

Celso João de Souza Junior

O Exílio no Brasil Profundo
- A Colônia Santa Teresa -

Dissertação para obtenção do título de Mestre em História

Programa de Pós-Graduação em História
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Universidade Federal de Santa Catarina

Orientadora: Dra. Maria de Fátima Fontes Piazza

Florianópolis
– Julho de 2007 –

Celso João de Souza Junior

O Exílio no Brasil Profundo
– A Colônia Santa Teresa –

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em História Cultural no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina, pela comissão formada pelos professores:

Dra. Maria de Fátima Fontes Piazza (UFSC)
Orientadora

Dra. Maria Bernardete Ramos Flores (UFSC)

Dra. Marilange Nonnenmacher (UDESC)

Dra. Renata Palandri Sigolo (UFSC)

Resumo/Abstract

O texto apresenta uma breve história do saneamento básico em Santa Catarina, destacando a construção do Hospital Santa Teresa na cidade de São Pedro de Alcântara (SC), como resultado de uma rede de atendimento sanitário na década de 1940.

Palavras-chaves: Corpo, Lepra, Saneamento, Hospital Santa Teresa.

The text presents an short history of basic sanitation in Santa Catarina, pointing out the construction of Santa Teresa Hospital in the city of São Pedro de Alcântara (SC), as result of this sanitary attendance a decade 1940.

Keywords: Body, Leprosy, Sanitation, Santa Teresa Hospital.

Agradecimentos

São os mais sinceros sentimentos de carinho aos meus pais – Rosângela Nilda de Souza e Celso João de Souza –, pelo incentivo e preocupação neste percurso cheio de contratemplos. Aos meus amigos agradeço o apoio as minhas idéias e concatenações. Tenho também uma eterna dívida de gratidão para com minha orientadora – Maria de Fátima Fontes Piazza –, por sua paciência, seu carinho e principalmente o respeito nos momentos mais difíceis. Aos funcionários do Hospital Santa Teresa registro um agradecimento especial pela acolhida e pelas portas abertas que me disponibilizaram. A Sra. Vera Lúcia Buaes Pizzato agradeço o seu reconhecimento a minha figura profissional e pelas constantes provocações de meus conhecimentos proporcionados pela academia.

Este texto é dedicado ao Sr. João Paulo de Farias

Sumário

Introdução	3
Capítulo 1 – A Zifinha	
1.1 – O plano existencial: questões para o meta corpo	8
1.2 – O panoto	27
Capítulo 2 – A pia do palácio: aspectos do saneamento básico em Santa Catarina	
2.1 – Os desterrados	38
2.2 – Mens sana in corpore sano	54
Capítulo 3 – A hanseníase em Santa Catarina	
3.1 – A construção da doença	66
3.2 – Os trâmites de uma obra	78
3.3 – A cidade doente	87
Considerações Finais	111
Bibliografia e Documentos	113
Anexos	120

Introdução

A palavra “exílio” possui origem latina, *exilium*, um substantivo masculino que nomeia a expatriação forçada ou voluntária, o local de desterro, aonde vive o exilado. Ela compõe sentenças que identificam o sítio desagradável de habitar, um lugar afastado ou ainda, num sentido místico, a própria Terra, a vida mortal, por oposição ao *céu* cristão¹. O exílio pode ser um lugar físico ou etéreo, poético, podendo estar nos limites do olhar e nos recônditos do pensamento.

O título deste trabalho está relacionado principalmente a um sentimento que acompanhou este trabalho: as dificuldades de encontrar nas fontes primárias e bibliográficas uma compreensão satisfatória para aqueles que optaram pelo tratamento da hanseníase. Pois muitos relatos sugerem que o isolamento absoluto do doente em relação ao mundo não fora simplesmente compulsória, apesar da maioria ter ido para esses ambulatórios por vergonha da doença ou por uma imposição social. No entanto, o que mais impressionou foram as formas de encarar a doença, apresentada em alguns prontuários do Hospital Colônia Santa Teresa. Muitas vezes sua história pessoal era, na verdade, um recrudescimento da vida ao próprio organismo, uma escravização pelo fisiologismo de seus corpos. Por isso, este “*Brasil Profundo*” é, antes de qualquer coisa, o espaço daqueles expatriados por serem diferentes dos demais, obrigando a essas pessoas a não terem mais nada senão seus corpos doentes.

O texto tratará do corpo enquanto lugar de construção de signos, um espaço de confronto em que a doença se insere como aporte de cultura e produção histórica, não tentando negar a inevitável materialidade física, mas justamente investigando as estratégias

¹ DICCIONÁRIO Prático Ilustrado. Porto: Livraria Chardron, 1928, p.463.

que burlam o inevitável: sua diluição social. As modalidades de uso do corpo, como a moda, a forma física, sua cor, a postura e tantas outras –, nos obrigam a conviver com esta unidade de forma ôntica, consciente, a fim de que outro organismo se sobressaia: a comunidade, a sociedade. Como veremos aqui, a doença contagiosa constituiu uma barreira social eficiente durante séculos de história, sobretudo, se percebermos a patologia como uma imagem simbiótica que reúne um fenômeno biológico com traços culturais característicos, localizáveis em determinados processos e épocas históricas.

O tema foi a lepra ou hanseníase, desde sua localização enquanto doença no Estado de Santa Catarina, até a construção e os dez primeiros anos de funcionamento do Hospital Colônia Santa Teresa. Um estabelecimento distante 41 quilômetros do centro de Florianópolis (SC), no município de São Pedro de Alcântara, instalado entre montanhas e matas densas propositalmente a fim de propiciar um isolamento pleno de uma população de mais de 600 indivíduos até o final da década de 1940.

O trabalho, portanto, tem como objetivo reunir linhas e fragmentos sobre a história da hanseníase em Santa Catarina até a construção deste estabelecimento que atendia a todos os municípios catarinenses. A história da doença nestas terras é praticamente um mistério, uma vez que documentos importantes foram perdidos, muitos deles para sempre. No entanto, nosso esforço foi perscrutar um movimento sanitário que tivesse como foco a hanseníase, tratada assim como um problema social.

O primeiro capítulo, dividido em duas sessões, tratar-se-á da condição histórica e filosófica da forma/corpo com teóricos que reúnem algumas considerações importantes sobre a condição perene do homem. A preocupação está em identificar a imbricação entre a proposta material da unidade corporal e as maneiras e formas em que ela é abordada pela filosofia, tornando o corpo não só uma unidade de produção.

Desta forma, localizamos um elemento subjetivo importante, como maneira de compreender os segmentos produzidos pela exploração do corpo, seja por uma coletividade ou por seu portador. O conceito de angústia, que permeia o discurso e teses de teóricos como Espinosa, Kierkegaard, Nietzsche e Deleuze & Guattari –, estabelece um corpo cindido pelas alteridades no âmbito da sociedade, pela ciência e pela política. O movimento será finalizado com a constituição de um corpo genérico, esvaziado de conceitos individualistas, na figura inversa do super-homem nietzschiano.

O segundo capítulo aborda como tema a constituição científica da medicina intervencionista, preocupada com os elementos patológicos que atacam não apenas o corpo, mas todo o *corpus* social. O período compreende o final do século XIX até as primeiras décadas do século XX, destacando ações em diversos campos da ciência, na afirmação de um poder médico até as primeiras referências sobre os problemas sociais oriundos da falta de controle das epidemias.

O terceiro capítulo finaliza esses movimentos sanitários da década de 1920 referentes às discussões sobre quais as melhores formas de controle da hanseníase, que acabaram, por fim, concretizadas com a construção do Hospital Colônia Santa Teresa. A última parte descreve algumas características do funcionamento do hospital, guiadas, sobretudo pelo senhor João Paulo de Farias, o mais antigo interno ainda vivo desta instituição. Aqui, tentamos demonstrar a participação desses pacientes tanto na construção do hospital, como na elaboração de regras de convivência em torno da hanseníase.

A pesquisa permitiu o contato mais íntimo e despojado com a questão corpórea, por isso, a lepra (ou hanseníase) não será o objeto central deste texto, uma vez que aqui ela é tomada como agente histórico, algo que foi ponto central principalmente em longos debates científicos e ações políticas, obrigando centenas de pessoas a serem exiladas da sociedade em

que viviam. No entanto, ao que nos pareceu, um assunto qualquer na vida de alguns desses internos. O trabalho não terá como foco os estigmas ou o lugar já estabelecido pela Colônia Santa Teresa, ou seja, não estamos escrevendo uma História Institucional ou uma História da Lepra. A nossa preocupação está nas territorialidades alcançadas por médicos e pacientes no espaço destinado a esta doença – dos sintomas ao tratamento.

Atualmente, o Hospital Santa Teresa chama-se *Instituto de Dermatologia Sanitária do Estado de Santa Catarina* e disponibiliza 108 leitos divididos entre os serviços de Dermatologia – continuando com a identificação e a orientação clínica da hanseníase –, e a recuperação de Dependentes Químicos. Este último, foi um projeto implantado a partir do final da década de 90, como maneira de reaproveitamento da grande estrutura totalmente preservada, uma vez que o tratamento da hanseníase tornou-se ambulatorial, ou seja, os medicamentos passaram a ser ministrados normalmente pelo paciente em casa. A atual missão do hospital está inscrita em uma grande placa na entrada:

Prestar serviços de excelência nas especialidades oferecidas, propiciando a satisfação dos clientes e a melhoria de vida da população.²

A frase não resume em nada o ambiente grandioso e ao mesmo tempo melancólico das edificações. Ao explorar essas filigranas, buscamos através da anamnese dos antigos pacientes internados em Santa Teresa “ouvir” um sentido para exclusão pela doença. Com a possibilidade de escutar histórias outras que ultrapassam o estigma, a ignorância e a altivez da medicina. Neste ponto, talvez quem melhor poderia esclarecer o que é a hanseníase e todas as

² PROSPECTO INFORMATIVO *Santa Teresa*. Hospital de Dermatologia Sanitária do Estado de Santa Catarina: Março de 2003.

barbáries feitas em nome da ciência seriam os próprios doentes – falar de alegrias, tristezas e pânicos instituídos em mais de 60 anos deste hospital.

Desta forma, o trabalho foi muito rico em identificar algumas *memórias* perdidas, pois a documentação propriamente, está muito prejudicada. Os prontuários foram praticamente depenados por intervenções visando a “limpeza da papelada”. A biblioteca da instituição foi perdida no início da década de 1990, além de registros importantes da Congregação Franciscana que habita o local desde sua inauguração. Um outro problema foi o contato com pacientes mais antigos, que se negaram a dar entrevistas ou haviam falecido há poucos anos. Já os arquivos públicos (do *Estado e Instituto Histórico e Geográfico de Santa Catarina*) ofereceram principalmente discursos e ações políticas sobre o assunto.

1 – A Zifinha

1.1 – O plano existencial: questões para o meta-corpo

1.2 – O Panoto



Figura 1 – Pormenor de xilogravura do livro de Sebastian Brant editado em 1501 na Basiléia, Suíça.

Aos que desprezam o corpo quero dar meu parecer. O que devem fazer não é mudar de preceito, mas simplesmente despedirem-se do seu próprio corpo e, por conseguinte ficarem mudos. ‘Eu sou corpo e alma’- assim fala a criança. Por que não falar como criança? Entretanto o que está desperto e atento diz: - ‘tudo é corpo e nada mais; a alma é apenas nome de qualquer coisa no corpo’³.

³ NIETZSCHE, Friedrich. *Assim falou Zaratustra*. São Paulo: Martin Claret, 2004, p.41.

Capítulo Primeiro

1.1 – O plano existencial: questões para o meta-corpo

No dia 21 de setembro de 1921 a sra. Josephina, vulgo Zifinha, foi internada no Hospício São João de Deus, na Bahia. Ela tinha 49 anos e era casada. Em março daquele ano, ela havia se desentendido com seu amasiado, viúvo e alcoólatra, a quem prestava serviços como babá de uma filha pequena, além de “secretas fornicções” em seu catre. Um dia do mês de maio, achando-se o homem embriagado deitado no chão da sala, ela foi acordá-lo para instalá-lo no quarto, pois estavam recebendo a visita de uma comadre. Ao despertar, o sujeito embriagado revelou todo o segredo dela na frente da comadre (que por sinal não era nada discreta) e Zifinha esbravejou um palavrão horrendo exatamente num sábado de Nossa Senhora daquele mês de maio. No desenrolar das semanas, sobreveio a angústia e a vergonha, e ela não tinha mais nada a fazer do que enlouquecer:

A sua voz não é a mesma; o seu corpo era bem feito; o seu cabelo era lindo; e assim tudo mais que lhe diz respeito está mudado. “Quando Zifinha vê as outras passarem, as outras que têm carne, peso, beleza... fica com os olhos tão compridos!... Ella que era de uma família tão boa, se perdeu pela bocca. [...] a sua alma virou urubú”.⁴

O ressentimento de nossa personagem trouxe a tona uma *pessoa*, que matou a Zifinha tomando seu corpo, referindo-se sempre a “ela”. No seu quadro nosológico, descrito numa comunicação sobre a Síndrome de Cotard, o mal-estar apontando depois da descoberta social

⁴ SANTOS, Murillo C. dos. *Syndrome de Cotard*. A proposito de uma observação clinica. In.: Boletim da Sociedade Médica dos Hospitales da Bahia. *Acta da sessão ordinária de 20 de novembro de 1921*. Bahia: s/ed., 1921, p.187.

de seus atos de adultério, decomporão sua máscara, sua identidade, sugerindo uma inusitada imortalidade, pois Zifinha não possuía mais órgãos – “ella não tem mais tripas, coração, nem veias; o miolo della já seccou”⁵:

Zifinha não morre nunca; só tem boca porque esta não apodrece por ter ofendido a Nossa Senhora; por ella o cemitério não tem gasto.⁶

O rosto traído pela boca, a máscara de retidão arrancada, os personagens desta triste história produziram um mundo, sem primados de uma peça um tanto trágica, mas apenas uma encenação da ciência. A mulher que se deitou com o patrão, traindo o marido com um viúvo, uma comadre de língua comprida, todos produzindo um enredo lúgubre que se aglutinou a partir da sala, do quarto e do hospício. Para perspectivas habituadas a buscar uniformidade entre as coisas, as idéias de Vazio e do Nada da anamnese da infeliz Zifinha se resumiram apenas à constituição de sua alienação.

A história de Zifinha nos parece anacrônica, com algo de pós-moderno nas entrelinhas, aonde a tragédia está na “existência” como uma doença. A própria personagem se nega enquanto Zifinha, ela virou um corpo-signo, atingido por uma estranha impotência, mas também representada no significante de uma estrutura mais robusta, constituída na cadeia literária de tema, enredo e desfecho, literário e paranóico:

Eis porque o paranóico participa dessa impotência do signo desterritorializado que o assalta por todos os lados na atmosfera escorregadia, mas ele acede ainda mais ao

⁵ Idem.

⁶ Id. ibid., p.188.

sobreponder do significante, no sentimento real da cólera, como senhor da rede que se propaga na atmosfera.⁷

A discussão de Deleuze & Guattari acusa todas as intenções inseridas na reprodução da história de Zifinha – não a da mulher mestiça, de meia idade e pobre –, mas na elaboração de sua esquizofrenia, interessada somente na carcaça do indivíduo, em que se subverte a agrupamentos territoriais cada vez mais extensos: da sala a medicina, do adultério a família, do quarto ao grupo, sempre remetido a algum arranjo social. Já o corpo sem órgãos de Zifinha, estabeleceu o próprio corpo científico, um *corpo-Síndrome de Cotard*. Nada do que foi concebido ou que é inconcebível foi admitido como existência para seu trágico. Seu ser fica aberto ao impensado, e por isso há nessa visão uma outra idéia de diferença, um dinamismo agregado a espaços correspondentes e públicos.⁸

Zifinha aparece taxonomizada através dos preceitos da tese do psiquiatra francês Jules Cotard, autor de *Études sur les Maladies Cérébrales et Mentales* (1879), que se envereda pelos exemplos da aplicação nosológica de uma história natural das doenças mentais, ou seja, privilegiando descrições completas dos aspectos clínicos, sem determinar os sintomas ou causas como quadros categóricos de classificação, ou a marca específica do doente. Em outras palavras, Cotard tratou a doença mental com uma visão naturalista ao valorizar a descrição meticulosa do enredo do paciente, desta forma, acreditando que poderia identificar conjuntos coerentes e suficientemente regulares dos sintomas, independentemente das condições sintomatológicas ou casuais.⁹

⁷ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs*. Capitalismo e esquizofrenia. Vol.2. Rio de Janeiro: 34, 1995, p.63.

⁸ DELEUZE, Gilles. *Diferença e repetição*. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p.50.

⁹ PESSOTI, Isaias. *Os nomes da loucura*. São Paulo: 34, 1999, p.138.

A história de Zifinha a denuncia como herege, aquela que ofendeu Nossa Senhora. A transformação desta máscara em natureza do individuo representa a própria dualidade da cultura ocidental, aonde a própria noção de pessoa (o ser) se dilui progressivamente no conjunto da sociedade. Diante dela, Zifinha, a exigência de *unidade* da pessoa, definida como uma substância racional, individual, passa pela própria desrazão, o irracional: “a existência de uma interioridade irreduzível do indivíduo à sociedade”¹⁰. A ambivalência entre os tramites sociais e a existência como indivíduo faz com que o mesmo sujeito seja um duplo, donde se derivam concepções jurídicas, médicas, políticas e mesmo gramaticais:

Vê-se que o nome, em singular dito o nome próprio, está sempre preso numa cadeia ou num sistema de diferenças. Somente se torna denominação na medida em que se pode inscrever numa figuração. O próprio do nome não escapa ao espaçamento, quer seja ligado por sua origem a representações de coisas no espaço ou permaneça preso num sistema de diferenças fônicas ou de classificações sociais aparentemente desligado do espaço corrente.¹¹

Zifinha a *forma* pecadora, mas os estudos do semblante foram largamente desenvolvidos na segunda metade do século XIX, quando o homem comum foi mensurado, pesado e minimamente vasculhado pela ciência: criminologia, naturalismo, frenologia, etc. Daí derivaram as caras do impaludismo, da febre amarela, dos homens de orelhas grandes e da lepra¹². Já no século XX, a constituição desse olhar passou de processo de conformação, para a própria vontade de conformação – com Nietzsche, todos querem ser super-heróis.

¹⁰ HAROCHE, Claudine; COURTINE, Jean J.. *O homem desfigurado – semiologia e antropologia política de expressão e da fisionomia do século XVII ao século XIX*. In.: Revista Brasileira de História. Vol.7, nº 13. São Paulo: ANPUH/Marco Zero, 1986, p.08/32.

¹¹ DERRIDA, Jacques. *Gramatologia*. São Paulo: Perspectiva, 1973, p.113.

¹² HAROCHE, Claudine; COURTINE, Jean J.. Op. cit., p.11/12.

Na constituição do olhar sobre o corpo – do corpo sofredor a ser aliviado, do corpo condenado a ser enclausurado ou do corpo de outrem com o qual se deve conviver –, os projetos de uma história natural e de uma história social são indissociáveis.¹³ Essas questões ressurgem no entorno do século XX e XXI como campo de diálogo entre diversas áreas do conhecimento preocupadas com os acessos, poderes e ferramentas para a compreensão da condição biológica humana. Isso procede diretamente nas problemáticas de um corpo “vacinado” contra a morte, a fealdade ou a velhice, assim como na elaboração de outros paradigmas que o afetem, naquilo que entendemos por unidade corporal.

Certamente alguns questionamentos não são inéditos, mas o acalorado debate sobre quais os melhores usos e formas de si serviram de aportes histórico-culturais ao corpo, lhe impetrando novos códigos, técnicas e métodos. Sobre este aspecto, chama atenção não se tratar mais de instaurar uma organização da imagem ou dos arquétipos idealizados de uma forma/corpo, mas reuni-los numa mesma ordem simbólica e estrutural, aonde físico e subjetivo se complementam para formar uma filigrana contemporizada.

Numa sociedade cada vez mais dinamizada e diversificada, o corpo passou de uma unidade determinista para uma unidade determinante, um lugar de predileção do discurso social. As exigências de uma sociedade de consumo configurada ao longo do século XX, desenvolvidas através do imperativo da disciplina psicológica e moral, bem como pelo controle corporal, ora demonstrando e ora outorgando a diferença, serviram de elementos constitutivos desses sujeitos mutantes e subjetivos, estabelecendo uma trama aonde o próprio si, juntamente com o corpo, formaram o objeto diverso das práticas de representação e consumo do *corpo* nas prerrogativas do capitalismo no século que se inicia.

¹³ Id. Ibid., p.20.

Como afirma Ortega, o corpo contemporâneo não seria mais que a base do cuidado de si: “agora o *eu* existe só para cuidar do corpo, estando ao seu serviço [...], predicados mentais como vontade *serão* definidos segundo critérios mentais e materiais”¹⁴. Uma relação das sobrecodificações mediadoras do entre-si (indivíduo/sociedade), em conjunção as decodificações do para-si refletidos nas comodidades da moda, da tecnologia e afins.

Não se trata de impor simplesmente uma forma a uma matéria, mas *costumizá-la*, lhe dotar de atrativos consistentes, reconhecíveis e reconhecidos, nos quais tornem o produto cada vez mais (in)comum. As aplicações desta afirmação nos parecem claras em áreas como a beleza/estética, jovialidade/tonicidade, o equilíbrio alimentar, a responsabilidade ecológica, etc.. A idéia de conformidade entre a imagem e o subjetivo que esses exemplos reportam, transformaram a relação do corpo com o corpo em modalidade de produção ontológica, já que dele emanariam ressonâncias morais, éticas e sociais, cujo arcabouço delineiam o “homem somático”¹⁵. Deste processo, seria imprescindível destacar o papel relevante do Desejo na reconfiguração de uma Ética do Corpo, que medeia essas relações, já que as medidas fiscalizatórias não constituem necessariamente a ordem.

No início do século XX, o controle do corpo possuía suas parcelas institucionais, orientadas pela nação, pela fábrica ou pela medicina; hoje temos nesses espaços indivíduos e pequenos grupos interessados e dispostos em participar do processo de conformação, aonde exigências e confrontos possuem um contorno mais conceitual e, portanto, mais subjetivo. Se antes havia os poderes miméticos, armadilhas discursivas e leis biológicas que cerceavam as pessoas aos planos que constituem a sociedade, na forma de identidades condicionantes –

¹⁴ ORTEGA, Francisco. *Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão ao corpo*. In.: RAGO, Margareth; et. ali.. *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p.167/8.

¹⁵ Expressão de Jurandir Freire Costa. In.: ORTEGA, Francisco. Op. cit., p.169.

como o operário ou a mulher –, essas exigências e leis foram se deteriorando até formar, por conseguinte, corpos genéricos, panotos e massas amorfas onde estariam localizados os corpos politicamente corretos e, mais das vezes, o seu asseio, tonicidade e plasticidade ocupam centralidades preponderantes dentro das relações sociais.

A inevitável pluralidade de formas acabaria atentando contra ela própria, no entendimento de Ortega, pois a ambigüidade do espaço entre os indivíduos e um mundo comum que os una ou separe, manteria todos numa determinada distância devido ao processo de produção desta auto-identidade/bio-identidade, criando um elemento no qual o autor identificou como o uso negativo da diversidade, na figura limitante do “desejo de uniformidade”: serva da ciência, na compreensão de que só ela tem o poder de expandir as fronteiras do conhecimento; da casualidade, aonde as relações obrigatoriamente passam pela “extraordinariedade” do novo; e a necessidade, que constrange a liberdade de criação e escolha, eliminando a espontaneidade.¹⁶

A questão paradigmática do desejo e da uniformidade remete nossa leitura às análises psicológico-filosóficas existencialistas, partindo de intelectuais interessados nas investigações acerca da filosofia do homem e da definição de parâmetros que conciliem a *percepção-de-si* na forma de um eu desejante aparentemente sobrenatural e anacrônico, no sentido estrito de um mundo de potencialidades e devires do ainda não-ser, com o *coletivo-de-si*: sua época e a organização do eu histórico.

A proposta de Deleuze & Guattari parece bastante atraente neste sentido, já que torna o saber “doente” tão importante quanto o do cientista, produzindo nesta junção uma historiografia não menos importante para nós. A crítica a idéia de estruturalismo, tendo em vista a elaboração de uma nova linguagem contra o capitalismo, seria justificada pelo fato dela

¹⁶ ORTEGA, Francisco. Op. cit., p.145.

não comportar os devires de mundo humanos, mas sempre institucionais, corporativos. Segundo os autores, a estrutura científica esta intrinsecamente ligada a instrumentos de dominação, criadas “precisamente para negar ou ao menos desvalorizar a existência *do ser*”; a lógica do estruturalismo vê nesses sujeitos incongruentes, entidades que “percorrem a sociedade em todos os sentidos” como “fenômenos de degradação que desviam da ‘ordem verdadeira’ e que dizem respeito às aventuras da diacronia”¹⁷.

O interesse pelo plano de existência filosófico e histórico reaparece num momento bastante rico de implicações e questionamentos sobre o sujeito cindido entre o tempo e sua unidade existencial, o corpo. A relação principiaria com o amadurecimento da obra de Foucault, presente nos cursos do *Collège de France* entre 1974 e 1975, editados sob o título *Les Anormaux*. Neste estudo, o “corpo dessa materialidade corporal” institucionalizada pela religião através do pecado e do que era o mal, começou a transformar os domínios “complexos e flutuantes da carne” num exercício do poder e de subjetivação¹⁸.

O estudo será retomado na trilogia da *Histoire de la Sexualité*, em que o autor investiu numa visão sobre usos de si, compondo os elementos filosóficos da sua “estética de existência”¹⁹. Em Foucault há dois eixos básicos: a ruptura da noção de materialidade do corpo, o tornando parte inseparável do sujeito, e a função transcendente da carne, sob a qual a potencialidade libertadora e, por vezes, sacralizada, estaria sustentada pela relação do corpo/ser, sem que um se contraponha ao outro.

A possível contradição entre uma massa física e um corpo anímico foi explicitado em Deleuze & Guattari na proposta de tempos diferenciados. A temporalidade perpassaria o

¹⁷ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit., (Vol.4), p.17.

¹⁸ FOUCAULT, Michel. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p.255.

¹⁹ _____. *História da sexualidade. O uso dos prazeres*. Vol. 2. 10ª ed.. Rio de Janeiro: Graal, 2003, p.16.

indivíduo com uma velocidade própria, formando uma unidade de sujeito (ente), na forma de um “sistema social datado”. Este seria o tempo de medida de fixação das pessoas, determinando os sujeitos e suas transformações incorpóreas sociais: infância, escola, exército, aposentadoria. Em contrapartida, haveria um tempo indefinido, na forma de “empreendimento privado”, no qual estariam estabelecidos níveis de relacionamento entre indivíduo e sociedade na forma de segmentos produtores de história, política e cultura.²⁰ No diálogo entre esses sistemas diferenciados, aparece o paradigma do *ser* e o *todo mundo*:

Se é tão difícil ser “como” todo mundo, é porque há uma questão de devir. Não é todo mundo que se torna todo mundo, que faz de todo mundo um devir. É preciso para isso muita ascese. Eliminar tudo o que enraíza alguém (todo mundo) em si mesmo, em sua molaridade. Pois todo mundo é o conjunto molar, mas *devir todo mundo* é outro caso, que põe em jogo o cosmo com seus componentes moleculares. Devir todo mundo é fazer todo mundo, fazer um mundo.²¹

O devir, nas prerrogativas da filosofia metafísica, seria a união do ente determinado pelo tempo/história e do ente enquanto ente. A potência ou a determinabilidade de sua existência constituiria um *não-ser*; que seria diferente do ente do qual a atualidade e a “natureza” vão configurar o ser.²² Para compreender melhor o conceito, vamos expor alguns diálogos conceituais entre Espinosa, Kierkegaard e Nietzsche, reunindo algumas considerações sobre a filosofia do homem. No primeiro, este homem só existe em sua essência devido uma abstração racional; para Kierkegaard, Nietzsche e, mais tarde, para Freud, cada ser

²⁰ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.2), p.71.

²¹ Id. ibid. (vol.4), p.73.

²² MOLINARO, Aniceto. *Léxico de Metafísica*. São Paulo: Paulus, 2000, p. 42/4.

humano constitui uma unidade peculiar que opta, erra, julga, deseja e teme, em meio às contingências contraditórias do dia-a-dia²³.

A morte de Deus constitui um papel sumário para esses autores, uma vez que a partir dessa “morte” ocorreria o descentramento necessário da unidade de equilíbrio supranatural, para a potencialização e especulação dos gestos individuais. O filósofo holandês Baruch de Espinosa (1632-1677) foi precursor de um pensamento singular, no qual lhe valeu a excomunhão da comunidade judaica: “não se trata de não acreditar em Deus, o que discuto é porque acreditar em seu deus”.²⁴

Certo de sua opinião, Espinosa recuperou uma tradição na qual possuía como determinante o papel das emoções na vida humana, bem como o livre-arbítrio, procurando um método de conhecimento e de conduta moral a um só tempo. Ele motivou uma unidade da natureza humana harmonizando a *ratio* (razão) e a *pysichs* (emoção), antecipando numerosos conceitos da psicanálise e da teoria psicossomática através da obra seminal: *Ética* (1677). As definições são permeadas com o paradoxo de que o indivíduo deveria continuamente procurar a *sua* verdade; o conhecimento e a certeza moral implicariam a cada momento a opção, o risco, a dúvida e a adesão total do próprio eu/ser a cada situação existencial.

A individualização de si mesmo seria a geradora do espaço público, no qual a ética e a moral são elementos intrínsecos aos deveres do homem. A concepção do eu espinosiano, portanto, estaria muito próxima às descobertas freudianas acerca do inconsciente,

²³ PESSOTTI, Isaias. *Ansiedade*. São Paulo: EPU, 1978, p.19/0. Cf.: BIRMAN, Joel. *Freud & a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p.69/74.

²⁴ ESPINOSA, Baruch de. *Carta nº 21*. In.: _____. *Correspondências*. Os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 2000, p.537/8.

desenvolvidas no decurso da psicanálise: o sujeito existiria onde não pensava e pensava onde não existia, destarte, a integridade humana haveria de ser um conceito *ético*, e não *ôntico*²⁵.

Na proposição XIII da *Ética*, o campo existencial e seu aporte condicional, o corpo, são os lugares da única realidade possível. Em outras palavras, o objeto da idéia de alma humana seria o corpo, o seu único modo de extensão existente:

Se, com efeito, o corpo não fosse o objeto da alma humana, as idéias das afecções do corpo não seriam em Deus na medida em que ele constitui nossa alma, mas enquanto constitui a alma de outra coisa, isto é, as idéias das afecções do corpo. Portanto, o objeto da idéia da alma humana é o corpo tal qual existe em ato. Se, aliás, além do corpo houvesse outro objeto da alma, como não existe nada de onde não se siga algum efeito, deveria haver necessariamente na nossa alma uma idéia deste efeito; ora nenhuma idéia temos dele. Portanto, o objeto de nossa alma é o corpo existente e nada mais.²⁶

A marca individualista e relativista na qual serviu de base para uma *Ética* em Kierkegaard, Nietzsche e Freud, terão algumas peculiaridades quanto o pensamento do século XVII e do século XIX, no que se refere à filosofia do homem. A contradição entre instinto e intelecto, emoção e razão na concepção kierkegaardiana da existência, por exemplo, será mais que um ato de coragem e de aventura – “o homem do devir, por mais que observemos, não *notaremos* nada [...]; esse homem de resignação infinita terá a *donzela*, terá todo o finito, e perceberá o imperceptível, enquanto ‘herdeiro direto do mundo finito’”²⁷. A visão romântica sobre a condição de “*ser humano*”, proposta pelo filósofo dinamarquês Sören Kierkegaard

²⁵ BIRMAN, Joel. Op. cit., p.56.

²⁶ ESPINOSA, Baruch de. *Ética*. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1965, p.84.

²⁷ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.4), p.72 e 76. Grifo nosso.

(1813-1855), preconizou em algumas décadas o “esteta moderno”, aquele que o mundo seria constituído de sensações e imanência em fluxos contínuos, em contraposição ao homem consagrado à ética e à lei moral das tradições.²⁸

Se Espinosa estabeleceu um homem excêntrico (no sentido de fora de um eixo) aos valores morais e religiosos de sua época, mas valorizando a marca do caráter racional e ético, para Kierkegaard noções como instinto e razão são aparelhos de libertação de algo e não liberdade para algo. Ao mesmo tempo em que constrói sob uma égide aparentemente primitivista do ser humano, quase inumano, o pensamento de Kierkegaard configura uma fuga do tradicionalismo das questões existenciais (como, quando e onde), instituindo uma existência patológica, quase neurótica²⁹. A suposta potência do indivíduo não teria uma existência real (falando de dentro das dimensões sociais), ele não é senão o que será:

A lei de progresso do eu, nesse caso, se também é na verdade preciso que o eu se torne ele mesmo, é que o conhecimento vá ladeado com a consciência, e que, quanto mais ele conheça, tanto mais o eu se conheça. Contrariamente, o conhecimento, à medida que progride, transforma-se num conhecer monstruoso, para edificar o que o homem desperdiça do seu eu, um pouco como o desperdício de vidas humanas para construir as pirâmides ou de vozes de coros russos só para produzir uma nota, uma única nota³⁰.

O texto de Kierkegaard espelha, de fato, uma reação cultural ampla, característica de um entrechoque que envolveria de um lado a filosofia racionalista de extração cartesiana, a minimizar a emoção e o sentimento por refratários à razão, e de outro, a reação quase emotiva

²⁸ KIERKEGAARD, Soren. *O desespero humano*. São Paulo: Martin Claret, 2002, p.122/5.

²⁹ PESSOTTI, Isaias. Op. cit., p.23/5.

³⁰ KIERKEGAARD, Soren. Op. cit., p.35.

do pensamento individualista, que via na razão e na postura racional as insuficiências não só para a elaboração de uma ética, mas também da desconfiança de uma natureza suficientemente regulada por uma moral, colocando à prova o conceito de civilidade. Enquanto método, este pensamento em Nietzsche reportará, em outras bases, uma valoração ética à semelhança do que Espinosa apregoava, derivativa de um possível uso mais adequado (diferente de Descartes) da razão, como forma superior da natureza humana.

No entanto, a produção da verdade, além de resultante do confronto de forças, possuiria como ponto primo a incongruência da pulsão de morte (no sentido existencial de conservação), “imaneente ao escoamento da linguagem, que não teria uma origem absoluta para se imobilizar, na sua vacilante, mas infinita possibilidade de dizer”³¹.

Tornando a Kierkegaard, a morte seria uma oclusão do experimentar, um exílio do espaço de vivência que interrompia a sociabilidade e a experiência. A fé na razão, salvadora da certeza, da significação e da segurança do futuro desaparecem: o homem seria, por natureza e por destino contraditório, dividido e inseguro. O desespero, sob a forma de incerteza, insignificância e impotência, seriam a própria condição do homem. Quanto a este paradoxo, a proposta kierkegaardiana aponta como solução, bastante contraditória dentro de seus estudos, que o homem seria em essência tal como a razão o apresenta, aproximando-se muitas vezes de Espinosa. A congruência seria análoga à nulidade de Deus presente em sua obra. Na sua teoria, o mais “absurdo” era a contraposição entre um Deus infinito, imortal e imponderável, com um Jesus humano, finito e mortal: só a abstração racional poderia, violentando a realidade, confundi-los num mesmo corpo³².

³¹ BIRMAN, Joel. Op. cit., p.72/3.

³² KIERKEGAARD, Soren. Op. cit., p.120.

Diversamente de Kierkegaard, para quem a condução da vida individual ou a ampliação da própria existência seria um devir errático e aventuroso, Friedrich Nietzsche (1844-1900) admitia uma direção constante no comportamento do indivíduo com sua *vontade de potência*, sendo sobre esse princípio o fundamento no qual construiria sua teoria moral. O que torna o irracional (instinto), o futuro ou a insignificação, fontes permanentes da angústia humana e que representariam a ameaça de impedir a realização do motivo básico de toda opção ou ação humana: a busca do poder, a vontade de potência sobre o instinto, sobre o futuro, sobre os valores e sobre o corpo. Para Nietzsche, o patológico e o imoral são praticamente análogos, correspondendo às distorções da vontade, seja por supressão racional dos impulsos, seja por realização irracional e acrítica desses últimos:

Foi a moral, portanto, que ensinou mais profundamente a *odiar e desprezar* aquilo que é o traço característico fundamental dos dominantes: *sua vontade de potência*. Abolir, negar, decompor essa moral: seria encarar o impulso melhor odiado com uma sensação e valoração *inversas*. Se o sofredor, o oprimido, *perdesse a crença* de ter um *direito* a seu desprezo pela vontade de potência, ele entraria no estágio da desesperação sem esperança. [...] O oprimido veria que ele está *sobre o mesmo chão* que o opressor, que ele não tem nenhuma *prerrogativa*, nenhuma *superioridade hierárquica* em relação a este. [...] A moral resguardava do niilismo os *enjeitados*, ao conferir a *cada um* um valor infinito, um valor metafísico, e ao inseri-lo em uma ordenação que não coincide com a da potência e hierarquia do mundo: ensinou resignação, humildade, e assim por diante.³³

³³ NIETZSCHE, Friedrich. *Sobre o niilismo e o eterno retorno*. In.: _____. *Obras incompletas*. Os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 2000, p.434/5.

O cerne da moral nietzschiana estava no exercício crítico, nesse estabelecimento da autocrítica sobre as intenções e ações próprias, colocando-os acima de qualquer relação entre bem e mal, uma vez que o Homem não estaria mais centrado por valores duvidosos ou palavras falsas, cujo fim seria a resignação ou o ressentimento. A unidade entre o pensamento e a vida, estaria nos estímulos da *percepção-de-si*, enquanto exercício racional; em contrapartida, o pensamento deveria sempre estar afirmando a vida, ou o *coletivo-de-si*. No entanto, o desenvolvimento desta idéia trazia algo indesejável e perigoso, e em lugar do pensamento afirmativo e da vida ativa, o conjunto filosófico teria proposto como tarefa julgar a vida, opondo a ela valores pretensamente superiores e a mesurando por eles³⁴. Por conseguinte, impondo limites, condenando-a às penas da experiência de rebanho:

Nossa inteira sociologia não conhece nenhum outro instinto senão o do rebanho, isto é, dos *zeros somados* –, onde cada zero tem “direitos iguais”, onde é virtuoso ser zero. A valoração, com que hoje são julgados as diferentes formas da sociedade, é idêntica àquela que outorga à *paz* um valor mais alto que à guerra: mas esse juízo é antibiológico, é até mesmo um rebento da *décadence* da vida [...]. A vida é uma decorrência da guerra, a sociedade mesma um meio para a guerra.³⁵

O que parece uma exortação à guerra, na verdade, seria o prenúncio de um pensamento em que Nietzsche aparentemente teria sido pioneiro, aonde comandantes e comandados viveriam doravante o mal estar da civilização através do desenvolvimento tecnológico, da dessacralização do poder no plano físico e subjetivo e das profundas mudanças do entorno do século XIX e XX que se enraizaram em diversas áreas. Colocando à parte a influência histórica de momentos precedentes, cada época e cada situação sociocultural tiveram suas

³⁴ PESSOTTI, Isaias. Op. cit., p.28.

³⁵ NIETZSCHE, Friedrich. *Sobre o ...* Op. cit., p.432.

contradições coetâneas, suas próprias fontes de medo, interesse maior ou menor sobre o corpo e direções do pensamento histórico para estes campos. Os filósofos aqui reunidos – Espinosa, Kierkegaard e, sobretudo, Nietzsche –, contribuíram de certa maneira para a fundamentação quase profética da ruptura de diversas estruturas, inclusive da unidade corpórea, associados a uma visão bastante pessimista da relação homem e tecnologia.

Os princípios fundamentais da existência do corpo, ou melhor, sobre a perda do controle do corpo, bem como do instinto, a incerteza do futuro (antecipação da pena ou da perda) e a insegurança ante a finitude, a morte, o não-ser ou a insignificação coagularam uma gama de intelectuais preocupados com a delimitação e salvação do eu/ser dos processos desreguladores contidos nas eminências do final do século XIX, tais como o capitalismo, o imperialismo e os nacionalismos, como também nas premissas dos desafios de uma filosofia da “doença”, constituídas pelo desespero, a não-identidade e a própria noção de humanidade, enfim, diversos elementos reunidos sob o signo de paradigmas da modernidade³⁶:

A modernidade é tudo aquilo que se segue depois da falência do individualismo: tudo que não mais existe e que se encontra num futuro.³⁷

Esse mal-estar logo seria visitado por Sigmund Freud (1856-1939), talvez não por coincidência, no programa de desenvolvimento da psicanálise e suas incursões sobre seu mundo coetâneo, aonde ele reunificou o homem dividido com sua estrutura de pensamento. Freud apontou um mecanismo psicológico único para os tipos de inquietudes, ansiedades e

³⁶ Não pretendemos desenvolver aqui as influências e implicações da análise filosófica sobre a existência do homem e seu estabelecimento como um dos pilares da modernidade, sobre o assunto Cf.: WEBER, Eugen J.. *França fin-de-siècle*. São Paulo: Cia das Letras, 1988. SCHORSKE, Carl E.. *Viena fin-de-siècle*. Política e cultura. São Paulo: Unicamp/Cia das Letras, 1988. LE RIDER, Jacques. *A modernidade vienense e as crises de identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.

³⁷ BAHR, H.. *Prophet der moderne*. Apud.: LE RIDER, Jacques. Op. cit., p.495.

temores que haviam ocupado aqueles pensadores convencidos da fragilidade da teoria cartesiana em relação à razão. Para Freud, o eu onipotente deveria ser limitado na sua potência, para que o narcisismo pudesse se deslocar de sua condição de primário para a de secundário. Com isso, o eu que se enunciaria inicialmente como sendo o seu próprio ideal (*eu ideal*), teria que perfilhar um ideal que lhe transcendesse, para “reconhecer a alteridade no outro (*ideal do eu*), a fim de se libertar da imagem alienada pela qual fora construído”³⁸.

Aproximando-se de Kierkegaard e Nietzsche, Freud organizou a psicanálise dentro do campo em que Birman chamou de filosofia trágica: “a pulsão de morte, como potência da discórdia, em oposição à pulsão de vida, seria o signo mais eloqüente da inscrição do discurso freudiano” no registro das práticas de exclusão, morte e ressentimento no século XX³⁹. O ponto primordial dessas imbricações pela autonomia do pensamento do eu/ser se baseia na configuração simbólica das alegorias advindas da desagregação causadas pelo progresso: Kierkegaard confronta Lázaro e Jesus nos desígnios de propriedade sobre a verdade; em Nietzsche a figura convergente de Apolo contra o impulso desestabilizador de Dioniso; e por fim, o mais universalista, Freud e o impulso do Narciso criador, um esquizofrênico que não conseguia se distrair além do próprio reflexo no regalo⁴⁰, contemplativo no horizonte ele nada vê ao redor, até que se lança no rio atrás de seu outro.

Deleuze & Guattari enfatizaram o lugar do conceito de pulsão de morte no campo da filosofia da doença como uma crítica aos estruturalismos. Com efeito, para se distinguir de Foucault e seu comprometimento nos campos da arqueologia, da genealogia e da estética da existência, eles enunciaram que seria necessário diferenciar os conceitos do “instinto de

³⁸ BIRMAN, Joel. Op. cit., p.56.

³⁹ Id. *ibid.*, p.71.

⁴⁰ Respectivamente: KIERKEGAARD, Soren. Op. cit., p.13/6. LE RIDER, Jacques. Op. cit., p.103. FREUD, Sigmund. *O futuro de uma ilusão*. In.: _____. *Obras completas*. Vol.VI. Rio de Janeiro: Delta, 1959, p. 315/68.

morte” e de “pulsão de morte”, sublinhando como em Freud, o novo conceito não teria qualquer fundamentação na ordem da linguagem⁴¹. Ao afirmarem isso, abriu-se uma nova dimensão de confronto de forças destacando a relação poder e desejo, na radicalização da idéia de descentramento em *Mille plateaux – capitalisme et schizophrénie*.

As categorias de representação e da idéia de sujeito se desdobram na relativização da categoria estética herdada do século XIX, chamando a atenção para vários elementos de vanguarda no século XX, cujo confronto (o qual denominamos *coletivo-de-si* e *percepção-de-si*) regulariam a invenção do psiquismo com a razão e o desejo:

O desejo vai até aí: às vezes desejar seu próprio aniquilamento, às vezes desejar aquilo que tem o poder de aniquilar. [...] Não é um problema de ideologia, mas de pura matéria, fenômeno de matéria física, biológica, psíquica, social ou cósmica. [...] Não se trata mais de instaurar uma organização serial do imaginário, mas uma ordem simbólica e estrutural do entendimento.⁴²

Como formulação final sobre o descentramento do corpo, na forma de exercício do livre-arbítrio, Freud foi sendo progressivamente aproximado da filosofia de Espinosa, Kierkegaard e Nietzsche, mas em contrapartida, distanciando-se das referências da fenomenologia, do próprio existencialismo e principalmente do estruturalismo. De uma ênfase na qual buscava o reconhecimento de seus primeiros trabalhos, Freud passou a focalizar cada vez mais nos descentramentos iniciais da filosofia do homem tornando-se, por conseguinte, o primeiro pós-estruturalista⁴³. À guisa de conclusão, a necessidade de se buscar um procedimento teórico para o trabalho que seguirá, visa estabelecer uma consistência da

⁴¹ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.4), p.15.

⁴² Id. ibid. (Vol.3 e 4), p.28 e 16.

⁴³ BIRMAN, Joel. Op. cit., p.75/6.

modalidade corpórea dentro do pensamento histórico da filosofia trágica, cuja contribuição do século XX tornaram a doença uma modalidade cultural e política na produção de aportes e relações que ora tentam burlar a experiência pessoal, ora apreendê-la dentro de uma grade de poder.

1.2 – O Panoto

Se a unidade do ser equivalente ao *nada* ou *morte* tem alguma probabilidade de inteligibilidade no sentido de *fixação* do sujeito em algum tipo de corpo social, ela o deve à idéia de uma emancipação negativa da pessoa segmentarizada (na família, na escola, no exército) frente a situações e demandas impostas pelo circuito da vida em sociedade. No entanto, se considerarmos o instinto de morte e autodestruição (desejo de suicídio, de contravenção) como uma tendência deste todo, na forma de sociedade alienada, tomada como tal ao seu próprio aniquilamento, esbarra-se com o ininteligível na sua perfeita expressão. Assim, restariam ainda à possibilidade dos instintos de vida e de morte como uma transposição metodológica um pouco ignorada na história, estabelecida no viver do sujeito e da entidade do ser humano representado em seu tempo histórico:

O espaçamento como escritura é o vir-a-ser-ausente e o vir-a-ser-inconsiente do sujeito. Pelo movimento de sua deriva, a emancipação do signo retro-constitui, o desejo da presença. Este devir – ou esta deriva – não sobrevém ao sujeito que o escolheria ou nele se deixaria passivamente arrebatar. Como relação do sujeito à sua morte, este devir é a própria constituição da subjetividade. Em todos os níveis de

organização da vida, isto é, da economia da morte. Todo grafema é por essência testamentário.⁴⁴

Viver é ocupar espaços, ora físicos ora subjetivos e discursivos. As enciclopédias fornecem dados perturbadores de Sören Kierkegaard e da singularidade de seu *desespero* diante da morte como uma tendência social. Na tentativa de compreender o grande poder religioso de seu tempo, conseguiu elaborar uma das teses mais surpreendentes sobre a iniquidade humana, aonde o corpo é uma instituição gregária, inclinada perpetuamente a mentalidade de rebanho e a negação do próprio ser. No entanto, para formar todo *si* da unidade sujeito/corporal, o resultado desta *soma* formou o primado da idéia de panoto.

Surgido nos relatos medievais, o panoto era uma criatura que possuía a integridade física dos membros e do tronco, entretanto, era decapitado, trazendo os traços faciais no seu dorso, representando, desta forma, a inexistência total do livre-arbítrio, a compreensão entre o bem e o mal. Em torno desses questionamentos da existência, Kierkegaard afirmava que a consciência de si não antecederia a experiência, já que ela estaria integrada a existência que, por sua vez, seria construída com a vivência. A morte, na sua teoria, seria uma oclusão do experimentar, um exílio do espaço de vivência que interrompia a sociabilidade. Aqui nos confrontamos com o paradoxo do qual Kierkegaard foi aclamado como profeta: com a fossilização das estruturas éticas e morais, referentes principalmente a religião e a política, seguiriam uma crise, na qual precipitaria o surgimento da tirania, o militarismo, o desprezo do indivíduo nos modelos políticos ditatoriais e as crueldades da mentalidade de rebanho⁴⁵.

A idéia de “doença mortal” significaria um mal cujo fim constitui na morte, e que serviria também de sinônimo duma doença da qual se morre, todavia, não seria nesse sentido

⁴⁴ DERRIDA, Jacques. Op. cit., p.84.

⁴⁵ KIERKEGAARD, Soren. Op. cit., p.125/6.

que se poderia designar o desespero de Kierkegaard, para quem a morte biológica era uma etapa da vida. A territorialidade e fixação do indivíduo constituiriam o cenário de oposição dos sistemas de defesa de um eu desejanter, gerando assim, os sinônimos e significados de seu desespero. A esperança do indivíduo kierkegaardiano estaria na compreensão da existência, a única realidade finita e plausível, vivenciável. Ao mal físico não se poderia considerar “doença mortal”. A morte terminaria com as doenças, mas isso, por si só, não constituiriam seus termos. Uma “doença mortal”, no sentido estrito, quer dizer um mal que termina pela morte total, sem que após a morte subsista coisa alguma:

Não é para morte (João 11,4) esta enfermidade e contudo Lázaro morreu. [...] Portanto Lázaro está morto, e contudo sua doença não era mortal, mas o fato é que está morto, sem que tenha estado mortalmente doente. Sem dúvida, Cristo pensava nesse momento no milagre que mostrasse aos contemporâneos, isto é, àqueles que podem crer, para maior glória de Deus, no milagre que acordou Lázaro dentre os mortos.⁴⁶

Lázaro foi exilado por sua pecha, como afirma o evangelho de São João, mas Cristo sabendo que essa doença não era mortal foi ao túmulo buscá-lo. Essa pantomima transformou o doente e a doença numa coisa una: a “ressurreição” não ocorreu porque a sua doença não era mortal, ela deveu-se pela transformação por Cristo em “glória de Deus”. Das suas chagas nada se sabe, mas do ponto de vista social, daqueles que poderiam crer, poder-se-ia dizer que não se tratava apenas de Cristo ter controlado a manifestação sensível daquela doença, mas também ter exercido um domínio sobre o próprio doente e os seus.

⁴⁶ Ibid., p.15.

A transmutação de *Lázaro-doença* para *Lázaro-glória-de-Deus*, a partir dos transitivos do controlar e dominar estratificou em pelo menos dois estados inéditos a experiência de Lázaro como indivíduo: o vivido tornou-se segmentarizado espacial e socialmente⁴⁷ – da lápide exilar ao reencontro com o grupo. O pólo extremo entre fusão e cisão destas experiências não interrompeu a comunicabilidade entre heterogêneos, ou seja, sadios e doente. No entanto, foi necessário Cristo para promover as dinâmicas experimentais do retorno, de tornar o exilado em ressurrecto, recomposto para o divino.

O rosto de Lázaro possuía a suposta imanência divina: a vida de experiências na qual sua doença foi o fato singular e que será corrompida pelo Cristo-deus; aqueles que “poderiam crer”, passíveis da conversão a consubstanciação de Cristo anímico e físico (um Cristo institucional), possuíam uma interpretação da doença de Lázaro, mas a natureza fundamentalista de Cristo organizou em si todas as vivências, submetendo ao seu poder as provas de humilhação, exílio, inclusão, exclusão e, novamente, inclusão.

Assim, Lázaro-supliciado (no interstício *Lázaro-doença* e *Lázaro-glória-de-Deus-deus*) tornou-se o exemplo máximo teatralizado: a interpretação do movimento se estende ao infinito, e nada jamais encontramos algo a interpretar que já não seja uma interpretação, uma vez que todos os Lázaros são vistos sob o aspecto de defunto ou de ressurrecto. O sistema completo compreenderia, portanto, os rostos de Lázaro, o corpo paranóico do deus-déspota Cristo, na forma de sacerdote da *verdadeira verdade*, o eixo territorial constituído pela distância entre “aqueles que crêem” e o jazigo, além da multidão histórica que circundará Cristo e Lázaro glorificando seu retorno⁴⁸.

⁴⁷ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.3), p.83.

⁴⁸ Sobre este conceito: Id. ibid. (Vol.2), p.68/9.

A tese de Kierkegaard defendia que a existência feita pelo homem seria mais importante que todos os conceitos elaborados pelo seu intelecto, entretanto, o intelecto não apenas deveria ser humilhado, mas, em certo sentido, *crucificado* antes que pudesse ressuscitar e *saltar para Deus*. As ações volitivas que mediarão o desenvolvimento do homem possuiriam o caráter transcendental, ineditista, uma vez que ele ainda não é um ser e sim um devir, no qual caminha através da ansiedade, da insegurança e do sofrimento, buscando defesas para seus percalços. Essa ascese foi interrompida no momento em que o indivíduo se submergiu *deliciosamente* no desejo de espírito ou de martírio de morte.

Desta maneira, na essência da forma/corpo/religioso de Kierkegaard, o “ser cristão” não poderia sê-lo apenas por uma identificação estrita, seria necessário passar pela ascese do sacrifício do corpo e martírio do intelecto (quase iguais aos sofrimentos protocristãos na Antigüidade) para a purificação do indivíduo e sua inclusão entre seus pares cristãos. No entanto, quando alguém tomava para si o papel de onipresença divina, fundindo todas as etapas em volta como mito fundador, o corpo e a mente se transformaram – como o caso de Cristo-salvador-de-Lázaro e do Lázaro-glória-de-Deus-deus.

Se a transcendência do *ser-humano* é constituída, na teoria de Kierkegaard, na evaporação do seu eu, na busca de uma sensibilidade impessoal e desumana, fundado ainda na idéia clássica de unidade da forma/corpo/alma, a contrapartida teórica está na formação de um outro ser: o déspota e mesquinho que persegue todas as experiências, normalizando-as a partir de sua forma/corpo/alma. A genialidade deste pensador estabeleceu uma forma condicionante de seu desesperado, no qual se encaminha ao infinito, ao pós-morte, mas sem que se torne cada vez mais ele mesmo, pois a relação física/anímica possui algo de diabólico, esquizofrênico e perigoso, o perigo do duplo do corpo: o déspota e o supliciado, formas cambiantes que não poderiam ser concebidas apenas pelos princípios de bem e mal.

O corpo, comportando toda materialidade, não funcionaria apenas pelos sentidos de uma unidade na forma de organismo. A amplitude de seus domínios são *rostificações*, que em outras palavras, seriam imagens do corpo individual dialogando de alguma maneira com o corpo coletivo – como palavra ou entidade. Essa experiência constitui uma exaltação inversa, no estabelecimento de um outro, aonde o rosto constitui o “ícone próprio ao regime significante, a reterritorialização interior ao sistema”⁴⁹.

Se o rosto nu seria a superfície clara que asseguraria a estabilidade e a ordem entre os seres humanos, como uma lousa aonde se inscreve a consciência humana, o “rosto fechado” e incógnito em seus estigmas, em suas caretas ou pela doença, desfaz todo regime estável: “a máscara comunica a incerteza e a ameaça de mudanças súbitas, imprevisíveis e tão impossíveis de suportar quanto a morte”⁵⁰. Para Deleuze & Guattari, “a máscara não esconde o rosto, ela o é”⁵¹ – estabelecido exatamente no momento do confronto: um significante que se reterritorializa em corpo, um rosto de substância que se fará interpretar, que muda de traços quando a interpretação fornece significações à sua substância.

A ausência do rosto, ou da própria cabeça, não constitui o fim da vida, e as possíveis feridas mortais de uma amputação abrem novas possibilidades de sentido à existência, tal como a imagem da medusa ao ser decapitada por Perseu: de sua ferida nasciam escorpiões, mesmo desfeita de sua essência de monstro, ele continuava seu intento de liquidar o herói grego⁵². O tema do decapitado foi uma constante no interstício entre a Primeira e Segunda Guerra Mundial, período de incubação de um mundo de terror e destruição, quando podemos

⁴⁹ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.3), p.50.

⁵⁰ MORAES, Eliane R.. *O corpo impossível*. São Paulo: Iluminuras, 2002, p.169/0.

⁵¹ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.3), p.49.

⁵² BULFINCH, Thomas. *Mitologia geral*. A Idade da Fábula. Belo Horizonte: Itatiaia, 1962, p.109.

também traçar um paralelo com as imagens da Alemanha denunciada pela intelectualidade europeia – da sua derrota no primeiro conflito ao apogeu bélico no segundo.

O escritor francês Georges Bataille (1897-1962) exerceu profunda influência sobre uma geração de artistas e intelectuais com seus ensaios e fotografias publicadas em revistas sob sua direção – dentre a mais famosa *Documents* (1928). Os textos de Bataille e de autores convidados eram inquietantes, colocando a figura humana genérica em confronto com suas próprias alteridades, de modelos ideais ao inexpressivo ou bestial. A preocupação fundamental se relacionava com toda sorte de exageros orgânicos, em detrimento às formas idealizadas do homem: “a semelhança nega a semelhança, na medida em que os rostos retratados – resultantes da exploração sistemática de um grande número de mímicas possíveis – se afastavam dos ideais da figura humana [...]; a semelhança desemboca em seu contrário, incorporando o semelhante, e *terminando* por devorar ou digerir o rosto, fazendo-o literalmente, desaparecer”⁵³.

A ação paradoxal da *força de viver* aonde só resta morte, num corpo vivo e potente, mas decapitado, tinha o propósito de atestar que a cabeça seria mais um limite histórico e orgânico, num corpo tão volátil quanto. As estratégias estéticas de Bataille e seu grupo denunciavam os novos ocultamentos daquilo que fugiam aos padrões da sociedade de sua época, relacionando também os *corpus-de-guerra* deste período – super-homens, super-líderes, super-carnificina – como reminiscências filosóficas e artísticas para lembrar que restavam as outras extremidades – “ou, simplesmente, como uma mensagem positiva em meio a barbárie: o resto do homem”⁵⁴.

⁵³ MORAES, Eliane R.. Op. cit., p.171. Grifo nosso.

⁵⁴ Id. *ibid.*, p.173.

Esse resto, no empreendimento trágico do corpo, tem como fundamento a sensibilidade entre a compreensão e a funcionalidade desta materialidade humana na forma de existência. Se temos no campo científico e filosófico o estabelecimento daquilo que Foucault chamou de “monstro cotidiano”, como tensão ambígua do anormal/anomalia, reunidos em sua existência monstruosa, como em sua forma, chegamos não apenas na violação das leis da sociedade, mas na violação das leis da natureza: a combinação daquilo que é proibido com aquilo que é impossível⁵⁵. Enquanto o anormal da tradição latina qualificará aquele que foge da regra, o anômalo de variante grega, recuperado em grande parte pela tradição nietzschiana, designará o rugoso, o desigual e o singular⁵⁶.

O confronto ainda seria uma proposta de corpo contra um outro programa dominante, na forma de binariedades – o branco *versus* negro, o ariano *versus* judeu, o homem *versus* mulher. No entanto, se a cabeça ou rosto desses sujeitos possuem uma função coletiva (*coletivo-de-si*), como peças distribuídas aonde serão aglutinadas às regras de sociedade, o resto do corpo na forma de *percepção-de-si* funcionam como uma espécie de mais-valia para entrar no grupo, uma via por onde quais equipamentos serão disponibilizados a *partir-de-mim* para uma espécie de grande Leviatã: as origens históricas do desejo de uniformidade.

Um paradigma será reatualizado nesta época de muitos ídolos: Deus não detém mais o signo da ordem, mas ele será a medida do impossível. Assim como o corpo, em que se recrudescer na sua própria experiência, corporificando desejo/vontade em participar dessa massa rumo as utopias. Os processos de constituição do corpo ou dos desejos do corpo, tornando a crítica freudiana, puderam abrir espaço na pesquisa dessas mentalidades nômades, no sentido de *arrebanhamento*. No entanto, nas palavras de Guattari, o problema não cessa

⁵⁵ FOUCAULT, Michel. Op. cit.(2002), p.69/70.

⁵⁶ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.4), p.25/6.

aqui. Seria necessário ver os apontamentos, os traços de uma cartografia, mas Freud, como cita o crítico, ficou na pretensão de construir uma ciência, não conseguindo fugir da estrutura para compor, humildemente, apenas o atlas de “mapas possíveis”⁵⁷.

O corpo, num sentido genérico, implicaria existências corpo/éticas, corpo/almas, corpo/guerras; a nossa intenção prefigura a formação de um corpo, devemos, entretanto, distinguir as ações e as paixões que afetam esses corpos, assim como os atos, que são atributos não corpóreos e históricos, “que são *o expresso* de um enunciado”⁵⁸. A entrada de Deus no regime estaria relacionada como o primeiro modelo ideal a ser negada (a semelhança), para a própria experiência de divindade.

Nos temas batailleanos, o fetiche proporcionado pela máscara de couro, tornando a mulher vestida numa forma de perversidade orgânica/orgasmática, ofereceria ao homem uma visão de Deus. No entanto, a mulher não só insinuaria que seria um deus para quem a vê, mas reciprocamente, temos a decomposição da figura entre vértices: a transmutação da máscara/fetiche que potencializa a condição terrena da deusa/mestra e a deterioração da figura em sangue, dor e esperma do sádico⁵⁹. Em Freud, esta cartografia se baseia em três princípios: o desejo como falta, o desejo intrínseco a busca do prazer e o prazer como descarga. Isso compõe um quadro sólido demais, ao constituir leis transcendentais que acabariam por fixar e imobilizar a construção do desejo como processo. Nesse aspecto, Deleuze & Guattari viam corpo/desejo estando relacionado a busca de intensidade contínua, próxima a relação de Nietzsche entre a vontade de potência e o instinto de morte.

O desejo tem como ideal a manutenção de uma intensidade, não a descarga ou a conquista do objeto externo, no qual seria uma contradição, já que constituiriam a perda e não

⁵⁷ GUATTARI, Félix. *Caosmose*. Um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: 34, 1992, p.15/22.

⁵⁸ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.2), p.18.

⁵⁹ MORAES, Eliane R.. Op. cit., p.173.

a soma. As considerações de Freud sobre o masoquismo indicavam um problema quase de ordem social, aonde todos estariam hipnotizados procurando mestres e fetiches a fim de compor os círculos de um corpo/dor ou de um corpo/Deus na forma de figuras de super-compensação do desejo, de falta ou de castigo:

Esta forma do masoquismo no homem [...] nos é suficientemente conhecida pelas fantasias, dos indivíduos masoquistas (e impotentes muitas vezes, por causa disso), as quais culminam em atos onanistas, ou representam, por si sós, uma satisfação sexual. Com essas fantasias coincidem depois, por completo, as situações reais criadas pelos pervertidos masoquistas, ora como fim, em si, ora como meio de conseguir a ereção e como introdução ao ato sexual. Em ambos casos – as situações criadas são apenas a representação plástica das fantasias –, o conteúdo manifesto consiste em que o indivíduo é amordaçado, amarrado, castigado, fustigado, maltratado numa forma qualquer, obrigado a uma obediência condicional, conspurcado ou humilhado. Muito mais raramente e só com grandes restrições, é incluída neste conteúdo uma mutilação.⁶⁰

No entendimento de Freud, os masoquistas são indivíduos excessivamente coagidos moralmente, tendo seus delírios uma relação com um “sentimento de culpa”, uma necessidade de castigo por parte de um “poder parental”⁶¹. Numa leitura apurada, o psicanalista via nas máscaras a própria encarnação do caos, formas orgânicas que se impunham aos rostos, daí o parentesco com os monstros imaginários, na qualidade de artifícios que se acrescentam ao humano para torná-lo kafkaniano.

⁶⁰ FREUD, Sigmund. *O problema econômico do masoquismo*. In.: _____. Obras Completas. Vol. IV. Rio de Janeiro: Delta, 1959, p.305.

⁶¹ Id. *ibid.*, p.303/4.

A verdade enunciada pelas máscaras comprovaria o risco maior e inelutável para o Homem, “que sua própria ‘natureza’ o faça ‘morrer e apodrecer’, que o reduza a coisa, a coisa informe (informe precisamente por ser coisa); as máscaras presentificam as incansáveis interrogações da humanidade”⁶². Nessas reminiscências éticas, morais e corpóreas, há um rudimento bastante complexo, mas não totalmente estranho: ou somos idênticos ou nos denunciemos –

Não são mais as forças territorializadas, reunidas em forças da terra, são as forças reencontradas ou liberadas de um cosmo desterritorializado. [...] Ele não é mais Deus, mas Herói que lança a Deus seu desafio: fundemos, fundemos, e não mais criemos.⁶³

No âmbito da cisão entre heterogêneos, como antítese às binariedades e dos regimes sociais de cadeias de dentro e de fora, os devires constituem trajetórias que desnaturalizam o corpo como uma situação dada, o tornando histórico. Lembrando Espinosa, a vida animal restringe-se a isso, ou seja, aos mecanismos do corpo; já o ser humano, possui sua consciência, na presença da uma alma, um código próprio, no qual, por conseguinte, não seria uma entidade separada do corpo, sendo tão condicionado quanto ele pelo mundo real.

Na filosofia da doença, o mal que abarca todo o físico constitui um devir de meia-morte, e como paradigma da segregação, a lepra talvez tenha sido a mais eficiente de todas: era contagiosa e manifestava-se na pele – a mácula invocava o contato entre os corpos, o pecado do toque como castigo divino.

⁶² DIDI-HUBERMAN. *Le ressemblance informe*. Apud.: MORAES, Eliane R.. Op. cit., p.170 e 176.

⁶³ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.4), p.154.

2 – A Pia do Palácio: aspectos do saneamento básico em Santa Catarina

2.1 – Os desterrados

2.2 – Mens sana in corpore sano



Figura 2 – Fotografia P&B de uma pia recém instalada no atual Palácio Cruz e Sousa (Florianópolis) na década de 1910. (IHGSC)

Esse zombeteiro e enamorado caçador de ratos de Atenas, que fazia estremecer e soluçar os jovens mais altivos, não era somente o mais sábio dos tagarelas que houve: ele tinha a mesma grandeza no calar. Eu gostaria que também no último instante da vida ele tivesse ficado calado – talvez pertencesse então a uma ordem mais alta de espíritos. [...] ele disse: “Ó Críton, devo um galo a Asclépio”. Essa ridícula e terrível “última palavra” significa, para aqueles que tem ouvidos: “Ó Críton, a vida é uma doença!” Será possível! Um homem como ele, que viveu sereno e diante de todos os olhos como um soldado – era pessimista!⁶⁴

⁶⁴ NIETZSCHE, Friedrich. *A gaia ciência*. In.: _____. *Obras incompletas*. Os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 2000, p.192/3.

Capítulo Segundo

2.1 – Os Desterrados

Os sinais corporais, sejam eles quais forem, transmitem uma informação social de fácil e imediato alcance público, ao contrário de qualquer estatística ou número, fazendo do sujeito algo construído perpetuamente na sociedade moderna, deslocado a partir de sua imagem positiva ou negativa. Ao pesquisar a história sanitária do Brasil do século XIX, nos deparamos com uma grande preocupação com as epidemias, principalmente a Varíola e a Febre Amarela. Em Santa Catarina, os relatórios e mensagens provinciais falam sobre diversas doenças, mas praticamente inexistem referências sobre a lepra enquanto um problema de saúde pública.

A preocupação sanitária e os visíveis problemas causados pela falta de conhecimento sobre a origem das doenças, seus focos de contaminação e os ciclos patogênicos constituíram as pautas de fundação da Sociedade de Medicina do Brasil, em 1829, e das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia em 1832. Ao longo do século XIX, a medicina do Brasil se estabeleceu sobre os alicerces de pesquisas européias, servindo de orientadores para a melhoria dos centros urbanos e no uso de novas tecnologias para o combate de doenças.

A imagem do médico foi moldada a partir de discursos que defendiam seu papel saneador, com o poder de evitar as catastróficas epidemias e permitindo, assim, sua interferência sobre a população. Desde então, ao doente cabia o papel indigno de cobaia, numa época na qual a medicina e a higiene passariam a construir seu papel social através de experiências. Se a higiene, propriamente dita, seria o meio de prevenir as doenças, quando praticada em escala social passou a empenhar-se no desafio de regredir os fatores sociais de propagação de moléstias.

Desta forma, além do combate aos focos de doença – como ambientes contaminados (esgotos e mangues) –, os médicos eram vetores da aplicação de técnicas e teorias conforme eram elucidadas as possíveis causas de doenças infecto-contagiosas, respaldando a criação do aparato tecnológico com o intuito de combater não só a doença, mas também fatores que ao longo desta história possuíam como foco a miséria presente em todas as regiões do país.

A história da medicina no Brasil do século XIX denota o diálogo constante das especializações no campo da medicina, que propiciaram questionamentos e acalorados debates entre os alunos das duas únicas faculdades do país, acarretando a produção de um saber científico bastante original. A conjuntura histórica e política pareceram favorecer a disposição desses estabelecimentos – as Faculdades de Medicina no Rio de Janeiro e na Bahia –, ao manter o estatuto privilegiado, uma vez que seu fortalecimento não ocorreu apenas pela manutenção de uma unidade crítica de seus alunos.⁶⁵

O saber, fomentado tanto pelas inovações metodológicas e técnicas da medicina, quanto pelas obrigações sociais do Estado, serviu de “elogio empírico” a classe médica, numa mistura entre *interesses nacionais* e o peso político de um seletivo grupo a se debruçar sobre a realidade brasileira. Aliado a isso, tendo um espaço cada vez mais privilegiado para levar adiante as mudanças reclamadas e com força política para fazê-las, o estabelecimento médico culminou com um processo cumulativo de privilégios institucionais.⁶⁶

Não entraremos em discussões sobre as relações entre negros, índios e brancos no Brasil, mas cabe ressaltar que o papel de representação dominante entre estes grupos, até meados do século XX, baseou-se na figura do senhor sério, firme e branco; responsável, quase como um pai, pela civilidade da massa de negros, mestiços e índios. Mais importante do que

⁶⁵ CORRÊA, Mariza. *As ilusões da liberdade*. A Escola Nina Rodrigues e a Antropologia no Brasil. Bragança Paulista: EDUSF, 1998, p.100.

⁶⁶ Id. *Ibid*, p.101.

isso, foi a atenção ao mosaico étnico do país por diversos estrangeiros, no qual apontavam a questão da mistura das raças como fator de atraso da nova nação:

A esterilidade nem sempre existe nos casamentos; mas os produtos da raça gradualmente chegam a ser tão malsãos e inviáveis que desaparecem antes de darem à luz, ou então deixam rebentos que não sobrevivem. [...] No Brasil, acabamos de ver que um período de trinta anos roubou um milhão de almas. Se tomarmos esta observação como base fixa para um cálculo de probabilidades, e se admitirmos, para evitar complicações, que a acumulação de misturas não precipita um movimento de aniquilação, o que não é provável, podemos concluir que, se um período de trinta anos custou um milhão de habitantes ao Brasil, os nove milhões nos quais acredito terão desaparecido completamente, até o último homem, no final de um período de 270 anos. Mas se considerarmos que trato aqui de um principio pouco aceito, ou seja, a não aceleração do movimento em virtude da maior intensidade dada à degenerescência brasileira como resultado do prosseguimento indefinido das misturas completas de mestiços, somos inclinados a acreditar que o número de 270 anos é extremamente exagerado, e que em menos de 200 anos, na verdade, veremos o fim da posteridade dos companheiros de Costa Cabral [sic] e dos imigrantes que o sucederam. Aliás, o Brasil já se acostumou a tal espetáculo.⁶⁷

As projeções não muito gentis do Conde de Gobineau (1816-1882), representante francês na Corte do Brasil, passariam a aglutinar cada vez mais adeptos em torno da idéia do fracasso da nação devido ao sangue de índios, negros e brancos. O campo social destas relações, todavia, foi um espaço muito mais intrincado para qualquer especulação racial, como apontaram algumas vozes críticas do abandono social de todas as populações.

⁶⁷ L'Emigragtion au Brésil. *L'Empire du Brésil à Exposition Universelle de Vienne (1873)*. In.: RAEDERS, Georges. *O inimigo cordial do Brasil*. O conde Gobineau no Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989, p.241.

Dentre os críticos, um dos mais curiosos foi um defensável naturalista radicado nestas terras chamado Fritz Müller (1822-1897). Müller emigrou para o Brasil em 1852, instalando-se em Blumenau (SC), alguns anos depois se mudou para Desterro aonde lecionou entre 1874 e 1876 no Liceu Catarinense. O pesquisador manteve correspondência intensa com dois dos maiores naturalistas do mundo – o inglês Charles Darwin (1809-1882), autor de *Sobre a origem das espécies por meio da seleção natural* (1859) e o alemão Ernest Haeckel (1834-1919), naturalista residente na cidade natal de Müller (Iena) e autor de *Princípios da Morfologia Geral dos Organismos* (1904).

Sobre as questões raciais e sociais do Brasil, o naturalista radicado no Brasil possuía uma opinião bastante singular:

Entre meus discípulos deste ano o melhor, de muitos, é um preto de puro sangue africano; compreende facilmente e tem tal ânsia de aprender qual aqui nunca encontrei e que é raro mesmo no nosso clima fresco. Este preto representa para mim mais um reforço da minha velha opinião contrária ao ponto de vista dominante que vê no negro um ramo por toda parte inferior e incapaz de desenvolvimento racional por suas próprias forças; quando em apoio disto se alega que no seu habitáculo não atingiu nenhum grau elevado de civilização e por isso se deve de ter como incapaz dela, esquece-se que há dois mil anos poderiam Gregos e Romanos ter dito o mesmo dos nossos antepassados.⁶⁸

Não podemos identificar uma valoração cultural sobre quais meios de urbanização e higiene seriam ideais, mas o cerne levantado aqui expõe a possibilidade de contornar a ignorância dos *inferiores* pelo melhoramento das condições de vida, bem como pela

⁶⁸ CARTA DE FRITZ MÜLLER ao Dr. Hermann Müller, em Lippstad. Desterro, 30 de Maio de 1860. In.: _____. *Obras completas*. Vol. XX. Iena: fac-símile e trad. s/ed., 1921, p.19. (Fundação Casa Dr. Blumenau).

oportunidade de estudo e formação. A sua visão de sociedade, se confrontado com o trecho de Gobineau, origina um sujeito apto diferente de um outro estado plenamente determinista. Por sua vez, não que a ciência em si fosse maléfica, mas as idéias aguerridas que funcionavam como medidas judiciosas levadas ao curso acadêmico e político, muitas vezes se mostraram nocivas.

Fritz Müller era um naturalista bastante conhecido na Europa, além de estudar a fauna e a flora da costa catarinense, ele remetia para Europa grande número de sementes e insetos a fim de ajudar na comprovação da teoria evolucionista de Charles Darwin, de quem se tornou amigo. Em 1865 os dois trocaram retratos entre expressões de mútua estima, acompanhados do apoio do naturalista inglês para guardar cuidadosamente suas observação com intuito de compor um livro maravilhoso sobre os dados coletados nestas plagas.⁶⁹

Em relação ao conceito de degradação devido ao sangue mestiço, a opinião deste educador é surpreendente, considerando o ano em que a carta foi escrita:

Conheço, entre pretos, uma quantidade de fisionomias nobres e expressivas como dificilmente se encontraria entre caucasianos vivendo em situação social igualmente deprimida [...]. Sabido é que os filhos de brancos e mulatos as mais das vezes se caracterizam por suas aptidões intelectuais enquanto que as suas freqüentes falhas morais em geral se explicam pela sua situação social.⁷⁰

Ao tratar de raça, temos como visão imediata a cor da pele como referencial, um sinal corporificado no qual se aportaram opinião e preconceitos. O racismo contra o negro no entorno do século XIX para o XX, entretanto, não reuniu somente antropomorfismos, mas

⁶⁹ ROQUETTE-PINTO, Edgar. *As glórias sem rumor*. São Paulo: Melhoramentos, 1939, p.48.

⁷⁰ CARTA DE FRITZ MÜLLER [...], op. cit., p.20.

seguiu uma tendência do mundo ocidental que procedeu em variações múltiplas da economia, da medicina e da política que funcionaram como ondas cada vez mais excêntricas nos traços conformes ou não como o projeto civilizatório: ora para tolerá-los em determinados pontos, como o meio de produção escravista, em certos guetos, como nos cortiços e favelas do início do século, restando depois os circuitos que jamais suportam a alteridade: “*só existem pessoas que deveriam ser como nós, e cujo crime é não o serem*”.⁷¹

Eis o que diferencia o fantástico regime das críticas de Fritz Müller: não há um mediador biológico, mas um sujeito de enunciação que comporta a carga de civilidade desde que se inclua ele enquanto projeto, ficando assim entre a miséria e salubridade. Seu trabalho praticamente foi solitário, assim como suas opiniões, mas ultrapassaram a circularidade das alegorias monstruosas e características mesuráveis da diversidade humana, procedendo no lugar onde os significados desses paradigmas foram abismados cada vez mais sob o símbolo da modernidade. Quanto ao termo *raça*, a crítica de Müller a um contemporâneo é muito elucidativa e mais pertinente:

Se Burmeister⁷² não encontrou nenhum interesse mais elevado no seu trato com os negros, também ele não teria sido mais feliz com os jornaleiros da Pomerânia e do Macklemburgo.⁷³

As *velocidades* das consolidações teóricas da antropologia e da medicina, além da implementação de uma política de saneamento no país, serviram de palco para grandes disputas de poder no âmbito público. Como veremos doravante, a necessidade destes espaços

⁷¹ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.3), p.45.

⁷² Hermann Burmeister (1807-1872), naturalista alemão que viajou pelo Brasil entre 1850 e 1852, chegando a ocupar o lugar de diretor do Museu Nacional do Rio de Janeiro, publicando em 1853 suas impressões sobre viagens pelo estado de Rio de Janeiro e Minas Gerais.

⁷³ CARTA DE FRITZ MÜLLER [...], op. cit., p.19.

funcionaram como trincheira entre os que defendiam a implementação de políticas sociais e aqueles a favor do controle racial. Ambas correntes tiveram espaços conquistados, mas no caso da lepra, os sanitaristas foram muito mais prestigiados, alcançando até 1930, espaços destacados na política brasileira.

As batalhas ocorridas na profilaxia social no início do século XX mostraram-se muito mais objetivas na aplicação dos preceitos conciliatórios entre a humanidade e as tecnologias da ciência. Os combates às doenças que infestavam as cidades brasileiras envolveram medidas públicas de saneamento orientadas pelas vanguardas médicas consolidadas até então; relegando os fantasmas raciais para segundo plano, as elites intelectuais e políticas começaram a assentar o direito da criação de uma rede de proteção social, cuja tendência foi acompanhada por mudanças na maioria das cidades do litoral brasileiro.

As sucessivas e variadas epidemias ao longo da segunda metade do século XIX compunham um círculo monstruoso dessas terras tropicais. A incidência de doenças transmissíveis (como a varíola, rubéola e tuberculose) e endêmicas (febre amarela e cólera), possuíam um forte inconveniente econômico, já que tornavam a passagem pelo país perigosa – muitas agências européias anunciavam viagens de navio direto para Argentina, ressaltando seu clima temperado e o controle sobre as doenças. O quadro de pestilências foi particularmente nocivo às lavouras de café, pois imigrantes com maiores posses se dirigiam a climas mais amenos, bem como algumas importadoras passaram a recolher café em países em que essas doenças estavam controladas.⁷⁴

Em Santa Catarina, os constantes surtos prejudicavam as companhias colonizadoras das regiões do norte, principalmente Blumenau e Joinville. Em Joinville, o primeiro hospital

⁷⁴ SCLIAR, Moacyr. *Saturno nos trópicos*. A melancolia européia chega ao Brasil. São Paulo: Cia das Letras, 2003, p.175/6.

da cidade foi inaugurado em 1858 pela Companhia Colonizadora de Hamburgo, a fim de atender os emigrados para cidade⁷⁵. Este movimento migratório para o estado trouxe médicos de diferentes especializações, formados em academias francesas, prussianas e saxônicas, possuindo um conhecimento diferenciado das causas de algumas doenças, principalmente das bacteriológicas. Os emigrados, por sua vez, já estavam familiarizados com medidas profiláticas e a prática da vacinação, apesar de não haver entre eles muito crédito quanto à eficácia e que possíveis perigos corriam ao serem contaminados por um vírus atenuado em forma de vacina.

Um exemplo interessante consta no jornal que circulava na região norte chamado *Kolonie Zeitung*. Consta neste jornal uma série de propagandas do Dr. Wigando Engelke (1832-1918), considerado o primeiro médico de Joinville, oferecendo a população a vacina anti varíola.⁷⁶ No final do verão deste mesmo ano, um surto da doença aparece em várias regiões do país, tornando a vacinação obrigatória na cidade de São Francisco do Sul:

Os pais de família são responsáveis por seus filhos e outras pessoas que pertençam a sua família, a tomar a vacina contra varíola, sob a pena de multa de 2\$000 [dois mil réis] até que ela seja realizada.⁷⁷

Em 1872, foi a vez de Desterro (Florianópolis) ser atacada por uma das maiores epidemias de varíola de toda sua história. O surto da doença, que era endêmica na cidade, durou quase um ano, obrigando as autoridades a convocar todos os médicos e a dividir pela primeira vez a capital em áreas de responsabilidade sanitária. Ao final do surto, devido aos grandes prejuízos aos cofres do Estado, iniciou um projeto para criar um desinfectório ou um

⁷⁵ VALENTIM, Lairton. *Joinville: seus médicos e sua história*. Florianópolis: UFSC, 1997, p.41.

⁷⁶ JORNAL *Kolonie Zeitung*. 02/01/1864 a 20/02/1864. In.: VALENTIM, L. Op. cit., p.33. Tradução do autor.

⁷⁷ Idem.

lázaro para atender as pessoas doentes, medidas consolidadas somente em 1879 quando foram criadas novas enfermarias no Hospital de Caridade e reformada a Fortaleza de Santo Antonio na ilha de Ratonés, na baía norte, para atender navios em quarentena⁷⁸.

A utilização das velhas fortalezas portuguesas do século XVIII para fins médicos foi uma prática recorrente das autoridades catarinenses a fim de suprir as demandas sanitárias no Brasil Império. Esses espaços, antes mal povoados ou então abandonados – a exemplo de Ratonés –, serviram para os mais diversos propósitos terapêuticos:

Eh igualmente muito sensível a falta nesta Capital de um hospicio de alienados.[...] Foi para mim doloroso vêr alguns desses infelizes agglomerados em uma escura enxovia da cadeia desta Capital a esperarem o termo de sua triste existencia. Condoído de tão lamentável situação, e de accôrdo com o honrado Dr. Chefe de polícia, mandei removel-os para a Ilha do Anhato Mirim [sic], onde permanecem em número de oito, sob vigilância e desvelos do humanitário tenente coronel Manoel Geraldo do Carmo Barros, que de muito bom grado tomou para si tão caridoso serviço. Alguns desses infelizes, quasi todos monomaníacos, tem melhorado e, conforme tive occasião de observar, differem muito do estado em que encontrei na cadeia desta capital.⁷⁹

O nosso interlocutor filantropo, o Dr. João Capistrano, evidencia na sua fala os poucos recursos do Estado para atender e prevenir doenças. A falta de espaços clínicos, como hospitais e manicômios, gerava grandes desconfortos entre os médicos, que tinham que responder pela salubridade dos doentes, assim como nas autoridades portuárias e legislativas

⁷⁸ FALLA COM QUE o exm. Sr. Dr. João Capistrano Bandeira de Mello Filho, abriu a 1ª sessão da 21ª Legislatura da Assembléa Legislativa da província de Santa Catharina em 1º de março de 1876. Desterro: Typografia Lopes, 1876, p. 32/33. (Instituto Histórico e Geográfico de Santa Catarina - IHGSC)

⁷⁹ Id. Ibid., p.34.

da cidade, pois desordens desta natureza representavam prejuízos à coroa. Conforme os relatórios consultados, que infelizmente são poucos, elaborar um destino burocrático e sanitário para atender a população e os visitantes provocou intensos debates. O problema mais grave estava na falta de investimentos na profissionalização da saúde e por outro lado, os espaços destinados para o tratamento de doenças eram inapropriados ou então insuficientes.

A última referência ao *Lazareto* da Fortaleza de Ratoles ocorreu no dia 06 de dezembro de 1885, quando uma fragata vinda do Rio de Janeiro aportou em Desterro com a maior parte da tripulação infectada pela febre amarela. Os doentes foram avaliados pelo médico do porto e o navio fundeado em frete a ilha de Ratoles, obrigando a todos a permanecer em quarentena. Quatro marujos morreram, os demais se restabeleceram e foram liberados a seguir viagem. O Lazareto foi fechado depois de desinfecionado, desta vez pra sempre.⁸⁰

As causas da febre amarela eram desconhecidas até o final do século XIX, a doença era considerada infecciosa sendo ignorado que seu agente de contágio era o mosquito *Aedes aegypti*. A descoberta da parasitologia foi um mérito do médico e sanitarista Oswaldo Cruz (1872-1917), que entre o final do século XIX e início do século XX publicou uma série de trabalhos relacionados ao contágio humano através dos insetos. Isso permitiu um novo capítulo na história da medicina no Brasil, inaugurando um processo de reurbanização e saneamento em grande escala nas áreas urbanas.

As elites recém informadas abraçaram as teses avidamente, numa espécie de delírio civilizador, misturado com um forte espírito reformista após a instauração republicana de 1889. O saber, fomentado pelas inovações metodológicas e técnicas da medicina, assim como

⁸⁰ RELATÓRIO apresentado à Assembléia Legislativa da Província de Santa Catharina na 1^o sessão de sua 26^a legislatura pelo Dr. Francisco José da Rocha em 21 de julho de 1886. Desterro: Typografia Conservador, 1886, p.108/15. (IHGSC).

na ampliação das áreas de atuação do Estado criou o ambiente perfeito para atuação cada vez maior da medicina na política nacional. Os médicos, por sua vez, participaram ativamente na criação de um aparato público, no seu envolvimento com os processos de urbanização.

A higiene como ideologia foi uma operação que reuniu de um lado a necessidade de uma maior interferência dos governantes nos domínios da sociedade para que seus anseios políticos e econômicos pudessem ser concretizados, por outro lado, os requisitos básicos para o encaminhamento da modernidade e o desenvolvimento do Brasil estariam na solução final dos problemas de saúde pública. Neste sentido, essas elites que comandaram os primeiros anos da República, implicaram na “despolitização da realidade histórica”, nas palavras de Chalhoub.⁸¹ Isto significa que o caminho da civilização tinha como fatores importantes a *força neutra* da ciência, respaldando inúmeras ações com o intuito principal de excluir a pobreza, os miseráveis e demais estorvos que poluísem a paisagem ideal da cidade, que por outro lado, não era feita de coqueiros e casebres, mas de aço, alvenaria e luz elétrica, tal como Paris.

O imaginário social funcionaria como uma dimensão para funcionalidade do sistema institucional, pois a ciência pregaria daqui pra frente que as doenças poderiam ser curadas por meio de vacinas e medidas preventivas. Como agente atuante, o sanitarista foi uma figura peculiar, pois sua função o transformava numa confluência entre sociedade e política. Enquanto ele se debruçava em estudos imbuídos em combater micróbios e, conseqüentemente, as mazelas sociais ligadas a suscetibilidade à doença, os políticos viam nele uma forma de legitimar medidas não tão humanitárias – tais como a segregação e o controle social.

O processo de urbanização e industrialização no Brasil pode ser visto como uma revolução industrial e agrícola, pois a melhoria das condições sanitárias estava diretamente

⁸¹ CHALHOUB, Sidney. *A cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Cia das Letras, 1996, p.35.

ligada a melhoria da mão de obra das lavouras e indústrias do país. O controle social deste processo atingiu as diferentes esferas cotidianas das camadas populares, sentidas na ordenação crescente de posturas em áreas do trabalho e do lazer, na constante monitoração de segmentos raciais, como os negros, e lugares como a rua e o botequim, além do próprio espaço de moradia.⁸² O sanitarista possuía o poder de legitimar as ações que correspondiam aos anseios de progresso, adquirindo num espaço relativamente curto, autonomia dentro da política do Brasil nas primeiras três décadas do século XX.

As medidas sanitárias, no contexto de Santa Catarina, foram perceptíveis a partir das necessidades e exigências que formavam coro com a capital federal. Em 1896 foi inaugurado em Florianópolis o Lazareto das Guarazes, um estabelecimento mal localizado, segundo os relatórios, estando numa ilha rochosa na Baía Norte, próxima a Ponta do Coral. A respeito dele, havia alertado o secretário de Estado, Caetano Vieira da Costa:

[...] disse já no meu relatório anterior: “De construção defeituosíssima, em local varrido de todos os ventos, completamente despido de arborização, humido, sem água potável e, de mais a mais, ameaçando ruínas, só tendo utilizado uma única vez, desde a sua construção em 1896, este edifício não corresponde absolutamente aos fins para que foi construído”.⁸³

A utilização do *Lázaro* aqui referida ocorreu durante algumas semanas do mês de abril de 1899, quando alguns passageiros do vapor *Aymoré*, da Cia. Loyd Brasileiro tiveram de ser ali alojados para evitar que a população da cidade tivesse contato com pessoas infectadas com

⁸² MATOS, Maria I.S. de. *Meu lar é o botequim*. Alcoolismo e masculinidade. São Paulo: Cia. Nacional, 2000, p.39/2.

⁸³ RELATÓRIO apresentado ao vice governador do Estado de Santa Catharina [Vidal José de Oliveira Ramos] pelo secretário geral do Estado Caetano Vieira da Costa. Florianópolis: Typ. Moderna, JUN 1904, p.50/51. (IHGSC).

febre amarela⁸⁴. Entre 1906 e 1908, surtos de varíola obrigaram pequenas reformas no *lázaro*, todavia, além de atender infectados que se dirigiam a esse porto, passou a abrigar quatro soldados residentes em Florianópolis. A varíola tornou-se quase uma epidemia na cidade, aumentando a demanda do local. Para isso, sugeriu-se a alienação do imóvel para construir um edifício maior e mais moderno na Ponta do Leal ou na localidade de Cacupé⁸⁵.

O estranho espaço do *lázaro*, construído devido a uma resolução da Capitânia dos Portos de 1890, serviu de exemplo de despreparo das autoridades catarinenses. As campanhas de combate a febre amarela e varíola no Rio de Janeiro (1902-1905) se desenrolaram num momento pertinente, uma vez que a cidade de Florianópolis passava por mais um surto pandêmico. Os resultados da campanha carioca, do ponto de vista institucional, foram positivos, pois as doenças mostraram-se controladas. Um alívio compartilhado pelas autoridades aqui em Santa Catarina nos relatórios de 1900 e 1904. Admitia-se que o Estado não estava preparado à enfrentar grandes epidemias, uma vez que o único *lázaro* existente na capital não dispunha de água potável e, incrivelmente, nem terra para enterrar os defuntos⁸⁶.

O Lázaro das Guarazes serviu por muito tempo de cartão de visitas da cidade aos navios que apresentavam passageiros infectados. Os documentos de internação deste estabelecimento nunca foram localizados, até a própria existência dele é completamente desconhecida. O espaço foi utilizado até meados da década de 1910, somente em casos extraordinários, não sendo mencionado o uso para o confinamento de leprosos. Num relatório de 1920, o Diretor de Higiene de Santa Catarina descrevia a ilha de maneira lacônica:

⁸⁴ RELATÓRIO apresentado ao governador do Estado de Santa Catharina [Dr. Fellipe Schimidt] pelo secretario geral de Estado José Teixeira Raposo. Florianópolis: Typ. da Livraria Moderna, JUL 1899, p.33. (IHGSC).

⁸⁵ RELATÓRIO apresentado ao exmo. Governador Snr. Cel. Gustavo Richard pelo Dr. Honório Hermetto Carneiro da Cunha, secretário geral do Estado. Joinville: Typ. Boehm, MAR 1908, p.39. (IHGSC).

⁸⁶ Cf.: RELATÓRIO (1899). Op. cit., p. 33.

Sem nenhuma condição de conforto, pois nem água possui, situado numa ilha deserta, descampada, açoitada por ventos de todos os quadrantes, sem lugar para atracação de embarcações, sem terreno algum para o mais ligeiro passeio, com uma triste e minguada vegetação, aquelle edificio é mais um presídio do que um hospital para onde se devam levar doentes, que tanto poderão ser humildes pessoas do povo, como representantes das classes mais abastadas da sociedade.⁸⁷

O tom do Diretor de Higiene fecha o capítulo do Lázaro das Guarazes, entregando o prédio ao abandono e ruína. O mesmo relatório descreve uma série de problemas de saneamento na capital, bem como a falta de hospitais especializados para diferentes doenças, deixando o planejamento na saúde muito aquém dos ideais de civilização. Para ele,

Um hospital de isolamento precisa estar situado num lugar que offereça condições outras de bem estar e de hygiene, dispondo de terreno para jardins, parques e instalação de pavilhões separados, para indigentes e pensionistas, para doentes confirmados e suspeitos, etc., de fácil acesso por mar e por terra e dispondo de água boa e em abundancia.⁸⁸

A preocupação em executar um plano de obras são notadas durante o terceiro mandato de governo de Hercílio Luz (1860-1924). Em 1918, Florianópolis recebeu a *Expedição Rockefeller*, uma organização financiada pelos Estados Unidos para diagnosticar e intermediar financiamentos de infra-estrutura através de bancos norte-americanos em todo continente. A idéia surgiu quando os Estados Unidos enviou para Cuba vários especialistas para combater a

⁸⁷ RELATÓRIO apresentado pelo Dr. Joaquim David Ferreira Lima, Director de Hygiene de Santa Catarina ao exmo. Secretário do Interior e Justiça Dr. José Arthur Boiteux. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1920, p.67.

⁸⁸ Id. *ibid.*, 68.

febre amarela e promover o saneamento de Havana, além da vacinação em massa na ilha caribenha contra a varíola.⁸⁹

O governador de Santa Catarina, entre 1918 e 1922, convidou a comitiva a visitar a capital, aonde foi identificado como grande problema a falta de saneamento, a razão das endemias da área. A questão do uso das águas e o destino de dejetos permitiam o ciclo de doenças como a febre amarela e o cólera. Para melhorar as condições sanitárias e estabelecer as prioridades, o Diretor de Higiene de Santa Catarina ficou encarregado de estabelecer metas e destacar as deficiências, focalizando principalmente a capital do Estado. Por ser um porto importante, Florianópolis tinha como deficiência maior a falta de um desinfetório ou *lázaro* apropriado.

Um destino efetivo para os doentes estava em pauta, já que vários pontos da cidade passavam por melhorias como veremos na próxima seção. A Ponta do Cacupé mais uma vez foi requisitada para instalação de um hospital moderno, sendo o projeto encaminhado para o Diretor de Saúde Pública Nacional, cargo ocupado pelo médico sanitarista Carlos Chagas (1879-1934). O Estado oferecia as terras e o tesouro nacional deveria disponibilizar os recursos para sua construção. O projeto não foi realizado, mas mudanças no tratamento foram efetivadas durante esta época, colocando Florianópolis nos “*foros de povo civilizado*”.⁹⁰

⁸⁹ EL-KHATIB, Faissal. *História de Santa Catarina*. Vol. 2. Curitiba: Grafipar, 1970, p.26.

⁹⁰ Relatório (1920). Op. cit., p. 69/70.

2.2 – Mens Sana in Corpore Sano

Na segunda metade do século XIX, as academias européias acumularam inúmeras pesquisas associadas a novas disciplinas, tais como Geografia Médica e Antropologia da Doença, reunidas posteriormente em cadeiras de Medicina Tropical em universidades da França, Inglaterra e Alemanha. Os relatos sobre a incidência de moléstias tropicais, entre as quais a lepra, ganharam destaque nas frentes de expansão colonial das grandes potências. Os estudos, produzidos particularmente por pesquisadores alemães e ingleses, baseavam-se, sobretudo, em notícias vindas através dos *bureaux* de comércio e imigração, a exemplo da Cia. Colonizadora Hamburgo, em Joinville.⁹¹

Como foi exposto anteriormente, o controle de doenças no Brasil do século XIX trazido nos discursos possuía, entre muitos interesses, o comércio, a fim de escoar a produção e trazer imigrantes para lavouras do país. A própria *Expedição Rockefeller* tinha por objetivo a criação de um mercado de capitais com empréstimos de bancos dos Estados Unidos a Santa Catarina. A citação de Foucault quanto os processos de medicalização deste período são pertinentes, pois as bases da formação do corpo-produto se iniciam com o investimento “no biológico, no somático, no corporal” pelo capitalismo: “o corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”.⁹²

A medicina foi fundamental para conhecer as mazelas da sociedade, apontando intrinsecamente os pontos antagônicos, aqueles que ameaçavam a civilização e o equilíbrio social. A partir desse momento, um universo de filigranas de linguagem traçou contornos no campo fértil das doenças, tendo em vista o financiamento da tecnologia médica dirigidas às animosidades da aurora dos tempos modernos. A própria teoria da evolução de Charles

⁹¹ TRONCA, Ítalo A.. *As máscaras do medo*. Lepra e Aids. Campinas: Unicamp, 2000, p.39/0.

⁹² FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p.80.

Darwin teve melhor repercussão em sua época no campo político do que no biológico, pois a sociologia inglesa incorporou o cerne da “sobrevivência do mais forte na *luta pela vida*” nas teses do Liberalismo e na doutrina do *Laissez-Faire* que dominaram a época vitoriana e a expansão colonial e econômica da Grã Bretanha no final do século XIX.⁹³

O médico norueguês Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) descobriu a causa da hanseníase a partir de estudos do bacilo *Mycobacterium leprae* no final do século XIX, entretanto, sua forma de contágio permaneceu desconhecida até meados do século XX. A doença exibe três formas de manifestação: o *lepromatoso*, constituído por máculas avermelhadas e nódulos infiltrados no tecido subcutâneo; o tipo *tuberculóide* com manchas e nódulos, aonde aparecem grânulos dérmicos; e *nervosa*, caracterizada por atrofia profunda e ulcerações que levam à amputação de extremidades do corpo e comprometimento do sistema nervoso central.⁹⁴

Apesar de ser uma doença bastante relatada na Antiguidade, a lepra ressurgiu nas narrativas da “*descoberta*” de grandes focos no Extremo Oriente, Oceania e no arquipélago do Havaí (1860), ligada particularmente aos interesses de nações como Inglaterra, Alemanha e Estados Unidos na expansão ao Oriente⁹⁵. No caso havaiano, a população contaminada deste arquipélago era dirigida para o costão rochoso na Ilha de Molokai e abandonadas a própria sorte. Como em diversas partes do mundo, inclusive em Florianópolis, as *ilhas* eram um destino providencial aos doentes. Assim, o tempo e a memória foram, para o que chamamos de sanear e prevenir, um plano de controle.

A condição de degredo dos exilados de Molokai mudou quando o padre belga Joseph Damien (1840-1889) chegou na ilha para converter os doentes e fundar uma comunidade em

⁹³ GOLOB, Eugene O.. *Os “ismos”*. História e Interpretação. Rio de Janeiro: Ipanema, 1958, p.116.

⁹⁴ BARROS FILHO, Sebastião. *Manual de doenças contagiosas*. Rio de Janeiro: Victor, 1968, p.75/8.

⁹⁵ TRONCA, Ítalo A.. Op, cit., p.44/7.

1873. O empreendimento do padre deu origem a primeira colônia moderna para o Mal de Hansen, dispondo aos doentes casas modestas ao invés das antigas cavernas, uma igreja para reuniões e missas, além de um sistema de água curioso, bombeada por gravidade. O padre também conseguiu auxílio de diversos governos e empresas, que remetiam a colônia um sem número de roupas, bugigangas e comida.

A colônia chamou a atenção de diversos pesquisadores do mundo, dentre eles, o brasileiro Adolpho Lutz (1855-1940), que estudou a doença na cidade de Hamburgo orientado pelo maior dermatologista alemão da época: Paul Unna (1850-1929), que descreveu as causas do eczema seborréico, na época confundida com a lepra. Em 1889, Lutz partiu para o Havaí, iniciando as pesquisas em Honolulu, onde a doença havia dizimado 85% da população. Seguiu meses depois para Colônia Molokai, permanecendo ali até 1892, ano em que as autoridades locais declararam o mal erradicado. Lutz volta ao Brasil, casado com uma enfermeira belga chamada Amy (1891), assumindo o recém inaugurado Instituto Bacteriológico do Rio de Janeiro. No Brasil, dedicou-se ao combate da malária, febre amarela, varíola, peste bubônica e tuberculose.

No início do século XX, o prestígio dos sanitaristas estava consolidado, com poderes muito maiores que a disciplina supunha ter, a exemplo do médico Oswaldo Cruz. Ele foi contratado pelo presidente Rodrigues Alves para desenvolver um projeto-modelo de saneamento da cidade do Rio de Janeiro, e dentre as mudanças, estava a destruição de boa parte do centro antigo da cidade, ampliadas até a década de 1920. Mas o projeto sanitário teve seu auge em 1904, com uma revolta armada contra as medidas de saneamento e o último decreto no qual obrigava à vacinação contra a varíola.⁹⁶ O controle compulsório passou a ser adotado em diversos pontos do país, transformando a cidade o Rio de Janeiro num referencial

⁹⁶ SCLIAR, Moacyr. Op. cit., p.176/9.

orgânico dos avanços científicos do conhecimento dos hábitos e posturas que interferiam no ambiente urbano.

Os amplos poderes recebidos pelo prefeito Pereira Passos, do então presidente Rodrigues Alves, permitiram uma verdadeira revolução urbana: as lojas do centro passaram a apresentar seus artigos em vitrines; urinar e cuspir nas ruas ficaram proibidos sob pena de multa; cortiços e casebres cederam lugar a amplas avenidas; as manifestações públicas, como batuques e rodas de capoeira passaram a ser fortemente reprimidos.⁹⁷

Nas estatísticas de mortalidade por infecção na cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, constavam índices bastante perturbadores: a tuberculose era responsável por cerca de 25% das mortes de cada cem habitantes. Seguiam-se, em ordem de grandeza, os casos de febre amarela, varíola, malária, cólera, beribéri, febre tifóide, sarampo, coqueluche, peste bubônica, lepra e escarlatina, que juntas representavam um total de 42% dos óbitos⁹⁸. Não nos parece uma idéia estranha pensar que nesse tempo a febre amarela teve prioridade na ação do governo brasileiro, e que pouco ou nada, investiu contra a tuberculose, a doença que mais matava.

Não vamos pormenorizar cada uma dessas batalhas profiláticas, que em geral, revelam o continuado descompasso entre a política homogeneizadora contra uma população desinformada frente a invasão domiciliar que então se realizava. A introdução de uma medicina intervencionista que, em nome da higiene alcançava espaços inusitados de atuação, que iam do próprio indivíduo à comunidade, revelou aos poucos erros e acertos de uma elite que via na ciência seu grande mito de referência – e, portanto, a seguia de forma autoritária.

As medidas de saneamento tomadas no Rio de Janeiro, São Paulo e, na recém inaugurada, Belo Horizonte, deixaram suas impressões no contexto de Santa Catarina. Em

⁹⁷ SCHWARCZ, LÍLIAN M.; COSTA, ÁNGELA. *1890-1914. O tempo das certezas*. São Paulo: Cia das Letras, 2000, p.29/37.

⁹⁸ Id. *ibid.*, p.118.

1907, o médico e inspetor de saúde, Henrique Chenaud, chamava a atenção para os “avanços sociais” adquiridos através da efetivação das descobertas científicas nas pesquisas microbiológicas na área social, como a identificação do bacilo de Koch nos pacientes suspeitos de tuberculose, além das vantagens da vacinação contra varíola:

[...] declara o Dr. Inspector de Saúde [Henrique Chenaud, nomeado em 1905] ser uma verdade confessar que a maior parte da população da capital ainda não compreendeu a extraordinária utilidade da inoculação da *lympha vaccinica*. Assim é que poucas pessoas vieram procurar esse preservativo contra tão repugnante entidade mórbida denominada varíola.⁹⁹

As tecnologias da medicina corresponderam ao acúmulo de pesquisas e avanços em diferentes áreas do conhecimento, possibilitando confrontos e diálogos no campo teórico. Podemos pensar no prestígio absoluto dos sanitaristas e demais especialistas ligados a pesquisas biológicas, mas esse processo de medicalização não atingiu as populações carentes naquilo que se referia às causas sociais do pauperismo. Nos discursos eugenistas, dos médicos que acreditavam que o mal vinha do sangue mestiço, havia destaque aos males parasitológicos que assolavam o país – como verminoses, impaludismo, sífilis, tuberculose –, mas sempre destacados ou associados com questões como o analfabetismo, prostituição, a criminalidade e os vícios, tais como o alcoolismo e o tabagismo¹⁰⁰.

Colocando as duas correntes – sanitaristas e eugenistas –, numa cadeia indissociável ao desenvolvimento médico no início do século XX, podemos notar seus modos de interferência na disputa com os profissionais das áreas sanitárias; lembrando que, se já existiam medidas

⁹⁹ RELATÓRIO apresentado ao exmo. Governador Snr. Cel. Gustavo Richard pelo secretário geral Dr. Honório Hermeto Carneiro da Cunha. Florianópolis: Typ. Moderna, JUN 1907, p.41. (IHGSC).

¹⁰⁰ MATOS, Maria I.S. de. Op. cit., p.46.

eficazes e campanhas para algumas doenças, o tratamento de males relacionados ao pauperismo, sofreram dos poderes públicos uma certa omissão, deixando um espaço irresistível ao tratamento e a aplicação das teorias daqueles que estudavam degenerados.

A eugenia foi uma vertente de cunho científico promovida a partir de 1869, quando Francis Galton (1822-1911), primo de Charles Darwin, desenvolveu uma série de estudos sobre cultura e hereditariedade. O autor começou a estruturar sua ciência, tendo como marco inicial o livro *Hereditary Genius*, aonde desenvolveu idéias impregnadas de opiniões próprias e conceitos ainda em estudo, como as leis mendelianas sobre os cruzamentos vegetais. A publicação de *Natural Inheritance* (1899), foi responsável pela consolidação dos princípios clássicos de sua ciência¹⁰¹.

Em *Hereditary Genius*, Galton desenvolveu um minucioso trabalho genealógico, perseguindo o talento entre diferentes gerações de 400 famílias aristocráticas, no entanto, tendo em suas mãos provas indiscutíveis sobre o profundo nepotismo inglês, o cientista preferiu concluir que as vocações e os talentos, e não as oportunidades, passavam de pai para filho – políticos, magistrados, cientistas, escritores e militares estavam biologicamente aptos e destinados naturalmente a essas vocações.¹⁰²

Galton acreditava, de acordo com as correntes dominantes da época, que o fato de os seres humanos estarem divididos em raças definidas implicaria na existência de um representante típico de raça, ou seja, um padrão. Como esse padrão era abstrato e difícil de ser definido, uma explicação razoável precisou ser encontrada, ou seja, deveria haver um tipo racial supremo, com maior número de caracteres positivos. Não seria difícil concluir que o

¹⁰¹ DARMON, Pierre. *Médicos e assassinos na 'Belle Époque': a medicalização do crime*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991, p.202.

¹⁰² BIZZO, Nélio M. V.. *Meninos do Brasil: idéias sobre reprodução, eugenia e cidadania na escola*. Tese para Livre-Docência. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 1994, p.68.

biótipo branco encabeçaria a seleção, já que em seu trabalho estava entronizada a interpretação da diversidade dos tipos humanos pelos valores tecnológicos, considerando a partir disso a superioridade moral, bem como a riqueza, além da própria característica biológica.

Desta forma, cada característica física responderia a aptidão salutar de trabalho, uma vez que Galton era médico antropometrista: o perímetro cefálico e o tamanho do cérebro, assim como o número de fibras cerebrais, responderiam pela capacidade intelectual e noções subjetivas da ética e moral, bem como as aptidões estéticas e racionais. As potencialidades positivas da raça, para Galton, estavam em constante perigo devido a procriação de indivíduos inferiores, pois carregavam estigmas de raças menores ou patologias crônicas hereditárias ao tipo supremo – nesse rol estavam, dentre muitas, o alcoolismo, a loucura e a esterilidade¹⁰³.

O último trabalho de Francis Galton foi *o Essays in Eugenics* (1909), no qual, além do *natural* enaltecimento de sua ciência, ele definiu quais as áreas de aplicação metodológica da eugenia. Para isso, ele dividiu o campo de ação em duas frentes: a primeira, chamada de *eugenia positiva*, estava empenhada na educação sexual, na divulgação das recomendações sanitárias, na preparação física e moral para o matrimônio, com o intuito de “civilizar o instinto de reprodução”.¹⁰⁴ A *eugenia negativa* foi mais longe, adotando medidas de restrição ao casamento a fim de evitar o nascimento de indivíduos indesejáveis “em qualquer sociedade civilizada”: inviáveis, loucos, doentes infecciosos, criminosos etc.. As restrições estavam orientadas quanto a idade no casamento (a ideal seria às mulheres de 18 a 28 anos e homens dos 25 aos 35; o homem deveria ser mais velho); nas ressalvas do perigo do parentesco e nas perturbações genéticas que poderiam repercutir sobre a prole, tais como suicídios e loucura.¹⁰⁵

¹⁰³ Id. *ibid.*, p.73.

¹⁰⁴ KEHL, Renato. *Lições de eugenia*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1929, p.11. (1º edição).

¹⁰⁵ Id. *ibid.*, p.12.

A eugenia possuía adeptos e leitores nas mais diferentes áreas de atuação pública, o que tornava esta especialidade uma fonte científica para tudo que escapava ao microscópio. As doenças incuráveis na época, a exemplo da lepra, estavam entre as infecções indicadas ao uso da esterilização compulsória, mas as justificativas eram desencorajadoras:

Assim como os criadores de animais se empenham em conseguir os tipos de reprodutores mais perfeitos, tanto machos como fêmeas, na espécie humana também as qualidades dos filhos dependem dos pais.[...] O exame médico prenupcial como exigência legal já é adotado em muitos países; a esterilização dos anormais e dos portadores de doenças transmissíveis por herança ou por contágio já figura em várias legislações. [...] Os alcoólatras e demais toxicômanos, os desequilibrados, os degenerados psíquicos, os leprosos, os tuberculosos, os sífilíticos, e outros portadores de doenças ou estados irremediáveis ou não remediados de inferioridade física ou mental, só poderão produzir descendências indesejáveis ou fadadas ao desamparo e à proteção social.¹⁰⁶

A eugenia, que se pretendia de essência filantrópica e humanitária, tornou-se o cadinho pretensioso e uma homenagem prestada à lei da selva, os exemplos dos campos de concentração da Alemanha nazista prestam o melhor *elogio empírico* possível. No entanto, a contribuição eugênica mais corriqueira, e um tanto curiosa, para a área social foi a invenção e o desenvolvimento da datiloscopia (ou ciência das impressões digitais) por Galton.¹⁰⁷ Seu método permitiu o aprimoramento dos sistemas de identificação, utilizados inicialmente na área criminal. Na Inglaterra, por exemplo, o *Galton Laboratory* (fundado em Londres em 1904) reuniu fichas de registro de todos os detentos ingleses, constituindo o primeiro banco de

¹⁰⁶ BARROSO, Sebastião M.. *Higiene para todos*. São Paulo: Weiszflog Irmão Inco./Cia Melhoramentos, 1919 (?), p.153.

¹⁰⁷ DARMON, Pierre. Op. cit., p. 195.

dados policiais do mundo. Na França, onde já existia um sistema de identificação por meio de retrato falado, fotografia e sinais característicos, desenvolvido pelo antropometrista e criminalista francês Alfonse de Bertillon (1853-1914), o método de Galton foi adotado e sistematizado devido a rapidez em identificar o suspeito pelas digitais, além disso, a associação com a escola francesa permitiu maior divulgação do sistema.¹⁰⁸

A Argentina foi o primeiro país americano a adotar o método, já no final do século XIX, acompanhado pelos Estados Unidos e Brasil. Um documento peculiar, datado de 1907, sugere um certo destaque a iniciativa do prefeito de Araranguá, em Santa Catarina:

Pretende o prefeito estabelecer n'aquelle departamento publico um modesto gabinete para o serviço de identificação e dactyloscopia dos criminosos [...]. O registro ali existente em livro especial não preenche os fins que o legislador tem em mira para descoberta dos delinquentes evadidos ou dos reincidentes homiziados n'outro Estado. O exame descriptivo (retrato fallado), as notas chromaticas, as observações anthropometricas, os signaes particulares, como sejam cicatrizes e tatuagens, as impressões digitaes, as fotografias de frente e de perfil devem ser subordinadas á classificação dactyloscopia, seguindo o methodo instituido por D. Juan Vucetich, considerando-se para todos os effeitos, a impressão digital como a prova mais concludente e positiva da identidade do indivíduo e dando-lhe primazia no conjuncto das outras observações que servirão para corroboral-a. As medições devem ser feitas pelo methodo de Alfonse de Betillon, adoptando-se para exame descriptivo e para os signaes particulares, cicatrizes e tatuagens, o systema de filiação denominado "Povincia de Buenos Ayres".¹⁰⁹

¹⁰⁸ Id. *ibid.*, p.200.

¹⁰⁹ RELATÓRIO apresentado ao exmo. Governador Snr. Cel. Gustavo Richard pelo secretário geral Dr. Honório Hermeto Carneiro da Cunha. Joinville: Typ. Boehm, JUN 1908, p.38. (IHGSC).

O inusitado sistema presente neste relatório obedecia ao Decreto n.º 4764 de fevereiro de 1903 da Secretaria de Polícia do Distrito Federal¹¹⁰. O decreto regulava os sistemas penais do país, sugerindo a adoção deste modelo, testado com eficácia durante as reformas cariocas, quando os casebres foram desapropriados para dar lugar às largas avenidas, na repressão contra a capoeira e as religiões afro-brasileiras, na detenção por vagabundagem ou prostituição, assim como no fichamento dos *agitadores* da Revolta da Vacina¹¹¹. À guisa do processo jurídico e criminal, a utilização de técnicas para regular as características físicas particulares constituídas nesta época, guiaram os modelos de prontuários médicos da Colônia Santa Teresa.

O desenvolvimento do pensamento sanitarista foi mais favorecido pela conjuntura econômica generosa da Primeira Guerra, além do desejo em sintonizar a imagem dos trópicos com o ideário de civilidade e progresso europeu, equalizando o saneamento e a higiene como um meio eficiente para composição de uma civilização apta e saudável.¹¹² No entanto, as ações públicas de higiene foram defendidas com o apelo constante do benefício da raça:

A defeza da saúde pública, o aparelhamento eficiente do serviço de higiene, senhores congressistas, é entre todos os povos cultos uma das maiores preocupações. Neste particular muito pouco temos feito. Os nossos limitados recursos financeiros jamais permitiram aos governos voltarem as vistas para o problema importantissimo da organização dos nossos serviços de higiene agressiva e preventiva na altura das necessidades do Estado. Deveríamos talvez ter

¹¹⁰ Idem.

¹¹¹ Cf.: SCHWARCZ, Lílian M.; COSTA, Ângela. Op. cit., p.92/3. SCLIAR, M. Op. cit., p.178/9. Um artigo que merece destaque, sobre o Regulamento Sanitário Policial: MAZZIEIRO, Julio B.. *Sexualidade criminalizada: prostituição, lenocínio e outros delitos*. São Paulo 1870-1920. In.: Revista Brasileira de História. São Paulo: Anpuh/Humanitas, vol.18, nº 35, 1998, p. 247/85.

¹¹² HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos A.M. (orgs.). *A invenção do Brasil moderno*. Medicina, educação e engenharia nos anos 20-30. Rio de Janeiro: Rocco, 1994, p.24/30.

recomeçado por ahi, procurando defender o vigor physico da raça para obter o aprumo das qualidades moraes. *Mens sana in corpore sano*.¹¹³

As instituições construídas e fomentadas pelo Estado, como podemos notar, não assistiram inocentemente os desvalidos, pois a exaltação da modernidade compunha um circulo de celebração que não correspondia exatamente a humanidade, mas sim a tecnologia – civilizar o ferro¹¹⁴ –, com amplas avenidas, sólidas pontes e floridos bulevares. Em busca da sociedade industriosa perfeita, pautada no avanço econômico e tecnológico, as modalidades científicas partiram em busca do melhoramento do caráter orgânico e social das populações, extraindo delas o trabalho mais útil o possível, seja para a indústria, o consumo, e, mesmo, para a guerra. Aos homens e mulheres, foram delegados os papéis de procriadores, neste palco que tomava contornos cada vez mais claros, como responsáveis pela geração perfeita, obrigando assim, ações propícias ao desenvolvimento de super homens:

As nossas populações do littoral são trabalhadas por endemias que as reduzem a um estado disforme de morbidez e de abatimento moral e physico, degenerando a raça, inutilizando-a para o trabalho e acabando por exterminal-a.¹¹⁵

Se a degradação de determinados valores físicos passou a contornos definidos nos guetos da cidade, aonde grassavam também a prostituição, alcoolismo e criminalidade, a contrapartida da ciência foi estabelecida na forma de enrijecimento das medidas de controle. A euforia de crescimento causada pela Primeira Guerra começou a desvanecer tão logo a Europa iniciava a crise do pós-guerra, com sérios reflexos nas culturas de café e açúcar. O pensamento

¹¹³ MENSAGEM apresentada ao Congresso Representativo em 14 AGO 1916 pelo Governador Felipe Schmidt. Florianópolis: 1916, p.28. (IHGSC).

¹¹⁴ SCHORSKE, Carl E.. Op. cit., p.31.

¹¹⁵ MENSAGEM (1916). Op. cit., idem.

brasileiro passou a reproduzir a idéia de que deformados de todos os tipos atentavam contra a saúde pública. Sendo a miséria conseqüência da falência das estruturas econômicas, a flutuação desta população trouxe sérios perigos à política vigente na época.

Com efeito, a partir de 1918, com o isolamento de nações como o Brasil, o forte desejo de identificação com a “civilizada” Europa foi transmutado para uma configuração nativista de *consciência nacional*.¹¹⁶ Isso não impediu o contato da intelectualidade brasileira com as vanguardas européias, tornando muitas vezes, tanto a produção cultural quanto científica em modelos híbridos. Neste período, foi muito importante a intensificação dos projetos de estudo das regiões do país, principalmente do interior, acabando com as perspectivas fragmentadas das campanhas sanitárias apenas nas grandes cidades.

¹¹⁶ HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos A.M. (orgs.). Op. cit., p.29.

3 – A hanseníase em Santa Catarina

3.1 – A construção da doença

3.2 – Os trâmites de uma obra

3.3 – A cidade doente

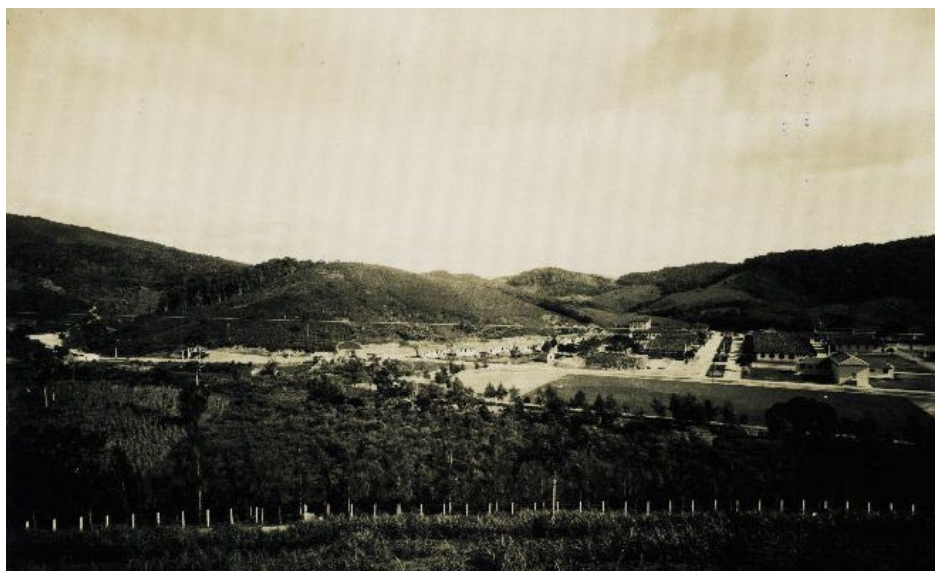


Figura 3 – Fotografia P&B do Hospital Santa Teresa em 1939. (ACST).

Modo fácil de conhecer uma cidade é procurar saber como os indivíduos se comportam no trabalho, no amor, na morte.¹¹⁷

¹¹⁷ CAMUS, Albert. *A peste*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1973, p.03.

Capítulo Terceiro

3.1 – A construção da doença

O homem como potência criadora estava na pauta das políticas do mundo ocidental nas décadas de 20 e 30. Constituir o ser humano a partir do conhecimento estabelecia um modo de ação supostamente infalível para erigir os monumentos da civilização e da superioridade de sua população. O período foi marcado por uma geração empenhada no estabelecimento de um progresso tido como superior. No entanto, a outra face da moeda seria, exatamente, o momento de crise por tanto embevecimento, no ambiente de confronto amparado pelos reflexos eminentes da Segunda Guerra Mundial.¹¹⁸ A inclusão de elementos beligerantes, será claramente notado nas ações sanitárias, na instituição de planos e *cruzadas* frente ao mal das doenças e a crise da realidade social.

Em Santa Catarina, as medidas sanitárias intervencionistas têm por norte o governo de Felipe Schmidt, entre 1914 e 1918. Além de tentar combater os resquícios caboclos da Guerra do Contestado, incentivou ao mesmo tempo a imigração européia para colonizar as vastas regiões de Santa Catarina ocupados por índios e mestiços. Em Florianópolis, retomou obras de saneamento e implantou o primeiro sistema de tratamento de esgoto da cidade.

Em meados de 1916 foi inaugurado na capital o sistema coletor de esgoto, bombeado por gravidade, composto de três estações elevatórias chamados *castelinhos*. Os castelinhos ainda existentes encontram-se localizados defronte ao “Terminal Rodoviário Cidade de Florianópolis”, na Praça São Sebastião e na Praça Celso Ramos – todos, originalmente, à beira-mar. O sistema consistia na captação por meio de tubulação nas áreas em que essas

¹¹⁸ SCHORSKE, Carl E.. Op. cit., p.14/6. Cf.: GOLOB, Eugene O.. Op. cit., p. 148/163.

construções estavam localizadas, o destino final era a Estação de Depuração, nas imediações do Forte Sant'Ana. Ali o esgoto e o lodo eram depurados por um sistema parecido com o que existe hoje na cabeceira da Ponte Pedro Ivo Campos, mas o resultado do processo era lançado todo no mar. O sistema funcionou perfeitamente até 1923, mas o crescimento constante da cidade tornou-o obsoleto, até ser finalmente abandonado em 1951.¹¹⁹



Figura 4 – Cartão Postal P&B das obras de saneamento do Rio da Bulha (Florianópolis) em 1923. (IHGSC).



Figura 5 – Fotografia P&B das obras de saneamento do Rio da Bulha (Florianópolis) em 1922. (IHGSC).

¹¹⁹ PASSOS, Eduardo B. dos; OROFINO, Flávia G.. *O saneamento básico na ilha*. In.: PEREIRA, Nêreu do V.(org.). *A ilha de Santa Catarina: espaço, tempo e gente*. Vol.2. Florianópolis: IHGSC, 2002, p.289.

O sistema de captação de maior impacto foi o saneamento do rio da Bulha, no centro da cidade, durante o terceiro governo Hercílio Luz. Apesar de não haver tratamento dos dejetos, a obra trouxe mudanças urbanísticas importantes, como a destruição de boa parte dos antigos casebres coloniais da área que hoje compõe a Avenida Hercílio Luz. Um outro fator importante foi a linha social estabelecida pela contenção do rio, drenando os charcos e delimitando a área do centro da cidade e a periferia.

As intervenções urbanas, embora tímidas se comparadas com os maiores centros, representaram uma mudança na política de higiene em Santa Catarina. Ao mesmo tempo em que estes espaços foram ordenados, a organização médica passava ao foro privilegiado de Diretoria, em 1920:

A repartição de hygiene, hoje Directoria de Hygiene, libertou-se desde cedo de sua dependência á Policia do Estado; institui sua escripturação; organizou seu archivo; tem sua sede, confortável e decente; dispõe de pessoal relativamente numeroso; estabeleceu delegacias nos municípios; desdobrou seus serviços [...].¹²⁰

Isso foi resultado da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, permitindo o desenvolvimento dos grupos que tratavam de doenças específicas. No entanto, o “super-homem”, desde sua invenção por Friedrich Nietzsche, seria citado nos discursos oficiais como justificativa de que o tratamento era o melhor controle. Mas o herói filosófico desencantou do fundo das etiologias médicas, da literatura e até da política uma série de modalidades incríveis de monstrenhos, que nos discursos passaram a compor um rol de inimigos da sociedade: os leprosos, os sífilíticos, os degenerados, os psicopatas, entre outros; como havia um herói, cheio de *vontades*, cabia ao anti-herói o papel de coadjuvante do mal:

¹²⁰ Relatório (1920), op. cit., p. 04.

A vontade do programma já é uma falta de sinceridade! [...] Assim o gênio incompreendido e revoltado de Nietzsche, embora com injustificada generalização e excessiva vehemencia, condenou, por insincera, a pratica das exposições systematizadas de idéas e também as de objectivos, feitas estas, é bem verdade, muitas vezes, simplesmente para armar ao effeito, já porque não haja o propósito preestabelecido de cumprir as promessas nellas formuladas, já porque contenham promettimentos de difficil, se não de impossível realização. [...] *Mens sana in corpore sano* – a conhecida sentença de Juvenal, deve ser máxima de governo necessariamente interessado em melhorar as condições phisicas da população ou em augmentar o valor do trabalho humano, para que a nação, numa esplendida affirmação de saúde e de optimo sadio, cresça e prospere, dentro de um *regimen lega perfectio*.¹²¹

No Brasil, a partir de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, surgiram diversas sub-diretorias e inspetorias que incorporaram as suas pautas de discussões, a instituição de ações reais e efetivas para o combate de doenças. Essas discussões não eram limitadas apenas a área médica, uma vez que se preocuparam também na criação de mecanismos jurídicos a fim de regulamentar as ações de abrangência social.

As ações no Rio de Janeiro do início do século XX e as inúmeras ações sucedâneas, principalmente no período de 1916 e 1918, não eram ligadas necessariamente a um projeto nacional de saneamento. Com a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil (1918), houve os primeiros impactos significativos na realidade da sociedade brasileira, principalmente com a integração das políticas nacionais, já que as elites políticas estavam cada vez mais cientes dos

121 Konder, Adolpho. *Programma de governo lido no banquete de 18 de setembro de 1926 em Florianópolis*. Florianópolis: Imprensa Official, 1926, p.07 e 26.

riscos e custos crescentes na manutenção negativa dos quadros epidemiológicos das cidades brasileiras.

Em 1920 foi instituída a Inspectoria Nacional de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, orientados pelos trabalhos de grandes nomes como Afrânio Peixoto, Juliano Moreira e Adolpho Lutz. Neste período, a autonomia dos médicos permanecia inalterada, pois suas medidas de controle surtiram efeitos satisfatórios, entretanto, problemas graves em relação à assistência passaram a exigir uma demanda mais eficiente do Estado. O nivelamento *democrático*, confundia o homem arruinado pelo impulso transformador da história e da produção humana, frente a massa de super homens que estava por vir. A utilização de uma linguagem científica com meios de indução pública, enquanto formadora de identidades, colocou em foros de decisão e de discussão, a sociedade e a política, obtendo como resultado um rol de doentes estigmatizados por uma identidade medicalizada.

Uma figura de destaque, entre esses estudiosos, foi Afrânio Peixoto, médico legista nomeado em 1905 como diretor do Hospital Nacional de Alienados – nome recebido pelo Hospício Pedro II, após a instalação da República em 1889. Em conjunto com o psiquiatra Juliano Moreira, Peixoto revolucionou a abordagem psiquiátrica no Brasil, destruindo as casas-fortes que serviam de cadeia aos alienados e abolindo a camisa-de-força. O projeto de colônias para tratamento de enfermidades foi desenvolvido por considerarem o mais apropriado para as condições do Brasil, uma vez que as colônias funcionariam com poucos recursos ou subvenções do Estado, pois os pacientes eram obrigados a desenvolver atividades como a agricultura e diversas oficinas, além de grande parte do atendimento de enfermagem serem feitas por irmãs de caridade cedidas por congregações católicas instaladas no Brasil.¹²²

¹²² HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos A.M.; (orgs.). Op. cit., p.157/8.

Os projetos coloniais dispunham de características próprias para cada tipo de enfermidade, como o cassino-teatro nas colônias de hansenianos e os pátios fechados para os doentes psiquiátricos. Os serviços básicos de higiene e o atendimento ambulatorial eram idênticos em todos os estabelecimentos, como exames parasitológicos, atendimento dentário, oftalmológico e raio-x. No caso da lepra, dois projetos pilotos inspiraram o desenho das colônias implantadas no país na década de 1930. O primeiro foi a Colônia de Lazarópolis (1919), no Paraná, construída sob orientação do grande leprólogo Heráclides César de Souza-Araújo¹²³. Outro modelo seguido foi a Colônia Agrícola de Jacarepaguá, (1920), no Rio de Janeiro, criada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto destinada aos alienados.

Em meados da década de 1920, havia um consenso entre os médicos sobre a origem da hanseníase, como causa da ação do *Mycobacterium leprae*. No entanto, uma questão que demorou a ser solucionada era a forma de contágio e o melhor tratamento a ser seguido para eliminação da doença – método descoberto apenas no final da década de 1940. A postura em relação aos contagiados permaneceu a mesma – a criação de asilos de recolhimento – com a vantagem de não haver um controle eugênico, como a esterilização. O artigo de Juliano Moreira foi citado como importante referência nos estudos de Heráclides César de Souza-Araújo na configuração do viés sanitário da terapêutica da lepra:

Os adeptos da concepção hereditária da doença, out´ora numerosos, cederam terreno aos contagionistas, rendidos à evidencia sobretudo pelo conhecimento da causa determinante do mal. O problema, porém, não pode ficar reduzido a esse limite, complexa como é a formula de transmissão das doenças produzidas por agentes figurados. A pergunta, que naturalmente acode, é relativa ao momento em que o

¹²³ OLINTO, Beatriz A.. *'Pontes e muralhas' diferença, lepra e tragédia*. Paraná início do século XX. Tese de doutorado, Florianópolis: Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002, p.164/6.

germe adquirir a precisa virulência para agir no maximo potencial ou, por outra, o instante propicio de sua transmissibilidade. No caso concreto querem leprologos de vulto que o doente seja perigoso num surto febril do mal, pela bacillemia, que então produz. Como corollario desse principio procura-se saber quando a localização do germen é mais profunda, como succede na fórmula nervosa, o individuo affectado oferece perigo de contágio.¹²⁴

A questão eminente dos mecanismos de contágio foi bastante controversa, pois a hanseníase era uma doença demorada, entre o contagio e os primeiros sintomas característicos poderia haver um intervalo de 6 anos. O empenho em estabelecer o uso de colônias, uma vez que era o meio mais efetivo e funcional de controle da lepra, ajudaria a esclarecer a evolução da doença. Mas a interferência compulsória de tratamento, com o seqüestro do individuo para essas cidades artificiais, era um problema delicado:

Sendo a lepra doença contagiosa, determinada por agente específico, cujo papel etiológico não padece dúvida, parece como medida prophylactica, única que se possa aconselhar, é o afastamento do convívio social de quem por ella foi victimada. O doente na maioria das vezes aceita com docilidade a assistência, que lhes é offerecida. Há porem outros que obstinam em disfructar liberdade de que gozam muito embora seja ella precária. Cumpre, pois, para vencer essa resitência, revestir de grande suavidade a situação que vai ser imposta ao doente. Deve-se, portanto para seduzil-o, accenar-lhe com a perspectiva de uma vida melhor, e prova que a transmição para o novo meio não lhe abrirá um sulco fundo nos seus hábitos.¹²⁵

¹²⁴ MOREIRA, Juliano; TERRA, Francisco. *Lepra e isolamento* [1920]. In.: SOUZA-ARAÚJO, Heráclides C. de. *História da lepra no Brasil*. Período Republicano (1889-1946). Vol. III. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1948, p.156.

¹²⁵ Id. *ibid*, p.157.

A conclusão do texto defende a criação de colônias agrícolas, dirigindo a esses espaços doentes, muitos deles em estágios iniciais da doença, aptos ao trabalho forçado, já que o sustento da estrutura deveria partir do seu funcionamento interno. Ao mesmo tempo em que se afirmava que todos os doentes são leprosos, sem distinção profilática, os cuidados clínicos partiriam conforme as condições econômicas do paciente, determinando sua liberdade ou seu exílio, definindo quem poderia ou não ter direito a permanecer no isolamento domiciliar, usufruindo assim de uma interação e liberdade impossíveis numa colônia:

Em conclusão, aconselhamos como medida eficaz para se evitar a propagação da Lepra, o isolamento do doente, que será feito: Em domicilio para os indivíduos abastados; Em colônias agrícolas ou villas de leprosos para os necessitados, capazes de trabalho; Em asylos ou hospitaes para os inválidos. Para o effeito do isolamento deve-se dividir duas classes de doentes de lepra: aquelles que dispõem de meios pecuniários e aquelles que vivem do óbolo da caridade publica. Para os abastados e para aquelles que tem meios de se tratar deve-se destinar o isolamento no próprio domicilio. É este o systema seguido em todos os paizes, onde está regulamentada a prophylaxia da lepra. A situação desses indivíduos em pouco differirá do meio de vida, que disfructam, apenas sobre elles se exercerá a vigilância médica a que ficam submetidos após a notificação compulsória.¹²⁶

A Inspectoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas elaborou o primeiro censo nacional sobre aqueles que estavam afetados pela hanseníase. Os números presentes neste estudo revelaram um universo modesto para as dimensões o Brasil: cerca de 7.224 doentes. Esses dados foram apresentados em 1923, entre 29 e 31 de julho, na cidade francesa Estrasburgo, durante a *III Conferencia Internacional de Leprologia*. A comunicação foi

¹²⁶ Idem.

dirigida pelo representante brasileiro o professor Eduardo Rabello, diretor da Inspectoria, segundo a *Note sur la Statistique de la Lèpre au Brésil*¹²⁷. Pela primeira vez aparecem números de doentes em Santa Catarina, recolhidos entre 1920 e 1923, com 71 casos notificados nos três anos de recenseamento.¹²⁸

A elaboração do recenseamento antecedeu a instituição das primeiras unidades coloniais no país, uma vez que antes de construir a estrutura foi necessário localizar os doentes e saber seu perfil e distribuição. Uma orientação da ação de saneamento da lepra para a criação de condições legais para o funcionamento das colônias e seu povoamento compulsório. Desta maneira, a comissão sacramentou as *Onze Conclusões* aprovadas em outubro de 1919 para criação da Inspectoria, que por sua vez permaneceram até a criação do Ministério da Saúde e Educação em 1930 e orientaram as colônias hansenianas no país.

Os três primeiros itens definiram os limites da condição do doente, seu espaço e a necessidade de notificação compulsória, seguindo as orientações de Juliano Moreira de separá-los conforme suas condições financeiras. O quarto e o oitavo item chamam a atenção para o controle sanitário dos ambientes hospitalares e a proibição da manipulação de alimentos por leprosos para o consumo de pessoas sadias, destacando o combate aos mosquitos, considerados na época vetores de transmissão. Nestes parágrafos estavam vedados aos doentes o contato físico e o compartilhamento de ambientes com sadios, salvo médicos e funcionários dessas unidades. Já as conclusões V e VI regulavam a constituição ou manutenção da família:

V – O casamento entre leprosos deve ser evitado, sendo, apenas tolerável sob vigilância medica.Devem ser tomadas medidas cabaes de prophylaxia em relação à

¹²⁷ RABELLO, Eduardo. *Notas da III Conferência Internacional de Leprologia*. In.: SOUZA-ARAÚJO, Heráclides C. de. Op. cit., p.364.

¹²⁸ Id. ibid., p.366.

decência. O Estado proverá as necessidades dessa fiscalização, fazendo criar, nas colônias, asylos destinados ao isolamento, desde que nasçam, dos filhos leprosos.

VI – Sendo, nos termos de nossa legislação, respectivamente, a anulação do casamento ou desquite, quando provada a existência da lepra antes ou depois da união conjugal, deveria ser estituída em lei a facie da execução daquellas medidas jurídicas.¹²⁹

O último item estabelece a todas as autoridades sanitárias, legitimando o uso policial, para vigilância de hotéis, hospedarias e “*habitações collectivas*” – cortiços –, a fim de impedir o trânsito de pessoas até ser confirmado ou não a presença da doença. Essas *Conclusões* tinham por princípio a identificação, a confirmação e o confinamento do doente. O poder de ação da Inspectoria de Lepra e, mais tarde, do Ministério da Educação e Saúde Pública eram desproporcionais, uma vez que o abuso de certas autoridades chegou ao incêndio das residências dos doentes e o tutelamento do Estado de crianças nascidas nesses estabelecimentos.

De qualquer maneira, a criação da Inspectoria de Lepra marcou o início das campanhas de instalação de leprosários, por um lado, com interesse de controlar uma doença que na época era incurável, por outro, como uma tentativa de reunir as verbas despendidas pelos cofres federais, estaduais e municipais para a manutenção dos hansenianos, muitas vezes instalados pelas prefeituras fora das áreas urbanas ou então sob os cuidados de associações particulares subvencionadas pelo Estado.

Em Santa Catarina, havia um grande interesse político na instalação de hospitais e outras unidades públicas advindas do governo federal. Em 1925, o leprólogo Heráclides César

¹²⁹ AUTRAN, Honório; GOMES, Eduardo E.. *Conclusões finais da Comissão de Profilaxia da Lepra* [1919]. In.: SOUZA-ARAÚJO, Heráclides C. de. Op. cit., p.158/9.

de Souza-Araújo, médico ligado a Fundação Oswaldo Cruz e um dos responsáveis pela elaboração do programa de combate a lepra no Brasil, permutou officios com o Diretor de Higiene do Estado, o Dr. Carlos Corrêa, que ilustram de modo astuto o aumento exponencial de doentes entre 1923 e 1925:

Em 1925 estimei em 250 o total de leprosos deste Estado, cujo Director de Hygiene do Estado de Santa Catharina, o Dr. Carlos Corrêa, aumentou em mais 200, em 1927. Transcrevo a seguir, as cartas trocadas, neste ano, com aquela autoridade sobre o combate a leprose: '[...]Como ainda estou levantando o censo dos leprosos do Estado, não me é possível levar ao bom e illustre collega os dados que naquelle sentido me solicitou. Calculo, porém, que não excedam de 500 os leprosos do Estado, sendo que, na capital existem 12, em alguns outros municipios, numero pequeno, e, somente numa determinada zona da serra, seu número é mais vultuoso visto existirem três famílias de origem estrangeira e já cruzadas entre si, de leprosos'.¹³⁰

A carta, expedida em 19 de fevereiro de 1927, demonstra números que nunca foram confirmados ou comparados com os gráficos do Departamento de Lepra. O Dr. Carlos Corrêa contabilizou os já atendidos por hospitais de Florianópolis, sem apresentar nenhum dado estatístico sobre outra cidade, relegando ainda à eugenia uma população da Serra Catarinense. Em carta posterior (20-10-27), o Dr. Carlos Corrêa assegurou que o número não chegaria a 400, o que não teria mais efeito, pois o clima político do final da década de 20 abortou várias iniciativas na área de profilaxia.

¹³⁰ SOUZA-ARAÚJO, Heráclides C. de. Op. cit., p.591/3.

3.2 – Os trâmites de uma obra

Em 1930, com a instalação do governo de Getúlio Vargas, instaurou-se um projeto político e social que prometeu dar novas perspectivas administrativas, reunindo e estendendo, as ações públicas no país. Dentre as reconfigurações administrativas, as medidas de saneamento e atendimento foram centralizadas, conforme consideradas de importância pública pela inferência nacional de abrangência que determinadas patologias atingiam. Mesmo que o *lema* adotado em matéria de saneamento tenha sido o de economizar com o intuito de atender as deficiências financeiras daquele momento, doenças como a lepra e a febre amarela, além do próprio saneamento básico, ganharam departamentos exclusivos nas pastas do recém criado Ministério da Educação e Saúde Pública¹³¹. No caso da lepra, a antiga Inspectoria, fundada em 1922, foi reunida no Departamento de Profilaxia da Lepra, como diretoria do Ministério e de todas os Departamentos de Saúde estaduais.

Até 1934, foram criados doze escritórios nacionais com intuito de planejar ações de profilaxia e combate a “*grandes doenças*” no país. Os serviços instituídos foram os seguintes: Serviço Nacional da Peste, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Febre Amarela, Serviço Nacional do Câncer, Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Doenças Mentais, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Nacional de Saúde nos Portos, Serviço de Bioestatística e Serviço de Águas e Esgotos¹³².

A intenção do Ministério foi constituir em bases modernas, um programa que se executasse sob um mesmo órgão de comando, vários serviços dispersos realizados pela União

¹³¹ VARGAS, Getúlio. *A nova política do Brasil I*. Da aliança liberal às realizações do 1º ano de govêrno 1930-31. Rio de Janeiro: José Olympio, 1938, p.230/1.

¹³² HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. *A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo*. In: GOMES, Ângela de C. (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000, p.181.

ou então subvencionados pelos cofres públicos à instituições particulares: “estendeu-se a ação federal aos estados, atendendo especificamente a certos problemas de caráter nacional”, amparando técnica e financeiramente as repartições sanitárias locais para a solução desses problemas¹³³. A constituição de uma *educação científica* da população, promovida pelo constante número de campanhas públicas desses serviços, foram decisivas neste período, principalmente para quem assistiu sua identidade ser cassada a pretexto sanitário ou mesmo *para o bem da nação*, estando sendo encaminhado às instituições a serem inauguradas.

Em seus quatro primeiros anos de existência, o Ministério passou pelo comando de três ministros – Francisco Campos, Belisário Penna e Washington Pires. Em julho de 1934, Gustavo Capanema foi indicado para o cargo e nele permaneceu até o final do governo de Getúlio Vargas, em 1945. Suas reformas conciliaram e definiram toda a política de saúde pública adequando-a aos princípios básicos de gerenciamento e execução no que se referia a política social do Estado Novo.¹³⁴

O período serviu também para definir quais projetos seriam incorporados às disposições do plano de governo getulista. No caso da lepra, o sistema de colônias adotado foi o estadunidense chamado “Carville”, nome da cidade nacional dos hansenianos criada no início do século XX, no estado de Illinois. Um dos responsáveis pela idéia foi o engenheiro Guilherme Guinle, que em 1926 trouxe dos Estados Unidos uma série de plantas que foram avaliadas e aperfeiçoadas às condições brasileiras, conforme um conjunto de cartas reunidas pelo médico Souza-Araújo:

¹³³ SCHWARTZMAN, Simon. (org.). *Estado Novo, um auto-retrato*. (Arquivo Gustavo Capanema). Brasília: UnB, 1988, p.383.

¹³⁴ HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina.. Op. cit., p.177.

Dr. Guilherme Guinle – o benemérito filantropo, digno emulo de Rockefeller -, a quem devemos já a Fundação Anti-Venerea que traz seu nome e, proximamente, ao Instituto do Câncer, vamos ter o Leprosário do Distrito Federal e a Escola de Leprologia do Brasil, cujas obras, orçadas em 4.000 contos, serão iniciadas logo que escolhido o ponto dos nossos subúrbios onde assentara a nova fundação.¹³⁵

Nessas condições, em março de 1927 o leprólogo Dr. Clementino Fraga e o Dr. Souza Araújo avaliaram 22 plantas arquitetônicas, 1 planta croqui e 3 fotografias, consignadas, do Leprosário Nacional dos Estados Unidos em Carville:

O terreno seria dividido em cruz por duas grandes avenidas, à direita da entrada ficariam as seguintes construções: 1- Casa do médico residente; 2- Casa da Administração com sobrado para moradia de outros empregados; 3- Casa de moradia dos enfermeiros e outros empregados subalternos; 4- Cozinha e refeitório da administração; 5- Creche; 6- Instituto de pesquisas; 7- Hospital e 8- Desinfectório e Incinerador.

No lado esquerdo ficariam: 1- Portaria; 2- Jardim; 3- Campo de Jogos; 4- Posto Médico; 5- Igreja e 6- Cine-teatro. No centro haveria uma praça ajardinada, com um coreto para concertos. Seguindo-se à direita os pavilhões femininos e casas de casais e à esquerda os pavilhões dos homens celibatários. Entre esses dois grupos de construções residenciais ficariam a cozinha e refeitório gerais. Forno de incineração de lixo tipo self-consuming (modelo Carville)¹³⁶

O plano obedece exatamente a estrutura da Colônia Santa Teresa (doravante CST), inaugurada em março de 1940, na localidade com o mesmo nome, no município de São Pedro

¹³⁵ SOUZA-ARAÚJO, Heráclides C. de. Op. cit., p.512.

¹³⁶ Idem.

de Alcântara. A colônia catarinense foi uma das três primeiras no plano nacional de instalação de hospitais, que além da construção dispunha de aparelhamento completo da unidade e auxílio técnico, como também financeiro, pelo menos nos primeiros anos de funcionamento dessas unidades coloniais. Com o início as reformas na Colônia Juliano Moreira (antiga Colônia Agrícola), entre 1931 e 1938 e as fundações dos hospitais-colônia do Maranhão e Santa Catarina (1937) foi iniciado o projeto do Ministério.

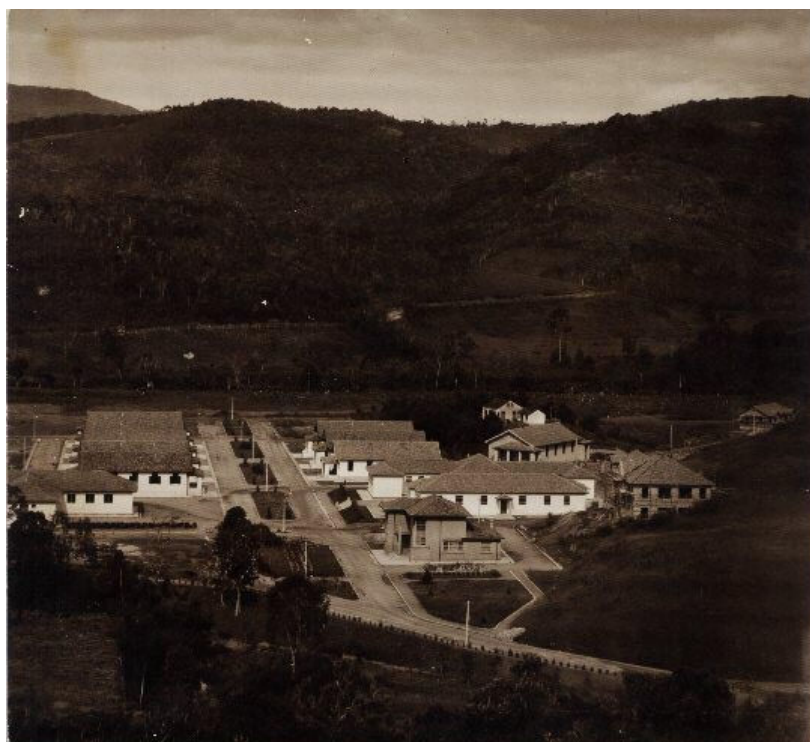


Figura 6 – Fotografia P&B do Hospital Colônia Santa Teresa em 1939. (ACST).

O início da construção do Hospital Colônia Santa Teresa foi celebrado pelo governo de Santa Catarina como marco do atendimento médico no Estado:

Descurado por longos anos, a despeito da sua gravidade, só com o atual governo da República começou de ser o problema da profilaxia do Mal de Hansen enfrentado

com energia e ânimo resolutivo em todos os Estados da Federação. Auxiliando os estados na construção, instalação e manutenção de leprosários, possibilitou o governo federal a solução do problema que se vinha adiando numa imprevidência inescrutável.

Santa Catarina vem assim construindo um leprosário com capacidade para recolher todos quantos atingidos do mal, habitarem-lhe o território.¹³⁷

O hospital foi inaugurado ainda com obras secundárias inacabadas, como a Igreja e o Cine Teatro, mas foi celebrado na I Conferência Nacional de Saúde, em 10 de novembro de 1941, como uma das maiores obras realizadas até o momento pelo governo federal. Esta Conferência tinha o encargo de avaliar os temas de organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra lepra e tuberculose; a determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e um plano de desenvolvimento da “obra nacional” de proteção à maternidade, à infância e à adolescência¹³⁸.

A delegação catarinense, chefiada pelo Secretário de Justiça, Educação e Saúde, Ivo de Aquino, teve um importante aliado na pauta de prioridades do governo federal. O secretário-geral da Conferência, Ernani Agrícola, então Diretor do Serviço Nacional da Lepra, havia beneficiado Santa Catarina com o primeiro lote de verbas liberadas em 1936. Com o dinheiro, foram adquiridos os terrenos, além do início das fundações da Colônia Santa Teresa (1940) e o Hospital Colônia Santana (1941), destinado aos alienados.¹³⁹

Os centros de isolamento eram verdadeiras cidades, com vida econômica, social, cultural, religiosa e política bastante marginal à sociedade exterior a ela. Para que a população

¹³⁷ RELATÓRIO apresentado em outubro de 1938 ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1938, p. 129. (IHGSC)

¹³⁸ SCHWARTZMAN, Simon. (org.). Op. cit., p.12/4.

¹³⁹ HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. Op. cit., p.184/5.

internada se distraísse, o governo promovia freqüentemente, espetáculos teatrais e sessões cinematográficas que permitiam dar um ambiente confortável.¹⁴⁰ O imperativo de assistência social elementar, portanto, estava na construção, pelo poder público estadual, de uma rede distribuída em diversas instâncias, que acompanhasse a organização nacional para a captação e manutenção de doentes infectados por doenças sem cura até aquele momento.

Em 20 de Agosto de 1938, durante o lançamento da pedra fundamental do Hospital Colônia Santana, no Distrito de Maruim, em São José, as obras de Santa Teresa já estavam adiantadas, sendo lembradas em um dos discursos de lançamento, não só como a futura casa dos hansenianos catarinenses, mas um marco do atendimento médico no Estado:

Crescida e transmutada em propícias mansões, onde os lázaros descansarão o seu infortúnio aquela lápide abona a cultura [referência ao Leprosário Santa Teresa]. [...] A assistência médico social aparece como um dos mais importantes ramos da saúde pública, seria um paradoxo o não indicar como o norte de ação a todos os homens-de-Estado. [...] No Estado moderno se, por um lado, a assistência social tende a generalizar-se, e nela estaria compreendida a preservação da saúde mental, por outro lado é o próprio Estado, pelos choques, as agitações e as lutas de que é campo, um laboratório sempre em atividade na criação de novas psicoses.¹⁴¹

Em seu discurso, o secretário Ivo de Aquino apontou a importância do serviço nesses novos tempos, sendo a tecnologia e o amparo técnico formas infalíveis do sucesso ao combate a doença, o domínio homogêneo não só da estrutura hospitalar, mas de toda estrutura política em que estava baseada a ação sanitária. As formas rigorosas dos trâmites que compuseram a

¹⁴⁰ AGRÍCOLA, Ernani. *A lepra no Brasil*. Resumo Histórico. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde. Serviço Nacional de Lepra. Rio de Janeiro: 1960, p.29.

¹⁴¹ AQUINO, Ivo de. *Três discursos*. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1938, p.09/20. (IHGSC).

construção da CST, confrontando o tipo de tratamento possível e as características da doença, transformaram a lepra numa forma patológica regular, sendo ainda previsto dentro de todo aparato tecnológico da clínica, a *cura* pelo trabalho.

O que caracterizou um hospital-colônia foi sua auto-suficiência em relação ao Estado. Um estabelecimento deste tipo possuía hortas, roçados, matadouro, criação de animais, padaria e oficinas com intuito de ocupar os doentes. No caso de Santa Teresa, além de ofícios agrícolas, havia cargos para ordenar a cidade – desde porteiro e projetista do cinema, até delegado, já que existia na colônia uma espécie de delegacia. Ao redor de todo hospital havia uma floresta de eucaliptos aonde era recolhida a lenha para as caldeiras da lavanderia, onde também estavam os roçados e pastagens cultivados pelos internos.

O deslocamento do referencial orgânico e pessoal – o doente – criou uma outra *doença*, personificada numa imagem simbiótica reunida nos traços do fenômeno biológico juntamente com os culturais. A transformação dos conceitos nos primeiros anos do governo getulista modificou o que era doença. Este modelo político avalizou o futuro como responsabilidade de cada indivíduo, seja ele saudável ou degenerado:

Estamos na fase de formação social em que os destinos da nacionalidade tomam rumos definitivos. Produzir, industrializar, converter em riqueza efetiva a nossa riqueza potencial; abrir caminhos; estender a rêde de comunicação; estabelecer ligação permanente ente as diversas regiões do país; educar, preparar, moral e tecnicamente, os moços, fazê-los fortes de espírito e de corpo, dar às novas gerações a consciência das suas responsabilidades: tudo isso é tarefa fundamental e urgente, que nos cabe levar a têrmo, para transformar em realidade o ideal de

engrandecimento crescente da pátria, dentro da ordem, do trabalho e da paz.
[Getúlio Vargas].¹⁴²

Aqui temos a inversão da máxima clássica *mens sana in corpore sano*, pois ao buscar a perfectibilidade estética e física sustentada pela formatação do corpo, pouco importava quais as limitações do indivíduo, pois o importante era que, no momento em que se adentrasse o estabelecimento, ele passaria a ser um número atendido pelo Estado. Desta forma, seja ele quem fosse, haveria sempre um espaço para ele em alguma área do sistema. Algo próximo a análise de Deleuze & Guattari, que considera este tipo de política uma *máquina* que se esforça em colmatar diferentes interesses e autonomias, acertando algumas especificidades sociais a partir de uma reestruturação generalizada, mas conservadora por excelência, reunidas em pragmáticas de seu interesse, como foi o lema *Estado, Raça e Família* do governo getulista.¹⁴³

O Estado, supondo-se então representante de uma maioria, estabelece sua dominação a medida em que foi analiticamente compreendida como uma confluência de interesses, delegador de oportunidades. No entanto, como funciona com padrões abstratos, ele não é nunca alguém, é sempre ninguém, ao passo que a minoria é o devir de todo mundo, seu devir potencial por desviar do modelo – “pois, antes do ser, há a política”.¹⁴⁴

O hospital estava sob o domínio do primeiro distrito sanitário – sediado em Florianópolis –, sendo a este departamento dirigida as circulares para o encaminhamento dos internos. Em 1935, foi iniciado o recenseamento geral dos hansenianos no estado, sob direção do médico Dr. Polydoro Ernany de São Thiago, sendo registrados 389 casos espalhados em 253 localidades em Santa Catarina até 1939. Após o registro, o doente era retirado do convívio

¹⁴² Nota em epígrafe. In.: ESTADO DE ... Op. cit., p.02.

¹⁴³ DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (vol.3), p.113.

¹⁴⁴ Id. ibid., p.20/8. Cf.: _____. Op. cit. (vol. 2), p.52.

social para ser dirigido a um acampamento localizado no bairro de Roçado, em São José, aonde funciona hoje o Educandário Santa Catarina, uma instituição de apoio a CST para cuidar dos “órfãos” de pais internados na colônia, uma vez que as crianças sadias não poderiam permanecer com seus pais. A partir desse momento, coube aos doentes reconstituírem suas vidas dentro da Colônia, uma vez que, até este momento, a reinserção na sociedade não estava nos horizontes da clínica médica.

3.3 – A cidade doente

Em 11 de março de 1940 foi inaugurada a Hospital Colônia Santa Teresa, com uma moderna estrutura hospitalar, distribuída em forma de cidade, ocupando quase 80 hectares de área do bairro de Santa Teresa, em São Pedro de Alcântara. A CST oferecia um amplo serviço ambulatorial, com pavilhões divididos em alas masculina, feminina e infantil. Além da estrutura hospitalar, havia um cartório civil¹⁴⁵ e uma delegacia, que punia as fugas e os desvios de conduta (como o namoro) dos pacientes. Na instituição havia uma igreja católica, um cine cassino – aonde funcionava um salão de bilhar e um restaurante –, oferecendo sessões regulares de cinema e teatro. O Colônia dispunha ainda de uma Prefeitura e diversas oficinas: carpintaria, olaria, engenho de farinha de mandioca e plantações variadas, como fumo e cana.



Figura 7 – Fotografia P&B dos festejos de inauguração da Colônia com a presença de Getúlio Vargas. À sua esquerda o diretor do HCST – Dr. Adalberto Tolentino –, à sua direita o governador do Estado Nêreu Ramos. (ACST).

O hospital foi dirigido por Adalberto Tolentino de Carvalho no período entre 1940 e 1947, com o auxílio de poucos especialistas e com as freiras da Congregação das Irmãs

¹⁴⁵ O cartório foi desativado e incorporado pelo Cartório de Registros de São José; consta que algumas das crianças nascidas no hospital foram batizadas com o nome de Lázaro. Hoje o hospital tenta resgatar esta história reunindo cópias dessas certidões, sendo estas os únicos registros conhecidos desse processo.

Franciscanas de São José, que fundaram a fraternidade Nossa Senhora de Aparecida na CST, assumindo a assistência aos doentes e os serviços administrativos – até a década de 1970 –, permanecendo até hoje no hospital. A falta de funcionários obrigava a muitos pacientes a ocuparem tarefas permanentes, como higienização dos pacientes mais debilitados, assim como na elaboração de curativos. Um dos motivos da falta de pessoal nestes primeiros anos era o medo de contágio dos próprios agentes de saúde, que se negavam a trabalhar num hospital bem populoso de hansenianos:

Nada obstante a falta de técnicos preparados em todos os setores da Saúde Pública e especialmente no Serviço de Profilaxia da Lepra, a vida administrativa da Colônia “Santa Teresa”, desenvolveu-se com normalidade. A freqüência continuou na média de 455 doentes, já obtida no ano interior, e, embora o número de evadidos ascendesse a 64, o número total de internados foi suprido pelo regular andamento das internações e pelo significativo contingente de evadidos que regressaram, em número de 60, a maior taxa obtida desde o início do leprocômio.¹⁴⁶

De fato, no final da década de 1940, a CST atingiu o maior número de internos, ocupada por 694 doentes, sendo 17 estrangeiros e os demais pacientes brasileiros¹⁴⁷, principalmente de Santa Catarina. Os internos chegaram a 388 homens e 306 mulheres, sendo que a maioria eram casais. Um fato curioso está na distribuição racial, uma vez que, desde o início de suas atividades, o hospital recebeu apenas 29 negros e 29 mestiços. Quanto a constituição etária da população, a grande maioria tinha entre 15 a 34 anos, beneficiando o funcionamento estrutural da colônia, com uma mão de obra quase completamente sadia e apta

¹⁴⁶ MENSAGEM apresentada à Assembléia Legislativa em 19 de Abril de 1949 pelo governador em exercício Dr. José Boabaid. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1949, p. 44/5. (IHGSC)

¹⁴⁷ Haviam de outros estados, hansenianos do Paraná (24 pacientes), Rio Grande do Sul (18 pacientes), São Paulo (3 pacientes), Bahia (2 pacientes), Minas Gerais (2 pacientes) e Amazonas (1 paciente).

aos trabalhos nas oficinas e no trabalho agrícola. A manutenção geral desses habitantes da CST permitiu gastos módicos do estado para seu funcionamento:

A diária-leito, equivalente a Cr\$ 11,57 representa, de fato, uma despesa situada abaixo do normal, si se atentar para aqueles decisivos fatores e, especialmente, para a melhoria, em determinados pontos, do tratamento dado aos doentes.¹⁴⁸

Os pacientes trabalharam ativamente na finalização das obras do hospital, na construção de novas casas e, principalmente, na construção da Igreja. A Igreja, inaugurada no oitavo ano de funcionamento do hospital, foi edificada sob uma base aterrada, já que os pacientes foram convencidos que ela ficaria mais imponente dentre as construções.



Figura 8 – Fotografia P&B da recém inaugurada Igreja de Nossa Senhora Aparecida em 1948. (ACST).

No final desta década, o novo tratamento a base de sulfonas e brometos selou o destino da CST. No início da década de 1950 a população do hospital havia diminuído pra 432 doentes, muitos deles receberam alta definitiva ou puderam continuar o tratamento

¹⁴⁸ Id. *ibid.*, p. 47.

externamente¹⁴⁹. Deste número total, em 1950, cabe destacar que 64 eram egressos que haviam recebido alta e retornaram – muitos não foram aceitos por suas famílias ou simplesmente não havia mais ninguém os esperando. A Colônia, projetada para abrigar 500 pessoas, foi gradativamente esvaziada, restando apenas aqueles que não tinham para onde ir, os afetados de forma mais aguda ou então novos internos, que ano após ano foram diminuindo em virtude dos novos métodos¹⁵⁰.

No primeiro capítulo deste trabalho, começamos a desenvolver o conceito de angústia, relacionados com os desígnios sociais a que o corpo está exposto. Mas, no universo onde circularam mais de 600 almas, encontramos o *diverso do corpo*, não como exceção, mas como um produto estranho à doença. O referencial partiu da última entrevista concedida a este trabalho, com o senhor João Paulo de Farias, em 21 de junho de 2006¹⁵¹. Este momento foi um instante de encontro –

em que aquele que fala poderá se encontrar na resposta do outro. O outro do desejo, o outro como exclamação ou campo poético. Sabemos, contudo, que pensar-outro não significa, nem implica “pensar para o outro”, “pensar no outro” ou “pensar com o outro”.¹⁵²

Aqui poderia ser um campo poético, pois em meio aos seus canários de estimação e uma mesa que testemunhou diversas comemorações, nós dois buscamos repostas naquela

¹⁴⁹ MENSAGEM apresentada à Assembléia Legislativa em 15 de Abril de 1950 pelo governador Dr. Aderbal Ramos da Silva. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1950, p. 53. (IHGSC)

¹⁵⁰ Na década de 1950, desenvolveu-se a poliquimioterapia através de um coquetel de remédios, ministrados diariamente por um período que podia ultrapassar a um ano.

¹⁵¹ João Paulo de Farias. Entrevista concedida a Celso João de Souza Junior em 21 de Junho de 2006. A entrevista foi transcrita em 23 páginas, com cópia depositada no Arquivo Público Municipal de São José. Nas intervenções desta entrevista não será utilizada nota de rodapé.

¹⁵² LINS, Daniel. *Como dizer o indizível?*. In.: _____(org.). *Cultura e subjetividade*. Saberes nômades. Campinas: Papyrus, 1997, p.93.

manhã, o sr. João disse com um orgulho espantoso: “*segunda-feira [24 de junho] vou fazer 90 anos*”. A festa seria na terça-feira e ele estava na expectativa de fazer as compras e fazer a lista de convidados da *rapaziada*. O sr. João é o interno mais idoso da instituição, ingressando na CST por volta de 1940: “*to muito ano aqui dentro, entrei quando tinha mais ou menos 20 anos, mas com 15anos já tinha sintoma da doença*”.

A sua história como paciente da CST começou quando os agentes do recenseamento estiveram no Mercado Público de Florianópolis. Segundo o sr. João, ele foi denunciado por outros comerciantes, quando estava vendendo farinha a granel: “*eles [os médicos] não me pegaram, foram lá e conversaram comigo [...] que precisava fazer exame pra iniciar tratamento. Mandaram o motorista me pega... fui lá e fiz exames ... ele [o médico] falou: vai! Senão eu mando a policia buscar*”. Os exames eram feitos na sede da Inspeção de Saúde, no final da rua Felipe Schmidt, desta forma, ele foi informado que deveria ser internado na CST, aonde já tinha um irmão em tratamento. A entrevista ficou melancólica, no momento em que ele passou a lembrar dos dias que antecederam sua vinda:

Minha mãe, coitada, ficou nos braços dos outros: vai morrer, vai morrer, pobrezinho do João! [Daquele tempo, as pessoas que não tiveram a doença já morreram tudo!] Nosso vizinho tinha muito medo de nós, quando a gente passava na rua, eles se escondiam tudo dentro de casa. A doença no começo era bicho, mesmo.

O sr. João, como muitos que foram encontrados pelo recenseamento, aceitou a imposição do tratamento, visto que muitos doentes se solidarizaram com outros parentes doentes, ou ainda com aqueles que não estavam infectados. A questão do preconceito também justificou muitas internações, visto como era aterrador a reação das pessoas quando sabiam

que tal sujeito estava infectado. Há registros de pacientes que chegaram a Colônia quando ela ainda estava na fase final de acabamento:

21/02/1940: Em companhia de seus filhos, chegou inesperadamente á colônia Santa Teresa antes mesma de ter sido inaugurada. Pernoitou ahi, sendo removida no dia imediato, para o Roçado [São José], onde permaneceu até a internação.¹⁵³

A história de senhora F. é impressionante, seu marido a abandonou após os médicos constatarem que sua mulher e a filha mais velha do casal estavam contaminadas, quanto ao filho menor, havia suspeitas que só os exames mais profundos poderiam constatar. A senhora F. e os filhos ficaram no hospital por 10 anos até a negatificação da doença. Em 1950, ela solicitou sua transferência para o asilo São Roque, na área metropolitana de Curitiba, a fim de poder receber visitas do ex-marido que residia desde data desconhecida na capital do Paraná. Nada mais sabemos de sua história, mas há um outro detalhe importante nesta tragédia familiar, pois no desespero de receber o tratamento, ela chegou de surpresa na colônia e tão logo mandada embora para o abrigo provisório: pouco mais de duas semanas depois o presidente e diversas autoridades inaugurariam o hospital – sem a presença de nenhum paciente, para que ninguém pudesse ser contaminado.

Apesar de todo estigma, o movimento de exclusão não pode ser visto apenas como algo arbitrário, pois a cura muitas vezes constituiu um horizonte estratégico do paciente, a exemplo da senhora F.. Ao que o sr. João, afirma que no início tinha medo: *“no começo tinha medo de perder os membros, claro! mas a doença não perde nada. [...] fica atacado, mas a velhice ataca rim, adoece o pulmão, as perna amolece”*. O tempo parece ser um inimigo mais

¹⁵³ Prontuário nº 10. FL. Ficha clínica e epidemiológica. 21/02/40. (SAME II – CST).

poderoso que a própria doença. De suas saudosas memórias renasce um hospital cheio de vida, e apesar de algumas tristezas, o sr. João nos garante que foi bem feliz aqui. Do recenseamento ao ingresso no hospital havia um elemento de extrema importância, o medo do desconhecido. Um medo não apenas patológico, mas da vida ficar muito pior. Em alguns prontuários ainda consta em anexo a ficha de recenseamento, cujos relatos nos dão uma idéia da situação em que algumas pessoas foram encontradas –

Presentemente acha-se em São José, lugar chamado Roçado, antigo prado de corridas, num casebre de madeira, do estado. Viajou em auto de aluguel, de Brusque a Florianópolis, seguindo imediatamente na ambulância do serviço, para seu novo domicílio.¹⁵⁴

Vive em condições de abandono, só, é órfão e não tem parentes que o auxiliem, tendo sido nesta data despedido pelo patrão, a quem fomos forçados a declarar o diagnóstico.¹⁵⁵

Vivia isolado em um rancho há 4 meses, porque ele suspeitava de doença infecciosa.¹⁵⁶

A peregrinação dos recenseadores logicamente nada tinha de próximo à imagem de salvadores. Um relato¹⁵⁷ de um paciente internado na CST em 31 de dezembro de 1940, juntamente com o pai, a mãe e 7 irmãos afirma que após estarem dentro da viatura, sua antiga residência foi incendiada com todos os bens pelos policiais. O internamento compulsório,

¹⁵⁴ Prontuário nº 10. DM. Ficha de Recenseamento nº 74. 18/02/38. (SAME II – CST).

¹⁵⁵ Prontuário nº 14. HMJ. Ficha de Recenseamento nº 202. 18/08/38. (SAME II – CST).

¹⁵⁶ Prontuário nº 07. JMRT. Ficha de Recenseamento nº 368. 04/03/40. (SAME II – CST).

¹⁵⁷ Germano João Braviano. Entrevista concedida a João Weber em 28 de Janeiro de 2002. In.: WEBER, João. *Hanseníase: preconceitos infecciosos*. Trabalho de Conclusão de Curso em História (Bacharelado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002, p.46.

arbitrário na maioria das vezes, era um ato muito doloroso, pois estabelecia o fim de qualquer contato externo, exceto por correspondência ou então pelo parlatório, uma murada que ficava no limite da cidade doente e a prefeitura da CST:

Um fato, entretanto em Santa Teresa, muito depõe contra os foros da profilaxia e da civilização moderna. É o *parlatório*, com sua grade secular do preconceito onde os internados recebem visitas de parentes e amigos.¹⁵⁸

Além de serem vedados a qualquer contato físico exterior, os doentes eram consumidos pelo cotidiano terapêutico das inúmeras injeções dolorosas que recebiam diariamente, a constante limpeza e esterilização dos ambientes, roupas e utensílios, além do trabalho nas oficinas e roçados. Deste tempo, o sr. João não tem saudade: *“hoje pra viver ta melhor, antigamente não podia sair, a gente chegava a receber 6 injeção por dia [...] tinha oito guarda sempre vigiando e as pessoas lá fora tinham medo. Hoje não, tudo ta diferente e melhor”*. Quando perguntamos sobre sua vinda, o sr. João disse que foi mais triste por causa de sua mãe, afirmou que ninguém do recenseamento havia ido a sua casa *“fazer baderna”*, mas como já tinha um irmão internado, ele se adaptou mais rápido a CST.

No entanto, o sr. João se mostra saudoso a um outro tempo, quando *“aqui tinha muito divertimento no começo [...] o doutor [Adalberto Tolentino de Carvalho – Diretor] trazia conjunto lá de baixo, trazia cantor, trazia cinema”*. A CST chegou a ter três times de futebol e atividades desportivas das mais diversas, todas as competições realizadas no amplo campo de esportes – um campo que todos se orgulham por ter o gramado mais bem tratado da região. Além do calendário desportivo, as datas comemorativas também eram o ponto alto do

¹⁵⁸ MESENTIER, Heraldo. *Cidades fora do mapa: onde são recuperados os hansenianos de Santa Catarina*. In.: DAMIÃO. Ano IX. Nº 45. Rio de Janeiro: 1961, p.14.

encontro da comunidade, pois uma série de atividades eram programadas conforme os temas: carnaval, São João, Corpus Christi, etc. O cassino era o local diário de encontro, por causa das exibições dos filmes, lugar de bailes e da sala de jogos: *“eu já estava aqui quando fizeram o cassino, mas a época dos filme durou pouco, o cinema foi retirado por causa que cobrarão imposto para mostrar os filmes, daí não quiseram paga e acabou-se o cinema”*.



Figura 9 – Fotografia P&B da procissão de *Corpus Christi* de 1949. (ACST).



Figura 10 – Fotografia P&B da banda carnavalesca formada por pacientes em 1946, devidamente fantasiados de marinheiros. (ACST).

O hospital-cidade tinha uma vida muito intensa, o sr. João lembra que houve uma época, bem no início, que havia quase superpopulação: “nas casinhas [destinadas aos casais] chegou a morar dois em cada quarto”. Ele próprio chegou a construir casas, até ajudou na construção do aterro da igreja: “trabalhei muito, muito, muito. [...] o terreno da igreja fui eu que ajudei a cavar. Fizeram dois pavilhão e ajudei em cinco ou seis casinhas”. Aqui, ele mostra as mãos, mais calejadas pelo trabalho ao longo da vida do que por alguma seqüela da doença. Sua lida não está resumida apenas ao período da CST. Na década de 1950, ele recebeu alta e foi para Porto Alegre trabalhar como servente de pedreiro, depois foi para o interior de São Paulo, na cidade de Bauru, onde permaneceu poucos meses até retornar a Santa Teresa, não ao hospital, mas a uma casa comprada nas imediações para morar com sua esposa, iniciando assim uma criação de gado.

Os produtos da CST eram revendidos para toda grande Florianópolis e os espetáculos e encenações do frei Daniel chegaram a reunir um público de 2000 pessoas, devidamente acomodadas numa ribanceira em frete a um palco de alvenaria de mais de 300 m² construído nos limites do hospital. Entre os leprosários brasileiros, a instituição era destacada:

Santa Teresa é uma cidade como as outras, onde o trabalho constitui a máxima preocupação de todos, cultiva-se intensamente a vida social, bem como as artes, a literatura e a religião, como se faz em qualquer cidade do mundo, sem tirar coisa alguma. É uma colônia interessante, constando coisas singulares e pitorescas, impressionantes mesmo. Lá foi que o querido frei Daniel OFM conseguiu o milagre de representar o “Drama de Cristo” sendo os internados os interpretes. Lá foi que surgiu o primeiro grupo de escoteiros composto por pequeninos enfermos [...].¹⁵⁹

¹⁵⁹ Id. *ibid.*, p.13.

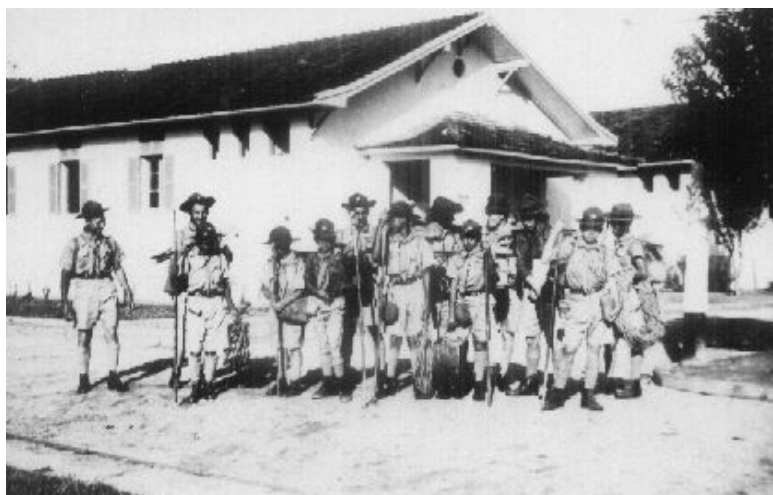


Figura 11 – Fotografia P&B do Grupo de Escoteiros formado por crianças e adolescentes internos em 1949. (ACST).



Figura 12 – Fotografia P&B dos coordenadores do Grupo de Escoteiros em 1948. (ACST).

Os diversos dotes dos internos eram registrados como observações em suas fichas, não apenas como informações simples como ocupação ou estado civil – “*Lê e escreve. Toca*

harmônica”¹⁶⁰. O sr. João lembra que todos se ocupavam durante o dia, no trabalho no campo ou dentro do hospital, ao entardecer estavam liberados para ir ao cassino, aonde permaneciam por uma ou duas horas: “*tinha muita moça bonita... muita rapaziada*”. Ele conheceu sua esposa no hospital, afirma ele que era muito bonita e não era atacada, ou seja, não tinha lesões aparentes da doença.



Figura 13 – Fotografia P&B de um grupo musical formado por internos num dos salões do cassino em 1943. (ACST).

No início da CST, o casamento e até mesmo o namoro, eram proibidos, salvo aos casais vindos com a inauguração do hospital que ocupavam as casinhas; os solteiros eram distribuídos entre os pavilhões feminino e masculino. O sr. João lembra do fato com um sorriso maroto no rosto, e em meio a risadas relembra:

O doutor não deixou eu casar, ai eu fugi e casei lá na igreja de Biguaçu. Peguei três meses e dezoito dias de cadeia quando cheguei aqui. Eu queria casar né!? [...] O nome dela era Helena – Helena Carvalho –, ela nunca foi atacada, ela tinha doença, mas nada aparente. Ela era de Campo Alegre. Eu tirei ela lá pelo rio, quando a gente

¹⁶⁰ Prontuário nº 09. JMG. Ficha de Recenseamento nº 03. 15/05/37. (SAME II – CST).

é novo tem que inventar perigo, é, tem que inventar! Se a gente não inventa a vida não vai pra frente.

A cadeia do hospital regulava os pacientes brigões ou então os que se evadiam, infelizmente os prontuários não registravam o fluxo desta singular construção, mas o sr. João afirma que naquela época era muito movimentado: “*eu mesmo fugi três vezes desde que to aqui, cada vez pegava 35 dias [...] fugia para ver minha família*”. As confusões durante os bailes eram remediados também com a cadeia. Com um olhar meio moleque, o sr. João nos contou que no início havia cerveja no cassino, os pacientes misturavam cachaça contrabandeada dos engenhos da região na cerveja “*pra ficar mais forte*”, pois todos tinham uma cota de consumo. Por causa disso a bebida alcoólica foi proibida.

O namoro do sr. João foi bastante longo, pois no começo, por causa da proibição, os pacientes não podiam nem falar com as moças. O que restava eram os olhares trocados durante o dia, nos corredores do hospital, ou durante as longas liturgias na igreja. Nos bailes, as mulheres eram vigiadas constantemente pelas irmãs franciscanas, intimidando assim qualquer ação mais impetuosa.



Figura 14 – Fotografia P&B da cerimônia de Coroação de Nossa Senhora em 1942. (ACST).

Mas as regras não permaneceram por muito tempo, o sr. João mostra um sorriso quando nos fala que logo veio a autorização do médico para os pacientes namorarem: “*mas era muito ruim porque tinha guarda, tinha uns seis guardas tomando conta, mas só podia namorar ali na avenida*”. A avenida, que até hoje tem o nome de Getúlio Vargas, era o local de passeio dos pacientes. Além de ajardinada, ao longo da via existiam postes com alto-falantes da rádio da instituição, dali os internos ouviam música, a programação do dia ou eram chamados para receber visitas. Perguntamos ao sr. João se podiam beijar, ele gargalha: “*só se ninguém visse, se fizesse, ia pra cadeia*”.



Figura 15 – Fotografia P&B do Dr. Adalberto Tolentino à frente do equipamento da rádio da Colônia. (ACST).

A perspectiva da doença, vivificada sob o olhar controlador do médico, possui algumas curiosidades, uma vez que, enquanto os encontros públicos eram permitidos, qualquer tipo de contato mais íntimo era veementemente condenado. Na década de 40, esses aportes não eram apenas uma determinação inconveniente da medicina, pois nosso interlocutor afirma que muitos iam além de um inocente beijo: “*as vezes os pacientes pegavam uma mulher da vida – ah! tinha muito aqui também –, as vezes davam uma volta, ia lá pro mato [...]. Uma vez*

pegaram um compadre com as calças na mão e a mulher sem a roupa lá no mato [risos]”.

Segundo ele, essa era uma das faltas mais graves, pois a pena podia chegar a seis meses na cadeia da CST.



Figura 16 – Fotografia P&B de uma cerimônia de casamento realizada em 1949. (ACST).



Figura 17 – Fotografia P&B de uma cerimônia de casamento realizada em meados de 1950. (ACST).

Assim como neste enredo temos aqueles que denunciaram e proibiram, a medicina só era suplantada por outro paradigma – a moral. O olhar médico registrava a vida do sujeito por

meio de perguntas como: “*tempo de convivência*”, “*natureza da convivência*”, “*intimidade*” – o objetivo principal era identificar o maior número de pessoas que conviveram com o doente. No entanto, algumas das respostas são qualificadoras, no sentido de ordenação patológica, como causa da pessoa estar sendo dirigido a CST: os contatos denunciadores darão sentidos à exclusão. A grade de causas ou temas quase são resumidas a uma anamnese que expõe toda sorte de contatos íntimos, que além de servirem de denúncia a outros possivelmente infectados, eram uma espécie de justificativa vã, na tentativa de determinar as origens de uma doença cujo contágio ainda era cercado de mistério na época da inauguração da colônia.

A protagonista central desse mal era a mulher, cuja doença a personificou com uma natureza prenhe de preconceitos, culpando um corpo que seduz e corrompe, valendo-se de encantos e sortilégios na narrativa de Tronca. Este componente constitui um pensamento freudiano, cujo caráter simbólico do medo do feminino e de seus mistérios tem como prerrogativa a mulher como a portadora de todos os males – a Eva e Pandora, a lascívia e a luxúria, que na análise de Freud é interpretada como uma vagina dentada, ou, lembrando de Medusa, cheia de serpentes –, o contágio significa uma *poluição* por contato direto, um erro contagioso¹⁶¹. Os prontuários fundamentam estas imagens:

Quando tinha 19 anos teve contato íntimo com uma companheira, no geral, pouco mais tarde manifestou-se a lepra. Refere que, quando teve no exército, teve uma amásia, com a qual conviveu 1 semana e era suspeita de lepra.¹⁶²

O paciente tinha 1 irmã leprosa, *RM*, que morreu aos 29 anos de lepra. Conviveu com a irmã no mesmo quarto.¹⁶³

¹⁶¹ TRONCA, Ítalo. Op. cit., p. 76.

¹⁶² Prontuário nº 26. ATB. Ficha clínica e epidemiológica. 04/06/40. (SAME II – CST).

¹⁶³ Prontuário nº 22. JCW. Ficha clínica e epidemiológica. 18/03/40. (SAME II – CST).

O paciente possui 7 irmãos, somente 1 irmã fichada no hospital.¹⁶⁴

No entanto, há uma espécie de diferenciação entre a mulher má – aquela acusada pela impureza e pela sordidez da contaminação –, escondida nos discursos como um erro da natureza humana, confrontada com a dama pajeada, cortejada pelos homens galanteadores do hospital. Perguntado se havia nascimentos no hospital, o sr. João faz um gesto: “*nascia, nascia sim, mas tudo dos casais daqui*”. Assim que nasciam, as crianças eram retiradas das mães e enviadas ao preventório. Esse era o nome do Educandário Santa Catarina, pois as crianças ficavam sob guarda até o momento que apresentassem sintomas da doença, quando então eram mandadas para a Colônia. Caso não houvesse sintomas, a criança era mantida em regime de internato até atingir a maioridade ou então era adotada por algum familiar. O sr. João fala que as crianças visitavam os pais pelo muro, o parlatório, isso quando podiam se deslocar do Roçado a Santa Teresa, uma distância de 32 quilômetros.

O sr. João não teve filhos, talvez isso explique o ar grave quando falou dessas crianças que nasceram na instituição: “*a doença, engraçado né!? Não houve nascido um filhote com a doença aqui. Dos que foram para o educandário, não veio nenhum filhote aqui pra dentro*”. Talvez isso não o incomode tanto assim, pois ele deixa escapar todo amor por sua esposa, falecida em 2002. Depois de todas as estripulias para provar seu amor, o sr. João e a esposa receberam alta para poder construir suas vidas.

No início da década de 1950 ele foi para Porto Alegre, para trabalhar nas obras de expansão do leprosário gaúcho: “*eu trabalhava de serviço de pedreiro, serviço chato né!? Não tinha sido nada instalado [construído] na Colônia de Itapuã, colônia de hanseniano, nós ia pro leprosário de Porto Alegre para poder se aposentar. Aqui não dava pra poder se*

¹⁶⁴ Prontuário nº 51. TVS. Ficha clínica e epidemiológica. 10/08/40. (SAME II – CST).

aposentar, tinha que sair”. Dos primeiros anos, o que ele mais se recorda foi a morte de Getulio Vargas: *“quando tava trabalhando lá, o falecido Getulio morreu, o chefe foi lá na obra e suspendeu nós do serviço: hoje vocês vão embora pra casa, hoje vocês não trabalham”*.

Depois de uma breve passagem pelo interior paulista, na cidade de Bauru, voltou a CST e foi morar nas imediações com esposa, auxiliado por sua aposentadoria tão batalhada e sua criação de gado. Dos últimos anos que permaneceu na colônia, até o seu retorno, quando sua mulher adoeceu e reingressaram ao hospital para tratamento geriátrico, o sr. João demonstra certa saudade pelo período inicial do hospital, quando havia um mundo de pessoas lá: *“quando gente da Santana veio pra cá [referindo-se aqui aos pacientes do Hospital Psiquiátrico Colônia Santana] começou a incomodação, as vezes se metiam lá no cassino, aí se brigavam [...] aos poucos foi tudo se acabando”*.

O esvaziamento gradativo do hospital por causa dos tratamentos mais eficazes fez com que os extensos ambulatorios fossem ocupados por internos da Colônia Santana, revelando uma certa xenofobia patológica de nosso interlocutor. Uma estrutura complexa criada pela ciência e ultrapassada por ela mesmo em uma década. Ao sr. João restou uma série de sentimentos contraditórios, mas talvez o mais marcante deles seja a saudade: *“os doentes foram ficando mais poucos, foram saindo, hoje gente nova não tem mais aqui dentro, hoje tudo se acabou, acabou-se tudo!”*.

Um tempo que se encerra com os noventa anos do sr. João. A história deste hospital contada por um ator que superou muitos estigmas do passado, com ele e todos seus amigos e conhecidos, o Lázaro morreu faz muito tempo. O espaço da CST, uma instituição criada nos adversos métodos científicos do início do século XX, foi superado pela sociedade que lá morava, forçando um movimento inverso da clinica hospitalar à sinuca da terça-feira noite,

das injeções doloridas a cerveja misturada com cachaça de engenho, ou então num simples beijo roubado debaixo de uma árvore. Não podemos negar, entretanto, o poder institucional unilateral, o internamento compulsório, o drama das famílias desfeitas e a dor da separação de uma mãe de seu filho recém nascido.

Não se trata aqui, nas palavras de Lins, em “fazer justiça ao outro”, ou constituir uma narrativa de resgate histórico somente de tristezas ou sisudas informações. Nós que não vivenciamos aquela época temos como idéia apenas a imagem formada em torno da hanseníase por relatos qualificadores ou reacionários, partidos da academia. O próprio estigma nunca será superado, o sr. João estava acostumado aos apertos de mão dos enfermeiros (aliás, todos os funcionários prezam pelo constante contato físico com esses pacientes idosos, por tanto tempo privados pela clínica médica), mas ele ficou hesitante quando lhe estendi a mão para cumprimentá-lo. Por isso, marcas profundas como estas, tão elementares, nunca serão superadas – a justiça ou o resgate soa como um deboche:

Ora, o “fazer justiça” e o “resgatar” dão as elites brasileiras o papel de *Salvador*. Algo a salvar, alguém a ajudar – “salvar” ou “ajudar” incluem uma semântica crística – equivalente ao mesmo tempo à negação ao outro o estatuto de maioria.¹⁶⁵

A negação deste estatuto está justamente em homogeneizar todas essas almas sob uma única palavra: *lepra*. A condenação da pessoa a uma pantomima tumular patológica que esconde diversas tramas muito mais mesquinhas, a começar condenando estes atores à simples figuração de suas vidas: *impedindo-os o acesso ao pensamento e ao desejo de significação*¹⁶⁶.

¹⁶⁵ LINS, Daniel. Op. cit., p. 94.

¹⁶⁶ Id. ibid., p. 95.

O espaço de desmistificação estabelecido neste trabalho formaliza algo importante na história da doença – a participação efetiva do doente em alguns tipos de enfermidades, dando significado a doença e ao trâmite clínico imposta a ela. A afirmação se aplica principalmente a doenças de cunho sanitário, cujas afecções fogem as regras das enfermidades psicológicas, aonde os pacientes participaram do processo de reversão da decomposição do corpo:

Em 30 Julho de 1939 foi removido para o isolamento provisório de Campinas, tendo iniciado tratamento chalumoogrico em 6 de Outubro do corrente ano, em injeções bissemanais de antilebrina. Foram-lhe injetados, até o presente data, 18 ampolas desses produtos. – Subjetivamente, o paciente refere acentuada melhora, tendo se “desatado” suas juntas e aumentado a disposição geral.¹⁶⁷

Mesmo que a identidade de enfermo fosse necessariamente indissociável, o interesse pela cura – voltar a uniformidade corporal das outras pessoas – estava presente na esmagadora maioria dos pacientes, como o caso da senhora F.. Os lugares da mácula poderiam estar distribuídos notadamente no corpo, nas fichas, como uma forma geográfica. Aqui um dos exemplos de manifestação: “*nádegas e coxas eritemado-cupricas infiltradas, de contornos geográficos grandes*”¹⁶⁸ – implicando, além do local, o tipo de hanseníase (as mais comuns eram a tuberosa ou a mielite-nervosa) e a melhor prescrição para o tratamento. No entanto, as fichas revelaram o destaque quanto a profissão, habilidades e o grau de escolaridade.

Entre os pacientes havia distinções de cunho societário: os instrumentistas tocavam na banda, algumas mulheres costuravam e faziam a “combinação” – um vestido de passeio composto de blusa e saia para as moças irem para o cassino ou receberem suas visitas. Havia

¹⁶⁷ Prontuário nº 08. NF. Ficha de Recenseamento nº 260. 27/10/38. (SAME II – CST).

¹⁶⁸ Prontuário nº 20. AW. Ficha de Recenseamento nº 300. 20/02/40. (SAME II – CST).

aqueles que eram enfermeiros e aqueles que eram guardas, uma grande parcela trabalhou como atendentes de cozinha e lavanderia, nos roçados e matadouros dentro da área do hospital. Ao ingressar na CST, o paciente recebia as orientações para tudo aquilo que poderia ou não fazer e tocar, recebiam uma ficha que regulava a reposição dessas peças de roupa mediante a incineração das mesmas. Porém, todo contente o sr. João nos fala do contrabando, das formas de burlar o olhar médico.

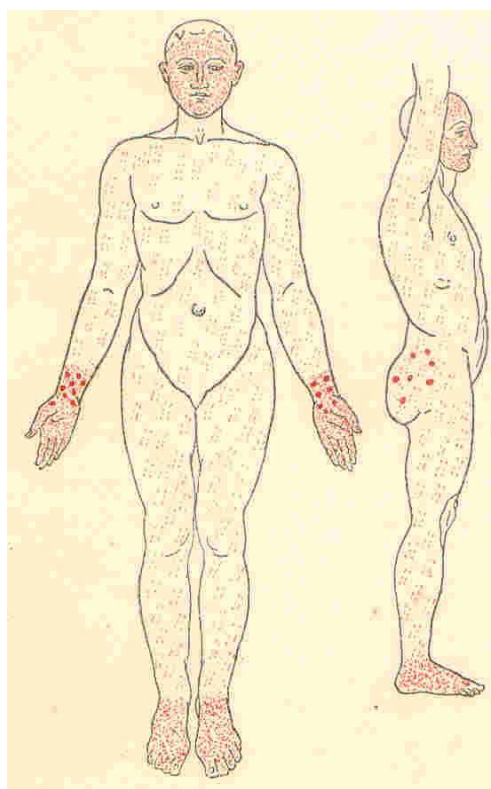


Figura 18 – Detalhe de um prontuário onde estão dispostas sobre o boneco, as lesões da hanseníase. (ACST).

O hospital estava dividido institucionalmente em Zona Limpa – área dos médicos, religiosos e funcionários contratados – e Zona Suja, reservada aos internos. Todavia, possuía uma terceira zona apelidada pelos próprios pacientes de “Ferro Velho”, para onde eram

levados os doentes seriamente deformados ou amputados – uma espécie de periferia da periferia para aqueles que sofriam pela segunda vez a exclusão.¹⁶⁹ E ainda havia aqueles que queriam se excluir novamente, como foi o caso do sr. João ou do senhor H.:

O candidato a alta está em condições boas para fazer frente às necessidades da vida, sem sacrifício de sua saúde e em transgredir as exigências do SPL [Serviço de Profilaxia da Lepra]. O paciente irá residir em Tubarão, devendo continuar em vigilância no dispensário de lepra do município de Tubarão.¹⁷⁰

Este paciente teve quatro retornos posteriores, sendo definido finalmente como “caso social”, ou seja, sem condições de reinserção na sociedade. A última anotação de seu prontuário, feito na capa do documento, consta: “O presente paciente saiu evadido em 25/12/51, e estando de alta não foi mais consentido que o mesmo permanecesse nesta colônia. Assina: Carl.”¹⁷¹ O estigma da doença deixou muitos pacientes numa situação bastante paradoxal: saírem e sofrerem com o preconceito ou então permanecerem e continuarem na utópica cidade de leprosos, estando entre iguais ou aparentemente continuando a terem privilégios.

A CST possibilita um sem número de histórias, sobretudo se optarmos exclusivamente pelo tema corpo, como afirmaram Deleuze & Guattari, não sabemos nada de um corpo enquanto não sabemos o que ele pode, isto é, quais são seus afetos, como eles podem ou não se compor com outros afetos, com os afetos de um outro corpo, seja para destruí-lo ou desconstruí-lo, seja para trocar com esse outro corpo ações e paixões, seja para compor com

¹⁶⁹ WEBER, João. Op. cit., p.43.

¹⁷⁰ Prontuário nº 14. HMJ. Laudo para alta hospitalar. 24/10/48. (SAME II – CST).

¹⁷¹ Id. ibid., capa do prontuário.

ele um corpo mais potente.¹⁷² O que resta desses corpos? Só sua história, que tenta saltar dessas estruturas puídas das quais os seqüestramos para novos aportes.

Se para olhares treinados a vida é uma doença, para outros ela é uma festa. O sr. João que iniciou sua entrevista contando os preparativos de seus noventa anos relembra seus diversos aniversários: *“já fiz muitos aniversários, muitas festas [...] uma vez matei uma leitoa de 12 arrobas [180kg], “botamo” ela na churrasqueira e foi uma festa, todos dançavam lá no meio da rua”*. Este próximo aniversário tinha um significado especial, uma espécie de homenagem aos funcionários que cuidam dele e que cuidaram de sua esposa: *“serviram tanto! Ficava doente eles tratavam, lidavam comigo, trabalharam comigo, qualquer coisa e remédio que precise eles vão lá busca”*. Ele afirmou durante vários momentos da entrevista que hoje está melhor para viver lá, entretanto, por causa de uma única coisa: a liberdade. Uma coisa que ele não aproveita melhor por causa da idade e da doença, não da hanseníase, mas da diabetes e o marcapasso que o acompanha a alguns anos:

Muita gente quer ter idade, mas não presta não! Não queira ter muita idade, muita idade não faz bem, você fica sem ação, não pode dar um pulo, se trupicar cai. Nós voltemos a ser criança outra vez!

“Nós voltemos a ser criança” – uma frase repetida em diferentes formas por Espinosa, Kierkegaard, Nietzsche e Deleuze & Guattari – o sr. João nunca leu, nem conheceu ou ouviu falar de algum desses filósofos. O conceito de angústia e perda do controle do corpo desenvolvido até aqui, com as palavras do sr. João se parece mais com a velhice do que a doença, caso tivéssemos a oportunidade de entrevistá-lo a 50 anos atrás, suas angústias seriam

¹⁷² DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Op. cit. (Vol.4), p.42 e 43.

outras, relacionadas talvez com a hanseníase, com a invasão do pessoal da Colônia Santana ou alguma desavença com os médicos. O que podemos afirmar é que ele nunca perdeu seu referencial orgânico, assim como qualquer outra pessoa neste mundo, desta forma, até o tempo foi bastante generoso com ele, o tornando um doutor.

No final da entrevista ele me apresentou seus canários, sobretudo um que “brigava” com seus dedos e estava atento a qualquer movimento de seu dono: “*esse daí briga o tempo todo comigo. A gente tem tempo e ensina [...] a gente tem e aprende a gastar o tempo!*”. Por fim, gostaria de deixar registrado aqui que depois que sai de lá chorei como nunca havia chorado, até hoje não sei qual a razão, mas nunca mais me atrevi a fazer alguma outra entrevista com pacientes – talvez fosse medo das suas verdades. O exemplo de vida do sr. João foi de um valor não apenas acadêmico, mas para a vida, e por isso dediquei este trabalho a ele: ao senhor João Paulo de Farias.

Considerações Finais

A instituição poderá ser explicada por documentos e prontuários, mas esses pacientes produziram um mundo dentro deste espaço de maneira inusitada, alegre em alguns momentos e trágica na maior parte de suas existências. Cada personagem que participou desta narrativa só poderá ser reencontrado se realmente transitarmos pela avenida e as ruas daquela cidade – hoje com alguns prédios abandonados que estão sendo gradativamente recuperados. No final do passeio, ao invés de encontrar respostas, temos dúvidas e por quês.

Esse trabalho finaliza uma pesquisa bastante trabalhosa, pois além da falta de recursos documentais, sempre se descobriu primeiramente quem ou qual instituição foi responsável pela destruição ou perda de peças importantes para desvendar a incidência da hanseníase no Estado de Santa Catarina. Um fator importante para o *esquecimento* desta cidade foi o curto período de funcionamento. Não que ela deixou de existir após a década de 1950, mas o decréscimo gradativo de pessoas infectadas com o mal, além da própria mudança terapêutica, deixou essa estrutura sem um sentido.

O sentido talvez não seja a palavra correta, pois a exclusão e a inacessibilidade do local permitiu que no mesmo espaço convivessem hansenianos, alienados e, hoje, os dependentes químicos, tratados na bucólica paisagem e tendo acesso somente ao contato familiar. Por isso, os significados ainda permanecem sob justificativas diferentes. No final desta pesquisa, valores e verdades foram postos à prova, uma vez que não sabemos até onde identificar um processo terapêutico ou um ato de transgressão da ética humana, por isso, o despojamento relacionado ao corpo nesta pesquisa está na fragilidade de pertencimento a ele próprio.

A pesquisa permitiu reencontrar algumas linhas sobre a hanseníase, mas nunca saberemos realmente o que aconteceu lá – os segredos da natureza adversa do confinamento não estão escritos num livro. Não pretendemos em nenhum momento defender a realização de tal projeto, pois nosso interesse e objetivo estavam na condição elementar da existência: a corporalidade na forma de território – representados através de discursos, cartas e prontuários.

Para terminar, apesar de algumas lacunas, esperamos que algo de novo tenha sido exposto, da mesma forma que foi para nós a experiência da entrevista com o senhor João Paulo de Farias, pois memória e narrativa se confundiram neste trabalho principalmente porque não conseguimos entender uma questão: o que de tão intenso tem o tempo que permite apagar as angustias de uma vida inteira?

Bibliografia

- BARROSO, Sebastião M.. *Hygiene para todos*. São Paulo: Weiszflog Irmão Inco./Cia Melhoramentos, 1919.
- BIRMAN, Joel. *Freud & a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BIZZO, Nélío M. V.. *Meninos do Brasil: idéias sobre reprodução, eugenia e cidadania na escola*. Tese para Livre-Docência. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 1994.
- BULFINCH, Thomas. *Mitologia geral. A Idade da Fábula*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1962.
- CAMUS, Albert. *A peste*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1973.
- CHALHOUB, Sidney. *A cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Cia das Letras, 1996.
- CORRÊA, Marisa. *As ilusões da liberdade. A Escola Nina Rodrigues e a Antropologia no Brasil*. Bragança Paulista: EDUSF, 1998.
- DARMON, Pierre. *Médicos e assassinos na 'Belle Époque': a medicalização do crime*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- DELEUZE, Gilles. *Diferença e repetição*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- _____ ; GUATTARI, Félix. *Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia*. Vol.1, 2, 3 e 4. Rio de Janeiro: 34, 1995.
- DERRIDA, Jaques. *Gramatologia*. São Paulo: Perspectiva, 1973.
- DICCIONÁRIO Prático Ilustrado. Porto: Livraria Chardron, 1928.
- EL-KHATIB, Faissal. *História de Santa Catarina*. Vol. 2. Curitiba: Grafipar, 1970.
- ESPINOSA, Baruch de. *Ética*. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1965.
- _____. *Carta nº 21*. In.: _____. *Correspondências*. Os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 2000.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

- _____. *História da sexualidade. O uso dos prazeres. Vol. 2. 10^o ed.*. Rio de Janeiro: Graal, 2003.
- FREUD, Sigmund. *O futuro de uma ilusão*. In.: _____. *Obras completas. Vol. VI*. Rio de Janeiro: Delta, 1959.
- _____. *O problema econômico do masoquismo*. In.: _____. *Obras Completas. Vol. IV*. Rio de Janeiro: Delta, 1959.
- GOLOB, Eugene O.. *Os "ismos". História e Interpretação*. Rio de Janeiro: Ipanema, 1958.
- GOMES, Ângela de C. (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- GUATTARI, Félix. *Caosmose. Um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: 34, 1992.
- HAROCHE, Courtini; COURTINE, Jacques J.. *O homem desfigurado – semiologia e antropologia política de expressão e da fisionomia do século XVII ao século XIX*. In.: *Revista Brasileira de História. Vol. 7, n^o 13*. São Paulo: ANPUH/Marco Zero, 1986.
- HERSCHMANN, Michel M.; PEREIRA, Carlos A.M. (orgs.). *A invenção do Brasil moderno. Medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- KEHL, Renato. *Lições de eugénia*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1929.
- KIERKEGAARD, Soren. *O desespero humano*. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- LE RIDER, Jacques. *A modernidade vienense e as crises de identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.
- LINS, Daniel. *Como dizer o indizível?*. In.: _____(org.). *Cultura e subjetividade. Saberes nômades*. Campinas: Papyrus, 1997.
- MATOS, Maria I.S. de. *Meu lar é o botequim. Alcoolismo e masculinidade*. São Paulo: Cia. Nacional, 2000.
- MESSENTIER, Heraldo. *Cidades fora do mapa: onde são recuperados os hansenianos de Santa Catarina*. In.: DAMIÃO. Ano IX. N^o 45. Rio de Janeiro: 1961.
- MOLINARO, Aniceto. *Léxico de Metafísica*. São Paulo: Paulus, 2000.
- MORAES, Eliane R.. *O corpo impossível*. São Paulo: Iluminuras, 2002.
- NIETZSCHE, Friedrich. *Sobre o niilismo e o eterno retorno*. In.: _____. *Obras incompletas. Os pensadores*. São Paulo: Nova Cultural, 2000

- _____. *A gaia ciência*. In.: _____. *Obras incompletas*. Os pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 2000.
- _____. *Assim falou Zaratustra*. São Paulo: Martin Claret, 2004.
- OLINTO, Beatriz A.. *'Pontes e muralhas' diferença, lepra e tragédia*. Paraná início do século XX. Tese de doutorado, Florianópolis: Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
- ORTEGA, Francisco. *Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão ao corpo*. In.: RAGO, M.; et. ali.. *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- PASSOS, Eduardo B. dos; OROFINO, Flávia G.. *O saneamento básico na ilha*. In.: PEREIRA, N. do V.(org.). *A ilha de Santa Catarina: espaço, tempo e gente*. Vol.2. Florianópolis: IHGSC, 2002.
- PESSOTTI, Isaias. *Ansiedade*. São Paulo: EPU, 1978.
- _____. *Os nomes da loucura*. São Paulo: 34, 1999.
- RAEDERS, Georges. *O inimigo cordial do Brasil*. O conde Gobineau no Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- ROQUETTE-PINTO, Edgar. *As glórias sem rumor*. São Paulo: Melhoramentos, 1939.
- SANTOS, Murillo C. dos. *Syndrome de Cotard*. A proposito de uma observação clinica. In.: Boletim da Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia. *Acta da sessão ordinária de 20 de novembro de 1921*. Bahia: s/ed., 1921.
- SCLIAR, Moacyr. *Saturno nos trópicos*. A melancolia européia chega ao Brasil. São Paulo: Cia das Letras, 2003.
- SCHORSKE, Carl E.. *Viena fin-de-siècle*. Política e cultura. São Paulo: Unicamp/Cia das Letras, 1988.
- SCHWARCZ, Lílían M.; COSTA, Ângela. *1890-1914*. O tempo das certezas. São Paulo: Cia das Letras, 2000.
- SCHWARTZMAN, Simon. (org.). *Estado Novo, um auto-retrato*. (Arquivo Gustavo Capanema). Brasília: UnB, 1988.
- SOUZA-ARAÚJO, Heráclides C. de. *História da lepra no Brasil*. Período Republicano (1889-1946). Vol. III. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1948.
- TRONCA, Ítalo A.. *As máscaras do medo*. Lepra e Aids. Campinas: Unicamp, 2000.

VALENTIM, Lairton. *Joinville: seus médicos e sua história*. Florianópolis: UFSC, 1997.

VARGAS, Getúlio. *A nova política do Brasil I*. Da aliança liberal às realizações do 1º ano de governo 1930-31. Rio de Janeiro: José Olympio, 1938.

WEBER, João. *Hanseníase: preconceitos infecciosos*. Trabalho de Conclusão de Curso em História (Bacharelado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

Documentos

Blumenau

Fundação Casa Dr. Blumenau

CARTA DE FRITZ MÜLLER ao Dr. Hermann Müller, em Lippstad. Desterro, 30 de Maio de 1860. In.: _____. *Obras completas*. Vol. XX. Iena: fac-símile e trad. s/ed., 1921.

Florianópolis

Instituto Histórico e Geográfico de Santa Catarina

FALLA COM QUE o exm. Sr. Dr. João Capistrano Bandeira de Mello Filho, abriu a 1ª sessão da 21ª Legislatura da Assembléa Legislativa da província de Santa Catharina em 1º de março de 1876. Desterro: Typografia Lopes, 1876.

RELATÓRIO apresentado à Assembléa Legislativa da Província de Santa Catharina na 1º sessão de sua 26ª legislatura pelo Dr. Francisco José da Rocha em 21 de julho de 1886. Desterro: Typografia Conservador, 1886.

RELATÓRIO apresentado ao governador do Estado de Santa Catharina [Dr. Fellipe Schimidt] pelo secretario geral de Estado José Teixeira Raposo. Florianópolis: Typ. da Livraria Moderna, JUL 1899.

RELATÓRIO apresentado ao vice governador do Estado de Santa Catharina [Vidal José de Oliveira Ramos] pelo secretário geral do Estado Caetano Vieira da Costa. Florianópolis: Typ. Moderna, JUN 1904.

RELATÓRIO apresentado ao exmo. Governador Snr. Cel. Gustavo Richard pelo secretário geral Dr. Honório Hermetto Carneiro da Cunha. Florianópolis: Typ. Moderna, JUN 1907.

RELATÓRIO apresentado ao exmo. Governador Snr. Cel. Gustavo Richard pelo Dr. Honório Hermetto Carneiro da Cunha, secretário geral do Estado. Joinville: Typ. Boehm, MAR 1908.

RELATÓRIO apresentado ao exmo. Governador Snr. Cel. Gustavo Richard pelo secretário geral Dr. Honório Hermetto Carneiro da Cunha. Joinville: Typ. Boehm, JUN 1908.

MENSAGEM apresentada ao Congresso Representativo em 14 AGO 1916 pelo Governador Felipe Schmidt. Florianópolis: 1916.

RELATÓRIO apresentado pelo Dr. Joaquim David Ferreira Lima, Director de Hygiene de Santa Catarina ao exmo. Secretário do Interior e Justiça Dr. José Arthur Boiteux. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1920.

KONDER, Adolfo. *Programma de governo lido no banquete de 18 de setembro de 1926 em Florianópolis*. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1926.

RELATÓRIO apresentado em outubro de 1938 ao exmo. Sr. Presidente da República, pelo Dr. Nerêu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1938.

AQUINO, Ivo de.. *Três discursos*. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1938.

MENSAGEM apresentada à Assembléia Legislativa em 19 de Abril de 1949 pelo governador em exercício Dr. José Boabaid. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1949.

MENSAGEM apresentada à Assembléia Legislativa em 15 de Abril de 1950 pelo governador Dr. Aderbal Ramos da Silva. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1950.

São Pedro de Alcântara

Hospital de Dermatologia Sanitária Santa Teresa

AGRÍCOLA, Ernani. *A lepra no Brasil*. Resumo Histórico. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde. Serviço Nacional de Lepra. Rio de Janeiro: 1960.

João Paulo de Farias. Entrevista concedida a Celso João de Souza Junior em 21 de Junho de 2006.

Serviço de Arquivo Médico e Estatística II – Same II

Prontuário nº 07. JMRT. Ficha de Recenseamento nº 368. 04/03/40.

Prontuário nº 08. NF. Ficha de Recenseamento nº 260. 27/10/38.

Prontuário nº 09. JMG. Ficha de Recenseamento nº 03. 15/05/37.

Prontuário nº 10. FL. Ficha clínica e epidemiológica. 21/02/40.

Prontuário nº 14. HMJ. Ficha de Recenseamento nº 202. 18/08/38.

Prontuário nº 20. AW. Ficha de Recenseamento nº 300. 20/02/40.

Prontuário nº 22. JCW. Ficha clínica e epidemiológica. 18/03/40.

Prontuário nº 26. ATB. Ficha clínica e epidemiológica. 04/06/40.

Prontuário nº 51. TVS. Ficha clínica e epidemiológica. 10/08/40.

Fotografias não indexadas.

Anexos

- Ficha Clínica Epidemiológica (Ficha do Recenseamento Sanitário)
- Verso
- Classificação da Lepromatose
- Ficha Ambulatorial