquilo que contribuirá para deprimir o sistema imunológico do paciente, predispondo-o a agravar seu estado de doença", são fatores que influenciaram a fuga de internos dos abrigos. Muitos internos vieram para Anápolis fugindo das colônias a que estavam submetidos. Tavares et. al. (2015, p. 111) conta que:

---

[42] Local responsável pelo diagnóstico e tratamento da lepra. (Nota da autora).

[43] Local de isolamento dos leprosos e responsável pela assistência (material e moral), tratamento e recuperação dos mesmos. (Nota da autora).

[44] Preventório ou Educandário eram as instituições destinadas a isolar os filhos dos portadores de hanseníase e compunha um dos itens do modelo de tratamento denominado Tripé, idealizado pelo norueguês Gerhard H. A. Hansen, descobridor do bacilo da doença, no século XIX. O modelo Tripé era composto de três itens complementares: o leprosário, para o infectado da doença; o dispensário para atender o comunicante – pessoas que convivem com os infectados; o preventório, para abrigar os filhos saudáveis dos infectados (MACIEL, 2007).

[45] Fundada em 30 de outubro de 1947, a Organização das Voluntárias de Goiás surgiu da iniciativa de um grupo de mulheres ligadas à Igreja Católica. Idealizada por Ambrosina Coimbra Bueno, então primeira-dama do Estado (esposa de Jeronymo Coimbra Bueno), a instituição foi administrada, em seus primeiros anos de existência, pela Arquidiocese de Goiás – não havia a Arquidiocese de Goiânia à época. Era "um órgão de auxílio voluntário aos hospitais, maternidades, orfanatos e demais entidades de assistência social", conforme consta do Diário Oficial publicado em novembro de 1947 e assinado por Ambrosina Coimbra Bueno. Disponível em: <http://www.ovg.org.br/post/ver/163828/historia> Acesso em 07 out. 2021.

> No decorrer dos anos de 1950, parte dos leprosos que foram isolados na Colônia retornaram para Anápolis e agruparam-se num lugar que, posteriormente, foi denominado "Morro do Cachimbo", situado nas cercanias da área urbanizada. Inicialmente um grupo subiu o Morro para se proteger do preconceito e ali, aos poucos, foram se agregando. Eles vinham de várias partes do país, fugindo, em sua maioria, de Colônias. Estava formado o "refúgio dos leprosos", no qual as regras eram ditadas ora pelos doentes, ora por grupos religiosos que se apropriavam do território para controle local.

Os "refugiados" que vieram para Anápolis enfrentaram muitos obstáculos na consolidação de sua permanência no Morro do Cachimbo, que era uma fazenda abandonada. Um desses desafios era a polícia sanitária que pegavam os doentes para serem levados aos abrigos institucionalizados. O maior medo era a separação dos filhos, pois, ainda em concordância com Tavares et. al. (2015, p. 118):

> [...] a lei n. 610 de 13 de janeiro de 1949 instituía que todos os doentes de lepra fossem separados do convívio dos familiares e que seus filhos fossem levados para preventórios/educandários. Esta lei foi revogada pela Lei n. 5.511 de 15 de outubro de 1968. Todavia, até então foram muitos anos institucionalizados de perda de vínculo e desestruturação familiar".

Em meio a tantas histórias, está a de Dona Iraci Maria Silva Santos, que chegou à Anápolis em 1969 em busca de abrigo para ela e o filho ainda de colo. Chegou no "quilombo" ou "colônia extraoficial", uma das denominações do abrigo dos hansenianos da cidade. Em entrevista a Renata Mariz do jornal "O Globo"[46], ela relata: "quando descobri que tinha esse lugar onde não roubavam nossos meninos, não pensei duas vezes".

No início da década de 1980, o amazonense Francisco Augusto Vieira Nunes[47], conhecido como "Bacurau", inicia na cidade de Bauru, São Paulo, uma mobilização contra o preconceito e funda o MORHAN, em 1981. O jornal *Estado de Goiás,* na seção Especial Bairros, de 30/01/17[48] conta que esta iniciativa inspirou o atual diretor da instituição, Sr. Carlos Tadeu Dutra, que, em 1984, inicia as articulações para a fundação de uma sede da

[46] Exemplar do jornal O Globo pertencente ao arquivo do MORHAN, com data e edição ilegível ela falta de armazenagem correta de documentos. Mesmo sem as especificações necessárias do exemplar, achou-se de grande relevância a inclusão desta fonte pela importância da entrevista que o conteúdo traz. Está disponível no arquivo físico da instituição. (Nota da autora).

[47] Francisco Augusto Vieira Nunes, o Bacurau, nasceu em Manicoré, no Estado do Amazonas, em 1939. Bacurau contraiu hanseníase aos cinco anos de idade, na década de 40. Na adolescência passou a morar no hospital colônia de Porto Velho e lá ganhou o apelido de Bacurau, nome de um pássaro da região. No início da década de 1960 foi internado na colônia Souza Araújo, em Rio Branco, no Acre. Por seu envolvimento efetivo nas questões da comunidade, tornou-se um líder comunitário respeitado. Até a sua morte, em 1997, participou ativamente de várias lutas sociais, foi reconhecido e premiado internacionalmente pelas iniciativas e conquistas. Bacurau foi um dos fundadores do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) em 1981. Disponível em: http://www.casadebacurau.org.br/. Acesso em 26 set. 2021.

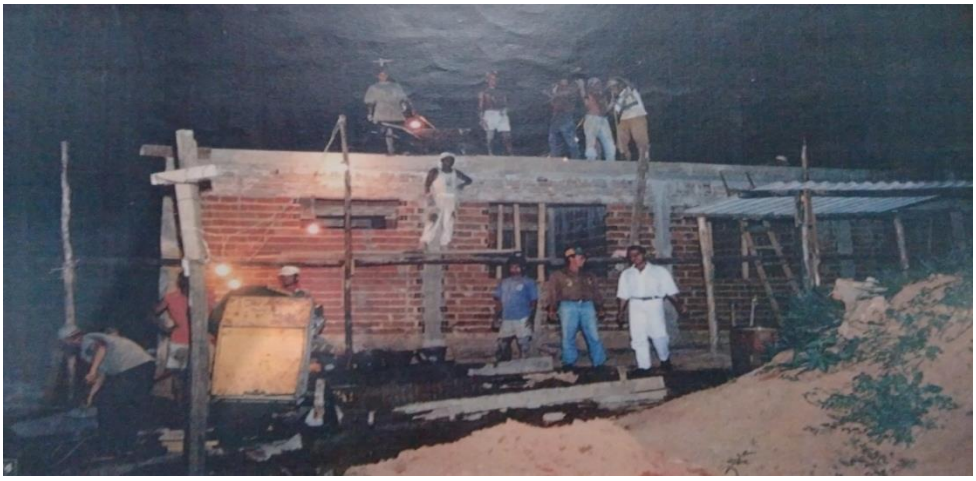
[48]Disponível em https://www.jornalestadodegoias.com.br/2017/01/30/je-especial-bairros-do-abandono-ao-acolhimento/. Acesso em 26 set. 2021.

instituição em Anápolis: “a princípio, eu estava desinteressado pelo Movimento, achava ele muito submisso aos grupos políticos, porém depois fui tomando consciência do comprometimento com essa causa”.

Ele conta que “o refúgio recebia doações e atendimento das entidades religiosas e de lojas Maçônicas que, além da caridade, efetuavam também um controle doutrinário religioso sob a dinâmica da vida dos hansenianos e suas famílias” (idem). Percebe-se que a luta de Carlos, além de ser em prol dos hansenianos no que toca aos direitos, respeito e contra o preconceito, era, também, contra o controle doutrinário das instituições religiosas e, por seu relato, contra a caridade com intuito de expurgo dos pecados que muitas pessoas ligadas às instituições realizavam, esquecendo-se do sentido real que deveria ter o ato caridoso. Por isso seu desejo: “o primeiro desafio foi fazer-se entender a importância da iniciativa do MORHAN estar independente de qualquer influência de caráter institucional ou religioso” (idem).

O primeiro passo foi solicitar à Maçonaria a compra e doação da área do cemitério clandestino onde eram enterrados os hansenianos, o que foi concretizado. Após a doação do terreno, começou-se a articulação nas emissoras de rádio em busca da continuidade de doações realizadas por pessoas anônimas e instituições da cidade. Os moradores do Morro do Cachimbo que chegaram ao local em busca, como Carlos Tadeu, de identificação ou em busca de um local onde pudessem constituir suas vidas ou, como muitos, fugindo do isolamento de seus filhos nas colônias[49], trabalharam tanto na construção do antigo abrigo, na remoção dos corpos do antigo cemitério, como na construção da nova sede do MORHAN.

Figura 42 – Moradores do Morro do Cachimbo na construção do abrigo



Fonte: Arquivos do MORHAN.

[49] Como já demonstrado neste trabalho, os filhos separados dos pais hansenianos permaneciam nos preventórios na época do isolamento compulsório. Nesse período, muitos fugiram da Colônia Santa Marta, em Goiânia-GO, para o Morro do Cachimbo. (Nota da autora).

A imagem mostra os moradores do Morro do Cachimbo na construção do abrigo, ainda levantando as paredes, trabalhando dia e noite para que seu local de proteção ficasse pronto o quanto antes. A situação pode ser comparada ao caso das populações assentadas[50], onde os próprios homens e mulheres precisam construir sua residência devido à escassez de recursos financeiros ofertados pelo governo. De um lado, populações segregadas construindo um abrigo para se proteger; de outro, trabalhadores sem-terra lutando pelo direito a um lar. O antigo abrigo dos hansenianos atualmente serve de moradia para pessoas. Algumas ainda necessitam da ajuda do MORHAN para aquisição de medicamentos ou algum tipo de tratamento, como curativos.

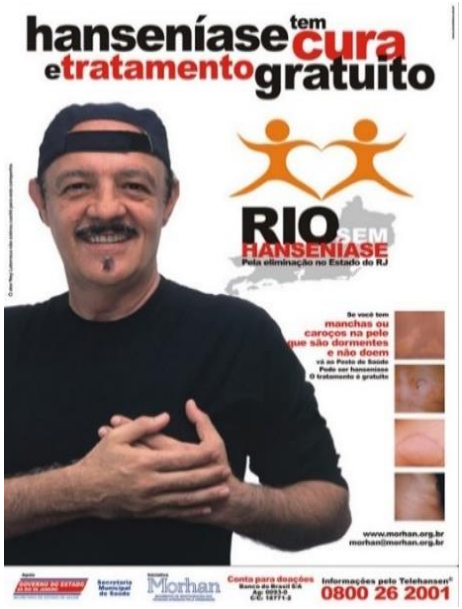
Atualmente, após décadas da descoberta da cura da hanseníase, o MORHAN de Anápolis atende portadores da doença sem condições de sustento, encaminhamentos de pessoas em situação de rua e vulnerabilidade social, além de abrigar pessoas abandonadas pela família ou em situação permanente de abandono, com outros problemas de saúde, idosos ou portadores de distúrbio mental.

De acordo com o Sr. Carlos Tadeu, o município encerrou em 2011 o convênio e, com isso, as doações são de pessoas anônimas e ação de *telemarketing*, com contribuições recolhidas por *office boy* no local onde o doador está. Ao todo são 28 profissionais exercendo diferentes funções, escalonados por períodos, contratados segundo orientação de seus respectivos sindicatos. A iniciativa é justificada por Carlos Tadeu na entrevista ao jornal Estado de Goiás (2017) da seguinte forma: “assim como um dia fui acolhido por uma pessoa que não tinha condições, vendo as pessoas desamparadas após o falecimento de José, dei continuidade a essa tarefa”.

O portal eletrônico do MORHAN apresenta uma sessão destinada a doações, onde evidencia que os valores são direcionados aos trabalhos em saúde e educação, bem como à construção de políticas públicas no combate à hanseníase no Brasil. O portal aceita doações pelo sistema *Pag seguro* ou por transferências bancárias. O site mostra ainda as publicações do MORHAN a partir do setor intitulado Biblioteca, com as edições dos Cadernos do MORHAN, que trazem apresentações de projetos como teatro, Serviço Social e encontros nacionais de Direito, bem como cartazes de artistas que apoiam o movimento “Hanseníase tem cura e tratamento gratuito”.

[50] De acordo com o dicionário, significa pessoas que são membros de um assentamento, local onde estão acampados trabalhadores rurais. Disponível em https://www.dicio.com.br/assentado/.

Figura 43 – Cartaz apresentando o ator Ney Latorraca



Fonte: Portal eletrônico do MORHAN[51].

Com isso, percebe-se que em torno da hanseníase existem fatores históricos que reverberam na forma como a enfermidade é tratada e vista atualmente. Isso demonstra a importância de compreender dada realidade dentro de sua totalidade histórica, posto que ela não nasce pronta e acabada, mas é fruto do acúmulo de informações e perspectivas construídas a partir das transformações sociais ocorridas historicamente. Desse modo, o que se tem hoje acerca da hanseníase, das formas de tratamento, das segregações socioespaciais, é fruto de uma série de transformações e contradições históricas, que no Brasil acresce das particularidades de seu processo de colonização, independência e posterior construção da identidade brasileira.

O próprio contexto anapolino, apesar de conter em si todos esses elementos historicamente arraigados, traz consigo suas particularidades, frutos da estrutura espacial, do processo de construção e urbanização e da cultura social. Um dos fatores que realçam as particularidades do contexto nacional, é a forte relação da hanseníase com condições precárias de natureza socioeconômica e ambiental, fator, como se viu, de peso nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. A própria difusão da lepra em Goiás ocorreu de forma íntima em relação à economia, sobretudo agrária, do estado.

Em Anápolis, as migrações e ocupação gradual da cidade deu uma configuração específica ao abrigo São Francisco, e sua marginalização ocorreu em consonância ao

[51]Disponível em http://www.morhan.org.br/views/upload/cartaz_latorraca_AR.jpg. Acesso em 01 nov. 2021.

tratamento nacional que se dava à lepra no país. Localizado no Morro do Cachimbo, o leprosário de Anápolis passou a comportar pessoas marginalizadas e excluídas devido à hanseníase não somente da cidade, mas oriundos de migrações para o município. Sua construção foi fruto de um esforço mútuo dos próprios moradores, que, trabalhando dia e noite construíram simultaneamente, sua moradia e a edificação física de sua segregação socioespacial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao trazer para o centro da pesquisa o Lar São Francisco de Anápolis, o presente estudo pode compreender os fatores que cercam o estigma e a segregação vivenciados pelos indivíduos desse espaço. Para tal, foi de suma importância aprofundar na memória do abrigo a partir de documentos escritos e fotografias, buscando compreender simultaneamente as dimensões temporal e espacial do processo de segregação. Para isso, a Geografia da Saúde foi de extrema relevância para compreensão da dimensão sanitária dos espaços urbanos e a marginalização dos hansenianos.

No caso do abrigo de Anápolis, o que se repete em outros lares e abrigos pelo Brasil, é a forte presença de instituições religiosas no auxílio destes, o que por um lado, trouxe benefícios quanto aos cuidados a estes indivíduos, mas por outro, evidenciou-se o estigma e se reproduziu sua marginalização a partir da dialética da presença religiosas e a relação da enfermidade com o pecado.

Nesse sentido, foi possível compreender os impactos políticos e sociais da exclusão espacial e social desses indivíduos, bem como os fatores de ordem governamental, religiosa e civil que contribuíram para a intensificação do estigma e despersonalização dos hansenianos. Além disso, ficou evidente também a presença do estigma nas relações interpessoais, que se reproduz na forma como o imaginário coletivo enxerga tais espaços e grupos, e os fatores sociais da segregação.

Falar sobre doenças é tratar de um assunto delicado, mas crucial para compreender as limitações físicas dos seres humanos. Todavia, este não é um trabalho que se propôs a analisar a doença em si e os impactos físicos dos sintomas e tratamento, mas sim, os efeitos sociais e culturais provocados pela enfermidade. Nos últimos anos, a pandemia provocada pelo COVID-19, ao passo em que remodelou a vida da sociedade global com as medidas de isolamento e distanciamento social, com os temores perpassados pelo imaginário coletivo, foi capaz de evidenciar como uma enfermidade impacta no meio social.

Ao passo em que a pandemia promoveu uma “segregação” no sentido de limitar o contato e as relações interpessoais para contenção do vírus, tal segregação não foi de um grupo específico ou de indivíduos específicos, mas para toda a sociedade. Todavia, é claro, com os impactos econômicos, novas formas de segregação são criadas, dado que a realidade de uma considerável parcela da população encontrava-se longo do ideal antes da pandemia, sendo agravadas pelo longo período pandêmico.

Porém, quando se fala em hanseníase, consequentemente se fala em uma segregação histórica (milenar) dos indivíduos portadores dessa enfermidade, onde por vezes, as dores provocadas pelo estigma, pela exclusão e pelo preconceito, se equiparam às dores e desconfortos provocados pela enfermidade. Assim, ao passo em que o indivíduo luta contra a hanseníase e seus desdobramentos físicos e emocionais, deve guardar forças para lutar contra o estigma que carrega, contra o preconceito e o ódio disfarçados de "medo", contra a segregação e exclusão que se fazem valer nos espaços físicos e nas relações interpessoais.

Aqui, pode-se fazer uso das questões de Walter Benjamim em suas famosas teses sobre o conceito de História. Que história queremos produzir? Como compreender de fato a histórica? Como ter empatia e dar voz aos vencidos, excluídos e marginalizados?

Trazer os hansenianos e o estigma que recai sobre sua realidade enquanto objetos centrais de uma pesquisa de mestrado, com o intuito de olhar tal realidade a partir de sua própria visão, é uma forma de dar voz a um grupo historicamente silenciado. Os fatos historicamente contados sobre esses grupos e sua marginalização socioespacial, evidenciam a construção de uma realidade pautada nos interesses dominantes da sociedade.

Se para Benjamim, a luta de classes, enquanto uma luta em torno de coisas brutas e materiais, que carregam em si também as coisas espirituais, a história escrita evidencia os "espólios" do vencedor (LOWY, 2005). Podemos ir além e olhar não somente a história escrita sobre leprosários e sobre a hanseníase como um fator de evidente interesse dos ditos vencedores, mas a própria história vivida e construída, a incógnita realidade vivenciada no cotidiano dos hansenianos. Esta, por sua vez, evidencia não somente a luta de classes, mas a existência de grupos "subalternos" ao capital, que vê no ser humano somente sua capacidade técnica de produção, sua qualidade de mão-de-obra.

Desse modo, não somente os indivíduos com hanseníase, mas as enfermidades em geral que impossibilitam o trabalho desses grupos, sua "contribuição" ao "belo quadro social" vivenciado, não são de interesse da sociedade do capital, e, por isso, esse tratamento excludente e negligente visível não somente em um passado remoto ou recente, mas evidentes no presente. Por isso, a história, mesmo quando olha para o passado, ela é construída do presente, um presente pejado de tensões, conflitos e contradições, e, quando não se considera tais contradições, quando se reproduz a perspectiva do vencedor, do dominante, o cerne da questão, o fulcro da existência dos problemas socioeconômicos vivenciados atualmente, é novamente oculto para se priorizar outros fatores, frequentemente associados à produtividade e modernização.

Se as contradições sobrepujantes do passado da hanseníase, como percebemos com a presente pesquisa, fazem-se valer atualmente, mesmo com todos os avanços alcançados com lutas e movimentos sociais, são necessários estudos e pesquisas que desmitifiquem o estigma e desmantelem os preconceitos existentes. Não somente da ótica histórica e social, como também de contribuições das áreas da economia, dado os fatores econômicos evidentes na exclusão da saúde, no que se refere à desmistificação de questões relacionadas ao contágio e tratamento da enfermidade; também do direito, tendo em vista que direitos sociais fundamentais como educação, saúde e moradia estão sendo negligenciados; e diversas outras áreas e dimensões da pesquisa científica.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Brasil tem quase 30 mil novos casos de hanseníase por ano**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/brasil-tem-quase-30-mil-novos-casos-de-hanseniase-por-ano. Acesso em 04 fev. 2021.

_____. **Brasil é o segundo em número de casos de hanseníase no mundo:** país registrou cerca de 30 mil casos novos por ano na última década. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-01/brasil-e-o-segundo-em-numero-de-casos-de-hanseniase-no-mundo. Acesso em 04 fev. 2021.

AGUIAR JÚNIOR, F. D. **"Guerre alle mosche" – Guerra às moscas:** o processo da construção dos mitos em torno da AIDS. 2º Encontro Internacional da Universidade Estadual do Ceará (UECE), 2016. Disponível em http://www.uece.br/eventos/2encontrointernacional/anais/trabalhos_completos/138-28525-09112014-185714.docx. Acesso em 02 out. 2020.

ALVARENGA, A. V. M. et. al. **Da reclusão à reparação:** o alcance da lei .11.520/07 sobre hansenianos e seus descendentes. Vozes, Pretérito & Devir, v. 8, n. 1, 2015.

ALVES, J. A.; OLIVEIRA, J. A. **A política de isolamento para a hanseníase e a saúde pública:** a geografia do isolamento em Manaus – AM, Brasil. 2011. Disponível em http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal13/Geografiasocioeconomica/Geografiamedica/07.pdf. Acesso em 05 jan. 2021.

ALVES, P. P. de M. **Geografia na Saúde:** análise da territorialização em saúde como estratégia pedagógica. 137f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, 2020.

ANÁPOLIS. Plano Diretor. Artigo 34. **Lei Complementar nº 349, de 07 de julho de 2016**. Disponível em https://leismunicipais.com.br/a/go/a/anapolis/lei-complementar/2016/34/349/lei-complementar-n-349-2016-dispoe-sobre-o-plano-diretor-participativo-do-municipio-de-anapolis. Acesso em 24 set. 2022.

ANTUNES, I. C. B. **O combate à lepra no Rio Grande do Norte:** a construção do Leprosário São Francisco de Assis durante as primeiras décadas do século XX. Revista Espacialidades [online]. 2021.1, v. 17, n. 1, ISSN 1984-817X. Disponível em https://doi.org/10.21680/1984-817X.2021v17n1ID21862. Acesso em 20 out. 2022.

AQUINO *et. al*. Divisor de águas: a marca da internação compulsória na vida de sujeitos acometidos pela hanseníase. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2016, vol. 26 (Supl. 8). Disponível emhttp://rmmg.org/artigo/detalhes/2138. Acesso em 30 abr. 2020.

BAIALARDI. K. S. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **HansenologiaInternationalis**, 2007, 32(1): 27-36. Disponível emhttp://www.ilsl.br/revista/imageBank/301-862-1-PB.pdf. Acesso em 08 mai. 2021.

BARCELLOS, C. et al. Geografia e saúde: o que está em jogo? História, temas e desafios. **Dossiê Geografia, saúde e ambiente:** uma abordagem da complexidade dos problemas atuais

na saúde, n. 37, 2018. Disponível em https://journals.openedition.org/confins/14954. Acesso em 20 out. 2021.

BARRETO *et. al*. **Hanseníase e estigma**. HansenologiaInternationalis, 2013, 38 (1-2):14-25. Disponível emhttp://www.ilsl.br/revista/imageBank/v38n1-2a03.pdf. Acesso em 09 out. 2021.

BENELLI, S. J. Goffman e as instituições totais em análise. *In*: **A lógica da internação:** instituições totais e disciplinares (des)educativas. São Paulo: Editora UNESP, 2014, pp. 23-62. Disponível em http://books.scielo.org/id/74z7q/pdf/benelli-9788568334447-03.pdf. Acesso em 02 out. 2020.

BÍBLIA SAGRADA. **Levítico 13:9-11**. Velho Testamento. Tradução de João Ferreira de Almeida, 1983, 4ª edição. Petrópolis-RJ: Vozes

BÍBLIA SAGRADA. **Levítico 13:45-46**. Velho Testamento. Tradução de João Ferreira de Almeida, 1983, 4ª edição. Petrópolis-RJ: Vozes.

BORENSTEIN, M. S. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catar pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **RevBrasEnferm**, Brasília 2008; 61 (esp): 708-12. Disponível em https://www.scielo.br/j/reben/a/dF9QQYW3MVpqKXndTcH3rDz/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 20 jun. 2021.

BORGES, S. F.; LUZ, J.S. da; FREGONESI, L. H. A. da S. **Análise da questão da questão ambiental e qualidade de vida nos assentamentos precários de Anápolis (GO):** um estudo de caso do bairro Novo Paraíso. 2011. Disponível em http://ppstma.unievangelica.edu.br/sncma/anais/anais/2011/2011_cl02_002.pdf. Acesso em 24 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf. Acesso em 30 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico, volume 49**, n° 4, 2018. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseniase-publicacao.pdf. Acesso em 02 jun. 2021.

_____. **Lei n. 9.010, de março de 1995**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9010.htm. Acesso em 04 abr. 2021.

_____. **Lei n. 11.520, de 18 de setembro de 2007**. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Brasília-DF, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2007.

CARVALHO, F. P. de. **Potencialidades do Brasil como *Innovative Developing Country* para Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Produção em Doenças Negligenciadas**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia. Mestrado. Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento. Rio de Janeiro, 2011. Disponível emhttp://www.ie.ufrj.br/images/pos-graducao/pped/defesas/23-Fernando_Porto_ de_Carvalho.pdf. Acesso em 20 nov. 2020.

CARVALHO, K. A. Discussões em torno da reconstrução do significado da lepra no período pós-sulfônico, Minas Gerais, na década de 1950. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, abr.-jun. 2015, p. 541-557. Disponível em https://www.scielo.br/j/hcsm/a/pTYgSp8YPbJWTZty8WW3BxB/?lang=pt&format=pdf. Acesso em 6 jul. 2020.

CASTRO, E. A. de. **O Leprosário São Roque e a modernidade:** uma abordagem da hanseníase na perspectiva da relação espaço-tempo. Curitiba, 2005. Disponível em https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/1878/Disserta%E7%E3o_Elizabeth.pdf?sequence=1. Acesso em 20 jun. 2022.

CAVALIERE, I. A. de L.; COSTA, S. G. Isolamento social, sociabilidades e redes sociais de cuidados. **Physis- Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011.

CHAUL, N. F. **Caminhos de Goiás:** da construção da decadência aos limites da modernidade, 2ª ed. Goiânia: Editora da UFG, 2002.

CLARO, L. B. L. Hanseníase: representações sobre a doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. **Cadernos de Saúde Pública**, 11 (4): 631-638, out/dez., 1995.

CORRÊA, R. L. **O Espaço Urbano**. São Paulo: Ática, 1995.

_____. **Região e organização espacial.** 3ª. ed. São Paulo: Editora Ática, 2000.

COSTA, R. T. A.; MIESSA, E. R. Estigma: uma realidade da população em situação de rua (PSR). **Conhecer:** debate entre o público e o privado. v 04. nº 14. 2015.

DIAS, E. M. **A ilusão do Fausto**. Manaus: Editor, 2007.

DUCATTI, I. A **hanseníase no Brasil na era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório:** estudos sobre o discurso científico legitimador. 199f. Tese (Doutorado em História Social), Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2009.

DUCATTI, I. **Aparelho ideológico de Estado e violência:** o caso articular dos antigos leprosários. Projeto História, São Paulo, n. 38, p. 141-163, jun. 2009. Disponível em https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/5237/0. Acesso em 20 nov. 2020.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, vol. 13, nº. 2. São Paulo, 2004. Disponível emhttp://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200008. Acesso em 01 nov. 2021.

FELICIANO, M. M. **Resgate histórico do leprosário Asylo Colônia Santo Ângelo**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - PUC-SP, São Paulo, 2008.

FERNANDES, C. **A história da Colônia Santa Marta**. Brasil Escola, 2019. Disponível em https://brasilescola.uol.com.br/historiab/a-historia-colonia-santa-marta.htm. Acesso em 27 de novembro de 2020.

FERNANDES, T. R. M. de O. et. al. **Hanseníase:** graves consequências do diagnóstico tardio. Relatos de dois casos e breve abordagem sobre suas sequelas. Hansen Int. 2017: 42(1-2):37-42. Disponível em https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/hansenologia/article/view/34974. Acesso em 10 out. 2022.

FIOCRUZ. **Doenças negligenciadas**. 2013. Disponível em https://agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas. Acesso em 01 out. 2021.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FREGONESI et. al. **Análise da questão da questão ambiental e qualidade de vida nos assentamentos precários de Anápolis (GO):** um estudo de caso do bairro Novo Paraíso. 2011. Disponível em http://ppstma.unievangelica.edu.br/sncma/anais/anais/2011/2011_cl02_002.pdf. Acesso em 24 set. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução: Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução: Dante Moreira Leite, 8 ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2008.

GORGULHO, G. **Isolamento compulsório de hanseníase:** o papel dos jornais paulistas na manutenção do degredo (1993-1967). Universidade Estadual de Campinas, 2013. Disponível emhttp://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/270597. Acesso em 02 mai. 2020.

GUIMARÃES, R. B. **Saúde Urbana:** velho tema e novas questões. Terra Livre, São Paulo, n. 17, p. 155-170, 2001.

_____. Geografia e saúde. *In*: **Saúde:** fundamentos de Geografia humana [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp. 17-39. ISBN 978-85-68334-938-6. Disponível em http://books.scielo.org. Acesso em 17 set. 2022.

_____. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, 2005. Disponível em https://www.scielosp.org/article/csp/2005.v21n4/1017-1025/. Acesso em 21 out. 2021.

GZH. **Saúde**. Como estão os últimos 46 moradores do Hospital Colônia Itapuã e quais os planos do poder público para a área, 03 jun. 2022. Disponível em https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2022/06/como-estao-os-ultimos-46-moradores-

do-hospital-colonia-itapua-e-quais-os-planos-do-poder-publico-para-a-area-cl3x4loik003m019id006yg1e.html. Acesso em 30 set. 2022.

JORNAL ESTADO DE GOIÁS. **JE Especial Bairros:** do abandono ao acolhimento. Entrevista a Luiz Eduardo Rosa. Disponível em http://www.jornalestadodegoias.com.br/2017/01/30/je-especial-bairros-do-abandono-ao-acolhimento/. Acesso em 22 nov. 2020.

LE GOFF, J. **As doenças têm história**. Tradução: Laurinda Bom. Lisboa: Terramar, 1985.

LEFEBVRE, H. **A produção do espaço**. Minas Gerais: UFMG, 2000.

_____. **Espaço e política.** Minas Gerais: UFMG, 2008.

LÖWY, M. **Walter Benjamin**: aviso de incêndio: uma leitura das teses "Sobre o conceito de história". São Paulo: Boitempo, 2005.

MACIEL, R. M. T. A lepra entre a religião e a medicina. *In:* MAGALHÃES, Sônia Maria de; SILVA, Leicy Francisca da; MACIEL, Roseli Martins Tristão (orgs.). **História de doenças**: percepções, conhecimentos e práticas. São Paulo: Alameda, 2017.

_____. **De leprosários e preventórios à 'hanseníase tem cura':** saldos de um passado que insiste em existir. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 2014. Disponível emhttp://www.ie.ufrj.br/images/pos-graducao/pped/dissertacoes_e_teses/Roseli_ Martins_Tristao.pdf. Acesso em 05 mai. 2021.

MACIEL, L. R.; FERREIRA, I. N. **A presença da hanseníase no Brasil:** alguns aspectos relevantes nessa trajetória. Hanseníase – Avanços e Desafios, 2014. Disponível emhttps://pesquisa.bvs.br › brasil › resource › ses-30670. Acesso em 14 mai. 2021.

MARAFON, G.J. et. al. Sobre os autores. *In*: **Pesquisa qualitativa em geografia:** reflexões teórico-conceituais e aplicadas [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2013, 540 p. ISBN 978-85-7511-443-8. https://doi.org/10.7476/9788575114438. Acesso em 30 out. 2022.

MARQUES, L. M.; LAROCCA, L. M. **A construção do Novo Paraná:** uma análise dos discursos higienistas (1853-1930). Revista Cogitare Enfermagem, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17187. Acesso em 30 out. 2022.

MARTINS, J. S. **Sociologia da fotografia e da imagem**. São Paulo: Contexto, 2013.

MASSA. **Ferrovia Norte-Sul**. Out. 2020. Disponível em https://massa.ind.br/ferrovia-norte-sul/#Divisao_da_ferrovia_norte_sul. Acesso em 28 set. 2022.

MELLAGI, A. G.; MONTEIRO, Y. N. **O imaginário religioso de pacientes de hanseníase:** um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 16, nº. 2, Rio de Janeiro, abr./ jun. 2009. Disponível emhttp://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000200011. Acesso em 02 nov. 2021.

MELO, Z. M. Estigmas: espaço para exclusão social. **Revista SymposiuM**. Universidade Católica de Pernambuco. Ano 4, número especial, dezembro, 2000. Disponível em https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/2457/2457.PDF. Acesso em 06 de abril de 2021.

MELO, M. de; SIQUEIRA, T. A. **Novo Paraíso:** estigma e segregação no processo de produção de uma realidade urbana. Anais - Seminário de Pesquisa, Pós-Graduação, Ensino e Extensão do CCSEH – III SEPE Ética, Política e Educação no Brasil Contemporâneo, 6 a 9 de junho. ISSN 2447-9357. Disponível em https://www.anais.ueg.br/index.php/sepe/article/view/8939. Acesso em 10 set. 2022.

MONTEIRO, Y. N. **Doença e estigma**. Revista de História, n. 127-128, 1993. Disponível em https://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/18694. Acesso em 05 jul. 2021.

MORAIS, I. R. D. et. al. Produção do espaço urbano e políticas públicas: a operacionalização do observatório do *aedes aegypti* no Rio Grande do Norte/RN. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde- Hygeia**, v.14, n. 30, dezembro de 2018.

MOURA, A. S.; ROCHA, R. L. **Endemias e Epidemias:** dengue, leishmaniose, febre maculosa e leptospirose. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2012. Disponível em https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3285.pdf. Acesso em 04 fev. 2021.

MOVIMENTO DE REITEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE (MORHAN). **Cadernos do Morhan:** filhos separados. Departamento de Formação, Projetos e Pesquisas. Edição 8, 2010. Disponível em http://www.morhan.org.br/views/upload/cadernosmorh8.pdf. Acesso em 02 nov. 2020.

NOGUEIRA, H; REMOALDO, P. C. **Olhares Geográficos sobre a saúde**. Lisboa: Edições Colibri, 2010.

OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, 1998. Disponível em https://www.scielo.br/j/csp/a/g3kzRP4GSR433by5j4K4bsz/?lang=pt. Acesso em 03 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Combater a hanseníase, acabar com o estigma e advogar pelo bem-estar mental é o tema 2021 do dia mundial de combate à hanseníase**. 2021. Disponível emhttps://www.paho.org/pt/noticias/22-1-2021-combater-hanseniase-acabar-com-estigma-e-advogar-pelo-bem-estar-mental-e-tema. Acesso em 04 fev. 2021.

PICKENHAYN, J. A. La geografía de la salud y el aporte de Foucault: Geography of health and the contributions of Foucault. Programa de Geografía Médica Universidad Nacional de San Juan. **HYGEIA - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. ISSN: 1980-1726 Hygeia, jun/2008. Disponível em https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16903/9314

PINTO, P. G. H. R. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **Physis Revista de Saúde Coletiva** 5 (1), 1995. Disponível em https://www.scielo.br/j/physis/a/sH7qjKQWXbYTbCJnqb5z6Lv/abstract/?lang=pt Acesso em 04 fev. 2021.

PINTO NETO et. al. **O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil:** uma revisão da literatura. Hansen. Int., 25(2): 163-176. 2000. Disponível emhttp://www.ilsl.br/revista/imageBank/696-2387-1-PB.pdf. Acesso em 02 mai. 2020.

POLONIAL, J. **Terra do Anhanguera**. História de Goiás. 2ª edição, Goiânia: Editora Kelps, 2001.

PORTAL AMAZONAS. **Conheça a história do Leprosário de Paricatuba, "a cidade da dor"**, 30 jan. 2022. Disponível em https://portalamazonia.com/estados/amazonas/conheca-a-historia-do-leprosario-de-paricatuba-a-cidade-da-dor. Acesso em 30 out. 2022.

POSTIGO, V. R. M. **Espaços vigiados:** um estudo do isolamento compulsório dos portadores de hanseníase no asilo-colônia Santo Ângelo (1890/1960). Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo, 2008. Disponível em https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-02102008-161645/pt-br.php. Acesso em 05 mai. 2020.

PIRAQUARA. **Prefeitura Municipal**. Novo museu em Piraquara preservará a memória da hanseníase e do Hospital Colônia São Roque, 15 mar. 2022. Disponível em https://piraquara.pr.gov.br/Novo-museu-em-Piraquara-preservara-a-memoria-da-hanseniase-e-do-Hospital-Colonia-Sao-Roque-4-13674.shtml. Acesso em 20 jun. 2022.

PREVEDELLO, F. C.; MIRA, M. T. **Hanseníase:** uma doença genética? Anais Brasileiros de Dermatologia, vol. 82, n. 5, Rio de Janeiro, set./ out. 2007. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962007000500009. Acesso em 03 out. 2020.

RAUSEO, D. C. de P. B. **Onde a esperança mora:** o isolamento dos portadores de hanseníase (SP/1948). - Universidade Tuiuti do Paraná. Monografia, 2016. Disponível emhttp://universidadetuiuti.utp.br/historia/Tcc/rev_hist_13/pdf_13/mono_2.pdf. Acesso em 26 out. 2021.

REZENDE, J. M. Epidemia, endemia, pandemia. Epidemiologia. **Linguagem Médica**, vol. 27(1): 153-155, jan-jun. 1998. Disponível em https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/download/17199/10371/. Acesso em 03 fev. 2021.

ROJAS, I. L. Geografía y Salud: temas y perspectivas em América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 701-711, 1998.

SANTANA, P. **Introdução à geografia da saúde:** território, saúde e bem-estar. Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.

SANTOS, B. de S. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1997.

SANTOS, L. A. de C. et. al. **Contrapontos da história da hanseníase no Brasil:** cenários de estigma e confinamento. Rev. bras. estud. popul. 25 (1), Jun 2008. Disponível em https://doi.org/10.1590/S0102-30982008000100010. Acesso em 20 jun. 2022.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. A natureza do espaço. São Paulo: Editora USP, 2002.

_____. **A natureza do espaço:** técnica, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia, 1999.

SILVA, L. F.; SALOMON, M. J. **A lepra em Goiás (1920-1937):** as instituições filantrópicas e a pedagogia do isolamento. Programa de Pós-graduação em História UFG, 2011.

SILVA, L. F. da. **Eternos Órfãos da Saúde:** medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962). Universidade Federal de Goiás. Tese de Doutorado, 2013. Disponível emhttps://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/3460/5/Tese%20%20-%20Leicy%20Francisca%20da%20SIlva-%202013.pdf. Acesso em 01 nov. 2021.

_____. **Os discursos médicos e um plano de ataque à lepra em Goiás**. Universidade Federal de Goiás, 2012. Disponível em https://pos.historia.ufg.br/up/113/o/Leicy_Francisca_da_Silva.pdf. Acesso em 20 nov. 2021.

_____. **Violência, exclusão e isolamento:** as produções literárias e o leproso. **Anais** - IV Congresso Sergipano de História & IV Encontro Estadual de História da Anpuh/SE: O Cinquentenário do Golpe de 64, Aracajú, Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe, 2014. Disponível em http://www.encontro2014.se.anpuh.org/resources/anais/37/1424131507_ARQUIVO_LeicyFranciscadaSilva.pdf Acesso em 25 de janeiro de 2021.

SILVA, L. F.; SALOMON, M. J. **A lepra em Goiás (1920-1937):** as instituições filantrópicas e a pedagogia do isolamento. Programa de Pós-graduação em História, UFG, 2011. Disponível em http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/doutorado/trabalhos-doutorado/doutorado-leicy-francisca.pdf. Acesso em 25 out. 2021.

SIQUEIRA, T.; MELLO, M. Novo Paraíso: estigma e segregação no processo de produção de uma realidade urbana. **Revista Cerrados (Unimontes)**, vol. 17, n. 2, pp. 25-46, 2019. Disponível em https://www.redalyc.org/journal/5769/576961002002/html/. Acesso 31 mai. 2020.

SONTAG, S. **Doença como metáfora:** AIDS e suas metáforas. Tradução: Rubens Figueiredo, Paulo Henriques Britto. São Paulo: Companhia de Bolso, 1978.

SOUZA, J. M. A. **Edmund Burke e a gênese conservadorismo**. Serv. Soc. Soc. (126), May-Aug 2016. Disponível em https://doi.org/10.1590/0101-6628.073. Acesso em 20 jun. 2021.

SOUZA, L. S. L. Narrar o trauma nas diásporas: metáforas da doença nas literaturas de autoria feminina do Zimbábue. **Revista Estudos Feministas**, v. 27. Florianópolis, 2019. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/ref/v27n1/1806-9584-ref-27-01-e58984.pdf. Acesso em 02 out. 2020.

SOUZA, M. L. **ABC do desenvolvimento urbano**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

SOUZA-ARAÚJO, H. C. de. **História da lepra no Brasil:** período republicano, 1890-1952. v. 3. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional. 1956.

TAVARES et. al. A Lepra Mora no Morro: O "refúgio" de leprosos em Anápolis, Goiás, Brasil (1930–1970). **Fronteiras: Dossiê - História, Saúde e Meio Ambiente**, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em https://doi.org/10.21664/2238-8869.2015v4i1.p110-125. Acesso em 08 mai. 2020.

_____. **Território da lepra:** a criação e consolidação do Refúgio dos Leprosos em Anápolis, Goiás, Brasil (1930 –1970). Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (I H M T). 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical, v. 15, n. 1, 2016. Disponível em https://doi.org/10.25761/anaisihmt.78. Acesso em 05 mai. 2020.

TAVARES, G. G. et. al. A Lepra Mora no Morro: O "refúgio" de leprosos em Anápolis, Goiás, Brasil (1930-1970). **Fronteiras:** Journal of Social, Technological and Environmental Science, v. 4, n. 1, jan./jul. 2015.

TRONCA, Í. A. **As mascaras do medo:** lepra e aids. Campinas-SP: Editora da Unicamp, 2000.

VIANA, N. **A consciência da história**. Rio de Janeiro: Achiamé, 2007.

VILLAÇA, F. **Espaços intra-urbanos no Brasil.** São Paulo: Studio Abel. Fapesp, 1998.

WACQUANT, L. **As duas faces do gueto**. São Paulo: Boitempo, 2008.