



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

Thiago Pereira da Silva Flores

OS EQUÍVOCOS QUE SE REPETEM

Um estudo etnográfico sobre os efeitos da internação compulsória para tratamento da hanseníase e a legislação que determina a mesma medida para os usuários de crack

Belo Horizonte

2018

Thiago Pereira da Silva Flores

OS EQUÍVOCOS QUE SE REPETEM

Um estudo etnográfico sobre os efeitos da internação compulsória para tratamento da hanseníase e a legislação que determina a mesma medida para os usuários de crack

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Dra. Regina de Paula Medeiros

Linha de Pesquisa: Cultura, identidades e modos de vida.

Belo Horizonte

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

F634e Flores, Thiago Pereira da Silva
Os equívocos que se repetem: um estudo etnográfico sobre os efeitos da internação compulsória para tratamento da hanseníase e a legislação que determina a mesma medida para os usuários de crack / Thiago Pereira da Silva Flores. Belo Horizonte, 2018.
199 f.: il.

Orientadora: Regina de Paula Medeiros
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

1. Isolamento hospitalar. 2. Hanseníase - Legislação. 3. Crack (Droga) - Legislação. 4. Direitos fundamentais. 5. Sistema de saúde - Aspectos jurídicos - Brasil. 6. Direitos e garantias individuais. I. Medeiros, Regina de Paula. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 342.7:614

Thiago Pereira da Silva Flores

OS EQUÍVOCOS QUE SE REPETEM

Um estudo etnográfico sobre os efeitos da internação compulsória para tratamento da hanseníase e a legislação que determina a mesma medida para os usuários de crack

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Ciências Sociais.

Professora Dra. Regina de Paula Medeiros- PUC Minas (Orientadora)

Professora Dra. Karla Cristina Giacomin - FIOCRUZ (Banca Examinadora)

Professora Dra. Juliana Gonzaga Jayme- PUC Minas (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 26 de fevereiro de 2018.

AGRADECIMENTOS

Reconhecer a importância e agradecer as instituições e as pessoas que me conduziram a trilhar esse caminho é reconhecer que sem eles não seria possível chegar até o final.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC Minas por acolher meu projeto de pesquisa.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES- pela bolsa de estudo concedida, que me proporcionou as condições necessárias para cursar o mestrado.

Agradeço aos professores da PPGCS que através de seus ensinamentos, proporcionaram crescimento acadêmico, profissional e as bases necessárias para o desenvolvimento dessa dissertação.

Agradeço aos colegas de mestrado pela cumplicidade e companhia nesses dois anos de curso.

De maneira muito especial agradeço minha orientadora Regina Medeiros, que se tornou uma amiga nesse processo de ensino, pela disponibilidade, incentivo e condução nessa pesquisa. Agradeço também minha orientadora pelas críticas e reflexões tão oportunas que contribuíram para minha formação acadêmica.

Agradeço ao professor Wolney Lobato, pelo incentivo à minha introdução no campo da pesquisa e pelo incansável esforço em me mostrar outros caminhos da carreira acadêmica.

Agradeço à família Guerra, em nome do casal Juvercino e Glays, que me acolheram em sua casa, proporcionando conforto e tranquilidade para chegar ao final do mestrado em Ciências Sociais.

Agradeço aos amigos de Bambuí, em especial ao querido amigo Zezão, por me acolher em sua casa nos períodos da pesquisa de campo.

Agradeço com muito amor aos meus pais Nelson e Zenaide pelo apoio prestado em todas as fases de minha vida, a eles meu reconhecimento, carinho e gratidão.

Agradeço a todos os participantes dessa pesquisa por compartilharem suas experiências de maneira tão atenciosa e amigável.

Como cristão agradeço a Deus pelo dom da vida e por chegar ao final dessa etapa acadêmica.

“Tome uma lista de tudo o que você considera importante – leis, ideias relativas a família, casamento e sexualidade, dinheiro poder político, religião e moralidade, artes, comida e prazer em geral – e com ela você poderá saber quem é quem. Não é de outro modo que se realizam as pesquisas antropológicas e sociológicas. Descobrimo como as pessoas se posicionam e atualizam as “coisas” dessa lista, você fará um “inventário” de identidades sociais e de sociedades. Isso lhe permitirá descobrir o estilo e o “jeito” de cada sistema. Ou, como se diz em linguagem antropológica, a cultura ou ideologia de cada sociedade.” (DaMatta, 1986, p.14)

RESUMO

A presente dissertação apresenta como objetivo analisar as controvérsias da internação compulsória como uma medida legal para interromper a cadeia de transmissão do bacilo de Hansen, responsável pela hanseníase e os efeitos danosos na construção da identidade e na vida dos portadores, e a sua relação com a lei federal que determina a hospitalização forçada dos usuários de crack. Essa pesquisa trata-se de uma etnografia realizada no antigo Sanatório São Francisco de Assis, localizado na cidade de Bambuí, Minas Gerais. A unidade foi inaugurada em 1943 para promover a política pública de internação compulsória para hanseníase, reconhecida como crime de Estado pela Lei 11.520 em 2007. Em sentido contrário foi criada a Lei 10.216 de 2001 para hospitalização forçada dos usuários de crack. Centramos nossa análise nas narrativas dos atores sociais que foram submetidos ao isolamento e analisamos as duas legislações de hospitalização forçada para identificar semelhanças em seus textos normativos. Dos resultados obtidos, constatamos que as pessoas submetidas ao isolamento compulsório possuem em suas identidades rótulos adquiridos no período do isolamento, mesmo não portando o bacilo são reconhecidas socialmente como doentes. Essa medida apresenta como consequência o fortalecimento de estigmas geradores de preconceitos, retroalimentando a instituição como um lugar heterônimo e legislador sobre suas vidas. Identificou-se a existência de laços grupais construídos desde a época do isolamento compulsório para a prática de ganhos secundários. Os internados compulsoriamente têm dificuldade de reinserção social, possuem sentimentos de inferioridade, problemas de saúde compostos por dores físicas e emocionais como depressão e ansiedade. A análise das legislações de hospitalização forçada para hanseníase/crack possibilitou identificar semelhanças em seus textos normativos. A investigação nos mostrou que os efeitos da internação compulsória ultrapassaram as hipóteses levantadas por essa pesquisa, uma vez que foram identificados também em pessoas que não foram submetidas ao isolamento.

Palavras-chave: Internação compulsória. Hanseníase. Crack. Estigmas. Identidades.

ABSTRACT

This work aims to analyze the controversies of compulsory hospitalization as a legal measure to interrupt the transmission chain of Hansen's bacillus, responsible for leprosy and the damaging effects on the construction of identity and the life of the bearers, and its relation with the federal law that determines the forced hospitalization of people who use crack. This research is an ethnography held at the old San Francisco de Assis Sanatorium, located in the city of Bambuí, Minas Gerais. The unit was inaugurated in 1943 to promote public policy compulsory hospitalization for leprosy, recognized as a crime of State in 2007 by Law 11,520. Despite recognition as a crime committed by the state, Law 10.216 of 2001 was created to force hospitalization of people using crack. We focused our analysis on the narratives of the social subjects who were submitted to isolation, and analyzed the two forced hospitalization legislations in order to identify similarities in their normative texts. From the results obtained, we find that people submitted to compulsory isolation have, in their identities, labels of the period of isolation, even if they do not carry the bacillus. They are socially recognized as ill patients, with the consequence of strengthening stigmas that generate prejudices, fueling back the institution as a heteronymous place and legislators over their lives. It was identified the existence of group ties built from the time of compulsory isolation, to the practice of secondary gains. The internees compulsorily have difficulty in social reintegration, they have feelings of inferiority, health problems consisting of physical and emotional pains such as depression and anxiety. It was possible to identify with the analysis of forced hospitalization legislation leprosy / crack, similarities in its normative texts. The research showed that the effects of compulsory hospitalization exceeded the hypotheses raised by this research, since they were identified also in people who were not submitted to isolation.

Key words: Compulsory hospitalization. Leprosy. Crack. Stigmata. Identities.

RESUMEN

La presente disertación presenta como objetivo analizar las controversias de la internación compulsoria como medida legal para interrumpir la cadena de transmisión del bacilo de Hansen, responsable del mal de Hansen y los efectos dañinos en la construcción de la identidad y en la vida de los portadores, y su relación con la ley federal que determina la hospitalización forzada de las personas que hacen uso de crack. Esta investigación se trata de una etnografía realizada en el antiguo Sanatório São Francisco de Assis, ubicado en la ciudad de Bambuí, en Minas Gerais. La unidad fue inaugurada en 1943 para promover la política pública de internación compulsoria para casos de hanseníase, reconocida como crimen de Estado en 2007 a través de la Ley 11.520. Yendo contra este reconocimiento se creó la Ley 10.216 en 2001 para hospitalización forzada de personas que hacen uso de crack. Centramos el análisis en las narrativas de los actores sociales que fueron sometido al aislamiento y analizamos las dos legislaciones de hospitalización forzada con el fin de identificar semejanzas en sus textos normativos. Entre los resultados obtenidos constatamos que las personas sometidas al aislamiento compulsorio poseen en sus identidades rótulos adquiridos durante el periodo de aislamiento. Aunque no portasen el bacilo son reconocidas socialmente como enferma, teniendo por consecuencia el fortalecimiento de estigmas generadores de prejuicios, retroalimentando la institución como un lugar heterónimo y dictaminador sobre sus vidas. Fue identificada la existencia de lazos grupales construidos desde la época del aislamiento compulsorio hasta la práctica de beneficios secundarios. Los internados compulsoriamente tienen dificultades de reinserción social, poseen sentimientos de inferioridad, problemas de salud expresados en dolores físicos y emocionales como depresión y ansiedad. Fue posible identificar semejanzas en los textos normativos de las legislaciones de hospitalización de hanseníase/crack forzadas. La investigación mostró que los efectos de la internación compulsoria sobrepasan las hipótesis levantadas inicialmente, ya que sus consecuencias fueron también identificadas en personas que no fueron sometidas a aislamiento.

Palabras clave: Internación compulsoria, Mal de Hansen, Crack, Estigmas, Identidades.

LISTA DE IMAGENS

IMAGEM 1 - Vagão para transporte de pacientes.....	46
IMAGEM 2 - No alto irmã Carmela, padre Mário e religiosas.....	46
IMAGEM 3 - Padre Mário, em visita às enfermarias na década de 1970.....	48
IMAGEM 4 - Irmã Carmela e funcionários da CSSFA.....	49
IMAGEM 5 - Hospital geral estadual.....	50
IMAGEM 6 - Rua principal da Vila Nova.....	51
IMAGEM 7- Pavilhão 24 em ruínas.....	51
IMAGEM 8- Pavilhões 13 e 14 em reforma.....	52
IMAGEM 9 - Moradores conversando na CSFA.....	53
IMAGEM 10 – Colônia Santa Isabel.....	89
IMAGEM 11 – Sanatório Aimorés.....	89
IMAGEM 12- Pai e filho chegando no SSFA na década de 1940.....	105
IMAGEM 13- Estrutura interna dos pavilhões.....	110
IMAGEM 14- Internos trabalhando na reforma do pavilhão.....	112
IMAGEM 15- Crianças no preventório de Araguari.....	116
IMAGEM 16- Entrada do acampamento.....	122
IMAGEM 17- Varanda de entrada do acampamento.....	127
IMAGEM 18- Visita a imagem de Nossa Senhora da Abadia.....	126
IMAGEM 19- Cofre para as doações em dinheiro.....	127
IMAGEM 20- Processo de salga da carne.....	127
IMAGEM 21- Alimentos sendo distribuídos.....	128
IMAGEM 22- Missa de encerramento da festa.....	133
IMAGEM 23- Abertura do cofre.....	138
IMAGEM 24- O acampamento.....	140
IMAGEM 25- Dona Delza (azul) e amigos jogando Torrinha.....	144
IMAGEM 26- Terras para agricultura na CSFA.....	157
IMAGEM 27- Desfile dos congadeiros.....	162
IMAGEM 28 - Alimentos sendo preparados.....	171
IMAGEM 29- São João.....	173
IMAGEM 30- Ritual de batismo na fogueira.....	174
IMAGEM 31- Fogueira queimando.....	175
IMAGEM 32- Carreata pelas ruas de Bambuí.....	179

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Semelhanças entre as duas legislações.....	85
QUADRO 2 – Diferenças entre as duas legislações.....	87
QUADRO 3 – Nossos informantes.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEDAF	Central de Ensino e Desenvolvimento Agrário de Florestal
CSFA	Comunidade São Francisco de Assis
CSSFA	Casa de Saúde São Francisco de Assis
DEM	Democratas
FEAL	Fundação Estadual de Assistência Leprocomial
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GO	Goiás
MORHAN	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase
MG	Minas Gerais
MGS	Minas Gerais Administração e Serviços
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
UNODOC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
NEP	Núcleo de Ensino e Pesquisa
PPGCS	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
PROBIC	Programa de Bolsas de Iniciação Científica
PUC MINAS	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
SFA	São Francisco de Assis
SP	São Paulo
SSFA	Sanatório São Francisco de Assis
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	23
2 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS.....	35
2.1 Unidade de análise: O Sanatório São Francisco de Assis.....	40
2.2 O imaginário de uma doença milenar chegando a Bambuí.....	42
2.3 A estrutura física do Sanatório São Francisco de Assis.....	44
2.4 Presenças italianas marcante à Comunidade.....	46
2.5 A Comunidade São Francisco de Assis.....	50
3 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO MEDIDA DE SAÚDE.....	55
3.1 Marginalidade, Estigma e Identidade.....	60
3.2 O ser desviante.....	69
3.3 A construção do ser marginal na hanseníase.....	72
3.4 A marginalidade adquirida pelos usuários de crack.....	76
4 ENTENDENDO A COMPARAÇÃO DE DUAS LEGISLAÇÕES DISTINTAS.....	79
4.1 A criminalização dos doentes.....	80
4.2 Legislações de internação compulsória, hanseníase e crack.....	84
4.3 Direitos e garantias individuais.....	91
4.4 A retomada massificada da internação compulsória.....	95
5 ETNOGRAFANDO: UMA LEITURA ANALÍTICA DAS TEORIAS DE SUPORTE, DAS NARRATIVAS DOS ATORES SOCIAIS E AS OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR	99
5.1 Sintomas e o medo de ser diagnosticado com hanseníase.....	100
5.2 O diagnóstico da doença.....	101
5.3 A saída de casa e a repercussão na família.....	104
5.4 As formas de se chegar ao Sanatório.....	105
5.5 A descrição da instituição ao chegar.....	107
5.6 A disciplina dentro do Sanatório.....	109
5.7 O mundo local de trabalho.....	111
5.8 A separação dos filhos.....	115
5.9 Vigilância institucional.....	116
5.10 As formas de se ganhar ajudas.....	118
5.11 As formas de lazer.....	142
5.12 Preconceito e discriminação.....	145
5.13 Doentes de uma patologia social.....	156
5.14 As formas de defesa à rejeição social.....	158
5.15 Medicalização dos sofrimentos sociais.....	159
5.16 Tentativas de reinserção social.....	160
5.17 Projetos e sonhos para o futuro.....	165
5.18 A vida na Comunidade São Francisco de Assis.....	167
5.19 A fogueira de São João.....	170
5.20 A festa de São Francisco de Assis.....	177
6 Conclusão.....	185
REFERÊNCIAS.....	195

1- INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objetivo analisar as controvérsias da internação compulsória como uma medida legal para interromper a cadeia de transmissão do bacilo de Hansen, responsável pela hanseníase, e a sua relação com a lei federal que determina a hospitalização forçada das pessoas que fazem uso de crack. Vale ressaltar que consideramos essa estratégia como segregadora e autoritária, que provoca efeitos e influências na construção social das identidades daqueles que foram submetidos à referida internação para o tratamento da hanseníase.

Nossa proposta é analisar a repercussão dessa determinação legal, na construção de identidades, desde a percepção das pessoas que foram submetidas ao isolamento, e fazer uma leitura da Política Nacional de internação compulsória para os usuários de crack.

Entendemos que a hanseníase e o crack estão interligados pelo instituto da internação compulsória, como medida política para o tratamento das pessoas que foram acometidas pela hanseníase até o ano de 1986, e a implementação da lei que visa a hospitalização das pessoas que fazem uso de crack, apoiada na compreensão de que o uso da referida substância é decorrente de uma patologia que impossibilita o sujeito a tomar decisões, portanto, deve ser tratada em espaços fechados. Como doença grave, de modo similar à hanseníase, as pessoas que consomem crack devem ficar isoladas do convívio social.

Pela complexidade das questões aqui trabalhadas, se fez necessário o entrelaçamento de diversas áreas do saber científico representadas pela antropologia, sociologia, medicina, direito, psicologia e políticas públicas, que aliados ao caso em análise, buscam entendimento multidisciplinar do tema. A motivação para o desenvolvimento da pesquisa está relacionada à minha própria história de vida. Sou filho adotivo de um casal de ex-portadores de hanseníase que se conheceram na Colônia Santa Isabel¹, localizada no município de Betim - MG. A

¹ A Colônia Santa Isabel foi instituída pela lei estadual 801, de 2 de dezembro de 1921. A pedra fundamental foi “lançada” em 1922 e inaugurada no dia 23 de dezembro de 1931. A Colônia Santa Isabel foi construída em área geograficamente isolada, visando a segregação dos doentes. A instituição era auto sustentável tencionando o isolamento dos moradores. Assim, a Colônia possuía geração própria de luz, saneamento básico, campo de futebol, quadras, cinema, praças, comércios, segurança (policiais e delegados – todos internos), prefeitura (intendência), associações, cooperativa, entidades beneficentes, escola, oficinas de artes, teatro, salão de bailes, igrejas, banda musical, hospital, ambulatórios, fábricas de tijolos e telhas, serralherias, pocilgas, hortas e pomares.

Colônia foi planejada e edificada com a finalidade de isolar compulsoriamente as pessoas portadoras de hanseníase², segundo os ditames de uma política sanitária implementada no Brasil durante o século XX.

Essa estratégia política se fundamentou pelo desconhecimento científico a respeito da doença, causas, transmissão e tratamento. O isolamento era usado também nos casos de tuberculose e sofrimento mental pelos mesmos motivos. As políticas segregacionistas tinham como objetivo proteger os sadios e interromper a cadeia de transmissão, já que na época a cura para essas enfermidades era desconhecida. A Colônia Santa Isabel chegou a ser considerada o maior espaço de tratamento da hanseníase na América Latina, na década de 1950 tinha cerca de 5 mil pessoas, procedentes de diversas regiões de Minas Gerais.

Meu pai, Nelson Pereira Flores, natural de Águas Vermelhas, Nordeste de Minas, recebeu o diagnóstico de hanseníase em 1955, e minha mãe, Zenaide Silva Flores, natural de Juiz de Fora, Zona da Mata Mineira, foi diagnosticada com a mesma enfermidade em 1957. Como era prescrito na ocasião, ambos foram levados para a Colônia Santa Isabel, ainda quando crianças, onde se conheceram, namoraram, se casaram e vivem até hoje.

De acordo com a política de saúde, para o tratamento naquela ocasião, os filhos nascidos de pais portadores da referida doença eram imediatamente separados e encaminhados para instituições denominadas pupileiras, creches, educandários e preventórios, localizados em diferentes partes do Brasil e administradas por irmãs de caridade, que tinham o poder de definir o tipo de educação e o destino das crianças, muitas foram entregues para adoção, em geral, sem consentimento e conhecimento dos pais. As referidas instituições eram um complexo sanitário que faziam parte da política profilática da “lepra”, que será aprofundada no decorrer dos capítulos dessa dissertação.

Na década de 1980, em Minas Gerais, foi dado início ao processo de fechamento das referidas creches e os filhos deveriam ser “entregues” aos seus

² A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), ou bacilo de Hansen. Os sinais e sintomas, podem ser observados no aparecimento de manchas na pele de cor branca ou vermelha acompanhadas por insensibilidade. Quando feitos diagnósticos tardios a doença evolui para formas mais graves, ocasionando incapacidades físicas. (Monteiro 1998). O Brasil é o único país do mundo que não conseguiu eliminá-la, ou seja, ter menos de 10 casos para cada 100 mil habitantes. Sua causa está associada às condições sociais desfavoráveis observadas em populações que vivem com precárias condições sanitárias e econômicas. Nos últimos dez anos, cerca de 30 mil pessoas foram diagnosticadas anualmente no Brasil.

familiares. Essa determinação provocou problemas graves tanto para os filhos como para os seus pais. Assim como a internação era compulsória, o retorno dos filhos à “sua família” também o era, porém nem os filhos e nem os pais foram consultados ou preparados para esse encontro. O processo se deu de uma forma automática: fechamento das pupileiras e devolução dos filhos.

Ao chegar à Colônia e, na maioria ter o primeiro contato com aqueles pais desconhecidos, e, muitos deles com sequelas físicas, provocavam nos filhos medo, revolta, fugas e até suicídios. Por parte dos pais, que já tinham uma casa e vida estruturada sem crianças, também estranhavam seus filhos e não sabiam como lidar com eles e com a nova forma de vida. Suas reações variavam entre medo, insegurança, violência física e simbólica.

Por outra parte, os pais que optaram por não ter filhos, para não vivenciarem o drama da separação, com o fechamento das creches e com a nova política de tratamento da doença, optaram por adoção, que foi o meu caso, em especial. As irmãs de caridade que administravam as creches foram trabalhar em hospitais em Belo Horizonte, sabedoras da situação dos dramas vividos pelos casais, inclusive daqueles que optaram por não serem pais, facilitavam a adoção de crianças abandonadas nas instituições onde trabalhavam.

Assim a minha história começa. Eu tinha 2 dias de vida, fui levado por uma irmã para a chamada “adoção à brasileira”. Era uma modalidade de acolhimento, que partindo de lideranças religiosas, foi reconhecida, legitimada e inclusive formalizada, em registro oficial, incluindo a certidão de nascimento.

A minha vida na Colônia foi muita alegre e feliz, mesmo quando criança percebia o carinho, tanto dos meus pais como dos vizinhos e das demais pessoas que ali viviam, principalmente as mais velhas. Recordo-me de uma cena recorrente, os adultos ao se aproximarem de mim, colocavam as mãos para trás e não me tocavam, dar as mãos não era um gesto permitido para evitar a contaminação, igualmente o que comiam ou bebiam não podiam ser compartilhado. Na minha inocência natural de criança achava aquilo tudo normal, já que era um costume local, até na minha casa.

Mesmo com os avanços no esclarecimento da forma de contágio e tratamento, as pessoas que tiveram hanseníase, acreditavam que ainda não estavam curadas, portanto, deveriam proteger o “sadio”, evitando qualquer contato físico. O tempo passou e fui descobrindo que na Colônia muitas pessoas,

especialmente as que moravam nos chamados pavilhões, tinham rostos e corpos muito deformados, especialmente as mãos e os pés devido às sequelas da enfermidade. Observava que eram diferentes, mas, ainda assim, para mim era normal, achava estranho não encontrar pessoas assim quando íamos à cidade ou mesmo quando assistia à televisão.

Quando iniciei a quinta série colegial, fui estudar no centro da cidade de Betim, meus pais sempre me interrogavam sobre o que as pessoas perguntavam sobre mim e sobre a Colônia e, às vezes, perguntavam também se elas questionavam sobre a minha adoção, eu respondia de maneira muito tranquila todas as curiosidades. Como muitos que ali viviam, meu pai ficou com sequelas nas mãos, “mãos em garras³”, o que chamava a atenção dos colegas da escola, que indagavam sobre a razão daquele defeito, eu respondia sem dificuldade, que não sabia e, que desde que me lembro, ele era igual a muitos outros que viviam na mesma comunidade, talvez por essa razão para eles também passou a ser normal a partir da explicação do inexplicável naquele momento.

Recordo-me que um dia minha mãe ficou em pânico quando comentei que o trabalho em grupo com outros colegas daquela semana, seria feito na minha casa. As visitas de pessoas de fora da Colônia, mesmo na década de 1990, não eram comum, foi quase que o anúncio de um funeral para minha mãe, pois, ela não queria a visita de estranhos. Por outro lado, eu gostaria de estudar na minha casa com os colegas e não queria passar por mentiroso, dando desculpas para desmarcar o encontro, já que os companheiros já estavam empolgados e esperando o lanche por mim prometido e o desfrute da piscina que tinha na minha casa.

Levei adiante o meu projeto, mesmo sem o acordo da minha mãe. Por fim, o grande dia. Todos chegaram e fomos dar uma volta na Colônia, o trabalho era da disciplina de geografia e tínhamos que fazer um roteiro pelo bairro escolhido, na ocasião, o meu. Meus amigos ficaram maravilhados com o que viram: ruas largas, prédios antigos e um lanche no final, depois de tudo. Para a minha surpresa, um amigo me perguntou: Onde fica a Colônia Santa Isabel? Eu disse é aqui mesmo “onde você está”. Ele relatou que pensava ser muito diferente e que tinha gostado

³A hanseníase quando não tratada na sua forma inicial faz com que o bacilo de hansen provoque inflamações nos nervos ocasionando sequelas irreversíveis, nesse caso descrevemos a mão em garra, que é uma condição na qual os dedos ficam curvos, deixando a mão com o aspecto de uma garra.

muito. Apesar do meu colega não expressar, percebi que a Colônia era imaginada, por quem não a conhecia, como um hospital fechado cheio de doentes.

Desde então as visitas se tornaram frequentes, muitos amigos me visitavam inclusive para dormir e percebi que existia uma coisa que separava as pessoas que viviam na Colônia das de fora, entendi a preocupação de meus pais em relação aos interrogatórios o que começava a fazer sentido pra mim. Tempos depois fui descobrir a história tanto da Colônia quanto da hanseníase, e compreendi a razão do preconceito e da discriminação em relação às pessoas do meu convívio. Apesar de ser orientado por meus pais para omitir sobre o lugar onde morava, desobedecia e ainda completava, revelando o nome da rua.

Aos 15 anos fui estudar no colégio agrícola na cidade de Florestal, Central de Ensino e Desenvolvimento Agrário de Florestal, CEDAF, distante 38 Km da Colônia. Cursava o segundo grau do curso técnico em regime de semi- internato e morava no colégio. Geralmente voltava todo final de semana para casa, acompanhado de amigos que moravam em diferentes regiões do interior de Minas. Assim, ir para a Colônia era uma rotina e uma opção de convivência, fora do colégio. Meus colegas hospedavam-se em minha casa, conheciam meus pais, a Colônia e a nossa história. Com a minha maturidade, a experiência na Colônia e os contatos externos motivaram meu envolvimento com o movimentos populares que começaram a surgir em defesa dos habitantes das Colônias e de seus filhos.

Em junho de 1981, na cidade de Bauru SP, foi criado o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase MORHAN⁴, se estendendo para Santa Isabel, assim como nas outras Colônias de Minas⁵. Trata-se de um movimento social, de nível nacional composto pelos pacientes de hanseníase, simpatizantes e interessados pela causa. Sua característica principal é ter o paciente como protagonista e sujeito da sua história, assim, o movimento partindo do próprio excluído se tornou exemplo de mobilização e organização na ótica de uma entidade de luta, repassando para a sociedade informações corretas sobre a doença e com o foco no combate ao preconceito.

⁴ O Morhan atualmente tem representação em todos os Estados do Brasil e é organizado por voluntariado, coordenações locais, estaduais e nacional.

⁵ Colônia Santa Fé na cidade de Três Corações inaugurada em 12 de maio de 1942, Colônia São Francisco de Assis, na cidade de Bambuí inaugurada em 28 de março de 1943 e Colônia Padre Damião na cidade de Ubá inaugurada em 15 de dezembro de 1945.

O Morhan faz parte da minha vida, me recordo que desde criança a última semana do mês de Janeiro era fantástica, a Colônia Santa Isabel ficava cheia de visitantes, com uma extensa programação cultural composta de filmes, teatros, exposições, futebol, rua de lazer, missa na televisão, palestras e panfletagens em cidades vizinhas. Era um ritual denominado “Concerto Contra o Preconceito”, ou “Festa do Morhan”. Ao passar do tempo, fui entender que esse evento, além do caráter cultural, era uma importante forma de levar as pessoas para a Colônia, a data escolhida estava relacionada ao dia mundial⁶ de combate à doença e ao preconceito.

Aos 23 anos, no final de 2008, fui convidado pelo vereador eleito do município de Betim, Cordovil Neves de Souza, “Vila”, um dos fundadores do Morhan, para trabalhar em sua assessoria no legislativo com a principal função de fortalecer o Morhan, apoiar os voluntários, ajudar no combate ao preconceito e à doença. Ocupava o lugar de interlocutor do poder legislativo com executivo municipal na Colônia Santa Isabel. Em fevereiro de 2009, comecei a estudar Direito na PUC Minas Betim, concluindo em junho de 2014.

Com a visibilidade do mandato e o fortalecimento do movimento social, em pouco tempo, cerca de dois anos do início do mandato (2009), me tornei um representante do Morhan em Minas e no Brasil. Desde então, tive oportunidade de viajar para outros países como Japão, Suíça, Itália, Bélgica, Holanda, França, Peru e Colômbia participando de seminários e congressos internacionais. Nessa trajetória procurei dar visibilidade à Colônia Santa Isabel e tive a oportunidade de conhecer outros movimentos sociais que lutam pela mesma causa, espalhados nos cinco continentes do globo terrestre.

Nos primeiros semestres da graduação em direito, no final de 2010, apresentei junto com uma colega da psicologia, um projeto de pesquisa de Iniciação Científica – PROBIC - intitulado “Órfãos Por Imposição do Estado”, danos psicossociais causados pela política de segregação da hanseníase”, orientado por um professor do curso de psicologia. O foco eram os filhos dos ex-pacientes de hanseníase “Filhos Separados”. O estudo despertou o interesse da Universidade

⁶ O Dia mundial de Combate e Prevenção da Hanseníase surgiu em 1953 com a intuição do jornalista e humanista francês Raoul Follereau que foi um ativista pela causa. Atualmente existe em Roma uma fundação com seu nome, que dá continuidade ao seu trabalho. O período da celebração da festa se deve ao aniversário da morte do Mahatma Gandhi, 30 de janeiro de 1948, ídolo de Raoul Follereau, desde então a Organização Mundial de Saúde OMS, estabeleceu a data como o dia de combate a doença e que hoje faz parte do calendário oficial de Betim e que em 2018 completou 25 anos. (LARA, 2008)

que passou dar visibilidade na imprensa escrita, televisiva e virtual. Além disso, o Movimento Social Morhan, facilitou a divulgação dos resultados da pesquisa na imprensa: Jornal Estado de Minas, Revista Isto é, site G1, Rádios como Itatiaia, CBN, América, Band News, Globo e canais de TV como a TV Brasil, Record, SBT e outros veículos de comunicação nos anos 2011 a 2013.

Com efeito, no fim da pesquisa tomei conhecimento de uma política de internamento compulsório para usuários de drogas, especificamente de crack. Nessa ocasião realizei um estudo financiado pela PUC Minas, intitulado, “Internação Compulsória, um Passado Presente, a garantia dos direitos fundamentais na retomada de uma política já reconhecida pelo Estado como um erro⁷.” Seu objetivo era analisar a referida política, considerando-a um erro de Estado, já que provocou tantos danos aos pacientes de hanseníase, tuberculose e os portadores de sofrimento mental, particularmente no que se refere aos direitos sociais positivados na Constituição Federal de 1988. Apesar disso, é uma crescente a internação compulsória para os usuários de crack.

O uso de crack, pela dimensão midiática dada, incomoda a sociedade, que acaba por considerar a pessoa que faz uso dessa substância, incapaz de titular seus direitos, sujeito inoportuno e repugnante e, portador de uma patologia, logo um doente. Portanto, deve ser retirado das vistas da sociedade e banido dos grandes centros. Levando em conta o estado democrático, consideramos a internação compulsória para tratamento de crack uma política pública massificadora, apoiada nos argumentos morais que acabam por marginalizar a pobreza e fortalecer os estigmas e preconceitos, assim como foi o caso da hanseníase.

Várias medidas de exceção contra os usuários de crack vêm sendo tomadas nas grandes capitais brasileiras, destaque negativo para as ocorridas na chamada “Cracolândia,⁸” na cidade de São Paulo no dia 23 de maio de 2017. Essa ação específica do Secretário de Justiça Anderson Pomini, a pedido do prefeito da cidade, João Dória, foi implementada como ação judicial para conduzir e internar

⁷ Erro reconhecido em 24 de maio de 2007, os ex-internos da hanseníase tiveram o reconhecimento do Estado brasileiro como criminosa a política sanitária baseada no isolamento compulsório para tratamento da doença. Tal reconhecimento se deu pela promulgação da MP 373 de 24 de maio de 2007, convertida em Lei 11.520 de 18 de Setembro de 2007, que garantiu e garante a toda pessoa internada compulsoriamente para o tratamento da hanseníase em algum hospital colônia no Brasil até o ano de 1986, o direito a uma indenização mensal e vitalícia paga pelo União.

⁸ Local onde ocorre grande aglomeração de pessoas ligadas ao comércio e uso de entorpecentes, em especial o crack, conhecido nas Ciências Sociais como “cenas de uso”.

compulsoriamente 400 pessoas que viviam na Cracolândia, em clínicas no interior do Estado. O tema será tratado, nos próximos capítulos dessa dissertação.

Considerando as reflexões apresentadas, surgem questionamentos motivadores para o desenvolvimento desta pesquisa: Se considerarmos que a forma de tratar a hanseníase por meio do encarceramento compulsório foi reconhecida um erro pelos danos causados aos portadores do bacilo de Hansen, quais seriam as justificativas legais da implementação da lei de Internação para os usuários de crack? Quais foram as consequências das referidas medidas políticas para aqueles que foram institucionalizados com o diagnóstico de hanseníase, desde a sua perspectiva?

Para solucionar essas inquietações no final do ano de 2015 apresentei a proposta de pesquisa no mestrado de Ciências Sociais da Puc Minas. Embora a minha formação acadêmica seja na área de direito, por se tratar de um tema complexo que aponta para grandes desafios, devido a sua multidisciplinaridade, minha expectativa era que as Ciências Sociais poderiam subsidiar meus estudos, reflexões e análises sobre o tema.

Nosso objetivo é analisar os possíveis efeitos da internação compulsória para o tratamento da hanseníase na construção social das identidades daqueles que passaram por esse processo, busca-se fazer uma leitura interpretativa da legislação que define a hospitalização obrigatória para os usuários de crack, relacionando-a com os fundamentos legais que definiram para o tratamento da Hanseníase.

Especificamente, aprofundar os estudos sobre a internação compulsória como política pública no Brasil, recorrendo ao exemplo do isolamento para hanseníase. Avaliar como a questão internação compulsória repercute nas trajetórias de vida das pessoas que passaram por esse confinamento institucional e analisar a legislação direcionada aos usuários de crack no que se refere a sua relação com a internação compulsória da hanseníase.

Para desenvolver a pesquisa foram elaboradas as seguintes hipóteses:

- Considerando a internação compulsória como um rompimento de laços sociais, de trabalho, lazer e afetivos, as pessoas que foram internadas nesse regime apresentam com muita frequência, sentimentos de inferioridade que resultam em problemas de saúde como doenças autoimunes, psicossomáticas, dores físicas e emocionais como depressão, ansiedade, entre outras, levando-as a buscarem

serviços de saúde que respondem a essa procura através da medicalização dos sofrimentos sociais.

- As internações compulsórias realizadas nas instituições públicas são responsáveis em atribuir aos seus pacientes estigmas geradores de preconceitos; por essa razão esses sujeitos tendem a ocultar a sua passagem por tais instituições quando acham negativo tal fato, e, inversamente, tendem a externar essa passagem quando julgam positivo para ganhos secundários. O ato da internação compulsória deixa como consequência a retroalimentação da instituição como um lugar heterônimo de rotulação dos doentes e legislador sobre a vida dos sujeitos.

- Com o fim do internamento compulsório, os sujeitos que foram vítimas das instituições têm dificuldades de reinserir socialmente, retroalimentando o estigma, preconceito e marginalização, dificultando a elaboração de projetos e sonhos para o futuro.

- As políticas segregacionistas são direcionadas às camadas mais empobrecidas da sociedade, considerando o recorte temporal superior a 50 anos, avanço dos saberes médicos/científicos e promulgação da Constituição Federal de 1988, considerada como a constituição cidadã; a lei federal que regulamenta a internação compulsória para os usuários de crack, possui em sua base legal, semelhanças com a legislação que regulamentava a internação compulsória para a hanseníase.

A proposta dessa pesquisa se justifica pelos argumentos de que essa política tenha sido considerada um equívoco, poucos são os estudos que examinaram qual é a percepção desses atores sociais sobre essa medida e seus impactos para a sua vida particular e social. Seus resultados podem subsidiar políticas públicas para tratamento não só da hanseníase como do crack, diminuir preconceitos e discriminação, minimizar problemas sociais, sofrimentos e garantir direitos humanos. Ademais pode motivar novas investigações especialmente no campo das ciências sociais e do direito e apontar para outros campos de pesquisa no cenário urbano.

Para o desenvolvimento dessa investigação, escolhemos como unidade de análise, o antigo Sanatório São Francisco de Assis, localizado na zona rural da cidade de Bambuí⁹. O local, distante 6 km do centro da cidade, foi inaugurado em

⁹Bambuí é um município localizado em Minas Gerais, de acordo com o último censo realizado pelo IBGE em 2010 sua população é de 22.709 habitantes. O município tem uma área total de 1.453,99 km² e fica a 270 km de distância de Belo Horizonte. O município se localiza no centro-oeste mineiro, próximo à Serra da Canastra. Os acessos rodoviários a Bambuí se dão por meio das rodovias MG-050, BR-354 e BR-262. (IBGE 2010)

1943. Como no passado, se encontra isolado em relação aos bairros da cidade e outras comunidades que compõe o município.

A Colônia Santa Isabel, residência do autor há 32 anos, não foi escolhida para a realização desse estudo pelo fato de que a metodologia escolhida – etnografia, exigir a implicação do pesquisador com o contexto dos nativos. O fato de estar inserido no cotidiano local, ser liderança de movimentos sociais, e ter inúmeras relações de amizade, dificultaria a interpretação dos fatos observados isentos de convicções, opiniões e interpretações pessoais. A fim de obter um distanciamento e estranhamento, para o desenvolvimento da pesquisa, foi escolhido como unidade de análise, o antigo Sanatório São Francisco de Assis, que embora apresente muitos elementos similares, já que é também uma colônia criada no mesmo período das políticas higienistas, eu não tenho contatos diretos e desconheço aquele universo e o referido território. Ademais levando em conta o período para a elaboração de uma dissertação, de acordo com as normas do PPGCS, seria impossível realizar essa investigação em outros estados brasileiros.

A metodologia utilizada para a realização da pesquisa é qualitativa etnográfica, utilizando-se da técnica de observação participante na unidade de análise e entrevistas com pessoas que vivenciaram o processo de internação compulsória, representantes institucionais e outros personagens que surgiram no campo de pesquisa. Foi feita também leitura documental, de material impresso, registros fotográficos, relatórios, regimento interno entre outros encontrados no jardim de infância Irmã Carmela e Núcleo de Ensino e Pesquisa da CSSFA.

Foram examinadas as legislações nacionais que compõe o tema: Lei 610 de 1949 que regulamentava a internação compulsória para a hanseníase, e a Lei 10.216 de 2001 que regulamenta a hospitalização forçada das pessoas que fazem uso de crack. Para subsidiar a interpretação do tema, foram examinadas também: A Constituição Federal de 1988, Lei 8.080 de 1990 que criou o Sistema Único de Saúde - SUS, Código Civil de 2002, Lei 11.343 de 2006, Lei das drogas e a Lei 11.520 de 2007 que indenizou as pessoas que foram isoladas pela hanseníase.

A presente dissertação está organizada em seis capítulos. Importante destacar o caráter dialético dessa produção acadêmica, representado pelos estudos teórico-conceituais, narrativas dos atores sociais, e observações do pesquisador.

A primeira parte foi considerada a introdução onde apresentamos o tema, motivações e inquietudes que nos levaram ao interesse em pesquisar. O problema

delineador da pesquisa, os objetivos gerais e específicos, as hipóteses de trabalho, justificativa e a metodologia utilizada.

No segundo capítulo, pressupostos metodológicos: A etnografia e seus desafios e estratégias, ou seja, o caminho percorrido para a realização dessa pesquisa. Em seguida passamos a apresentar a unidade de análise justificando a escolha do local. Ainda nessa parte foi feita a apresentação do local, o imaginário de uma doença milenar chegando a Bambuí e a estrutura física construída para promover o isolamento compulsório. Continuando, passamos a descrever sobre as presenças de duas lideranças religiosas, de origem italiana marcantes na trajetória do local e a realidade física/social atualizada. Encerramos o segundo capítulo, apresentando as categorias analíticas.

O terceiro capítulo é dedicado a um estudo teórico/conceitual com o objetivo de aprofundar o entendimento sobre a internação compulsória como medida de saúde, marginalidade, estigma, Identidade e desvio, à luz dos ensinamentos de diferentes autores. Essa etapa nos ajudou na compreensão sobre a construção do “marginal”, já relacionando com os usuários de crack.

Iniciamos o quarto capítulo, discutindo a legislação que determinava a internação compulsória para hanseníase e a sua relação com a Lei 10.216 apresentando uma leitura interpretativa das duas legislações distintas. Damos sequência desenvolvendo argumentos para justificar a “criminalização dos doentes” a fim de justificar o isolamento. Analisamos a Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, revogada pela Lei nº 5.511, de 1968, que regulamentava a internação compulsória das pessoas portadoras de hanseníase, e a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, em uso, que dispõe sobre a internação compulsória de pessoas portadoras de transtornos mentais e dependentes químicos, nesse estudo, os usuários de crack. Essa etapa de análise das legislações se iniciou antes do trabalho empírico, essa etapa foi importante para subsidiar as entrevistas e observações em campo, e para aclarar as intenções das políticas públicas de internação compulsória.

No quinto capítulo, apresentamos o trabalho de campo denominado, Etnografando: Uma leitura analítica das informações teóricas, narrativas dos atores sociais e a observação do pesquisador. Serão apresentadas as narrativas dos interlocutores e a percepção do autor para os fatos observados, o sistema de significados construídos no contexto local e o apontamento das situações descritas com a teoria apresentada nos capítulos dessa dissertação. As narrativas serão

apresentadas em forma de ilustração com frases literais, usando nomes fictícios, que buscam contextualizar os efeitos da segregação e suas influências na construção social das identidades daqueles que foram submetidos à hospitalização forçada para o tratamento da hanseníase.

Por fim, serão apresentadas as conclusões dessa pesquisa de acordo com os objetivos propostos.

2- PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS

Nessa dissertação de mestrado nossa proposta metodológica se embebe dos ensinamentos de Geertz [1995] (2012), trazidos em sua obra: “Atrás dos fatos, dois países, quatro décadas, um antropólogo”, quando o autor explica sobre a necessidade do pesquisador em romper com a sua teia de significados na percepção dos fatos observados no campo em que está estudando, pois, os homens, em geral, estão presos aos sentidos socialmente construídos. Nosso objetivo foi de fazer uma análise das narrativas dos sujeitos, compreendendo seus rituais, construções e suas redes de significados, conforme recomendado às pesquisas etnográficas, ou seja, não se apropriando da fala do outro como instrumento de manipulação, conforme nos ensina o autor.

As origens da pesquisa etnográfica, segundo Rosenthal (2014), surgem a partir do antropólogo polonês Bronislaw Malinowski¹⁰, em seus trabalhos realizados em 1914, nas ilhas Trobiand, onde investigou os habitantes do arquipélago localizado no nordeste da Nova-Guiné. Nesse sentido, consideramos a pesquisa etnográfica como metodologia mais adequada para os propósitos dessa pesquisa.

Rosenthal [2005] (2014) comenta que as pesquisas qualitativas são a melhor forma de construir estruturas, descrever ambientes e ações sociais e desenvolver teorias e hipóteses. Na pesquisa qualitativa que apresentamos, realizamos uma etnografia, com as técnicas de observação participante, que é a forma ideal para a investigação de grupos sociais, comunidades regionais, modos de vida ou contexto sociais, organizações, e também de indivíduos, sempre em seu ambiente “natural”, isto é, em seus contextos cotidianos. Utilizamos também entrevistas formais gravadas e transcritas pelo autor e as informais, que foram conversas que surgiram durante o período de trabalho de campo.

Ressalta Ameigeiras (2006) que a etnografia está vinculada ao surgimento das Ciências Sociais, particularmente com a antropologia, de onde surge a necessidade de compreensão do outro dentro do seu contexto cultural, seu

¹⁰Bronislaw Kasper Malinowski nasceu na cidade polonesa da Cracóvia em 7 de Abril de 1884, importante antropólogo é considerado como um dos fundadores da antropologia social, segundo os historiadores, a principal contribuição de Malinowski à antropologia foi o desenvolvimento de um novo método de investigação de campo, cuja origem remonta à sua intensa experiência de pesquisa na Austrália, inicialmente com o povo Mailu (1915) e posteriormente com os nativos das Ilhas Trobriand (1915-16, 1917-18), Malinowski faleceu em New Haven em 16 de maio de 1942. (ROSENTHAL, 2014)

ambiente. Segundo Malinowski apud Ameigeiras (2006), a observação participante é o caminho de busca do conhecimento de uma cultura para compreender o ponto de vista dos atores sociais, suas formas de vida e as maneiras de comunicação.

No caminho seguido para o desenvolvimento dessa pesquisa, aplicamos instrumentos para a coleta das informações, como as observações realizadas durante o período de trabalho de campo, objetivando entender a lógica dos eventos coletivos, o cotidiano, símbolos e sistema de significados. Foram priorizadas as conversas informais para esclarecimentos de dúvidas que surgiram em campo. Realizamos entrevistas abertas e em profundidade com guia temático baseado nos objetivos dessa dissertação, realizadas com os atores sociais identificados, que gozam de prestígio em meio à comunidade, além da análise de uma série de acervos bibliográficos.

Vale ressaltar que todas as observações diretas de eventos, rituais, caminhadas, cotidiano e conversas informais travadas com os atores dessa pesquisa, assim como o desenvolvimento das entrevistas, foram registradas com rigor no caderno de campo. Essas anotações serão apresentadas ao longo dessa dissertação de acordo com os temas abordados oportunamente.

Rosenthal (2014) salienta que de fato é importante as anotações no caderno de notas para o contraste de diferentes acervos, as interpretações feitas pelos interlocutores locais e as observações do pesquisador. Seguindo esses ensinamentos foi possível pelo contato direto com os informantes, esclarecer dúvidas e extrair informações para elucidar a construção final dessa dissertação.

Com a colaboração dos informantes principais, conforme nos ensina Silva (2009), desenvolvemos em campo a tarefa de andar, ver e escrever, que nos facilitou na entrada no universo social dos nativos, e fazer a observação participante se tornou o relato de um percurso. Procuramos nos mover em nosso percurso conforme nos ensina o autor: pelas incertezas, questionamentos, curiosidades, procurando as possíveis respostas as hipóteses levantadas.

Construímos o alinhamento entre as idas ao campo e a análise das observações tidas como relevantes. Conforme bem descreve Rosenthal (2014), o tratamento das informações coletadas se deu através de um sequencial cronológico de acontecimentos, com análise detalhada das cenas e do contexto geral do caso. Segundo o autor, é a partir de hipóteses que nos ajudam a desvendar o campo de estudo e elaborar hipóteses secundárias, formando assim outras possíveis reflexões

com base nas análises e a criação de outros protocolos que serão escolhidos pela cronologia dos acontecimentos. Os ensinamentos descritos pelo autor ocorreram em nossa pesquisa.

Em nossa pesquisa elegemos o antigo Sanatório São Francisco de Assis como unidade de análise. A escolha da referida unidade se deu por ser distante da Colônia Santa Isabel (Betim), local onde vivo há 32 anos; ser liderança social e ter uma relação de amizade local dificultaria a interpretação dos fatos observados isentos de convicções, opiniões e interpretações pessoais. Como devemos aprender com os grandes mestres, não é possível ser neutro em etnografia, ela pressupõe a observação participante e as conversas com os atores em seu cotidiano. A escolha se deu pelo critério geográfico, distância entre as cidades de Betim, Bambuí, Três Corações e Ubá. Ou seja, nas unidades existentes no Estado de Minas Gerais.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig - denomina institucionalmente desde o ano de 2006 o local como Casa de Saúde São Francisco de Assis CSSFA; essa denominação não é utilizada pela comunidade e nem funcionários, se restringe a documentações oficiais. De fato, os termos mais usuais ainda são Sanatório e Comunidade São Francisco de Assis CSFA. Vamos nos referir a nossa unidade de análise nessa dissertação como Comunidade São Francisco de Assis.

Definida a unidade de análise, em outubro de 2016 foi realizada uma visita de 3 dias na Comunidade São Francisco de Assis, com o objetivo de conhecer o local com riqueza de detalhes, identificação dos atores sociais que gozam de destaque observar e levantar informações sobre o calendário de festas/rituais celebrados pelos moradores; além disso, travar os primeiros contatos já em busca de estabelecer um vínculo de confiança e respeito. Em janeiro do ano de 2017, foi realizada uma nova visita de 5 dias para estreitar os laços sociais e continuar as observações.

As primeiras duas visitas a CSFA foram fundamentais para conhecer o contexto social a ser pesquisado; nessa ocasião foi possível fazer registros de áudio, fotográfico, escrito e conversas informais. Tomei conhecimento da agenda cultural, como datas festivas e rituais mais importantes para os moradores, dentro e fora da CSFA. De posse dessas informações consegui me organizar para participar daqueles mais representativos, no decorrer do ano de 2017: a fogueira de São João (dia 24 de Junho), a festa de Nossa Senhora da Abadia, na cidade de Romaria,

Triângulo Mineiro (dia 15 de agosto), a festa do Rosário (na cidade vizinha de Córrego Danta, dia 18 de agosto) e a festa de São Francisco de Assis (04 de outubro).

Além das observações durante os eventos, foram realizadas pesquisas de campo na CSFA nos meses de março, maio e novembro. No total foram feitas oito investidas empíricas, com duração mínima de três dias cada, no período de 13 meses, entre outubro de 2016 a novembro de 2017. Dois rituais foram acompanhados fora da CSFA: a festa de Nossa Senhora da Abadia, na cidade de Romaria, na região do Triângulo Mineiro, e a festa do Rosário, na cidade vizinha de Córrego Danta, no mês de agosto de 2017. Como a cidade de Bambuí fica localizada geograficamente no meio, entre a cidade de Betim (residência do autor) e Romaria, no mês de agosto foi realizado dez dias de campo distribuídos entre Romaria, Bambuí e Córrego Danta.

Considera-se que a etnografia consiste no estudo descritivo de um contexto social e a sua cultura, por meio de registro dos hábitos, atividades, religião, costumes, tradições, interações e outras formas de significados. O estudo etnográfico pode ser traduzido no relato interpretativo e analítico de um percurso que implica observar, escutar e escrever sobre as experiências do observador, as narrativas dos interlocutores e a teoria de suporte. Nesse processo o pesquisador deve estar atento para expressar com clareza e livre de julgamentos de valor, com ética e compromisso. Conforme os ensinamentos de Geertz (2012), procuramos através das escritas etnográficas remontar elefantes alusivos que não existem, mas que deixaram pegadas que nos conduziu para a interpretação dos fatos e sua rede de significados.

Em nossa pesquisa foram feitas análises documentais que foram disponibilizadas pelos informantes e pela instituição. O Centro Educacional Irmã Carmela disponibilizou três livros escritos por padre Mário Gerlin, trabalho de conclusão de curso em história sobre o local, reportagens, fotos e trabalhos da unidade educacional que foram emprestados por dois meses. Por parte do núcleo de ensino e pesquisa NEP foi disponibilizado acervo fotográfico e bibliográfico da unidade, com liberdade para empréstimos e pesquisa no local. Os moradores ofereceram fotografias, informações de prontuários, recortes de jornais/ revista e anotações pessoais sobre o SSFA, que eram emprestados sem nenhuma delimitação de tempo. A exceção era os prontuários que não podiam sair do serviço

local de arquivo, mais com a autorização do titular, o registro de alguma informação relevante se realizava pela fotografia do mesmo.

Para as entrevistas elegemos pessoas que viviam na CSFA e que se mostraram disponíveis e interessados em participar desse estudo. Com esses personagens, além das entrevistas, tivemos momentos de conversas dentro e fora da comunidade, em seu cotidiano e nos rituais. Nesses momentos foi possível obter informações muito ricas para a investigação. No total contamos com a participação direta de onze informantes principais, oito tiveram hanseníase e foram internados compulsoriamente no local, e três possuem vínculo institucional: duas irmãs de caridade e o gerente administrativo da unidade.

Durante a pesquisa de campo algumas observações chamaram a atenção, por exemplo, a linguagem utilizada pelos moradores merece destaque, pois, dada a diversidade de procedência, existe uma variedade de sotaques e expressões verbais e até a mescla de outros variados. No cotidiano as expressões “é doente”, “é filho de doente”, “é neto de doente” possuem uma carga de significados no contexto local ao qual vamos descrever no capítulo etnográfico. Ser “doente” é o termo popularmente utilizado pela comunidade para classificar aquelas pessoas que tiveram hanseníase e que foram internadas compulsoriamente no local. A expressão “doente” é um elemento essencial de análise que é destaque na construção social da identidade dos moradores locais.

Outro elemento que merece destaque é o jogo de tabuleiro praticado na Comunidade desde a década de 1940, que leva o nome “Torrinha”; parece ser exclusivo do local, nem as pesquisas realizadas na internet revelaram jogos semelhantes ao praticado pelos moradores; o jogo será mais detalhado oportunamente.

Para a leitura analítica foram definidas vinte categorias, levando em conta não só aquelas listadas pelo pesquisador como as que surgiram ao longo do processo de desenvolvimento da pesquisa, tanto teórica como aquelas apresentadas no próprio contexto de estudo: 1 - Sintomas e o medo de ser diagnosticado com hanseníase; 2- o diagnóstico da doença; 3 - a saída de casa e a repercussão na família; 4 - as formas de se chegar ao Sanatório; 5 - a descrição da instituição ao chegar; 6- a disciplina dentro Sanatório; 7 – o mundo local de trabalho; 8- a separação dos filhos; 9- vigilância institucional; 10 - as formas de se ganhar ajudas; 11- as formas de lazer; 12- preconceito e discriminação; 13 – doentes de uma

patologia social; 14 –as formas de defesa à rejeição social; 15 - medicalização dos sofrimentos sociais;16 – tentativas de reinserção social; 17- projetos e sonhos para o futuro; 18- a vida na Comunidade São Francisco de Assis; 19 - a fogueira de São João; e 20 - a festa de São Francisco de Assis.

Por fim, vale ressaltar que foram muitos os desafios para a realização dessa dissertação, desde a leitura teórica no campo das ciências sociais, a aproximação e o distanciamento do contexto da pesquisa, os impasses nos primeiros contatos com os moradores, a participação e compreensão da lógica dos rituais e símbolos, a vivência do marasmo na comunidade, os deslocamentos para o campo de estudo, a realização e análise das entrevistas e, por fim, a escrita etnográfica, que para mim foi a primeira experiência acadêmica no campo das ciências sociais.

2.1 – Unidade de análise: O Sanatório São Francisco de Assis

A unidade de análise criada com o nome Sanatório São Francisco de Assis fica localizada em Bambuí Minas Gerais, e era utilizada até o ano de 1986 para isolamento compulsório dos doentes de hanseníase. O município de Bambuí tem uma área total de 1.453,99 km² e fica a 265 km de distância de Belo Horizonte. O município se localiza no centro-oeste mineiro, próximo à Serra da Canastra. De acordo com o último censo realizado pelo IBGE em 2010, sua população é de 22.709 habitantes. Os acessos a Bambuí se dão por meio das rodovias MG-050, BR-354 e BR-262. (IBGE, 2010)

Relatos e registros apontam que os primeiros habitantes da região onde se localiza o município de Bambuí eram os índios Caiapós. Depois ela foi habitada por escravos fugitivos, principalmente do litoral, formando na região quilombos¹¹ de resistência. Segundo Moura (1993), em 1748 o governador Luiz da Cunha Menezes criou em Bambuí uma legião militar para a defesa local. Com o desenvolver da região, as câmaras dos municípios de Pitangui e de São José (hoje cidade de Formiga) disputaram a posse do arraial. Em 1839, a comarca de São José ganhou a posse do arraial, criando assim o distrito de Bambuí.

¹¹ Os quilombos constituíram-se locais de refúgio dos escravos africanos e descendentes que fugiam do litoral e fazendas, formando comunidades afastadas dos centros urbanos. (MOURA, 1993)

O nome Bambuí tem origem Tupi e significa rio dos bambus, vegetação ainda muito presente nas margens dos córregos e rios da região. Segundo Moura (1993), após muitas mobilizações de lideranças da região, em 1883 o distrito foi elevado a Vila de Nossa Senhora Santíssima de Santana de Bambuí. Em 1886, Bambuí foi classificada como comarca de 1º instância e no mesmo século XX Bambuí foi considerada um centro de desenvolvimento avançado servido por estrada de ferro com 6 estações no município, usinas próprias para o fornecimento de energia elétrica, vasta captação e distribuição de água potável. Na década de 1930 o município atingiu a marca de 35.000 habitantes, com o êxodo rural¹² o município viu sua população diminuir gradativamente.

A região próspera foi o local escolhido para a construção do Sanatório para isolamento compulsório dos doentes de “lepra” procedentes do Triângulo Mineiro, Sudoeste, Oeste de Minas e Sul de Goiás. A unidade foi projetada para dar suporte à Colônia Santa Isabel, onde se concentrava um expressivo número de internos. Com o SSFA, Santa Isabel passa a ser referência para os casos mais graves e que necessitassem de maiores cuidados médicos.

A construção foi iniciada em 1937 e inaugurada em 21 de março de 1943. A inauguração do Sanatório não ocorreu em clima festivo, mesmo após anos de construção, próximo à inauguração, lideranças da cidade de Bambuí se mobilizaram na tentativa impedir a instalação de um sanatório naquele local. O argumento era que a cidade de Bambuí ficaria reconhecida como cidade dos “leprosos”. Um plano de emergência foi montado pelo Estado de Minas Gerais, a inauguração ocorreu no período da noite e contou com a presença de autoridades estaduais e um grande efetivo militar.

O isolamento compulsório dos portadores do bacilo de Hansen não foi uma exclusividade de Minas Gerais ou do Brasil. Existia uma tradição milenar, que se tornou política pública mundial, de separar os doentes do resto da sociedade. Essa medida foi e é uma das principais responsáveis pelos estigmas e imaginários ligados à hanseníase construídos pelo menos há 4 mil anos.

¹² Êxodo rural é o termo pelo qual se designa a migração do campo para os centros urbanos em busca de melhores condições de vida, foi um fenômeno ocorrido no Brasil na a partir da década de 1930. (MOURA, 1993)

2.2 O imaginário de uma doença milenar chegando a Bambuí

A hanseníase é uma doença milenar, tão antiga quanto o medo e o preconceito existente ao seu redor. Relatos bíblicos tratam a “lepra” como maldição, praga e castigo, quem fosse “apontado” como portador do bacilo era considerado imundo e deveria viver fora dos centros urbanos, se isolando em vales ou cavernas. No Velho Testamento, em Levítico 13,1 a 59, e 14, 1 a 57, consta a lei do leproso, que determina que o leproso deve ser considerado impuro, andar com o cabelo sem pentear, roupa rasgada e suja, e gritando “impuro”...“impuro”. Vestes e até casas poderiam ser “diagnosticadas” com lepra, os sacerdotes poderiam ordenar que as moradias fossem derrubadas, caso manchas fossem observadas nas paredes. (BÍBLIA, 1969.)

Registros apontam que a doença é conhecida há mais ou menos quatro mil anos na Índia, China e Japão, e já existente no Egito 4.300 anos a.C. A “lepra” foi difundida na Europa Oriental pelos exércitos persas, mais tarde pelos romanos, pelos sarracenos e pelas cruzadas; no Ocidente foi difundida pelos espanhóis e portugueses. Os fenícios a expandiram para toda costa do Mediterrâneo, as expedições de Alexandre o Grande contribuíram para a sua difusão na bacia oriental. (CAMPOS e FLORES, 2012)

No novo testamento, conhecida se faz a passagem no capítulo 17 do Evangelho de São Lucas onde Jesus escutando os clamores de dez “leprosos”, que imploraram por misericórdia, realizou um milagre e os curou (BÍBLIA, 1969). Tamanho se faz o estigma e discriminação que até os dias de hoje essa passagem ganha destaque negativo nas homilias e pregações em religiões de origem cristã, que destacam que dos dez doentes curados, apenas um teve gratidão e voltou para agradecer. Jesus ordenou que os curados fossem e se mostrassem aos sacerdotes para a comprovação do milagre; o que desobedeceu a Jesus fica sendo o bom; e os nove que obedeceram, indo aos sacerdotes comprovar o milagre, parecem ser apontados como não dignos de tal purificação.

A lepra bíblica ainda desencadeia um imaginário estigmatizante de maldição e castigo divino. Entre as diversas obras de arte que retratam a “lepra” bíblica destaca-se o afresco de Boticelli, cujo nome é “A purificação do leproso”, exposto na Capela Sistina, no Vaticano; é uma homenagem do pintor ao papa Sisto IV.

Apesar das estatísticas apresentarem maior número de doentes entre os grupos de classe social mais baixa, em seu livro “A Praga”, Castro (2017) no terceiro capítulo “A maldição dos pobres que não poupa os reis”, descreve que os “leprosos” em sua maioria provinham da pobreza; mas houve relatos da doença em reis como Balduíno IV, que reinou em Jerusalém de 1174 a 1185; Roberto I, rei da Escócia, entre 1306 a 1329; Afonso II, rei de Portugal, 1212 a 1223; e o rei da Sicília, Henrique VII, que em 1998 uma equipe de paleopatologistas ao examinar o restante da sua ossada constatou sinais de hanseníase avançada; todos tiveram seus reinados marcados pela doença. A lepra era tão temida que nem mesmo um rei poderia se esquivar dos estigmas trazidos pela doença.

As histórias ligadas ao imaginário da “lepra” provocaram interesse no campo do cinema. Segundo Castro (2017), o épico filme *Cruzada* (2005) abordou a figura de Balduíno IV, no filme *Coração Valente* (1995) Roberto I foi interpretado, na primeira versão do filme *Bem-hur* (1959) exibiu horror a “lepra” dos tempos bíblicos e a segregação dos doentes no “vale dos leprosos”, no filme *Papillon* (1973), o protagonista em fuga da prisão é acolhido em uma Colônia de “leprosos” (localizada na Colômbia, na ilha de Caño Del Ouro) e no filme *Diários de Motocicleta* (2004), o jovem médico Ernesto que se tornou anos depois o guerrilheiro Che Guevara passou meses no leprosário de San Pablo, Amazônia Peruana, cuidando dos doentes.

Na Idade Média foram realizados isolamentos dos pacientes em leprosários; muitos deles administrados por obras de caridade. Alguns dos leprosários famosos e duradouros foram: Kalaupapa (Hawaii), Chacachacare (Trinidad), The Basin (Victoria) e Spinalonga (Creta). Diversos sanatórios localizavam-se em ilhas para facilitar a segregação dos enfermos. (LIMA, 1946).

A doença não foi encontrada entre os índios e povos tradicionais residentes no Brasil. A hanseníase foi difundida no país a partir da chegada dos portugueses. As primeiras informações sobre os focos da doença no Brasil, segundo Lima (1946), foram fornecidas por pesquisas realizadas na então Capitania de São Paulo, em 1820, pelo Visconde de Oeynhausén. Foi evidenciada a ocorrência de muitos casos de hanseníase em pessoas da mesma família, mostrando que focos familiares seriam “verdadeiros ninhos da doença”. Em decorrência, a vigilância e acompanhamentos dos casos se tornaram cotidianos.

A partir do final do século XIX, as legislações brasileiras passaram a

contemplar as questões de saúde como um problema de ordem social, que deveriam sofrer a interferência do governo para a sua resolução. Para tanto, foram criados os Conselhos, Inspetorias, Diretorias e Serviços de Saúde Pública, que tinham a incumbência de fazer recomendações, regulamentos e ordens, além de promover a vigilância sanitária e manter um serviço de notificações e de estatística, iniciando-se assim as primeiras políticas de Saúde Pública no Brasil. (CAMPOS e FLORES, 2012).

As primeiras medidas para o isolamento compulsório para a hanseníase no Brasil foram realizadas através de decretos e portarias, destaque para o decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923, que aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde. A partir desta data se iniciaram os projetos para a construção de sanatórios públicos para o isolamento de doentes. O então Sanatório São Francisco de Assis, inaugurado em 1943, passa a ser o quarto Sanatório de Minas Gerais, se integrando ao Departamento Nacional de Combate a Lepra.

Os sanatórios eram projetados para serem autossustentáveis em sua estrutura física, médica e social. Existiam moradias coletivas e individuais, unidades de saúde para cuidados de curta duração e prolongados, áreas de recreação, locais de produção alimentícia, serrarias, carpintarias, olarias, serviço de transporte, serviço de guarda, serviço de limpeza e serviços administrativos. Tirando a função médica hospitalar, os outros serviços eram feitos pelos próprios internos. Era uma forma de dar ocupação às pessoas que estavam confinadas naquela pequena cidade; a laborterapia¹³, termo utilizado hoje, era a base de funcionamento dessas estruturas.

2.3 A estrutura física do Sanatório São Francisco de Assis

O Sanatório São Francisco de Assis foi construindo em um terreno com altitude média em torno de 655 metros, o local possui clima ameno com variações de temperatura nas estações de inverno e verão, na maior parte do ano gira em torno de 20° graus. O relevo do local é levemente acidentado, com a presença de alguns morros e depressões às margens dos córregos e outros cursos de água. A

¹³ Método de tratamento por meio da realização de trabalhos manuais, ou outros, de acordo com a capacidade e a preferência dos doentes. Para o funcionamento dos Sanatórios, era necessário que os próprios internos ocupassem as vagas de trabalho existentes. (Monteiro, 1998)

unidade foi planejada no estilo “cidade jardim”, com canteiros centrais nas principais ruas e jardins no entorno dos prédios.

A estrutura original era um conjunto arquitetônico bem planejado, logo na entrada se destaca o prédio da unidade hospitalar ainda presente na atualidade; um edifício amplo com 3.600m² construído em 2 pavimentos, antigamente seu amplo espaço foi dividido para abrigar 2 enfermarias masculinas no térreo e 2 enfermarias femininas no pavimento superior, centro de tratamento intensivo, consultórios médicos, local para guarda de prontuários, escritórios, sala de dentista, sala de curativos, farmácia e rouparia. O prédio é provido de corredores internos e externos em seus dois pavimentos.

Em seu projeto inicial o Sanatório São Francisco de Assis era composto por 24 pavilhões e 10 casas geminadas. Essa estrutura, somada às enfermarias do hospital, teria a capacidade de abrigar cerca de 1.500 “pacientes”. A estrutura física original da unidade ainda era composta por necrotério, cemitério, intendência (era o prédio de acolhida), cozinha, refeitório, lavanderia, pocilga e 8 guaritas de segurança para evitar fugas.

Antigamente o Sanatório não possuía água encanada, a luz era proveniente de usinas e geradores próprios, para comunicação existia apenas o telefone da administração, o qual os doentes não podiam utilizar. Os acessos para chegar ao Sanatório eram por estradas de terra, o transporte era feito em cavalos e carro de boi, porém, o principal meio para se chegar ao local era a linha férrea; existia uma bifurcação a cerca de 1 km do Sanatório, o vagão específico para transportar os doentes era muito bem caracterizado, levando escrito “Moléstias Contagiosas”; ao chegar na bifurcação era desacoplado ou acoplado na estação “leprosário”.

Os sanatórios para o isolamento compulsório seguiam uma regra geral, uma mesma estrutura e distribuição dos locais, inclusive com separação “sadios” e “doentes”. No Sanatório São Francisco de Assis a parte dos “sadios” e “doentes” era dividida por um bosque de eucaliptos. A zona “sadia” fazia parte da estrutura necessária para o funcionamento das unidades e eram planejadas, construídas e administradas por religiosos, procedentes principalmente da Itália.

Imagem 1- Vagão para transporte de pacientes



Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa – CSSFA

2.4 Presenças italianas marcante à Comunidade

Ao se pesquisar a história da Comunidade São Francisco de Assis duas personalidades ganham destaque, irmã Carmela e padre Mário Gerlin. Ambos de origem italiana. Padre Mário faleceu em 1992, em Belo Horizonte, e seus restos mortais estão enterrados no cemitério da Comunidade. Irmã Carmela ainda morava, até a realização dessa pesquisa, na unidade; sendo continuadora da obra social iniciada por padre Mário, os ex-internos, moradores e funcionários são unânimes em afirmar: “a história da Comunidade São Francisco de Assis pode ser dividida entre antes e depois de Padre Mário”. Tanto o padre como a irmã são personagens marcantes na história da CSFA, que não poderiam ficar fora do registro dessa investigação.

Imagem 2 - No alto irmã Carmela, padre Mário e religiosas



Fonte - Núcleo de Ensino e Pesquisa – CSSFA

Giovanni di Pietro di Bernardone, mais conhecido como São Francisco de Assis, nome que leva a unidade de análise, nasceu em 5 de Julho de 1182 na cidade de Assis, Itália. Depois de uma juventude de muitas festas e riqueza, voltou-se para uma vida religiosa de completa pobreza, se tornando um frade católico. Um dia, passeando a cavalo pelas campinas de Assis, Bernardone viu um “leproso”, que sempre lhe parecera um ser horripilante, repugnante à vista e ao olfato, cuja presença sempre lhe havia causado nojo. Mas, então, como que movido por uma força superior, apeou do cavalo e ofereceu dinheiro e deu ao “leproso” um beijo de amizade, tal fato marca na história como a conversão de Francisco, que depois dedicou boa parte de sua vida a caridade e ao cuidado dos doentes de “lepra”. O nome e a missão da unidade lembram a vida de São Francisco de Assis. (MAIA, 2014)

Assim como o referido santo, padre Mário não era um cristão assíduo, pelo contrário era um ateu radical que se converteu em cristão autêntico. Gerlin (1982) escreveu o livro “O Senhor Prefeito se fez Padre, a serviço dos últimos dos últimos”. Essa autobiografia conta a história de Mario Gerlin, que nasceu em 1919, em Pieve de Soligo, Itália. Gerlin teve que abandonar os estudos para servir seu país como tenente de infantaria no exército italiano durante 5 anos na Segunda Guerra Mundial. Com o fim da guerra voltou para casa em 1946 para cuidar de seus pais envelhecidos e 3 irmãos que tinham suas pernas paralisadas por uma doença; tamanho era seu carma pessoal que dizia não acreditar em Deus, pois Deus “trouxe desgraça na sua vida”.

Mario Gerlin se tornou prefeito de sua cidade natal em 1960 e desempenhou 2 mandatos consecutivos. Em 1965 Gerlin começou estudar teologia na Pontifícia Universidade Católica de Milão, com grande motivação na busca de sua fé pessoal, e em 1969, por indicação do Bispo e amigo Dom Albini Lucianini (Papa João Paulo I em 1978), o prefeito Mário Gerlin renúncia ao cargo e se tornou padre Mário Gerlin aos 50 anos de idade. Em 1970 padre Mário é enviado em missão para Burundi na África Central, chegando ao local, pela primeira vez, se encontrou com pessoas sequeladas pela hanseníase; teve um “chamado pessoal” a partir desse encontro e dedicou toda a sua vida a causa; Gerlin enxergava nessas pessoas a imagem do próprio Cristo sofredor. (GERLIN, 1982)

Findados a missão no continente africano, padre Mário foi enviado em missão para o Brasil; chegou em solo brasileiro em março de 1974, se tornando o primeiro

capelão da Colônia de Marituba, no Pará, localizada na região metropolitana de Belém, onde permaneceu até dezembro de 1976. Em janeiro de 1977 veio a Minas Gerais expressar seu desejo de trabalhar com as pessoas com hanseníase. Em encontro com Dr. Paulo Cerqueira, na sede da Fundação Estadual de Assistência Leprocomial – FEAL, o médico contou sobre o Sanatório São Francisco de Assis, instituição carente de recursos materiais e humanos, que despertou o interesse do pároco, onde fixou moradia até à sua morte.

Imagem 3- Padre Mário, em visita às enfermarias na década de 1970



Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa – CSSFA

Padre Mário no tempo em que viveu no Sanatório São Francisco de Assis não foi apenas um líder espiritual, foi um líder político em prol dos que ali viviam. Com campanhas de arrecadação de recurso na Itália padre Mário conseguiu reformar o complexo hospitalar, pavilhões, e construir novos prédios. Com apoio financeiro internacional construiu a sapataria ortopédica para a fabricação de calçados adaptados, implantou serviços de fisioterapia, radiologia, oftalmologia e psicologia, equipou o laboratório e aumentou o número de leitos da unidade. Apesar das grandes obras físicas, padre Mário é lembrado como sendo o que iniciou o processo de abertura do Sanatório, ele que serviu na guerra se autodenominava como um combatente do preconceito e estigma. (GERLIN, 1982)

Padre Mário fazia palestras sobre a hanseníase, incentivando grupos a visitarem o Sanatório, e levando pacientes para dar depoimentos. Na década de

1980, conseguiu trazer para o Sanatório todos os filhos dos internos que moravam nas creches para o convívio com seus pais, encerrando assim um ciclo de separação e enchendo o Sanatório de crianças. Com os novos moradores e a necessidade escolar, ele conseguiu a doação de um micro ônibus, vindo da Itália, para fazer o transporte das crianças para as escolas de Bambuí. Em 1º de fevereiro de 1982 fundou no SSFA o Centro de Educação Infantil Madre Carmela para suprir a necessidade existente naquela época.

Padre Mário faleceu em 27 de fevereiro de 1993 e foi enterrado no cemitério da comunidade, seu túmulo ainda hoje é objeto de veneração e oração dos moradores do local.

Irmã Carmela chegou ao Sanatório São Francisco de Assis, dois meses após a chegada de Padre Mário, vinda do hospital “Santa Clara”, de Belo Horizonte, onde exercia a função de madre superiora. Com formação em enfermagem, e aliada ao padre, transformou a rotina dos pacientes, dedicando-se a integração social e religiosa. Irmã Carmela continuou a obra social iniciada por Padre Mário até 2017 quando veio a falecer.

Imagem 4: Irmã Carmela e funcionários da CSSFA



Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa – CSSFA

2.5 A Comunidade São Francisco de Assis

A Comunidade São Francisco de Assis tem cerca de 700 moradores, sendo 80 remanescentes do período de isolamento compulsório, 1943 a 1986; os outros, em sua grande maioria, são filhos, netos, bisnetos ou familiares que de alguma forma têm ligação com alguém que foi isolado compulsoriamente pela hanseníase. Os moradores recebem da unidade água e luz em suas residências sem nenhum custo. A comunidade é ligada à cidade de Bambuí por uma via com asfalto precário, existe uma linha de ônibus que faz o trajeto entre a Comunidade até a cidade de Bambuí. O hospital que era exclusivo dos internos, desde o ano de 2000 funciona como hospital geral estadual, atendendo a cidade de Bambuí e municípios vizinhos.

Imagem 5- Hospital geral estadual



Fonte: Foto do autor

A CSFA, além da área central original da época de sua inauguração, ainda possui duas vilas em seu entorno, Vila da Pedreira e Vila Nova; apenas as ruas em torno do hospital são calçadas de pedra, as outras são de terra batida. No período da seca a poeira é constante e no período chuvoso o barro é um desafio em algumas áreas da Comunidade. Existem hoje mais de 100 residências construídas em alvenaria, os quintais são grandes, alguns moradores cultivam jardins, hortas, possuem árvores frutíferas, criam galinhas e outros animais domésticos. As 10

casas geminadas construídas na época da inauguração estão em perfeito estado de conservação e com moradores.

Imagem 6- Rua principal da Vila Nova



Fonte: Foto do autor

Imagem 7- Pavilhão 24 em ruínas



Fonte: Foto do autor

Dos 24 pavilhões construídos na época da inauguração, o pavilhão 1 se transformou no centro infantil Irmã Carmela; o 2 e 3 na escola municipal de tempo

integral, que oferece formação até o nono ano; os pavilhões 4, 7,9,10,15,17,19, 20 e 24 estão desativados; alguns mais conservados, outros em ruínas; o 5 e 6 funcionam como almoxarifado; os pavilhões 8,11 e 21 possuem moradores, o 12 é o das mulheres e o 16 dos homens; esses concentram pessoas que necessitam um grau de atenção maior por causa das sequelas deixadas pela doença, seriam no passado as antigas enfermarias. No pavilhão 18 funciona a sala de costuras, oficina mantida pelas irmãs e os pavilhões 22 e 23 foram demolidos.

Os pavilhões 13 e 14 passaram por uma grande reforma, esse acontecimento é descrito por diferentes moradores com grande alegria e entusiasmo, as pessoas identificam a reforma como a “obra da irmã”, por ser a responsável pela doação de recursos da Itália.

Imagem 8 – Pavilhões 13 e 14 em reforma



Fonte: Foto do autor

Na CSFA não existem indústrias, o complexo hospitalar, creche e as escolas geram diferentes postos de trabalho fixos que são ocupados por moradores e pessoas da cidade de Bambuí e região. Além disso, existe o serviço médico, enfermagem, farmácia, psicologia, serviço social, administração, contabilidade, serviço administrativo, empregados da construção civil, serviços de cozinha e de limpeza.

Existe uma boa circulação de renda na Comunidade, além do trabalho daqueles em vida produtiva; as pessoas que foram internadas compulsoriamente recebem pelo menos dois diferentes rendimentos mensais, os que foram funcionários públicos estaduais recebem três rendimentos. Existem algumas formas de complementação de renda como a agricultura, criação de animais, artesanato, bordados, crochês e oficina de costura. Essas atividades são desenvolvidas na CSFA, seja para complementar renda ou para distração.

Existe um mercado na comunidade onde é possível encontrar produtos essenciais para alimentação e limpeza. Os moradores não possuem o título de propriedade de suas casas, todo o terreno está em nome da Fundação Hospitalar do Estado Minas Gerais – Fhemig. Aqueles moradores que são remanescentes do internamento compulsório recebem por parte do Estado alimentos para consumo, etapa cozida que seria três refeições ao dia prontas ou etapa crua que seria os alimentos para cozinhar; no capítulo etnográfico vamos retomar o assunto.

A vida dos moradores da CSFA é típica de cidades do interior, todos se conhecem; existe uma relação social forte dentro da comunidade, diariamente as pessoas visitam umas as outras e trocam favores e gentilezas: um bolo, biscoito, verduras, uma carona à cidade, tudo é compartilhado e faz parte do dia a dia.

Imagem 9- Moradores conversando na CSFA



Fonte: Foto do autor

Hoje a unidade não é referência para o tratamento da hanseníase, a doença pode ser tratada em qualquer cidade nos serviços de atenção básica. A mudança do tratamento da hanseníase realizado nos antigos sanatórios para as unidades básicas de saúde teve seu marco na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986; nessa ocasião ficou acertado que os locais que ainda não funcionavam como hospitais gerais deveriam assim se transformar.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a qual reconheceu a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, em conformidade com a liberdade de ir e vir e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS pela lei 8.080/90, as ações voltadas para o tratamento da hanseníase foram concentradas nas unidades básicas de saúde.

Não existe registro de quantas pessoas foram isoladas compulsoriamente pela hanseníase no Brasil. Apesar de ser uma doença milenar, hoje ainda é um grave problema de saúde pública no território nacional. Nos últimos 10 anos, mais de 300 mil pessoas ficaram doentes de hanseníase; o país é o único do mundo que não conseguiu eliminar a doença, ou seja, nos parâmetros da Organização Mundial de Saúde – OMS, eliminar a doença é ter menos de 10 casos para cada 100 mil habitantes; a média do Brasil nesses últimos dez anos é mais de 15 casos para cada 100 mil habitantes.

No próximo capítulo trataremos da internação compulsória e sua relação com a legislação que dita a mesma medida para os usuários de crack no presente.

3 - A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO MEDIDA DE SAÚDE

O início da internação compulsória no Brasil aconteceu com a hospitalização forçada dos doentes de lepra, tuberculose e sofrimento mental. Surgiram então os primeiros projetos de construção de leprosários, asilos e colônias agrícolas públicos e gratuitos, com o objetivo de retirar da sociedade os portadores da “lepra” nosso tema de estudo, começando assim uma forte política de segregação por meio da internação compulsória daqueles que sofriam deste mal.

Para compreender as justificativas da internação compulsória, necessário se faz o resgate sobre as instituições de controle total e seus reais objetivos. Foucault [1975] (1994) descreve sobre as formas impostas pelo Estado nas práticas de condutas consideradas como criminosas. Utiliza como objeto de estudo o período compreendido entre a Idade Média até os modelos franceses punitivos de seu tempo. O autor explica que as punições eram primeiramente impostas pelo suplício, barbárie e crueldade sobre os corpos dos condenados. Eram realizadas em praças públicas como forma de demonstrar o poder do Estado sobre as pessoas.

Com o passar do tempo, já no início do século XVIII, as penas começam a ser substituídas pelos modelos de prisões, tal fato não se justifica pela piedade ou humanização, mas pela vontade da burguesia em zelar por sua propriedade privada, deixando os contraventores das normas trancafiados em prisões, protegendo assim seus patrimônios.

Conforme descreve Foucault (1994), no início da migração das penas de suplício para as prisões, os responsáveis em realizar as reformas eram contra as prisões, os mesmos afirmavam que essas instituições seriam escolas de repetição da criminalidade conjugadas com o desenvolvimento da pobreza e miséria dos familiares dos presos, fazendo com que o problema se tornasse um círculo sem fim, aumentando os índices da desigualdade social, reincidência no crime, gravidade dos delitos e população carcerária.

Os reformadores da época acreditavam que trabalhos forçados em obras públicas seria a melhor forma de punir aqueles que não respeitassem os pactos sociais. Foucault (1994) utilizou-se de um vasto material de análise: processos da Idade Média, plantas de prisões e acampamentos militares para demonstrar como suas ideias sobre o chamado modelo de prisão perfeita deveria ser desenvolvido para melhorar a facilidade de controle sobre os condenados.

A lógica do poder descrita por Foucault (1994) parte do entendimento entre opressores ou aqueles que exercem o poder e oprimidos aqueles que sofrem ou recebem a coerção. Aqui se faz necessário entender os conceitos do autor de “poder disciplinar” e de “sociedade disciplinar”, a fim de compreender o chamado modelo de cidadão ou o cidadão perfeito para a sociedade: manso, produtivo e consumidor.

O poder disciplinar, segundo Foucault (1994), emerge nas instituições e possui quatro pilares: tempo, espaço, vigilância e saber. Está a serviço da fabricação do indivíduo, que desde pequeno é condicionado a se portar perante a sociedade. O autor afirma que a primeira instituição responsável por esse condicionamento é a família, seguida das escolas, as religiões e a polícia que juntas são responsáveis pela sociedade disciplinar que transita para a sociedade de controle, pois, de um modo, essas instituições acabam tendo um controle sobre as pessoas, já que as vidas destas são regidas por tais instituições.

Para Foucault (1994), presídios são exemplos para aqueles que desviarem do conjunto dessas instituições sociais quase que naturais esses locais seriam a última forma para as pessoas se adequarem para pertencerem à sociedade. As instituições totais vão exercer, mais uma vez, o poder disciplinar falho nas instituições “naturais”, para condicionar os sujeitos a se enquadrarem na sociedade disciplinar, realimentando sempre o círculo do desvio.

A família é o primeiro mecanismo de controle na vida do ser humano, levando em conta o processo de introduzir pensamentos, assim logo na primeira infância o indivíduo já é disciplinado. Segundo Foucault (1994) a escola se caracteriza como uma instituição de sequestro, confinando as pessoas em local e tempo determinados. Essa instituição adentra as crianças desde cedo, com sistemas de recompensa e punição, visando estabelecer uma normatização com objetivos de criar sujeitos controlados e sujeitados a serem mansos e úteis.

Foucault (1994) descreve a religião como um micro-poder que ajuda a manter o cidadão “domesticado”, independente da vertente religiosa, o domínio que é exercido sobre aqueles que seguem determinada crença é forte e quase sempre rege sua moral. A religião merece destaque nessa escala de domesticação do sujeito. A Igreja Católica assumiu o primeiro posto na escala histórica de poder. Na Idade Média, a instituição dominava fortemente grande parte da Europa e do mundo, as ordens dos líderes religiosos, exerciam um grau maior de poder do que as ordens dos próprios governantes. As doutrinas da Igreja eram consideradas leis, pessoas

consideradas hereges eram julgadas e condenadas, sofriam a punição máxima da fogueira com aceitação popular. As pessoas acreditavam não haver outra verdade se não aquela proferida pelos religiosos.

Analisando essa teoria do poder descrita por Foucault, é possível entender o papel das instituições que promoveram e ainda hoje promovem a internação compulsória. Sempre que a construção do chamado “cidadão modelo” falhar pelas instituições família, escola, religião e polícia, sendo identificado por rótulos e estigmas, se faz necessário então, outras formas de intervenção estatal, a fim de enquadrar novamente o desviante para a vida em sociedade. Essa tentativa é feita por meio das instituições totais, que promovem a internação compulsória, que figura em suas bases a tentativa de reprodução dos quatro pilares responsáveis pelo condicionamento dos sujeitos: o poder da família, escola, religião e polícia, este último exercido de forma mais constante.

No caso da internação compulsória da hanseníase, a teoria de Foucault foi exemplificada na prática. Quando as pessoas eram diagnosticadas com a doença, o poder estatal executava a política segregacionista, confinando os doentes nos antigos sanatórios. No presente, o rótulo de usuário de crack, pode ser compreendido, na teoria de Foucault, como uma falha das instituições “naturais”, assim, a instituição total e o poder de polícia estatal são justificados como forma de “tratamento”.

Segundo Monteiro (1998), quando determinadas minorias incomodam o poder estatal, a teoria sanitária eugenista pode servir de base para entender a justificativa da necessidade de segregação de grupos inteiros. No Brasil, o século XX se iniciou com graves problemas na saúde, tais como: epidemias de febre amarela, varíola, cólera, malária, peste bubônica e tuberculose. A hanseníase era endêmica na maioria das regiões brasileiras, se alastrava de forma progressiva e estava fora de controle.

Os eugenistas conforme Monteiro (1998) defendiam a limpeza social das cidades, confinando todos aqueles que se julgava que não estariam aptos ao convívio social, essa teoria influenciou legisladores, economistas, executivos e cidadãos comuns. A teoria eugenista foi justificativa para execução da política pública no Brasil, de internação compulsória como medida de saúde para o controle da hanseníase, tuberculose e sofrimento mental. Na atualidade, a teoria eugenista,

é interpretada como forma de justificativa da necessidade de internamento compulsório para dependentes químicos, neste estudo, usuários de crack.

A manutenção da internação compulsória das pessoas diagnosticadas com hanseníase, após o descobrimento e utilização de tratamento adequado para o controle da doença, é o exemplo em que as ideias eugenistas eram absolutas, conseguiam aprovação estatal e social para a exclusão de uma minoria do cenário urbano, retirando os pacientes do convívio social e os confinando em instituições totais, criadas com esse objetivo.

Em 1903, no Rio de Janeiro, então capital do Brasil, o Presidente Rodrigues Alves nomeia o Dr. Oswaldo Cruz como diretor geral de saúde pública para desenvolver um programa nacional visando o controle epidemiológico para algumas doenças da época. Dr. Oswaldo Cruz é convidado a ser diretor técnico do Instituto Soroterápico de Manguinhos, com o objetivo de produzir vacinas para imunizar a população. Os doentes de males contagiosos, como febre amarela, varíola e peste bubônica, foram obrigados a permanecer em quarentena, como forma de controle dessas doenças. Surge nesse período os primeiros projetos públicos para construção de sanatórios para o confinamento dos doentes de hanseníase.

Quando Oswaldo Cruz assumiu a então Diretoria Geral de Saúde Pública, a hanseníase passou a ter maior atenção do poder público e a fazer parte dos programas governamentais de combate às doenças transmissíveis. Como nos mostra Monteiro (1998), as políticas de controle da “lepra” no Brasil surgem nessa época e tinham como finalidade a segregação dos doentes, pois a doença não era vista apenas como uma enfermidade grave, mas como uma espécie de condenação divina. Assim, em 1904, entrava em vigor o Regulamento Sanitário da União, determinando que a hanseníase, além de ser uma doença de notificação compulsória, aqueles que fossem diagnosticados com a doença ficariam sob o domínio do poder público.

Conforme Gomide (1991), o poder público acionou seus mecanismos de controle e se utilizou de todas as formas possíveis para identificar, no seio da sociedade, aqueles que eram considerados portadores da doença a fim de isolá-los, retirando os do convívio social.

Os eugenistas entendiam a vida como resultado de leis biológicas. Os médicos e sanitaristas acreditavam ser hereditárias muitas das moléstias comuns entre os pobres, tais como tuberculose, sífilis, “lepra”, alcoolismo e doenças mentais.

Essas ideias geravam medo e decadência social, pois de acordo com suas perspectivas os eugenistas afirmavam que os genes determinavam o caráter do indivíduo e não o meio social no qual o mesmo habitava. Os portadores de moléstias figuravam como indesejáveis, sendo assim, retirados do cenário urbano e colocados em instituições fechadas.

Observa-se que os fundamentos da teoria eugenista podem ser identificados na atualidade. Em nome do “tratamento” de dependentes químicos, projetos de lei já foram apresentados no Congresso Nacional, destaque ao que foi apresentado pelo então Senador Demóstenes Torres (DEM-GO), Projeto de Lei 111/10 — “Internação compulsória” — que propõe alteração da Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006 — Lei de Drogas— para incluir no ordenamento jurídico brasileiro a pena de detenção para condutas relacionadas ao consumo pessoal de droga e a sua substituição por tratamento especializado, além de outras providências. O projeto prevê punição para aquele que guardar, comprar ou estiver em posse de drogas, mesmo que para uso próprio, com pena de seis meses a um ano de prisão, tal pena seria “paga” nas instituições totais de internação compulsória que seriam criadas para esse fim. (BRASIL, 2010)

Passadas mais de três décadas do fim do internamento compulsório para tratamento da hanseníase e dez anos da indenização pecuniária paga pelo Estado a todos que foram vítimas dessa política pública no Brasil, por meio da Lei 11.520/07, cresce no sentido contrário dos reconhecimentos do próprio Estado, a quantidade de internações compulsórias para usuários dependentes do crack e aumenta nacionalmente a mobilização política sanitária para a regulamentação de medidas massificadas para se promover a internação compulsória para os usuários de crack.

Cabe salientar que as novas tentativas de promover a internação compulsória massificada se fazem via justiça, destaque para a cidade de São Paulo a qual vamos aprofundar mais a frente. A judicialização da questão tem pelo menos duas consequências: a primeira e direta, o aumento do número de pessoas internadas compulsoriamente. A segunda, indireta, necessita atenção, com o aumento da judicialização da questão, em um futuro próximo, poderá ser a justificativa necessária para que os legisladores aprovem matérias de internação compulsória. O argumento seria simples e convincente: elevado número de casos judiciais de internação compulsória e a necessidade de “desafogar” a justiça.

As internações compulsórias são direcionadas as camadas empobrecidas de uma sociedade. O próximo tópico, compreenderá marginalidade, estigma e identidade, relacionando essas teorias as temáticas hanseníase e crack.

3.1 Marginalidade, Estigma e Identidade

Existem algumas definições para o conceito de marginal, à margem de algum ponto pode ser uma, como exemplo um rio, avenida ou rua. No campo jurídico, estar à margem é relativo a indivíduos que estão no limite da lei. Ou seja, é uma posição que está relacionada a um modelo social predominante. Wacquant (2007) propõe modos distintos de compreender o que ele denomina de “marginalidade avançada”, como sendo as novas formas de exclusão social de determinados grupos em cidades do “Primeiro Mundo”. Em consequência das formas de crescimento desiguais e desarticulados das sociedades e economias ocidentais, os grupos excluídos ou à margem são, em geral, estigmatizados.

A política de internação compulsória que foi executada para o controle da hanseníase é fruto dessas formas de exclusão social. As pessoas eram isoladas nos antigos sanatórios para “tratamento”. O Sanatório São Francisco de Assis foi até o ano de 1986, um desses locais destinados ao que o autor classifica como “marginalidade avançada”, estigmatizando socialmente os diagnosticados com hanseníase, obrigando a viverem confinados nas dependências da instituição.

Goffman [1891] (2008) explica que o termo estigma fora criado pelos gregos como forma de identificar algum sinal corporal, classificado como algo de extraordinário ou mal a respeito do status moral de quem os tinham, esses sinais eram marcas feitas com fogo no corpo das pessoas para que a sociedade pudesse identificar um escravo, criminoso ou traidor. São atributos socialmente construídos, explica Goffman (2008): a sociedade é quem constrói os atributos considerados naturais ou comuns para categorizar os indivíduos, segundo o autor, como possuidores de uma “identidade social real”.

Avançando na categorização sobre o estigma, Goffman (2008) ressalta que ao encontro de uma pessoa estranha, a tendência é classificá-la como uma espécie menos desejável. Goffman (2008) exemplifica tomando como referência algumas variáveis: pessoas consideradas com defeitos, alguma fraqueza, desvantagem ou mesmo uma pessoa considerada pela sociedade como maldosa. Segundo o autor

existe uma discrepância entre a “identidade social virtual” e a “identidade social real”. A primeira é conceituada como algo que está em nós, mas, em um plano não concreto. Nesse caso, existem as impressões que os outros formam, ou têm de uma pessoa, que pode se manifestar quando se conhece, ou antes disso, tendo suas bases naquilo que esperam de alguém.

Já a “identidade social real”, se caracteriza pela interação do sujeito com outras pessoas e, na maioria das vezes, vai conduzir a maneira como a sociedade responde ao indivíduo. É o que em geral se percebe do outro e, com isso, forma um modelo baseado nos parâmetros sociais. Em seus ensinamentos, Goffman (2008 p.13) afirma que “o termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo”, que pode ser apresentado em três aspectos diferentes:

“Em primeiro lugar, há as abominações do corpo- as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família ” (Goffman,2008, p.14)

Dentre suas reflexões, Goffman (2008) nos mostra que indivíduos estigmatizados podem, como forma de resposta indireta à sua condição, fazer um grande esforço individual para o desenvolvimento de outras atividades consideradas inadequadas para os mesmos. Ilustra tais situações “pelo aleijado que aprende ou reaprende a nadar, montar, jogar tênis ou pilotar aviões, ou pelo cego que se torna perito em esqui ou em escalar montanhas”. Nesse sentido, Goffman (2008) afirma que a pessoa com um atributo considerado vergonhoso rompe com a sua realidade tentando interpretações variadas de sua identidade social.

Goffman (2008 p.20) afirma que: “ a criatura estigmatizada usará, provavelmente, o seu estigma para ganhos secundários”, ou seja, o estigmatizado pode ver as privações que sofreu como uma benção secreta, especialmente devido à crença de que o sofrimento muito pode ensinar a uma pessoa sobre a vida e sobre as outras pessoas. O autor afirma que pessoas com um grau avançado de sequelas físicas se adaptam e possuem grande êxito na confecção de artesanatos,

esculturas, pinturas, desenvolvem habilidade com variados instrumentos musicais e podem praticar esportes imagináveis.

Pela pesquisa de campo na Comunidade São Francisco de Assis, foram identificados relatos sobre o “bate gato”¹⁴ como sendo uma das únicas formas de se conseguir dinheiro externo das possíveis atividades e negócios que eram realizados dentro do sanatório. Os relatos exemplificam o que Goffman descreve como ganho secundário.

O “bate gato” também pode ser interpretado, pela teoria antropológica de Mauss [1925] (2003) que explicita sobre as características das formas arcaicas do contrato e de diversos sistemas de trocas ditas econômicas, cujo princípio comum que regula tais trocas: a obrigação de dar, receber e retribuir. Desde as formas arcaicas da troca, mas também observável nas sociedades ocidentais, por meio da troca coletiva de presentes, configura um sistema de dádivas estabelecido entre coletividades, e não entre indivíduos.

Mauss (2003) mostra que tais relações de troca carregam consigo uma dimensão moral que confere sentido às relações sociais. As trocas cerimoniais que compõem os sistemas da dádiva não são meras trocas de presentes, mas prestações e contraprestações a serviço de novas alianças e do fortalecimento das antigas. Sua finalidade última é a comunhão entre as partes, sendo o mercado apenas um de seus momentos, em função de extrapolarem a esfera econômica, apresentando-se como materialização da vida social em suas variadas dimensões.

Segundo o autor, as coisas possuem uma substância moral própria, alma ligada à matéria espiritual do doador, que tende a retornar ao seu antigo dono que, ao doá-la, também se doa. As noções de honra e prestígio perpassam a economia da dádiva, sendo essenciais para garantir a circularidade e reversibilidade das trocas. Ao realizar uma prestação, o grupo doador ocupa momentaneamente uma posição superior em relação ao donatário, cumprindo a primeira obrigação de dádiva e estabelecendo uma dívida. Visando inverter ou restabelecer hierarquias entre os grupos, o donatário deve oferecer uma contraprestação superior ou equivalente ao que foi recebido, cumprindo a obrigação de retribuir.

¹⁴ Bate gato é a expressão dada pelos moradores de São Francisco de Assis para descrever uma prática exercida pelos internos quando o local era fechado. Escreviam cartas pedindo “esmola” para os “pobres doentes de lepra”. As cartas eram escritas pelos moradores e enviadas para endereços que se retiravam nos programas de rádio ou através de catálogos que eram comercializados dentro da colônia ou simplesmente dados aos internos por algum parente ou amigo.

Bittencourt e colaboradores (2010) abordaram em seus estudos sobre a hanseníase e em especial com pessoas curadas ou em tratamento da doença suas percepções sociais e sua relação com o estigma. Seu estudo compara as percepções atuais em que existe tratamento e diagnósticos precoces e aquelas vivenciadas em períodos passados quando existiam leprosários. Trata-se de um estudo qualitativo com o objetivo de analisar valores, aspirações, crenças e atitudes, nas relações psicossociais dos observados.

Em suas conclusões, os autores ressaltam que existem dois tipos de portadores de estigma: aquele no qual o estigma não é visível e as informações podem ser ocultadas e o indivíduo visivelmente estigmatizado, nesse caso se expõe às tensões geradas durante os encontros sociais. Os relacionamentos difíceis com os familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho puderam ser observados em portadores de hanseníase, com sequelas visíveis decorrentes da doença e dos tratamentos inadequados feitos por muitas décadas.

Os autores observaram que um fator que contribuiu para a diminuição do estigma foi a troca do nome lepra por hanseníase no Brasil em 1995¹⁵. Esse foi o fato positivo que protegem segundo os autores, gerações futuras no combate ao estigma e o preconceito. Ainda assim existe uma associação da hanseníase com uma doença suja e de amaldiçoados, o que gera medo nas pessoas, falta de interesse em deter informação sobre a forma de transmissão e o tratamento.

Baialardi (2007) em seus estudos com um grupo de indivíduos portadores da hanseníase afirma que a doença traz as marcas do preconceito, da discriminação e exclusão social, desde o seu surgimento. Segundo o autor, o estigma é um fenômeno real que afeta a vida dos indivíduos nos seus aspectos físico psicológico, social e econômico, e representa um conjunto de fatores como crenças, medos, preconceitos e sentimentos de exclusão que atinge os portadores da doença. O estigma, juntamente com o preconceito, ainda permanece no imaginário da

¹⁵ A lei 9.010 de 29 de março de 1995 dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências, uso da terminologia oficial substituindo os termos: Lepra por Hanseníase, Leproso por Doente de Hanseníase, Hansenologia por Leprologia, Leprologista por Hansenologista, Leprótico por Hansênico, Lepróide por Hansenóide, Lépride por Hansênide, Leproma por Hansenoma, Lepra Lepromotosa por Hanseníase Virchoviana, Lepra Tuberculóide por Hanseníase Tuberculóide, Lepra Dimorfa por Hanseníase Dimorfa, Lepra Indeterminada por Hanseníase Indeterminada, Lepromina por Antígeno de Mitsuda e Leprosário, Leprocômio por Hospital de Dermatologia.

sociedade, o que causa sofrimento psíquico, com sérios prejuízos, tanto na vida profissional quanto na vida social.

Um importante tema trabalhado por Wacquant (2007) alude para a estigmatização de locais físicos, que foram utilizados na marginalização de pessoas ou grupos, geralmente pela associação à pobreza e pertencimento étnico, resultando na desqualificação do indivíduo e a restrição de sua aceitação pelos demais. Tal situação pode ser uma justificativa e dar azo a operações de “renovação urbana” para readequar o espaço ao interesse do mercado.

Exemplifica o autor: “enormes refuerzos de musculosos policías, busca esencialmente expulsar y dispersar a los drogados, *squatters*, desocupados y otros desechos locales a fin de reinsertar a esse barrio em el mercado inmobiliario de la ciudad” (WACQUANT, 2007, p. 278). A teoria trazida pelo autor nos remete às operações policiais nos grandes centros metropolitanos especificamente nas chamadas “cracolândias”, locais onde se consome e vende drogas, a “renovação urbana” apresentada como necessário para a defesa de diversos interesses sobre tudo pelas questões econômicas e de mercado.

A “marginalidade avançada”, abordada por Wacquant (2007), afetará a identidade dos referidos grupos, na medida em que promoverá elementos de distinção social e produzirá diferenças que podem ser consideradas “depreciativas”. No caso da internação compulsória por causa da hanseníase e pela dependência do crack, os sujeitos passam a ser rotulados e reconhecidos como “hansenianos” e “crackeiros”, o que anula a identidade individual e reforça a identidade social e o seu pertencimento a grupos estigmatizados.

Woodward (2000), em seu texto sobre a identidade e a diferença, aborda que a identidade é relacional, pois depende de algo externo para sua existência, de “uma identidade que ela não é” ou a oposição que fornece elementos para que exista, assim, em sua leitura, a identidade é marcada pela diferença. A pessoa forma como referência aquilo que o outro entende como vantagem e superioridade ou negatividade para se conhecer e reconhecer os estranhos, os “outros”.

A identidade é externada através de símbolos, comportamentos, linguagem, pertencimento, entre outras coisas, que as pessoas usam e que funcionam como expressão de significados, de modo que a identidade é tanto simbólica quanto social. “A luta de afirmação de identidade causa consequências inerentes às

relações sociais das mais relevantes, logo é um aspecto comum o conflito entre grupos”. (WOODWARD, 2000, p 10).

Dentro do Sanatório São Francisco de Assis os internos eram chamados “doentes” e se agrupavam em espaços distintos. Alguns grupos como os de homens e mulheres que estavam separados e de pessoas solteiras em geral, eram classificados socialmente como “perigosos”, eram vistos como potenciais destruidores de família, arruaceiros e não frequentavam os mesmos locais de recreação na instituição.

Essa distinção de espaços dentro do sanatório, pode ser compreendido por Velho (1981) em seus estudos sobre identidades sociais marcadas por categorizações desabonadoras, passam por processos de estigmatização, coloca que as pessoas pertencem a grupos socialmente minoritários em “posição social inferior”. Afirma Velho (1981, p. 124) que tais pessoas são constantemente apontadas pelos demais como responsáveis pelos problemas cotidianos a sua volta e se tornam alvo de “cruzadas moralistas”, preconceito e discriminação, podendo mesmo chegar a casos de agressividade e hostilidade, o que inevitavelmente influi no prestígio social.

Os moradores da CSFA relatam que muitas vezes foram hostilizados pelos moradores da cidade de Bambuí. Eram discriminados pelo simples fato de passarem nas ruas ou quando precisavam utilizar um serviço público na cidade.

Fortes (2013) em seus estudos sobre o conceito de identidade, comenta a importância de se estudar a identidade nas sociedades contemporâneas, como resultado da globalização e de outros fenômenos do mundo atual. De forma geral a identidade pode ser entendida como uma resposta, já que é socialmente construída e pode ser expressada por símbolos. A autora explica que classificamos o mundo social entre “nós” e “eles”, pelo ponto de vista da identidade.

Os sistemas classificatórios, segundo Fortes (2013), aplicam o princípio da diferença, essa, por sua vez, é marcada por sistemas simbólicos de representação e das formas de exclusão social. A afirmação da identidade se baseia em fatos históricos que retratam o presente mais do que o passado, a formação das identidades são moldadas dentro de contextos, em diferentes locais, espaços e tempos.

Os movimentos sociais são protagonistas na construção social das identidades, já que têm atuado em uma política de identidade não essencialista. “A

política de identidade concentra-se em afirmar a identidade cultural das pessoas que pertencem a um determinado grupo oprimido ou marginalizado”, celebrando singularidades e tornando aparente ao público a opressão particular sofrida (WOODWARD, 2000, f. 12:34). O que se mostra premente, na medida em que locais segregados são marcados como sendo responsáveis por todos os males urbanos da época, “lugares a evitar, temer y despreciar”.

Afirma Wacquant (2007) que a estigmatização está acompanhada de uma redução do sentimento de identificação a determinado grupo, salvo para aqueles que consideram que a identificação é uma forma de resistência, o que resulta na exacerbação de tal apego.

Ao se falar de movimentos sociais ligados as questões oriundas da perda de identidades na hanseníase, destaca-se no Brasil o Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas Pela Hanseníase – MORHAN. O movimento nasceu no mesmo espaço e tempo dos grandes movimentos sociais e sindicais do Brasil, com sede no ABC paulista, no dia 06 de Junho de 1981. Semelhantes a esses movimentos, o Morhan nasceu ousado, pois se propôs a ser uma entidade especificamente do excluído com o objetivo de combater o preconceito sobre aqueles que eram portadores da doença, seus familiares e simpatizantes da causa.

O Morhan tem o reconhecimento internacional, como sendo o primeiro movimento da história mundial da hanseníase, organizado pelo próprio doente, nasceu em nível nacional e logo expandiu seus núcleos em todas as regiões do país. Seu objetivo inicial era de reintegrar os ex-portadores de hanseníase com o mundo fora das colônias e levar a sociedade a reconhecer os ex-portadores da hanseníase como cidadãos que podiam conviver normalmente com outros grupos sociais, sem oferecer nenhum tipo de perigo. A filosofia do movimento se representa na seguinte afirmativa: hanseníase tem cura, preconceito também.

Em seus estudos sobre quem precisa de identidade, Hall (2000) comenta a explosão discursiva sobre o conceito de identidade, entre as varias formas do pensamento, existe uma convergência na crítica sobre a ideia de uma identidade integral, originária e unificada. O autor afirma que as identidades são construídas por meio da diferença. A identidade pode ser compreendida como ponto de encontro, entre os discursos e as práticas para que possamos assumir nosso lugar. Sendo assim: *“As identidades são, pois, pontos de apego temporário às posições de sujeito que as práticas discursivas constroem para nós,”* (HALL, 2000, p. 112).

Quando se analisam os movimentos sociais que trabalham a questão do crack não é possível identificar grandes organizações que assumem e discutem essa temática. Partindo do princípio de que o crack é uma substância que tem sua comercialização proibida, a criminalização do usuário como um transgressor da regra é o debate ético e moral que se sobrepõe a qualquer outra tentativa de organização e reflexão sobre o tema. A dificuldade de mobilização de usuários e simpatizantes do tema, torna difícil a execução, pela ilicitude da questão. A organização de pessoas apoiadoras sociais da causa do crack se dão, principalmente, quando existe a possibilidade de medidas arbitrárias e violadoras de direitos, praticadas principalmente pelo Estado.

O Morhan, assim como outros movimentos sociais, tem especial relevância, pois atua em contato direto com o grupo de interesse e questiona o caráter fixo da identidade, para tanto, recruta sujeitos utilizando como mecanismo a construção de objetivos coletivos, transformados em lutas para que se conquistem direitos ou melhorias, seja pelo apelo das causas reivindicatórias ou pela resistência ao dar visibilidade debatendo direitos que não tenham sido reconhecidos.

Deste modo, salientam as diferenças destes grupos marginalizados e propõem uma alternativa à opressão generalizada sofrida. Essa alternativa acaba por construir identidades coletivas, um dos materiais publicitários do Morhan traz o slogan: “O Morhan é minha identidade”.

Importante antropólogo brasileiro, Roberto DaMatta (1986) explica os elementos formadores da identidade nacional. A sociedade brasileira é caracterizada por pessoas que seguem certos valores adquiridos em determinados tempos e situações, assim, as ações humanas são julgadas por um padrão pessoal de valores. O autor cita o exemplo do carnaval, onde podemos ser “malandros” e exercer toda a nossa marginalidade sem sermos criminosos, uma vez que a folia tem hora para começar e acabar.

DaMatta (1986) explica que a identidade é um dos debates mais apaixonantes das Ciências Humanas, que leva os homens a se distinguir dos animais pela possibilidade de se identificar. O autor que comenta a importância da “identidade social”, o conhecer a si mesmo pelos outros, deixou os livros filosóficos para seguir o caminho antropológicamente orientado, afim de desvendar como são construídas as identidades. A construção de uma identidade social, assim como a construção de uma sociedade, é feita de afirmativas e negativas:

“Tome uma lista de tudo o que você considera importante – leis, ideias relativas a família, casamento e sexualidade, dinheiro poder político, religião e moralidade, artes, comida e prazer em geral – e com ela você poderá saber quem é quem. Não é de outro modo que se realizam as pesquisas antropológicas e sociológicas. Descobrimo como as pessoas se posicionam e atualizam as “coisas” dessa lista, você fará um “inventário” de identidades sociais e de sociedades. Isso lhe permitirá descobrir o estilo e o “jeito” de cada sistema. Ou, como se diz em linguagem antropológica, a cultura ou ideologia de cada sociedade.” (DaMatta,1986, p.14)

A construção social da identidade de determinadas minorias leva a estigmatização territorial coletiva. É necessário compreender essa questão no sentido de alertar os governos sobre os efeitos reais e nocivos, uma vez que deixam seus moradores à margem de políticas públicas, ao invés de incluir os moradores na elaboração de estratégias políticas. Tal situação põe em questão o exercício da cidadania, dado aos obstáculos impostos ao acesso de bens e serviços distribuídos em nome da coletividade. (WACQUANT 2007).

Como as sociedades são marcadas pelas desigualdades, uma das possíveis explicações ao sofrimento social se dá pelas religiões. Essas criam uma zona de convergência dos seres humanos a Deus, representados pelo sofrimento, caridade e purificação. DaMatta (1986) explica que a religião seria um modo de permitir uma relação entre deuses, homens e seres vivos. Essa relação é responsável por explicar as desigualdades sociais, ricos e pobres, doentes e sadios e sóbrios e bêbados, como sendo parte do nosso mundo social. As formas de se falar com os deuses podem ser solitárias ou coletivas:

“As formas individuais, por sua vez, seriam normalmente as mais fracas, embora a fé, a esperança e a caridade de cada um sejam também elementos importantes no atendimento de suas súplicas e preces. Do mesmo modo, as súplicas acompanhadas de objetos, na forma de promessas, oferendas e sacrifícios, são naturalmente mais fortes que um simples pedido verbal, pois que elas implicam um ato de cometimento muito mais denso e dramático, às vezes exigindo o gasto de parcelas de dinheiro que são críticas em termo da economia doméstica. Além disso, a promessa é um pacto que obriga os dois lados a alguma ação positiva no sentido de resolver o problema apresentado. Se eu, assim, peço uma graça e logo em seguida me sacrifico com a oferta de algo preciso para o santo (ou santa) de minha devoção, a lógica social faz com que ele (ou ela) também se obrigue a resolver meu problema, atendendo cortesmente a minha súplica.” (DaMatta, 1986, p.81)

Compreender as relações entre o sagrado e o profano se faz necessário para se compreender uma das lógicas das instituições de “tratamento”, seja nos antigos

sanatórios de hanseníase, como será aprofundado no capítulo cinco, seja nas comunidades terapêuticas de tratamento para o crack. Nesse sentido, DaMatta (1986) comenta que o milagre é umas das formas mais populares e politizadas, socialmente aceitas, do comportamento religioso. O milagre seria a prova vitoriosa de um ciclo de troca entre pessoas e entidades sobrenaturais, simbolizados pela cura de uma determinada doença por exemplo.

As colônias para tratamento da hanseníase e os territórios onde são apontados como sendo locais de uso de crack são territórios estigmatizados e não são objetos de políticas públicas que levem em conta seu universo específico, na maioria das vezes, ao contrário, o que pode-se observar são medidas governamentais que reforçam a estigmatização territorial. Nessa perspectiva, aponta os ocupantes dos territórios como desviantes e os locais como os sanatórios e cracolândias como territórios estigmatizados e seus grupos sociais classificados como desviantes.

3.2 O ser desviante

Goldwasser (1981) em seus estudos sobre a estigmatização numa instituição total demonstra que a noção de “desvio social” é a somatória das classificações socialmente construídas dos “desviantes” e “normais” dentro do que a autora chama de um sistema de “oposições sociais”, as quais se faz classificar os grupos entre rotulados e estigmatizados. No estudo em questão, a autora fez uma etnografia em um abrigo feminino na cidade do Rio de Janeiro em 1972, ressalta que as mulheres atendidas pela referida instituição eram tratadas como “prostitutas” e todas as formas de trabalho da instituição eram pautadas e orientadas pela “recuperação de prostitutas”, fazendo com que qualquer mulher que ali necessitasse de acolhimento, independente de suas trajetórias, ao adentrar a instituição já era vista pela sociedade como “desviante”, sendo rotulada como prostituta, como se essa categoria fosse uma patologia a qual seja possível e necessário medidas de recuperação.

Segundo Becker [1963] (2008), todos os grupos sociais são impositores de regras. São as regras sociais que definem os tipos de comportamento apropriado especificando algumas ações como certas e proibindo outras como erradas. Quando

uma pessoa infringe a regra é encarada como **outsider**, mas em um segundo termo aquele que infringe a regra pode pensar que seus juízes são outsiders.

As regras podem ter força de lei ou tradição. Ao depender da proximidade do ato que infringiu uma regra A ou B, aplicamos a tolerância para o caso concreto. Nos extremos, alguns desviantes (homossexuais e viciados em drogas são bons exemplos) desenvolvem ideologias complexas para o convencimento que estão certos e por que os que desaprovam e punem estão errados. Importante ressaltar que as leis e a tradição não são perpétuas, variam de tempos em tempos e podem ser aceitas ou não dentro de determinadas culturas ou espaços sociais, construídos por diversos grupos. É bom lembrar que tudo que hoje é socialmente ou legalmente “proibido”, já pode ter sido “permitido” e poderá ser aceito no futuro, dependendo da adequação da lei ou das regras sociais construídas.

Podemos afirmar que no caso da hanseníase estamos tratando de um caso típico da tradição. As pessoas ainda na Idade Média, na Europa, eram obrigadas a ficarem isoladas do convívio social, mesmo sem uma legislação que as obrigassem. No Brasil, apesar de existirem dezenas de locais do Estado que promoviam a internação compulsória, a legislação nacional surgiu apenas em 1949, através da lei 610 que será analisada no quarto capítulo dessa dissertação.

Segundo Becker (2008), o comportamento desviante das pessoas também pode ser analisado observando as orientações políticas dos grupos sociais de que fazem parte. Ignorar o aspecto político do fenômeno limita essa compreensão, pode-se citar que facções (dentro de áreas de conflitos, favelas ou aglomerados) não têm uma opinião coesa, discordam e manobram para ter em suas próprias definições do grupo, que pode ser ou não aceitos.

Outra concepção sociológica identifica o desvio como falha em obedecer a regras do grupo. É preciso que se considere as ambiguidades, é comum uma pessoa infringir as regras de um grupo pelo próprio fato de ater-se às regras de outro, no caso da hanseníase, ser portador da doença era considerado um ser desviante pelo julgamento do grupo, assim como ser usuário de crack.

Segundo Becker (2008), o desvio e as reações das pessoas que compõem o grupo define o que de fato é a transgressão de uma regra geralmente aceita. Grupos sociais criam as regras cuja infração constitui desvio, e, ao aplicar essas regras às pessoas que não as cumprem são consideradas como outsiders, os desvios ainda criam um papel importante, reforçam e esclarecem as regras. Becker (2008) explica

que é importante destacar que o grau em que o fato será tratado como desviante depende também de quem o comete e de quem se sente prejudicado. Para ilustrar, o autor faz a comparação de crimes que envolvem pessoas negras e brancas, mostrando como nesses casos o negro tende a ser punido com muito mais facilidade, pois pertence ao grupo social já classificado como potencial desviante.

As regras sociais, descritas por Becker (2008), são criações de grupos sociais específicos que classificam como desviantes, tomando como referência os comportamentos “normais”. É importante destacar que uma pessoa pode sentir que está sendo julgada segundo normas que não reconhece por não ter contribuído na construção e não se sente transgressor da mesma. Existe também aquele cidadão que está cometendo um desvio e tenta justificá-lo sob o argumento de não conhecer a regra.

O direito brasileiro anula a possibilidade de justificação do não conhecimento da regra, o decreto Lei 4.657 de 1942 tem em seu art. 3º o texto “Ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece”. Existe, além dos grupos sociais, o processo político e econômico pelo qual as regras podem ser criadas e impostas, pelos mais velhos para os jovens, assim como os homens fazem as regras para as mulheres ou os brancos fazem para os negros. Os grupos cuja posição social se sobrepõe por alguma forma de dominação é o fato que os credencia para impor suas regras.

Ao estudar a história da hanseníase em Minas Gerais é possível apontar a existência de divisão social promovida pelo dinheiro. Além das instituições nas cidades de Betim, Três Corações, Bambuí e Ubá, existia uma instituição na cidade de Sabará com o nome de Cristiano Machado. Este local era destinado às pessoas que poderiam colaborar mensalmente com uma quantia de dinheiro para a instituição que prestaria um serviço de melhor qualidade e garantiria um ocultamento maior das identidades individuais, entre os moradores das outras colônias, Cristiano Machado era chamada de “Colônia dos Ricos”.

3.3 A construção do ser marginal na hanseníase

Podemos listar uma infinidade de grupos que se enquadram nos “campos marginais”, vamos nos limitar a um que compõe o fenômeno urbano da marginalidade no passado e nos dias atuais. Considerando os autores aqui apresentados, pode-se dizer que as pessoas que foram acometidas pela hanseníase são consideradas desviantes das normativas sociais que tem a tradição de reconhecer o “sadio” como normal. Vamos buscar compreender seus estigmas, rótulos e outras formas de exclusão e barreiras sociais impostas a estes.

Medeiros (2015) nos chama atenção para um estudo sobre a beleza como forma de se enquadrar dentro dos chamados padrões sociais, o belo é o oposto do feio, padrão que leva a ser aceito ou não nos chamados grupos sociais. A beleza é tida como o passaporte para o reconhecimento social, seja através de uma relação amorosa, profissional ou mesmo como auto declaração de saúde, importante destacar que estes padrões não são fixos, sofrem variações com o decorrer dos anos:

“Até o século VI a.C, o bonito era baseado nas ciências exatas e era apresentado em formas simétricas e proporcionais que inspiravam a ordem, a harmonia e a maneira de compreensão do mundo, ou seja, pela perfeição das medidas [...] No período do Renascimento, o belo era representado pelas formas roliças com ombros largos, buscando proeminente e os quadris dilatados e arredondados, significando a volúpia, a nobreza e a ostentação alimentícia, a que poucos tinham acesso [...] No Modernismo, a beleza adquire feição geométrica, e as formas tinham um aspecto descontínuo e fragmentado, com caráter provocativo e desafiante... Por fim, na contemporaneidade, o belo está diretamente relacionado com a figura jovem, de corpo magro, e com a expressão de alegria inabalável, quase mecânica dando a impressão de felicidade”. (Medeiros, 2015 p. 3)

A beleza corporal como parâmetro é um ótimo exemplo para se discutir a marginalidade na hanseníase. Internados em sanatórios que ficaram com sequelas físicas ou imaginárias, oriundas do diagnóstico da doença se sentem fora dos padrões. A beleza socialmente construída através da grande mídia estampada nos programas de televisão e capas de revista acaba sendo a forma de enquadramento da sociedade no que tange o corpo perfeito, beleza ou sonho de consumo.

Medeiros (2013) nos mostra que ao discutir a doença, pesquisadores e profissionais de saúde ressaltam o estigma. Como afirma Goffman apud Medeiros (2013) “o estigma é uma realidade, um tipo especial entre o atributo e o estereótipo”,

como dito, se torna uma marca visível que revela um comportamento que determinada sociedade classifica como desviante, ou seja, fora de seus padrões. Compreendendo a classificação do estigmatizado, classificado também por Goffman como “portador da marca”, “o indivíduo estigmatizado é facilmente reconhecido e não deve ser aceito, nem merecer respeito de seus pares, pois é um sujeito desqualificado e desonrado socialmente”. (MEDEIROS, 2015, p. 3)

Compreendendo três fatores trazidos por Medeiros (2013) para se caracterizar o indivíduo como estigmatizado, a autora nos explica que pode se considerar aquele indivíduo que apresenta sequelas instaladas de maneira mais visível em seus corpos como nas mãos, pés e face, causam repulsa aos olhos de quem os vê. O segundo fator é compreendido como aquele indivíduo que apresenta alterações em seu caráter e moral, não podendo gerir seus próprios bens, seja por falta de credibilidade de seus pares ou por ser socialmente considerado deficiente mental e louco. O terceiro ponto de classificação do estigmatizado é aquele que é rotulado contrário às características do grupo hegemônico de uma sociedade específica. Segundo a autora, na hanseníase existe uma combinação dos três fatores:

“Ou seja, os sinais da doença se manifestam no corpo por meio de manchas na pele e das deformidades, especialmente nas mãos e nos pés, decorrentes da insensibilidade provocada pela própria enfermidade. Em razão do perigo de transmissão, o doente de hanseníase foi, durante muitos anos, segregados em “leprosários” ou sanatórios, onde eram vigiados e não tinham acesso aos bens e serviços da comunidade como qualquer outro cidadão. Como hanseniano, dependia de um elemento intermediário para receber seu benefício previdenciário, fazer transações bancárias etc. Além disso, historicamente, o portador de hanseníase era considerado pecador ou merecedor de uma enfermidade estigmatizante e, por isso, deveria ser punido.” (Medeiros, 2013, p.4)

Importante destacar que por décadas a única forma de tratamento da hanseníase era a institucionalização dos doentes, afastando-os do convívio social por meio da internação compulsória, além disso, em outros períodos da história, aqueles que eram diagnosticados com a doença eram imediatamente afastados do trabalho e aposentados, muitas dessas aposentadorias eram justificadas pela perda da sensibilidade nas extremidades como mãos e pés, essa condição fazia com que as pessoas se mutilassem em suas atividades, mas a grande maioria era afastada do trabalho apenas pelo medo e discriminação ligadas a doença. Os rótulos

oriundos desse período ainda estão presentes nos dias de hoje ainda que não é mais feito internações e o tratamento promova efeitos eficazes.

Atualmente, ainda que possa considerar os avanços científicos e tratamento disponível, existem diagnósticos tardios, ou seja, as pessoas chegam aos serviços de saúde com um grau de incapacidade que inviabiliza recolocação no mercado de trabalho. De toda forma, mesmo aquelas pessoas que não possuem sequelas visíveis, têm dificuldades de permanecer no trabalho, devido ao medo de ser “descoberto” como doente e, em decorrência, passa por sofrimento psíquico igual ou pior ao sofrimento físico causado pela patologia em si em um estágio mais avançado da doença.

Segundo afirma Goffman (2008), estigma tem sua origem na construção social dos significados gerados na interação entre os membros de uma determinada sociedade. Essa sociedade recomenda como as pessoas devem ser, pensar o mundo e a si mesmo e torna esse parâmetro algo natural, como um mapa que direciona a vida das pessoas.

Continuando a entender sobre o estigma nos portadores de hanseníase, Medeiros (2013) explica que a doença se manifesta na pele, justamente no externo do corpo, que faz intermediação entre a intimidade de uma pessoa com a outra. A pele fornece o contato do indivíduo com o mundo. É por ela que se manifesta o sistema tátil e sua variedade de sentidos como a suavidade, hostilidade e o amor.

A pele com hanseníase não pode ser considerada como íntegra pois possui uma mancha que atua no portador daquela marca, fazendo que o mesmo se sinta ameaçado por se tornar poluído e também poluidor, a consequência é o seu afastamento do outro e das relações sociais por temer a exclusão ao mesmo tempo que se sente excluído da sociedade, já que as pessoas se afastam dos portadores dessa marca por medo do contágio.

Ainda sobre a importância da pele, Lyon (2015) explica que a pele é o maior órgão do nosso corpo, responsável por 15% do peso corporal, nesse sentido, a autora afirma que as doenças na pele provocam sentimentos de inferioridade e depressão levando a dificuldade de auto aceitação e afetando a vida física e psicológica, alterando as relações cotidianas como trabalho, lazer ou estudos, pois o constrangimento que se manifesta através de uma marca, altera diretamente as relações sociais.

Considerando Lyon (2015) a imagem corporal está direcionada a qualidade de vida. A aparência geral da imagem dos corpos tem influência psicológica e física que age de forma negativa diretamente sobre as pessoas, mesmo que essas percepções possam ou não corresponder à realidade.

O corpo é elemento de construção das identidades individuais, Medeiros (2015) afirma que o corpo que não goza das boas formas socialmente construídas, mesmo que artificialmente por meio das maquiagens ou tintura nos cabelos, inspira a imagem negativa, feia, descuidada, deprimida, símbolo da falência moral e social, podendo ser considerados como estigmatizados. A beleza construída socialmente, cada vez mais se torna objeto de conquista, como forma de prazer, de desejo ou mesmo pela vontade de se conquistar um troféu a ser exibido, um bonito corpo socialmente aceito e dentro das regras sociais. Vale ressaltar que esse “troféu” não é sinônimo de qualidade de vida ou mesmo de uma boa saúde.

Conforme Medeiros (2013) a característica marcante da hanseníase é a alteração da pele pela perda de sensibilidade, esse fato contribui para que a doença seja visualizada como punitiva, ao deixar o seu portador com suas marcas, causando sofrimento prolongado sem levar à morte, que poderia situá-lo no lugar de vítima, mas, vivo ele é portador de um mal de perigo, que deve ser considerado subordinado e marginalizado.

O que causa repulsa, medo e estigma na hanseníase não é a possibilidade de contágio pelo bacilo de Hansen, mas sim a possibilidade de ser identificado com manchas e deformidades visíveis aos olhos de terceiros. Essas marcas, também conhecidas como sequelas, modificam a integridade física e expõem a doença. Por essa razão, esse grupo social se defende por agrupamento à categoria de doentes ou pela omissão do diagnóstico.

Compreender os estigmas na hanseníase, segundo Medeiros (2013), é compreender que a doença é um problema de natureza moral, socialmente construído por décadas, fato esse que desestabiliza seus portadores impedindo a cura e o não alcance das metas de eliminação da doença estabelecidas pelos órgãos oficiais da saúde.

3.4 A marginalidade adquirida pelos usuários de crack

Com o objetivo de exemplificar grupos aos quais se enquadram, segundo os autores aqui apresentados, como marginalizados, vamos tratar dos usuários de drogas ilícitas, especificamente do crack. Importante destacar que tal fenômeno é um dos grandes debates urbanos da atualidade, através da exposição midiática das chamadas “cracolândias”.

Qualquer cidadão no território brasileiro, independente da classe social, no momento que é apontado como pessoa que faz o uso do crack desperta no imaginário coletivo a imagem de uma pessoa suja, mal vestida, que oferece perigo através da violência, facilmente apontado e identificado como maltrapilho perambulante mal cheiroso e que causa repulsa.

Segundo Medeiros (2010) a conotação sensacionalista, moralista, jurídica ou biomédica do assunto, faz com que se imagine que o uso do crack atue negativamente no indivíduo, de modo que, ao se fazer o uso da substância, o “cidadão” perde, no mesmo instante, a capacidade de responder por si, deixando seu corpo subordinado à pedra de crack e essa, por sua vez, é capaz de aniquilar, além do usuário, as pessoas de seu ambiente como por exemplo familiares, amigos ou quem faça parte das relações sociais. A autora completa afirmando que situações de desestrutura familiar acontecem neste contexto, mas o apelo midiático por demonstrar apenas as tragédias ligadas ao uso do crack faz com que se tenha uma visão cada vez mais apelativa da situação:

“A intenção dessas notícias parece ser de estabelecer e legitimar uma relação direta com a demonização da substância e de localizar e culpabilizar o indivíduo, concentrando, assim, a atenção da sociedade nesse “problema social” e, ao mesmo tempo, desviando-a dos debates sobre a dimensão estrutural socioeconômica, política, jurídica, clínica e cultural nas quais o crack e outras drogas estão implicados. Em contrapartida, a sociedade não é motivada e nem é convidada a entender os processos do uso da droga (em diversos sentidos), a natureza do consumo, as características dos consumidores, o contexto sócio-histórico em que surgem determinadas drogas e a magnitude do consumo, do comércio e de suas conseqüências, o que reforça o lugar do crack de bode expiatório, especialmente nas grandes cidades”. (MEDEIROS, 2010 p. 166)

Considerando o crack como a droga da atualidade, podemos pensar o contexto capitalista da sociedade de consumo, gerando uma cadeia comercial completa, desde os grandes traficantes, os “empresários do crack”, donos de boca,

os “gerentes”, vendedores, aviõezinhos e consumidores de variadas classes sociais. Neste contexto, de acordo com Medeiros (2010), o comércio dessas substâncias favorece as populações que vivem na periferia das cidades. A combinação dinheiro rápido e comércio gera renda e faz com que várias famílias garantam seu sustento oriundo desse comércio ilícito que se mostra coerente com a proposta da sociedade de consumo, quando observada a capacidade de unir dinheiro e consumo como combustíveis das sociedades contemporâneas.

Analisando as origens do crack, pode-se afirmar que fora concebido, dentro de um sistema proibicionista americano que tinha como objetivo dificultar o refino da pasta base de coca. Pela sociologia jurídica, é possível classificar o crack como um produto que se originou do efeito contrário à norma. Importante também destacar que somado a esse fator, o crack surgiu nos chamados guetos das periferias americanas, em áreas que já eram marginalizadas.

A marginalidade oriunda do crack é também percebida nas instituições que acolhem aqueles que necessitam de ajuda. Segundo Cetlin (2010) a etimologia da palavra “tratamento” vem de trato, pacto ou contrato, no meio jurídico, é possível classificar esses instrumentos como sendo fruto da vontade de pelo menos duas pessoas. O debate colocado é sobre a identidade dos sujeitos que necessitam ser tratados por causa do uso abusivo, se são doentes ou criminosos. Cetlin (2010) ensina que a medicalização e a criminalização do consumo de substâncias psicoativas pressupõe, dessa forma, a construção do usuário, ora como dependente ora como criminoso.

O uso e tratamento dos usuários de crack possuem uma carga de julgamentos construídos socialmente por décadas, nesse sentido, Medeiros (2010) nos mostra que as respostas institucionais à problemática das drogas nada mais é que a afirmação de todo o círculo da marginalidade:

“Os modelos institucionais mais recorrentes na sociedade brasileira são: o modelo médico, que trabalha com a lógica da centralidade no estudo de caso e na medicalização absoluta, no nível de internação para desintoxicação, na permanência diurna e ambulatorial; o modelo religioso, que defende o afastamento do usuário de seu cotidiano, geralmente pelo prazo de nove meses e prioriza a religiosidade e o trabalho; e o modelo jurídico, que atua com a lógica do delito e da penalização.

Todos os modelos enfocam o indivíduo e a substância que utilizada por ele e desconsideram o contexto em que a pessoa está inserida, seu estilo de vida, a significação e a ritualização do uso da droga.

No caso particular dos usuários de crack, os relatos proferidos privilegiam a substância como personagem demoníaco, que tem vida

própria, a uma espécie de “diabo fumado” que atua sobre o sujeito que, possuído, opera sobre regras e normas além de provocar ameaças à sociedade.

Ademais, as instituições apóiam-se nos paradigmas ideológicos imbuídos de interesse político, que subsidiam planejamento e ações visando méritos próprios. No caso dos centros de atenção ao usuários de drogas, a própria estrutura física revela o pouco caso com que se lida com essa população. Em sua maioria, as instituições são “ajeitadas” em prédios inacabados, descorados, decadentes, sucateados, abrochados nos corredores, com amontoados de papéis e de maquinário danificado e com poucos recursos materiais e humanos. ” (Medeiros,2010, p. 188 e 189)

A demonização dos usuários de crack é o passaporte favorável para que as comunidades terapêuticas busquem uma recuperação dos indivíduos pela fé. Por essa concepção religiosa, o uso de drogas se explica como uma falha espiritual, uma crise moral e de fé, entre o ser humano e Deus, manifestada pela transgressão das normas sociais ao usar a substância e alterar as características físicas naturais do próprio corpo.

Esse emaranhado de significados negativos, construídos socialmente ao decorrer dos anos, propicia a distorção dos fatos, a falta de um enfrentamento multidisciplinar impossibilita um diagnóstico real dos problemas gerados pelo crack. Ao se deparar com todo o círculo de marginalidade da substância desde seu surgimento, aquele cidadão que venha a ter contato com a droga passa por um processo, aos olhos de terceiros, conhecido como morte social; entra em cheque seu caráter, sua moral e seu grau de confiabilidade, o sujeito começa a ser violado com a perda de sua cidadania e seus direitos.

4- ENTENDENDO A COMPARAÇÃO DE DUAS LEGISLAÇÕES DISTINTAS

Vamos aprofundar os estudos sobre a internação compulsória enquanto política pública do passado e presente adotada por governos como medida de saúde. De modo a possibilitar a análise, foram eleitos dois objetos de estudo, tendo por recorte geográfico o Estado brasileiro e como recorte temporal a análise de uma lei revogada e suas consequências conhecidas e uma lei em pleno vigor.

A Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, revogada pela Lei nº 5.511, de 1968, que regulamentava a internação compulsória das pessoas atingidas pela hanseníase, e a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, em vigor, que dispõe sobre a internação compulsória de pessoas portadoras de transtornos mentais e dependentes químicos. Quanto aos dependentes químicos, interessa nesse estudo particular, os usuários de crack.

Para o desenvolvimento deste capítulo será utilizado o método comparativo¹⁶, intencionando examinar o conteúdo da lei de internação compulsória entre estes dois objetos de estudo, levando em conta que uma lei foi revogada, e a outra está em vigor. É importante a compreensão dos diferentes ordenamentos jurídicos para o entendimento do instituto da internação compulsória como política pública brasileira.

A comparação é entendida por Sartori (1994) como um método de controle das generalizações empreendidas, confrontando uma coisa com a outra. A análise comparativa vai além de uma técnica de pesquisa: “é um conjunto de estratégias de pesquisa que tem como objeto de análise contextos distintos com o fim de validar, rejeitar ou criar hipóteses, que podem estar no campo da pesquisa qualitativa ou quantitativa” (BOHN, 2005, p.62). É um campo de conhecimento decorrente de esforço analítico, de modo a “testar hipóteses, construir teorias e inferir causalidade”, identificando padrões e processos, atentando especialmente para as regularidades, pois a prioridade é dada à explicação das semelhanças (SANTOS e COUTINHO, 2002, p. 6/10).

É importante ressaltar que a comparação deve ser feita entre fenômenos comparáveis, sobretudo as suas propriedades comuns. Sendo que se dois objetos possuem todas as propriedades similares, não é necessário fazer análise, pois

¹⁶ Segundo Sartori (1994), o método comparativo pode ser definido como um caminho utilizado para descobrir a relação entre as variáveis.

representam a mesma entidade e o inverso também se aplica, pois dois objetos de todo diferente, torna inútil a comparação. Neste sentido, “las comparaciones que sensatamente nos interesan se llevan cabo entre entidades que poseen atributos en parte (similares) y en parte no compartidos (y declarados no comparables)” (SARTORI, 1994, p. 35).

Segundo Gonzales (2007) o método comparativo no campo das ciências sociais é aquele que analisa variações concomitantes, na medida em que se mostra desafiador os fenômenos sociais que tenham por semelhança ou diferença diferentes pontos. Por isso a escolha dos casos analisados consiste em estabelecer similaridades e diferenças. A seleção do objeto de análise deve se basear em variáveis independentes, ou seja, encontrar a característica ou propriedade determinante para a ocorrência do resultado, efeito ou consequência.

Antes de comparar as legislações, no próximo tópico vamos entender os aspectos que levam a criminalização dos doentes como justificativa de isolamento.

4.1 A criminalização dos doentes

Tomando como referência as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), tanto a hanseníase como a dependência química são consideradas doenças, sendo esta última inserida na categoria de transtorno mental. Até o ano de 1986 a internação compulsória vigorou para hanseníase, atualmente é considerada como possível procedimento médico para os usuários de crack, legitimando o poder médico sobre o destino dos “doentes”, conforme artigos 6º e 8º da Lei 10.216:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento. (Lei 10.216, 2001)

A diferença principal é que a lei direcionada às pessoas atingidas por hanseníase foi revogada e posteriormente declarada como um grave erro histórico (LARA, 2008). Na contra mão, a internação compulsória para o dependente químico está em vigor, regulada e implementada principalmente nas grandes capitais, destaque para os casos ocorridos na Cracolândia, em maio de 2017, na cidade de São Paulo, que será aprofundado mais à frente.

O debate sobre a internação compulsória torna-se pauta política, promovendo opiniões e campanhas midiáticas para fortalecimento dessa medida repressiva com o argumento de ser o usuário de crack um perigo social e ameaça à segurança da população. A grande crítica dessa massificação da informação, por parte do campo científico, é a falta de uma discussão de nível multidisciplinar que apontaria a questão como um problema contemporâneo ligado à vulnerabilidade social.

As manchetes de cunho sensacionalista são fundamentais para a criminalização dos usuários: *“Crack ajuda a elevar estatísticas de homicídios no país”*, (HERDY, 2011). *“Crack é droga que mata rapidamente,”* (MOTA, 2010). O enfrentamento repressivo como possível solução, desconsidera os princípios dos direitos humanos e garantias individuais, ao invés de solucionar o problema, o autoritarismo e a violência, usada nesses casos se tornam verdadeiras barbaridades violadoras de direitos, assistidas e transmitidas nos grandes centros urbanos.

A internação compulsória, embora seja apoiada no discurso de tratamento para diversas doenças, é conhecida historicamente como instrumento para lidar com minorias sociais que se tornam um problema a ser resolvido.

Com base no discurso de proteção da sociedade, criminalizando os doentes, foram construídos sanatórios, asilos, hospitais e colônias agrícolas. A política de internação compulsória cumpriu o objetivo de sanear as cidades, segregando os considerados inaptos do convívio social, que eram as pessoas portadoras da hanseníase, tuberculose, doentes mentais e mendigos, que também eram recolhidos e encaminhados às instituições de isolamento compulsório. (MONTEIRO, 1998).

No que se refere à hanseníase, nosso objeto de estudo, a Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, regulamentava a política pública em nível federal, autorizando a internação não só de portadores, mas também dos filhos e suspeitos doentes, conforme os artigos 1º, 15º, 16º e 17º, da referida lei:

Art. 1º A profilaxia da lepra será executada por meio das seguintes medidas gerais:

I - Descobrimiento de doentes por intermédio de:
b) exame obrigatório de todos os "contatos"; ou comunicantes e dos suspeitos ou "observados".

Art. 15. Todo recém-nascido, filho de doente de lepra, será compulsória e imediatamente afastado da convivência dos Pais.

Art. 16. Os filhos de pais leprosos e todos os menores que convivam com leprosos serão assistidos em meio familiar adequado ou em preventórios especiais.

Art. 17. Será exercida rigorosa vigilância sanitária sobre os doentes isolados em leprosários, os suspeitos e os que estiverem em observação, de modo que se torne fácil promover e fiscalizar o cumprimento das leis e regulamentas sanitários no tocante à lepra. (Lei 610,1949)

A lei que regulamentava a internação compulsória para hanseníase foi revogada em 1968, entretanto o isolamento compulsório continuou sendo aplicado pelos Estados federados até 1986. No estado de Goiás perdurou até 1990, o que demonstra seus objetivos enquanto política de segregação de minorias sociais (CAMPOS e FLORES, 2012). As colônias, em geral, foram construídas em locais afastados dos centros urbanos, com produção auto suficiente, caracterizando a segregação física, social, psicológica, histórica e geográfica.

Em 2006, através de pesquisas realizadas pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, ficou constatado que o isolamento resultou em danos psicossociais e físicos incorrigíveis (LARA, 2008), o que levou o Estado brasileiro a reconhecer tal política como equívoco e assinar a medida provisória MP 373, convertida na Lei 11.520, de 18 de Setembro de 2007, assegurando àqueles que foram internados compulsoriamente até o ano de 1986, para tratamento da hanseníase, como detentores do direito de indenização vitalícia. Cerca de 9 mil pessoas no Brasil foram indenizadas por causa do isolamento compulsório para tratamento da hanseníase.

Mesmo com o reconhecimento de erro e pagamento de indenizações, a política de internação compulsória se repete sendo uma crescente para os usuários de crack. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a dependência química é entendida como doença crônica, que atinge o sistema nervoso, com sérias consequências físicas e psicológicas. (BAZILLI, 1998).

Importante destacar que nem todos que fazem o uso de crack podem ser considerados dependentes químicos ou usuários problema. A minoria que, devido ao uso abusivo, necessitar de cuidados médicos, tem o direito e o Estado o dever de que as intervenções sejam feitas dentro da legalidade, respeitando os direitos e garantias constitucionais.

A criminalização através da internação compulsória dos usuários de crack, vem sendo cada vez mais implementada no Brasil. A justificativa não se baseia no

conjunto social e contemporâneo, nem dispõe de uma análise multidisciplinar, e sim na segregação de uma minoria vulnerável, especialmente que vive em situação de rua apoiada em ideias de criminalização.

Preocupados com as novas tendências mundiais de internamento compulsório para dependentes químicos, a Organização das Nações Unidas – ONU, alerta que os chamados centros de tratamento de drogas ou centros de reeducação através do trabalho podem se tornar locais para a prática da tortura e de maus-tratos, além de serem, em muitos casos, instituições controladas por forças militares ou paramilitares, forças policiais ou de segurança, ou ainda empresas privadas. (MENDÉZ, 2013)

O relator especial da ONU sobre a tortura, Juan. E. Méndez propôs um debate internacional sobre os abusos em cuidados de saúde que podem atravessar um limiar de maus-tratos e tortura. É comum a internação compulsória de usuários de drogas em supostos centros de reabilitação. Em alguns países, há relatos de que uma vasta gama de outros grupos marginalizados, incluindo crianças de rua, pessoas com deficiência psicossocial, profissionais do sexo, pessoas desabrigadas e pacientes com tuberculose, estejam detidos nesses centros. (MENDÉZ, 2013)

Segundo Mendéz (2013), cuidados médicos que causam grande sofrimento sem nenhuma razão justificável podem ser considerados tratamento inadequado e cruel, se há envolvimento do Estado e intenção específica, é caracterizado como tortura. O relatório analisa todas as formas de abuso rotulados de tratamento de saúde que tentam ter como premissa ou justificativa políticas de saúde. Ele também identifica o âmbito das obrigações do Estado de regular, controlar e fiscalizar as práticas de cuidados de saúde, com objetivo de prevenir maus-tratos sob qualquer pretexto, eliminando as políticas que promovem essas práticas e as lacunas existentes.

Tal política em muito se assemelha à internação das pessoas com hanseníase, sobretudo no que concerne à manutenção de políticas de isolamento, legislações repressivas, conservadoras e criminalização da pobreza.

4.2 Legislações de internação compulsória, hanseníase e crack

Em análise do conteúdo da Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949 e da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, encontramos algumas semelhanças. Primeiramente, ambas foram elaboradas pelo Congresso Nacional, com sanção presidencial, para regular uma política de saúde que propõe fornecer à população serviços médicos públicos.

As leis em análise apresentam como semelhança o sigilo das informações dos pacientes e do serviço prestado, auxílio médico permanente, esclarecimentos sobre a condição de saúde do paciente, realização frequente de exames e acompanhamento hospitalar. O serviço é prestado em estabelecimento hospitalar público e gratuito, no entanto, também pode contar com a parceria de instituições particulares, sob fiscalização do governo, que prestam serviços à população que detém recursos econômicos para custeá-los.

Em síntese, a internação compulsória em locais hospitalares foi, e continua sendo, medida de saúde utilizada pelos governos como forma de separar do convívio social os sujeitos acometidos por determinadas “doenças”. Importante destacar que a massificação dessas medidas é direcionada às camadas populares, uma vez que, é possível aos que possuem recursos financeiros, se utilizar de instituições privadas.

Para aclarar a comparação das medidas legais relacionadas ao tratamento da hanseníase e de dependência química, apresentamos o quadro 1 para melhor entendimento, sobre as semelhanças na legislação:

Quadro 1 – Semelhanças entre as duas legislações

SEMELHANÇAS	LEI Nº 610, DE 13 DE JANEIRO DE 1949	LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001
Sigilo	<p>§ 1º - O Serviço de Profilaxia da Lepra manterá sigilo sobre a internação do doente e a executará com a maior discrição possível.</p> <p>§ 3º- Será sempre conservado em sigilo o nome do notificante</p>	Art. 2º IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
Auxílio médico	§ 4º- O examinando terá direito de ser assistido por médico da sua confiança, durante os exames ou reexames a que for submetido.	Art. 2º V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
Local para a internação compulsória	<p>Art. 10º - O isolamento será feito:</p> <p>c) em leprosário;</p> <p>b) em domicílio.</p> <p>Art. 11º - O isolamento leprocomial será, por via de regra, feito em estabelecimentos oficiais dos tipos colônia ou sanitário, ou em estabelecimentos particulares de tipo sanatorial.</p> <p>§ 1º - Os sanatórios mantidos por particulares ficarão subordinados à fiscalização dos serviços oficiais de profilaxia da lepra.</p>	Art. 3º- É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental , assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.
Centralidade no poder executivo	Art. 32º - As medidas de combate à lepra serão postas em prática através de serviços centrais de direção, orientação e fiscalização aos quais ficarão subordinados os órgãos executivos, a fim de garantir a homogeneidade, continuidade e eficiência dos trabalhos.	Art. 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Fonte: Elaborado pelo autor

Em nossa análise, encontramos algumas diferenças entre as legislações que tiveram por fim formular e regular uma política pública de saúde. A ementa dos diplomas legais na Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949 tem por objetivo fixar normas para a profilaxia da “lepra”. Já a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 tem por finalidade a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

É possível, fazendo um recorte histórico perceber justificativas diferentes para a execução de ambas, sendo que a primeira apresenta uma proposta de exclusão e extermínio de uma doença e a segunda, a “integração” e “proteção” do sujeito.

Outra diferença consta na excepcionalidade da medida de internação compulsória. A Lei nº 610 tinha a internação involuntária como regra, sendo que foi legislada uma ampla rede de notificantes para que dessem notícias sobre supostos casos de doenças. A Lei nº 10.216 prevê a internação compulsória como medida excepcional, indicada apenas, e tão somente, quando recursos extra hospitalares não demonstrarem eficácia no tratamento.

A Lei nº 610 previa apenas a internação compulsória, mesmo que o doente se comprometesse se apresentar para o tratamento ambulatorial, apenas sairia do hospital após liberação médica, sendo desnecessário o consentimento do paciente. No entanto, importante frisar que o isolamento poderia ocorrer em ambiente doméstico ou em leprosários. A Lei nº 10.216, prevê a possibilidade de internação voluntária, involuntária e a compulsória, sendo que a voluntária exige o consentimento do paciente.

O tratamento fornecido pelo governo federal, público e gratuito, foi disciplinado de forma diferenciada nas leis ora examinadas. A Lei nº 610 dispunha sobre a alocação dos doentes em estabelecimentos oficiais gratuitos, ocorre que discorria sobre a possibilidade de alocações especiais para aquelas pessoas de melhor situação financeira, as acomodações eram especiais e o sigilo absoluto. Já a Lei nº 10.216 alude para a ausência de diferenciação decorrente de recursos econômicos. Na prática, existe uma disputa comercial entre as clínicas privadas para prestação de serviços e a celebração de convênios com entes públicos.

É possível apontar a diferença marcante entre ambas legislações o que se encontra subjacente é a consideração da pessoa como doente. A Lei nº 610, tratava os sujeitos como “suspeitos” e dispunha de uma ampla rede de notificantes e de vigilantes; as pessoas eram imediatamente separadas de seus familiares e de

toda convivência social e comunitária, dado ao perigo social que representavam aos demais cidadãos. Dessa forma, a lei foi criada para garantir o isolamento, segregação e exclusão.

Já a Lei nº 10.216 em seu conteúdo considera o sujeito como detentor de direitos. A internação somente é autorizada após processo de análise feita por profissional médico. Deve ser priorizado o convívio com a família e garantir a reinserção social. Por fim, a Lei nº 610 é uma lei revogada, ou seja, não possui mais eficácia na legislação brasileira. Noutro lastro, a Lei nº 10.216 está em vigor e tem servido de base para as grandes “operações” massificadas para a internação compulsória.

Outro ponto de comparação é o contágio da doença: a hanseníase é contagiosa e o isolamento foi justificado como forma de rompimento da rede de transmissão, isso situa o paciente no lugar de vítima, enquanto que a dependência química, especialmente o crack, transmite medo, terror à população, situando o sujeito no lugar de perigo social, imoral e provocador. A Lei nº 610, na prática, continuou sendo aplicada mesmo após a sua revogação, até o ano 1986. Abaixo, alguns dispositivos legais dão conta das diferenças encontradas entre as duas legislações:

Quadro 2 – Diferenças entre as duas legislações

DIFERENÇAS	LEI Nº 610, DE 13 DE JANEIRO DE 1949	LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001
Excepcionalidade da medida	Art. 8º - É também obrigatório o isolamento dos casos não lepromatosos, que, pelas condições e hábitos de vida do doente ou pela sua insubmissão às medidas sanitárias, constituam ameaça, a critério da autoridade sanitária, para a saúde da coletividade.	Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
Tipos de internação	Art. 7º - É obrigatório o isolamento dos casos contagiantes de lepra, compreendidos . a) todos os de lepra lepromatose; b) todos os não lepromatosos, que, em virtude dos exames clínicos e de laboratório e a juízo da autoridade sanitária, tornem provável a hipótese do contágio. Art. 9º Além desses, poderão também ser internados em leprosários, a juízo da autoridade sanitária, quaisquer casos quando os doentes não puderem obter os recursos necessários à própria subsistência, ou forem portadores de estigmas impressionantes de lepra.	I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Tratamento diferenciado a depender dos recursos econômicos	Art. 12º - Serão inteiramente gratuitos o tratamento e a manutenção dos doentes internados nos estabelecimentos oficiais. Parágrafo único. Nesses estabelecimentos poderá haver alojamentos especiais para doentes contribuintes, que ficarão, entretanto, sujeitos à disciplina e ao regime nêles em vigor.	Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.
Tratamento dado ao doente	Art. 4º - Todo caso "suspeito" de lepra, até completa elucidação diagnóstica, deverá submeter-se a exames periódicos, de preferência nos dispensários do serviço oficial de profilaxia da lepra, e com os intervalos fixados pela autoridade sanitária.	II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
Rede de notificantes	Art. 5º - É obrigatória a notificação dos casos confirmados ou suspeitos de lepra.	Art. 8º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
Convivência familiar	Art. 15º - Todo recém-nascido, filho de doente de lepra, será compulsória e imediatamente afastado da convivência dos Pais. Art. 16º - Os filhos de pais leprosos e todos os menores que convivam com leprosos serão assistidos em meio familiar adequado ou em preventórios especiais. Art. 17º - Será exercida rigorosa vigilância sanitária sobre os doentes isolados em leprosários, os suspeitos e os que estiverem em observação, de modo que se torne fácil promover e fiscalizar o cumprimento das leis e regulamentas sanitários no tocante à lepra.	§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio

Fonte: Elaborado pelo autor

Deste modo, nota-se que as leis aqui analisadas apresentam semelhanças e diferenças observáveis através do método comparativo, indispensável para a análise de situações as quais sejam possíveis de comparação.

Ao examinar as leis, observamos que não se encontra descrito em ambas legislações a questão do tempo máximo de internação e isolamento. Para a política de hanseníase, o confinamento poderia ser eterno, ou seja, as pessoas

permaneciam nas instituições, até a sua morte, pois mesmo curadas, não conseguiam se inserir socialmente em outros espaços, devido à discriminação e o preconceito social.

O fato é, uma vez internado, a grande maioria das pessoas foi enterrada no mesmo local, curiosidade que se faz necessário ressaltar que, em algumas colônias no Brasil, o portal arquitetônico de entrada da unidade lembra o modelo para o que da entrada no cemitério. Para ilustrar a afirmativa, vamos apresentar as fotos dos portais (entrada da unidade e entrada do cemitério), da Colônia Santa Isabel, em Betim MG e do antigo Sanatório Aimorés, na cidade Bauru SP.

Imagem 10 – Colônia Santa Isabel



Fonte: Fotos do autor

Imagem 11 – Sanatório Aimorés



Fonte: Fotógrafo Jaime Prado

Quanto ao tempo de confinamento do usuário/dependente de crack está relacionado ao que determina a autoridade médica. O direito penal brasileiro restringiu a privação de liberdade ao máximo 30 anos. Em contraponto, a essa informação é necessário dizer que existem milhares de pessoas que estão em hospitais psiquiátricos, sem previsão de alta, por um período superior, pois, foram institucionalizadas antes da Lei 10.216 e permanecem até os dias atuais.

Perceba-se que tanto na hanseníase no passado, como para os portadores de transtornos mentais ou dependentes químicos no presente, não é possível se identificar o tempo máximo de permanência nas instituições de internação compulsória. O tempo máximo está concentrado exclusivamente na autoridade médica, através dos poderes a estes constituídos, caso não emitam o laudo de alta, os internos permanecem nas instituições. Pode-se afirmar que tais exemplos aconteceram no passado e acontecem nos dias atuais. As diferentes formas de internação compulsória executadas podem ser caracterizadas como medidas autoritárias.

Sandel (2012) discorre sobre o autoritarismo como forma de governo caracterizada por obediência absoluta ou cega à autoridade, que exerce oposição as liberdades individuais. As características dos sistemas autoritários são compostos por quatro fatores: 1- pluralismo político limitado, isto é, restrições sobre as instituições e grupos políticos (como legislaturas, partidos políticos e grupos de interesse); 2 - legitimidade com base na emoção, especialmente a identificação do regime como um mal necessário para combater a problemas sociais facilmente reconhecíveis; 3- ausência de uma mobilização política intensa ou extensa e restrições sobre as massas com medidas repressivas e 4 - um poder executivo formalmente mal definido, ausente e instável. As medidas que caracterizam o autoritarismo conforme o autor foram, em sua maioria, identificadas no antigo SSFA e serão descritas no próximo capítulo.

A internação compulsória promovida contra os usuários de crack ameaça os direitos e garantias individuais do cidadão, tema do nosso próximo tópico.

4.3 Direitos e garantias individuais

A Constituição Federal de 1988 preconiza um rol de direitos e garantias fundamentais dispostas, sobretudo do artigo 5º ao 17º. O dispositivo trata dos direitos que foram lançados por diversos acontecimentos históricos, tanto no âmbito nacional quanto internacional. Segundo a colocação de Pedro Lenza, a Constituição Federal de 1988, em seu Título II, classifica o gênero direitos e garantias fundamentais em importantes grupos, a saber: direitos e deveres individuais e coletivos; direitos sociais; direitos de nacionalidade; direitos políticos; partidos políticos. (LENZA, 2013)

Os direitos fundamentais contidos na Constituição são direitos coletivos e individuais, em oposição à discricionariedade estatal ou outros atos temerários praticados por terceiros. Esses direitos civis e políticos incidem sobre a vida, a liberdade, a segurança e a propriedade.

Foram esses direitos que consagraram as liberdades individuais, impondo limitações ao poder de legislar do Estado. Assim, direitos de defesa do indivíduo perante o Estado. Objetivaram a proteção de suas garantias. Essa proteção assegura, em casos extremos, um não agir por parte do Estado em benefício da liberdade do indivíduo. O Estado necessita ser garantidor e não violador de direitos.

No artigo 5º da Constituição Federal, ao tratar dos direitos e deveres individuais e coletivos, necessário se faz distinguir as disposições meramente declaratórias das assecuratórias. Segundo Lenza (2013), os direitos são bens e vantagens prescritos na norma constitucional, enquanto as garantias são instrumentos através das quais se assegura o exercício dos aludidos direitos (preventivamente) ou prontamente os repara, caso violados.

Possuem os direitos e garantias fundamentais as seguintes características: historicidade, inalienabilidade, imprescritibilidade, irrenunciabilidade, inviolabilidade, universalidade, concorrência, efetividade, interdependência e complementaridade.

A historicidade diz respeito ao nascimento, modificação e desaparecimento no tempo, mercê dos acontecimentos históricos, tendo nascido com a era cristã. A inalienabilidade é conferida a todos os direitos que são indisponíveis tendo em vista não possuírem caráter patrimonial. São imprescritíveis os direitos fundamentais, na medida em que podem ser exercidos ou reclamados a qualquer tempo, sem a necessidade de lapso temporal que limite sua exigibilidade.

A irrenunciabilidade significa que poderá ocorrer o não exercício dos direitos, mas jamais a renunciabilidade. Além disso, são invioláveis os direitos, ou seja não podem ser desrespeitados por qualquer autoridade infraconstitucional, sob pena de ilícito civil, penal ou administrativo. Já a universalidade se dá pela observância ao princípio da isonomia. A efetividade é garantida pelos meios coercitivos de que dispõe o Estado. A interdependência dos direitos fundamentais refere-se à relação harmônica entre as normas constitucionais e infraconstitucionais. Os direitos da personalidade constituem construção jurídica relativamente recente, fruto do cuidado da doutrina germânica e francesa, especialmente após a Segunda Guerra Mundial. Os códigos civis não possuíam qualquer referência quanto aos direitos de personalidade. No pós-guerra, os códigos, em suas reformas, trouxeram a grande novidade: a proteção ampla e expressa a esses direitos. Colaboração marcante adveio do Direito Alemão após os terríveis episódios ocorridos naquele país. (FARIAS e ROSENVALD, 2013).

O Código Civil de 2002 reconheceu expressamente os direitos de personalidade nos artigos 11º ao 21º. Os referidos direitos devem ser compreendidos à luz do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Para Farias e Rosenvald (2013) o princípio da dignidade da pessoa humana funciona como cláusula geral de proteção da personalidade. Conforme já reconhecido, a dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, diz respeito a direitos que correspondem à integridade física e psíquica, e quando diretamente afetados, tais valores e direitos são considerados como direitos da personalidade.

No âmbito jurídico, a afirmação da dignidade humana é um postulado básico da ordem jurídica. Os conceitos de pessoa e dignidade estão mutuamente relacionados, mas não se identificam. Pessoa se refere ao ser, enquanto dignidade se refere, antes de tudo, a uma qualidade do ser, a um valor ao qual se pode contrapor por anti-valor. (FARIAS e ROSENVALD, 2013).

A personalidade é um conjunto de características pessoais e os direitos da personalidade constituem verdadeiros direitos subjetivos, atinentes à própria condição humana. É possível descrever determinadas características essenciais da personalidade, dentre as quais podemos citar que esses direitos são inatos, vitalícios, inalienáveis, absolutos e extrapatrimoniais. São inatos uma vez que são

adquiridos tão logo a pessoa exista, independente de qualquer manifestação de vontade, privada ou pública, é incluída na lei. (LENZA, 2013)

Os direitos à personalidade são vitalícios, conforme artigo 6º do Código Civil. Outra característica da personalidade, a inalienabilidade, significa que esses direitos não podem sofrer alienação, por parte de terceiros ou por parte do próprio detentor, seja por fato jurídico em sentido estrito. Assim, os direitos da personalidade são inexpropriáveis, impenhoráveis, irrenunciáveis, intransmissíveis, indisponíveis e imprescritíveis, não havendo prazo para o seu efetivo exercício.

Para a doutrina, os direitos de personalidade são relativamente indisponíveis, excepcionalmente, quando são transmitidos a título oneroso ou gratuito, como no caso do direito de imagem. Mas para Pereira (2013) o que se pode transmitir são os efeitos patrimoniais que decorrem dos direitos da personalidade.

Os direitos de personalidade são absolutos, porque possuem eficácia contra todos, ou seja, são oponíveis *erga omnes*, impondo à coletividade o dever de respeitá-los. É um verdadeiro dever geral de abstração dirigido a todos. (FARIAS e ROSENVALD, 2007)

São extrapatrimoniais por serem insuscetíveis de apreciação econômica, ainda que eventual lesão a esses direitos possa produzir consequências monetárias, como, por exemplo, a chamada indenização por danos morais. O direito à integridade física se mostra em vários desdobramentos. Segundo Farias e Rosenvald (2007), este direito diz respeito à proteção jurídica do corpo humano, ou seja, à incolumidade corporal, incluída a tutela do corpo vivo como também a tutela do corpo morto: tecidos, órgão e partes suscetíveis de separação e individualização. Ao elencar uma breve síntese dos direitos da personalidade, cabe sintetizar a efetividade de tais direitos, abordando a sua tutela, que conta com diferentes mecanismos de efetivação em nosso ordenamento jurídico. O texto constitucional, estabelece a possibilidade de tutela preventiva e reparatória para os direitos de personalidade.

O início da personalidade ocorre com o nascimento, mas já tem suas garantias desde a gestação. Assim, para que o ente humano adquira a personalidade, basta ter vivido, não importando o prazo. Em outras palavras, no Código Civil não há limite temporal. É importante salientar que existe uma diferença entre a personalidade e a capacidade de direito ou de gozo. (LENZA, 2013)

Capacidade de direito ou de gozo consiste na capacidade de contrair direitos. A capacidade de fato ou de exercício é a aptidão de exercer por si os atos da vida civil. Depende, portanto, do discernimento, que é o critério, a prudência, o juízo e, sob o prisma jurídico, a aptidão que tem a pessoa de distinguir o lícito do ilícito, o conveniente do prejudicial. A capacidade é uma regra e a incapacidade, a exceção.

A incapacidade é a restrição legal ao exercício dos atos da vida civil, devendo ser analisada de forma restrita, excepcional e individual, a capacidade é a regra geral. Só haverá incapacidade nos casos descritos na lei submetidos ao devido processo legal. Medidas coletivas que tratam da internação compulsória, desrespeitam os princípios do devido processo legal e da capacidade individual, revertendo a interpretação do direito, tornando a incapacidade como regra e o indivíduo titular do direito como exceção. (LENZA, 2013)

A Constituição Federal de 1988, no artigo 5º, LIV “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”. A construção do referido processo é fruto da evolução histórica da positivação de direitos, é um instrumento de garantia destes direitos frente à atuação do Estado. Em vista disto, o princípio da legalidade se mostra como prova valorativa da evolução das normas constitucionais. (BRASIL, 1988)

O direito processual possui suas linhas fundamentais traçadas pelo direito constitucional. Cabe à Constituição fornecer o fundamento último do ordenamento jurídico, tendo em vista a não crença no direito de origem divina. É o texto constitucional que fixa a estrutura dos órgãos jurisdicionais que garante a distribuição da justiça e estabelece alguns princípios processuais.

O devido processo legal desdobra-se ainda em outras garantias, tais como a garantia do juízo natural e a proibição dos juízos ou tribunais de exceção; a garantia do contraditório e da ampla defesa; da isonomia ou igualdade processual; a publicidade e ao dever de motivação das decisões judiciais; à inadmissibilidade das provas obtidas por meios ilícitos; a inviolabilidade do domicílio e do sigilo das comunicações em geral e de dados; a garantia da presunção da não culpabilidade; a indenização por erro judiciário e pela prisão que supere os limites da condenação, dentre outras garantias e direitos. (FARIAS e ROSENVALD, 2007)

São essas garantias que permitem que o processo seja mais que a simples ordenação dos atos de um procedimento, objetivando alcançar uma ordem jurídica justa. A Constituição Federal de 1988 garante a saúde como direito, cujo exercício

deve ser executado em conjunto com os demais direitos, sobretudo, o da dignidade da pessoa humana. É incompatível com o sistema de direitos fundamentais, reconhecido pela Constituição Federal de 1988, a adoção de medidas restritivas à liberdade com a finalidade de submeter os mesmos a tratamento de saúde contra própria vontade ou a de sua família, sob o argumento da necessidade, como é o caso da internação compulsória utilizados na hanseníase, e na atualidade, com usuários de crack.

4.4 A retomada massificada da internação compulsória

Para dar início a essa discussão resgataremos os fatos ocorridos na cidade de São Paulo. A justiça paulista autorizou, em 26 de maio de 2017, a prefeitura da cidade a abordar “usuários de drogas” que se reuniam em determinadas ruas, na região caracterizada “Cracolândia”, e levá-los compulsoriamente para uma avaliação médica que, na prática, justificado com laudo médico, se consolida em recolhimento e internação obrigatória.

A decisão polêmica foi proferida pelo juiz da 7ª Vara da Fazenda Pública, Emílio Migliano Neto, que atendeu ao pedido de tutela antecipada da prefeitura paulista. A sentença dava legalidade para que os agentes da prefeitura recolhesse, à sua escolha, sem nenhum critério técnico científico, até 400 pessoas para avaliação e possível internação compulsória. (ELAINE, 2017)

Existe um histórico, na última década, na cidade de São Paulo, de tentativas de retirada dos usuários de crack das ruas para promover o seu confinamento em instituições para “tratamento”. O programa até então existente, consistia na abordagem por parte dos agentes de saúde e guardas civis aos usuários de crack e outras drogas. O objetivo era de convencer os mesmos ao tratamento de forma voluntária.

Com a decisão judicial, de maio de 2017, os usuários de crack e outras drogas, seriam levados, sem o seu consentimento, para os estabelecimentos de saúde pública, onde avaliados por um profissional médico, que, se julgar necessário, receitará a internação compulsória, respaldado pela decisão judicial, coletiva e massificada. Tal medida se assemelha à polícia sanitária da hanseníase, onde os médicos “caçadores” literalmente “caçavam” os doentes de hanseníase e os internavam compulsoriamente nos sanatórios.

A medida judicial repercutiu negativamente pelo mundo, levando com que a ONU se posicionasse criticamente à estratégia proposta pela Prefeitura de São Paulo de internação compulsória de usuários de drogas. Em nota conjunta, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), manifestaram preocupação com a possibilidade de isolamento massificado de pessoas em vulnerabilidade social e observaram que a medida deve ser usada apenas em casos de extrema emergência. Os escritórios lembraram ainda não haver evidências de que os tratamentos compulsórios sejam eficientes, alertaram para o risco de ampliação de danos e de violação de direitos humanos nessas abordagens. (FORMENTI, 2017)

No dia 28 de maio de 2017, três dias após a liminar que autorizava o recolhimento compulsório dos dependentes químicos, o Tribunal de Justiça de São Paulo cassou a decisão, atendendo ao pedido do Ministério Público, que já havia se manifestado no processo em primeira instância contrário ao recolhimento compulsório. “O poder público não pode ter carta branca para definir quem está em estado de drogadição nas ruas da capital paulista”. Assim entendeu o desembargador Reinaldo Miluzzi, do Tribunal de Justiça de São Paulo, ao derrubar decisão de primeira instância que permitia a internação compulsória de pessoas consideradas viciadas em crack. (CARVALHO, 2017)

Se essa questão for analisada no âmbito da saúde/doença, o sujeito acometido por uma “enfermidade”, no caso quem faz o uso abusivo de crack, não pode ser punido com medidas de exclusão, ademais, a dependência química não deve ser tratada como objeto de uma política sanitária excludente, preconceituosa que preconiza punição ao invés do direito individual de tomada de decisão.

Conforme disposto na Constituição Federal de 1988, é dever do Estado a garantia do direito à saúde, mas não a qualquer preço, é preciso que seja garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, sendo indispensável a preservação da autonomia das pessoas assistidas, em consonância com a unidade familiar em defesa da sua integridade física e moral.

A manutenção de medidas de internação compulsória pelo Estado brasileiro, ainda que foram já reconhecidas como errôneas, o coloca na posição de incentivador de políticas e legislações repressivas e conservadoras. Infelizmente a

garantia dos direitos individuais dos usuários dependentes de crack não vem sendo preservado pelos entes federados e nem pelo judiciário.

A manifestação de organismos internacionais sobre o tema é de fundamental importância, a judicialização da questão tem se tornado uma constante no país. As estratégias adotadas para prevenção e tratamento não foram norteadas por princípios que garantam direitos humanos, justiça social e equidade. Os escritórios da OPAS/OMS e UNODOC recomendaram a aplicação de estratégias baseadas no acesso à saúde e outras necessidades, como trabalho, moradia e direitos sociais, como estratégias de maior eficácia na diminuição do uso das drogas e de seus efeitos. (FORMENTI, 2017)

O recolhimento compulsório, da forma como tem ocorrido no território brasileiro, a exemplo das ações na Cracolândia de São Paulo, viola a Constituição Federal de 1988 e a Lei 10.216/2001, que limita a internação não consentida quando outras tentativas de tratamento forem insuficientes. O ato afronta a Lei federal 8.080 de 1990 que rege os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que determina a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

A violação também ocorre sobre a Lei 11.343 de 2006, que garante o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, usuária e dependente de drogas, especialmente à sua autonomia e liberdade, e desacata os princípios de garantias constitucionais e individuais dos mesmos. Estudar as origens dessas medidas, se torna fundamental na compreensão das práticas atuais e desafios futuros, seja no que se refere às políticas públicas ou a outros mecanismos de regulamentação da sociedade.

A crescente separação das mães de seus filhos por causa da dependência química em sua maioria pelo crack, a exemplo do que foi a separação de mães e filhos ocorridos na hanseníase se repete novamente nos grandes centros urbanos. A medida vem ocorrendo em todo o território nacional de forma crescente, só na Comarca da Infância e Juventude de Belo Horizonte, entre os anos 2013 a 2016, 373 mães foram separadas de seus filhos no momento do nascimento, com a alegação de “situação de risco”. Esses bebês foram enviados para abrigos e colocados à disposição para serem adotados. O Ministério Público de Minas Gerais tem contribuído sistematicamente para o crescimento dessas separações. Em Belo Horizonte existe a publicação das recomendações nº5 e nº6 de 2014 do Ministério

Público mineiro para que médicos, profissionais de saúde, agentes comunitários, gerentes e responsáveis por unidades básicas avisem a Vara da Infância e da Juventude sempre que uma mulher em “ situação de risco” estiver grávida. (JARDIM, 2017)

Na prática, esse simples aviso faz com que o Ministério Público já entre com o pedido de guarda da criança; os dados são conseguidos nas Unidades Básicas de Saúde durante o pré-natal e assim que as mães terminam o trabalho de parto, são informadas que a criança será imediatamente destinada a um abrigo. A mando da justiça, mães e filhos são imediatamente afastados compulsoriamente.

Entender o que foi a política de isolamento compulsório para hanseníase e sua influência na construção social das identidades dos indivíduos relacionando-a com os casos de internações para os dependentes usuários de crack auxilia na análise e interpretação dos dispositivos legais e individuais que atuam de forma direta sobre a vida e liberdade de diferentes grupos sociais.

No próximo capítulo será apresentado, o estudo etnográfico realizado no antigo Sanatório São Francisco de Assis, localizado na cidade de Bambuí.

5 – ETNOGRAFANDO: UMA LEITURA ANALÍTICA DAS TEORIAS DE SUPORTE, DAS NARRATIVAS DOS ATORES SOCIAIS E AS OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR

Em consonância com os estudos teóricos, inicia o registro etnográfico. A imersão no campo, presença física no local onde se pretende pesquisar é circundada de desafios, entre eles, ganhar a confiança dos atores sociais e da comunidade, para tal, faz-se necessário estar próximo, tomar um café e fazer visitas, são passos importantes para o desenvolvimento do trabalho. O pesquisador ser apontado como estranho é parte natural do processo de pesquisa em campo, pois se chega de fora para dentro da comunidade, portanto recomenda-se cuidado para que esse apontamento não seja interpretado como uma ameaça ao grupo em estudo, comprometendo os registros fieis da realidade. Nas etnografias é notável e importante eleger um membro do grupo a ser estudado como intermediador para facilitar as relações pesquisador e atores sociais, facilitando os vínculos e o grau de confiança entre as duas partes.

Nossas impressões serão apresentadas nesse capítulo e vale destacar as narrativas dos interlocutores e a percepção do autor para os fatos observados e sobre o sistema de significados construídos no contexto local. A interpretação do pesquisador é secundário, terciário ou quartenário uma vez que a leitura principal somente o morador local tem capacidade de fazer. Essas narrativas serão apresentadas em forma de ilustração com frases literais dos atores sociais.

Serão eles reconhecidos por nomes fictícios para resguardar a sua identidade. Como panorama geral, a idade dos atores sociais variam entre 47 e 91 anos, são cinco homens e três mulheres, contraíram hanseníase, e foram internados compulsoriamente na unidade até o ano de 1986, onde residiram e receberam, por parte do Estado brasileiro, uma reparação pelo dano causado, pensão especial hanseníase atendendo a Lei 11.520/07.

QUADRO 3 – Nossos informantes

NOME	IDADE	SEXO	DATA DA INTERNAÇÃO
Acácio	91 anos	M	1954
Bromélio	82 anos	M	1953
Camélia	72 anos	F	1963
Dálio	63 anos	M	1967
Estefanio	61 anos	M	1986
Hibisco	53 anos	M	1979
Girassol	52 anos	F	1967
Frésia	47 anos	F	1984

Fonte: Elaborado pelo autor

5.1 Sintomas e o medo de ser diagnosticado com hanseníase

Ser apontado como suspeito de ser portador da hanseníase no período em que a forma de “tratamento” era a obrigatoriedade do isolamento compulsório era tão temível que as pessoas que encontravam nessa situação se escondiam ao máximo possível a fim de não serem diagnosticadas. Neste período existia no conjunto da sociedade um terrível medo da doença, era comum nas casas, nas escolas, e nas igrejas as recomendações para evitar contatos com pedintes, pessoas perto de viadutos ou pessoas acampadas em entrada de cidades, pois possivelmente estas seriam “morféticos”, “doentes do sangue”, “leprosos”. O contato seria um risco de ser contaminado, portanto essas pessoas deveriam ser evitadas.

Apesar da doença já possuir tratamento e cura no Brasil desde a década de 1950, se ocultar e evitar ser diagnosticado era comum. Em decorrência, a doença se agravava levando à mutilação. A narrativa a seguir ilustra bem o medo de ser diagnosticado: *“quando eu tinha 21 anos comecei a ter problemas sérios, eu jogava bola e tive que parar, as dormências começaram a piorar, comecei a machucar muito os meus pés, isso eu já tinha 21 anos, quando completei 22 anos, não conseguia mais trabalhar, não estava aguentando mais trabalhar, diariamente eu machucava, queimava demais por que não tinha mais sensibilidade, nem nas mãos nem nos pés, foi tudo atrapalhando, cada vez eu machucava mais, até que só ficava dentro de casa. Minha mãe que cuidava de mim, ela mesmo fazia os curativos, enrolava uns panos, não tínhamos as coisas direito, para arrancar um osso por*

exemplo, minha mãe preparara o banho e com um alicate eu mesmo retirava o osso. Eu me escondia, fiquei preso em casa por seis anos, devido aos meus ferimentos eu tinha muita febre, muitas ínguas. Como a situação estava agravando muito, minha mãe disse: Vou te levar ao hospital. Eu respondi: No hospital eu não vou, tinha muito medo, tinha uma "birra" de hospital e muito medo de ficar preso lá, o que acabou acontecendo em 1986", (Estefanio).

Passados a fase de suspeita de hanseníase, aquelas pessoas que foram diagnosticadas teriam suas vidas modificadas.

5.2 O diagnóstico da doença

Ser diagnosticado com hanseníase envolvia uma complexidade de questões que ultrapassava as variáveis clínicas da doença, como por exemplo, o doente era obrigado a abandonar toda a trajetória de vida, era como se ele morresse socialmente, os laços sociais construídos necessitavam ser abandonados: família, trabalho, amigos, para se iniciar o "tratamento" da doença.

Diferentes eram as formas de o paciente receber o diagnóstico da doença, poderia ser em consultas de rotina, campanhas de saúde ou através de denúncias realizadas por terceiros às autoridades de saúde. As denúncias eram averiguadas pela visita dos chamados "médicos caçadores", que desempenhavam a função de fazer busca ativa. Eram profissionais que tinham o poder semelhante ao de polícia, sua palavra era suficiente para rotular uma pessoa e exigir sua internação em instituições de "tratamento".

Como informante, Acácio, conta que recebeu o diagnóstico em sua cidade natal no ano de 1953, quando tinha 27 anos. Ele já desconfiava que tinha hanseníase desde os 15 anos, na época era difícil achar um médico que desse com certeza o diagnóstico, em uma ocasião foi consultar com dois médicos de renome em sua cidade, Paracatu, Dr. Alberto e Dr. Mário. Conta que: *"depois de me examinar dos pés a cabeça, eles falaram que eu estava "leproso", me deram um encaminhamento e o prazo de três dias para sair da minha casa, se eu não saísse eles iriam mandar a polícia me retirar, com dois dias saí e fui buscar tratamento", (Acácio).*

Seis de nossos atores sociais- 1-Bromélio, 2-Camélia, 3-Dálio, 4-Hibisco, 5-Girassol e 6-Frêsia tiveram suas mães diagnosticadas com hanseníase primeiro,

depois de algum tempo, também foram diagnosticados com a doença. Segundo Camélia, quando descobriram a doença de sua mãe, em 1945, ela tinha apenas 1 ano e 3 meses de idade, mas, apesar da pouca idade, a memória de como a mãe recebeu a notícia permaneceu viva em toda a família: *“quando a minha mãe foi internada quem foi buscar minha mãe na nossa casa foi a polícia, meu pai contava que foi a maior humilhação do mundo”*, (Camélia). Onze anos depois, já em 1966, Camélia foi para o Sanatório de Bambuí para uma consulta médica levada por sua mãe e o resultado foi positivo, estava com hanseníase e foi internada.

No caso de Bromélio, a mãe foi diagnosticada em 1950, na época era viúva e tinha sete filhos, cada um tomou um rumo diferente, e a família foi desfeita. Bromélio e um irmão menor foram viver com um tio, ambos já manifestavam sinais da doença, apesar de sempre irem ao médico e mostrarem as manchas, sintomas recorrentes da doença, os médicos afirmavam que ambos não eram doentes, mas que queriam ser para ficar junto à mãe. Em uma dessas consultas o médico resolveu fazer um exame com material retirado do nariz e da orelha, que se chamava baciloscopia. Passado alguns meses, o resultado foi positivo, Bromélio conta que voltou ao médico e pediu encaminhamento para Bambuí, o que lhe foi concedido no ano de 1953.

O entrevistado Dálio, conta que sua mãe foi diagnosticada e internada na Colônia Santa Isabel, em Betim, no ano de 1960. Dálio com 5 anos de idade, foi enviado para o preventório na cidade de Mário Campos, em 1967, após exames de rotina no preventório Dálio teve o diagnóstico e foi levado para Santa Isabel. Depois de anos vivendo em Betim resolveu ir morar em Bambuí.

De acordo com os relatos de Girassol sua mãe foi diagnosticada em 1966 quando ela tinha apenas 1 ano de vida, e internada no Sanatório em Bambuí. Relata que foi para uma creche provisória que existia no porão de um prédio da chamada “área sadia” da instituição. Passados três anos do diagnóstico da mãe, Girassol também foi identificada com hanseníase e passou a viver dentro do Sanatório.

Os interlocutores Hibisco e Frésia nasceram dentro das instituições de segregação, suas mães tinham hanseníase, a mãe de Hibisco era internada no Sanatório em Três Corações e a mãe de Frésia no Sanatório em Bambuí. Hibisco nasceu em 1964 e foi levado para o preventório Olegário Maciel, em Varginha, onde viveu até 1975. Ao ser retirado do preventório por sua avó materna, passou a viver na zona rural da cidade de Boa Esperança. Em 1979, em uma consulta de rotina na

cidade, foi também diagnosticado e mandado para o Sanatório de Três Corações, anos depois foi transferido para Bambuí.

A história de Frésia se assemelha com a de Hibisco. Nasceu em 1970 no Sanatório de Bambuí e foi conduzida para o preventório Eunice Weaver, em Araguari. Em 1984 foi diagnosticada com hanseníase e internada no Sanatório de Bambuí como doente.

O diagnóstico da hanseníase foi evitado ao máximo por Estefanio. Ele conta que sua mulher desconfiava que ele estava com a mesma doença que o pai de criação dela, ou seja “lepra”. Como Estefanio já estava há seis anos recolhido em sua própria casa, depois de muita insistência por parte da mulher ele concordou em receber a visita do médico em sua casa: *“quando o médico chegou e me viu em cima da cama, ele sentou e disse: Nossa meu filho porque você deixou se acabar assim? Nossa, não precisava de você estar assim não. Ele era um médico velhinho da cabeça branca, muito cuidadoso ele disse: Essa doença sua é a “lepra” ela não é contagiante, hoje se fala hanseníase, mas ela vai destruindo os seus órgãos, olha como seu pé está torto? Eu só ficava escondendo o meu pé, pois eu já havia arrancado todos os meus dedos, só existia os “tocos” dos dedos no meu pé. Eu escondia os meus pés e as minhas mãos também, escondia de todo mundo”,* (Estefanio).

Depois da avaliação e diagnóstico da hanseníase, o médico disse a ele: *“Estefanio, mês que vem eu volto aqui e nós teremos uma conversa séria, eu vou deixar esses remédios aqui e você toma via oral todos os dias, tá? Aí eu perguntei: Como que chama esse remédio Doutor? É DDS, nunca mais eu esqueci o nome desse remédio. No outro mês ele retornou e ao chegar ele disse: Eu estive pensando, analisando seu caso, e se você não quiser ir nós vamos ter que te levar a força, você precisa ser internado, não posso deixar você morrer assim, é um dever, uma obrigação como médico, não posso permitir que você continue assim. Você terá que escolher, são dois lugares que eu olhei pra você, você terá que escolher um desses lugares, o primeiro lugar fica em Betim e o outro em Bambuí. Lá eles tratam esse problema seu, são referências no tratamento da hanseníase, aí eu perguntei: Mas doutor que tipo de hospital é esse? Ele respondeu: É a Colônia, já ouviu falar? Aí eu disse assim: Já sim Doutor, eu vou escolher Bambuí, assim eu fico perto da minha família. O médico disse: É Estefanio, eu ia te indicar mesmo Bambuí, pois lá*

também é referência, em Bambuí está muito bom, já tem até criança lá dentro”, (Estefanio).

Em geral, as pessoas que já eram adultas se preocupavam em rapidamente se afastar de suas casas, era a única forma de tentar de alguma forma proteger a família.

5.3 A saída de casa e a repercussão na família

Nos relatos dos atores sociais, o diagnóstico significa ir para o Sanatório, como conta Acácio: *“Eu vim para o Sanatório de Bambuí, mais por causa da minha família, se eu ficasse lá eu atrapalharia eles, eu vim por conta própria, vim porque eu precisava tratar e outra, se eu permanecesse lá, eu iria atrapalhar a minha família,”* (Acácio).

Nessa época a doença era denominada “lepra”, e se alguém soubesse que naquela casa tinha um “leproso” ninguém queria mais saber daquela família: *“graças a Deus minha família nunca me excluiu devido a minha doença, minha família não teve nenhum complexo de mim nesse sentido, mas a população ia fugindo da gente ia se afastando, aí eu pensava, a população vai fazer minha família se afastar de mim também, graças a Deus, isso não aconteceu”,* (Acácio).

Após o diagnóstico, os próprios doentes tratavam de acelerar o rompimento dos laços familiares. Bromélio relata que depois que recebeu o diagnóstico da doença escutou à noite seu tio falando com a sua tia: *“Maria, vou ter que vender as terras, porque o Bromélio está doente, poderá pegar nos nossos filhos e nossa família vai ser deixado de lado por todos aqui”,*(Bromélio). No outro dia cedo, Bromélio disse ao seu tio que não era preciso se preocupar, pois, ele e o irmão iriam para Bambuí no outro dia, e recomendou que se as pessoas perguntassem para onde foram, era para dizer que tinham ido para São Paulo, que era a terra das oportunidades.

Com o diagnóstico definido, se iniciavam as diferentes formas de se chegar ao Sanatório, muitos eram conduzidos pelos meios de transporte dos serviços de saúde, outros eram obrigados a se virarem até chegar ao destino determinado.

5.4 As formas de se chegar ao Sanatório

Bromélio conta que nessa época os locais onde tinham estrada de ferro existiam vagões especiais para o transporte de doentes, nos vagões tinham as placas com os seguintes dizeres: “moléstia contagiosa”, “contagioso”, “transporte de leproso”, e por último “transporte de hansenianos”. As pessoas não podiam embarcar nas plataformas como todos, existia um lugar especial para se fazer o embarque, e ao chegar próximo ao Sanatório de Bambuí o trem parava e desacoplava aquele vagão que era empurrado pelos doentes do Sanatório para uma estação improvisada exclusiva para o desembarque de doentes, filhos de doentes, alimentos e outros materiais que chegavam ou saiam do referido Sanatório.

Imagem 12- Pai e filho chegando no SSFA na década de 1940



Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa – CSSFA

Os médicos “caçadores” em parceria com os serviços locais de saúde eram os responsáveis para mapear um número expressivo de doentes, em diferentes localidades, e pensar a melhor forma para serem levados para o Sanatório, de trem ou de caminhão. A logística funcionava pela quantidade de pessoas doentes e a distância da estrada de ferro. Para se conseguir um número expressivo de doentes os responsáveis iam juntando os pacientes em um caminhão velho, levando-os para um galpão, onde ficavam até 15 dias, aguardando a chegada de mais doentes para se decidir a forma final de seguir viagem rumo ao Sanatório.

Camélia relata que quando a polícia sanitária buscou sua mãe, ela ficou presa 15 dias no galpão com outras pessoas até seguir a viagem “em pau de arara”, até Bambuí, o caminhão parava onde na atualidade fica o posto de saúde, na entrada da cidade. Segundo ela, parecia um matadouro, as pessoas ficavam presas no caminhão. Relata Camélia que na viagem onde estava a mãe em um dia ensolarado, o caminhão chegou por volta das 10 horas da manhã, e o motorista e os policiais os trancaram, deixando-os ali naquele lugar, presos na carroceria, sem poder descer.

Após cinco horas de parada exposto ao sol, eles retornaram depois que tinham almoçado e tomado banho. Era mês de julho do ano de 1945, e uma senhora muito idosa estava toda queimada pelo sol quente, seu corpo tinha bolhas. Quando chegou no hospital, passado pouco tempo, ela veio a falecer.

Nesta época conseguir apoio para se isolar não era um grande problema, as ajudas eram mais financeiras do que de transporte propriamente. Nos sanatórios chegavam pessoas de todas as formas: amarradas, enjauladas, de cavalo, de carro de boi, a pé, etc. Acácio relata que devido a distância de sua terra, as autoridades municipais não queriam oferecer transporte, o que fez que ele tivesse que vir a pé da cidade de Paracatu até Bambuí: *“Então eu vim a pé, não foi fácil não, naquela época era 520 km, hoje são 420 km. Naquela época, a rodovia de chão passava dentro da cidade não era de trevo a trevo como é hoje. Então hoje pelo asfalto de trevo a trevo é 420 km, diminuindo 100km.”*

A viagem durou 18 dias; Acácio relata que foi sozinho e Deus. Sabia que tinha esse Sanatório em Bambuí mas nem sabia o seu rumo. Estefanio, que morava em Formiga, distante a 100 Km do Sanatório quando foi se isolar contou com o apoio do prefeito: *“minha esposa foi em busca de ajuda para o transporte, ela foi no prefeito, ele se chamava Jaime Mendonça, ele deu o carro para me trazer, aí eu vim, me deu também uma quantidade enorme de roupas que era dele mesmo, meia, cueca, camisa, ele deu essas roupas com tanto amor, que eu usei uma calça durante uns 15 anos”,* (Estefanio).

O medo da doença, o diagnóstico e as dificuldades para se chegar no Sanatório despertavam nas pessoas um sentimento que ali, com segurança, seria o local onde iriam para morrer, as incertezas eram companheiras constantes, talvez nunca mais pudessem ver algum familiar ou um amigo, tudo era deixado para trás e

se tornava apenas lembranças de um mundo que já não os pertencia, sua realidade agora era um local desconhecido, até antes inimaginável.

5.5 A descrição da instituição ao chegar

O Sanatório é descrito pelos nossos interlocutores de acordo com suas experiências. Bromélio conta que sua expectativa ao chegar no Sanatório era morar com sua mãe que já tinha alguns anos que estava ali; ela morava em um determinado pavilhão, mas não foi exatamente assim como imaginava. Segundo relata, para conseguir ver sua mãe o guarda tinha que ir junto com ele, era uma verdadeira ditadura, tudo era separado: *“tinha umas divisórias para chegar até a minha mãe, passava pelo ambulatório, que saía no almoxarifado, e saía lá em cima no pavilhão perto de onde tinha uma cadeia, os sadios, pessoas que não tinham hanseníase não podiam passar para o lado de cá, e nem os doentes para o lado de lá. Ficava um funcionário nessa divisória vigiando,”* (Bromélio).

De acordo com suas narrativas, Bromélio chegou ao Sanatório, em 1953. Recorda que havia mais de 30 guardas, distribuídos por todo o Sanatório, um em cada guarita, e eles se comunicavam através de assobios, assim teriam certeza que o guarda estava no posto de vigia. Existiam 8 guaritas, e se alguém fugisse e voltasse, ou fosse capturado, iria preso, durante 30 dias. Se fosse reincidente ia transferido para Sabará, onde existia uma cadeia central apenas para portadores de hanseníase que moravam em sanatórios. Bromélio descreve essa cadeia: *“o lugar mais triste que já conheci na vida”,* (Bromélio).

Os atores sociais relataram que a situação dos doentes dentro do Sanatório era extremamente precária até o ano de 1956, ninguém podia acender um fogo, não podia fazer café, e nem comida, tudo era servido no refeitório, a comida era muito ruim, preparada de forma coletiva e sem muitos ingredientes, faltava carne, e quando tinha era dura. Na maioria das vezes, a comida era feita com banha rançosa, com cheiro e gosto estranhos.

Chegar ao Sanatório e se deparar com a situação dos internos era sempre um choque, como explica Estefanio, que chegou em outubro de 1986: *“aí eu vim, foi difícil quando cheguei e vi aquelas pessoas ali amontoadas, tinha uns 70 homens, umas 50 mulheres. Onde é o hospital hoje era a enfermaria, eu olhava aqueles homens, uns em situações até pior que a minha, uns com feridas abertas, outros*

com "bicho" no nariz, um mal cheiro terrível, o Sanatório como um todo fedia, as ruas ficavam cheias de urubus, o tratamento era muito precário e difícil, quando vi aquilo tudo tive a sensação que, em pouco tempo, morreria. Pensava comigo, me mandaram aqui para morrer, eu fiquei até meio perdido, diante de toda aquela situação, não consegui dormir à noite por muito tempo," (Estefanio). A presença de urubus no Sanatório simboliza a morte em vida dos internos, uma vez que essas aves são consideradas como feias, nojentas, sujas e que vivem à procura de carniça para se alimentar.

Estefanio relata também que quando chegou no Sanatório encontrou a doutora Amélia, que era também diretora, com quem conversava muito, e nas conversas com a doutora Amélia dizia: *"você tem que se conformar meu filho, você tem que se tratar, nós vamos cuidar muito bem de você, te encaminhar para Belo Horizonte quando for preciso, será feito avaliações em você, você irá operar os seus pezinhos você vai voltar andar, já te levaram na sapataria? Eles vão fazer um sapatinho para você direitinho do tamanho do seu pé, você vai voltar andar meu filho pode ficar tranquilo,"* (Estefanio).

Comenta que se não fosse a doutora Amélia na primeira semana que estava ali, tinha ficado louco, não conseguia dormir à noite, por causa dos gritos das pessoas quando sentiam dor. Naquela época não existia serviço de enfermagem no período noturno, quem ministrava medicação eram os próprios doentes que estavam mais fortes. A medicação era prescrita pelos médicos e separada pelos enfermeiros para ser ministrada a noite, pelos pacientes.

Nas narrativas dos interlocutores, podemos observar que a situação era difícil, tudo era novo e desconhecido, inclusive pelos relatos podemos observar um número excessivo de óbitos, muitas pessoas não aguentavam a solidão e o abandono e interrompiam o tratamento; além disso, nas falas foi possível saber alguns episódios de suicídios, para algumas pessoas a única motivação seria atentar contra a própria vida.

Em meio ao novo e desconhecido, o suicídio seria melhor do que viver naquela situação, doente, preso e fadado a morrer por ali mesmo, sem voltar a sua terra natal, sem rever seus familiares e amigos. Neste contexto viver se tornava um fardo pesado de dor, sofrimento e angústia. Os relatos sobre suicídios não é um assunto comentado com facilidade entre os atores sociais, essa ocultação pode estar ligada a questões religiosas.

Na instituição, o sujeito se envolvia com a construção de uma nova identidade, “doente internado no Sanatório”, além de aprender as regras, normas, e a lógica particular do contexto social.

5.6 A disciplina dentro do Sanatório

Manter a disciplina no Sanatório era uma preocupação constante dos gestores, por isso foi estruturada uma hierarquia formada por um intendente, a irmã superiora, o delegado, o diretor e o administrador. Esses cinco cargos administravam a instituição por completo, sendo que o intendente, o delegado e o administrador eram cargos ocupados por doentes. Os atores sociais explicaram que nessa hierarquia a palavra da irmã superiora e do diretor tinham mais força quando comparadas aos outros três cargos mais importantes da hierarquia.

O diretor era a autoridade máxima da instituição, sendo responsável pela parte clínica, administrativa e interlocutora desse estabelecimento com setores anexos à unidade. A irmã superiora era responsável pela parte espiritual, social recreativa e comandava frentes de trabalho na cozinha, enfermagem, lavanderia etc. O administrador e o intendente exerciam funções ligadas à burocracia administrativa, divisão e fiscalização do trabalho. O delegado organizava a segurança e aplicava as penas com o intuito de manter a ordem pelo medo.

No Sanatório, existiam pavilhões para abrigar separadamente casais, solteiros, adolescentes e crianças. A estrutura era extremamente precária, o uso do vaso sanitário, do chuveiro frio e do tanque para lavar roupa era de forma coletiva. As pessoas eram separadas por gênero e a limpeza acontecia sob a forma de revezamento. Nos locais onde abrigavam os casados, os banheiros eram mistos, em nenhuma estrutura existiam divisórias, as camas eram dispostas lateralmente com distância de 50 cm, uma em frente a outra, cada pavilhão tinha a capacidade de abrigar 40 pessoas.

Bromélio conta que quando os pavilhões ficavam com sua lotação completa, a direção improvisava cama nos corredores até que fosse encontrada uma solução para acomodar o doente. Existia também no Sanatório um hospital com 80 leitos e, quando a capacidade máxima estava esgotada, os enfermos recebiam alta e continuavam o tratamento residencial. Pelos relatos dos atores dessa pesquisa, as punições eram recorrentes, o delegado prendia, os guardas, que também eram

internos, espancavam, humilhavam e judiavam por motivos banais, por exemplo, se o sujeito chegava com uma garrafa de pinga ia direto para a cadeia onde ficava por 30 dias. Se a pessoa saía do Sanatório sem autorização era interpretado como tentativa de fuga, se reclamasse com alguma autoridade a respeito de um determinado assunto, dependendo do dia e do humor da autoridade, o reclamante poderia ser preso.

Imagem 13- Estrutura interna dos pavilhões



Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa – CSSFA

A violência institucional pode ser compreendida pela ótica do poder disciplinar. Segundo Foucault (1994), o poder disciplinar ocorre na fabricação do indivíduo, que desde pequeno é condicionado a se portar perante a sociedade. Foucault afirma que a primeira instituição responsável por esse condicionamento é a família seguida das escolas, as religiões e a polícia, que juntas são responsáveis pela sociedade disciplinar. A sociedade disciplinar transita para a sociedade de controle, pois de certo modo essas instituições acabam tendo um controle sobre as pessoas, já que as vidas destas são regidas por tais instituições. As instituições totais como SSFA, vão exercer mais uma vez o poder disciplinar falho nas instituições “naturais”, para condicionar os sujeitos a se enquadrarem na sociedade disciplinar, realimentando sempre o círculo do desvio.

As relações amorosas também passavam por vigilância, como explica Bromélio: *“era uma ditadura total, uma coisa medonha, a gente para namorar era com um guarda ao lado, não podia pegar na mão da moça, beijo então, só depois do casamento, minha namorada morava no pavilhão das moças, eu chegava lá*

chamava por ela, ela vinha junto com o guarda, acompanhado ainda da responsável do pavilhão que ficava de olho na gente, tinha os dias da semana e os horários que podíamos namorar. O tempo para os encontros era de apenas 30 minutos, quando eu fui casar, tive que pedir autorização à irmã superiora que comunicou ao diretor sobre a nossa vontade,” (Bromélio).

O relacionamento entre os pacientes, mesmo sendo da mesma família era também monitorado. Explica Girassol: *“era um descaso isso aqui, vivíamos abandonados, para você ter uma ideia eu morava no pavilhão 12 e a minha mãe no pavilhão 5 pertinho um do outro, você acha que podia ver minha mãe? Eu só podia ver a minha mãe aos domingos, a gente não tinha direito e nem liberdade de sair daqui de dentro do Sanatório e nem liberdade de andar aqui na instituição, era difícil demais,” (Girassol).*

Para escapar do controle rigoroso, os doentes se envolviam com os trabalhos internos que era uma forma de passar o tempo, portanto representava liberdade e sociabilidade.

5.7 O mundo local de trabalho

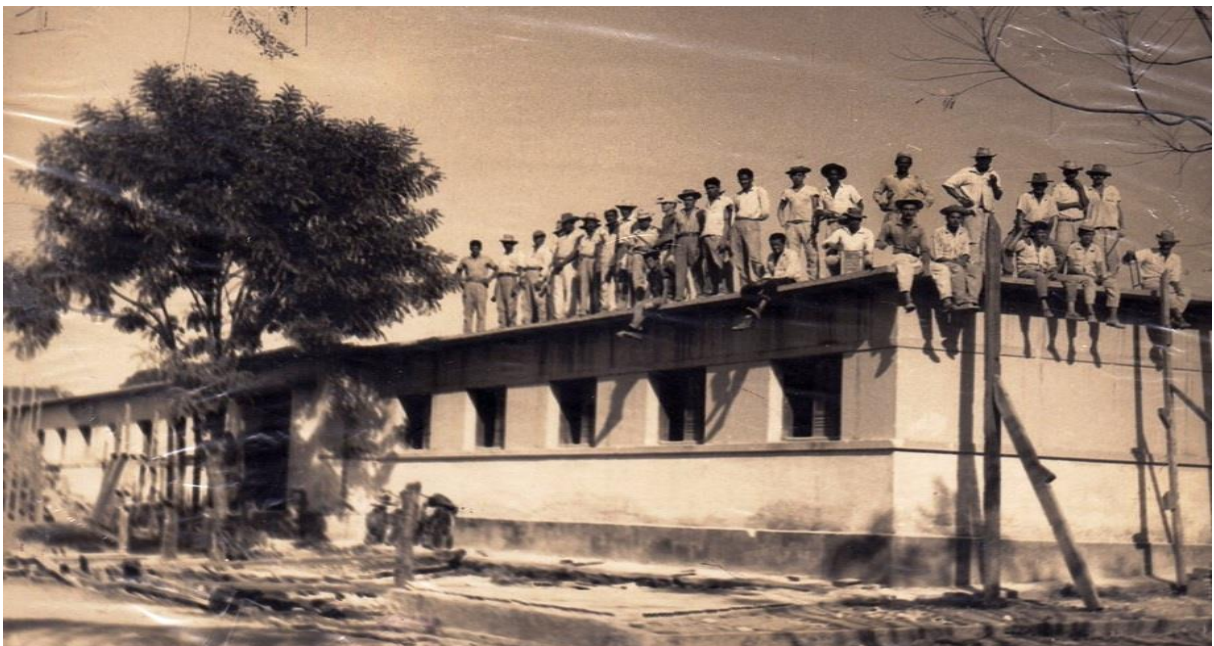
Todo trabalho interno era feito pelo próprio “doente”, Bromélio relata que quando chegou no Sanatório era jovem e a doença não tinha deixado sequelas. Como tinha as mãos perfeitas logo foi treinado para aplicar injeção nos doentes: *“me ensinaram e eu passei aplicar injeção nos doentes, dava fila, todo trabalho era feito pela gente mesmo, existia uma pedreira próximo ao Sanatório, até as bombas pra destruição das rochas, era os internos que faziam, por sorte ninguém morreu, com as explosões. Após as demolições buscávamos as pedras para a construção interna, novos prédios, reforma de pavilhão, tudo feito por nos, fabricávamos tijolos na olaria, tirávamos madeira na mata e mandávamos para serraria, serravam as tábuas e de lá iam para a marcenaria para fazer pequenos móveis, caixões e peças de telhado,” (Bromélio).*

As pessoas de fora se restringiam ao diretor, farmacêutico, técnico de laboratório, alguns médicos e as irmãs. As demais funções ficavam a cargo dos enfermos, como Bromélio conta: *“eu trabalhava de enfermeiro, carteiro de rua, de guarda, nos refeitórios entregando a comida para os doentes, trabalhava de segunda a segunda, trabalhar era diversão, salários eles davam uns trocadinhos,*

teve uma época que ficamos um ano sem receber”,(Bromélio). As vítimas dessa política sanitária, que se espalhou em todo o território nacional tiveram seus direitos fundamentais interrompidos e violados. Essas pessoas foram submetidas à restrição de liberdade por um período em que já não era mais necessário o confinamento e trabalhavam nas instituições sem receber adequadamente seus salários.

A ascensão no mercado de trabalho era uma tarefa difícil e os critérios não eram bem definidos. Bromélio conta que uma vez o diretor falou com ele: “ *você vai pegar a Superintendência para nós, eu falei: “Que isso Doutor, eu não estou servindo nem para ser mandado imagina para mandar. O diretor continuou: O atual Intendente vai ter que sair, nós vamos ter que tirar ele. Naquela época se o sujeito cometesse algo grave ele era punido, dizem que ele arrumou uma outra mulher fora do casamento, e isso era inadmissível”,(Bromélio).*

Imagem 14- Internos trabalhando na reforma do pavilhão



Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa – CSSFA

Ainda que resistente, depois de alguns dias Bromélio resolveu aceitar o cargo e passou a ser responsável direto por 96 empregados. Ao chegar pela manhã, às 6 horas, distribuía as tarefas, durante o dia fazia a “ronda” para observar se os trabalhos estavam sendo executados com perfeição, o funcionário que não correspondesse à expectativa do chefe era desligado.

Camélia conta que sempre trabalhou no Sanatório: *“trabalhei no tempo que aqui dentro do Sanatório só trabalhava quem estava doente, eu trabalhei na enfermaria cinco anos, depois trabalhei no pavilhão 21, trabalhei no curativo sete meses. Trabalhei na cozinha, no refeitório e por último fui para lavanderia, lá trabalhei 14 anos. Aposentei na lavanderia, aposentando na lei do bolsista em 2006, quando eu aposentei já tinha uns 6 meses que eu estava afastada desgastou meus ombros deu bursite devido ao esforço, me deram atestado mas eu nem voltei porque logo saiu a lei do bolsista¹⁷”,*(Camélia). A lei regulamentou a atividade e aposentou os trabalhadores. Os doentes eram uma espécie de funcionário polivalente, pois aprendiam vários tipos de tarefas e eram aproveitados de acordo com a necessidade da instituição ou com o interesse das chefias.

Acácio trabalhou na carpintaria, na enxada, na guarda, no britador, na olaria até sair a vaga definitiva na carpintaria relata que o pagamento pelos serviços prestados poderia variar: *“ em 1956 a moeda réis acabou, entrando o cruzeiro, me pagavam para substituir o carpinteiro apenas R\$ 30 cruzeiros, o valor era R\$ 38 cruzeiros, oito ia para quem eu estava substituindo, quando surgiu a vaga eu comecei a fazer móveis, reformas e o caixão para os falecidos, teve noite que eu cheguei a fazer até dois caixões porque morria gente todos os dias e os caixões eram feitos na hora, era preciso medir o tamanho do defunto para fazer o caixão, enquanto era feito o caixão, o defunto ficava no necrotério, eu não precisava colocar a mão no defunto ele já vinha preparado só midia o tamanho, alguns morriam encolhidos, o caixão era feito conforme o tamanho do freguês, nunca houve nenhuma situação estranha, as pessoas sempre perguntam isso, eu não tinha medo, por varias vezes fui à noite para medir o defunto,”* (Acácio).

A forma de enterrar os defuntos seguia uma estrutura hierárquica baseada em critérios econômicos. Existia o caixão de segunda (coberto com pano preto por fora

¹⁷A lei do bolsista citada por Camélia, é a Lei 15.790 do Estado de Minas Gerais promulgada em 04 de Novembro de 2005 que dispõe sobre o pagamento de bolsa de atividades especiais para 408 ex-internos que trabalhavam nas instituições de Minas. A lei em questão foi e continua sendo pioneira no Brasil para trabalhadores dos antigos Sanatórios. Em todos os Estados existem esses trabalhadores, a legislação de Minas Gerais é referência para outros Estados.

A Lei 15.790 reconheceu os ex-internos como trabalhadores do Estado de Minas Gerais com as mesmas garantias e direitos em comparação com qualquer outro grupo de trabalhadores estaduais. Esta conquista foi fruto da organização e mobilização dos ex-internos nas instituições de Minas. A partir da promulgação desta lei, o trabalho para esse grupo de pessoas ficou facultativo, em pouco tempo todos pararam de exercer suas atividades reconhecidas como laborterapia, uma vez que no art. 4º da lei em comento está disposto: “O afastamento do bolsista de suas atividades, autorizado pela autoridade competente, nos termos do regulamento, não ensejará a perda da bolsa”. Na prática, a lei regulamentou a atividade e aposentou os trabalhadores.

e não era forrado por dentro) e o caixão de primeira, feito de madeira, com pano especial enfeitado com galão e uma fita. A decisão sobre o tipo de caixão era de responsabilidade do fiscal que avaliava pelo status da família: *“a família conversava com o fiscal e dizia o tipo de caixão que queria, os adornos e os enfeites a família comprava por fora, o pano preto o Estado fornecia, a madeira melhor a família também pagava nesse caso era o caixão de primeira. Já o caixão de segunda o Estado fornecia tudo, a mão de obra do caixão de primeira, enquanto a o do caixão de segunda era por conta do Estado, eu não cobrava nada da família em relação à mão de obra, eu fazia tudo e recebia mensalmente pelo Estado, às vezes atrasava meses, mas depois recebia, ”* (Acácio).

Girassol recorda que quando completou 8 anos foi trabalhar na caixa beneficente, uma associação para arrecadar fundos para os ex-internos e que não tinha nenhum recurso. Uma das funções da associação era promover o enterro para aqueles internos que não tinham parentes no Sanatório ou que a família não tinha recursos: *“ o Pulga que me levou para a caixa, comecei ajudando a organizar uma reserva que era destinada para os enterros, às vezes quando morria alguém não tinha nem como enterrar melhor, colocar um enfeite, dinheiro era muito difícil, as pessoas naquele tempo não tinham quase nada, ”* (Girassol).

A entrevistada explica que trabalhou como doméstica em algumas casas dentro do Sanatório, mas nunca trabalhou para a instituição. As pessoas aposentadas que tinham um poder aquisitivo mais alto contratavam internos para trabalhar em suas residências. Não era fácil achar mão de obra disponível, pois as pessoas aptas para o trabalho e que não possuíam sequelas, em sua maioria, trabalhavam para o Estado. Além disso, não era permitida a contratação de funcionários que viviam fora do Sanatório.

Nesse quesito, o caso de Dálio seguiu uma lógica diferente: *“na época o momento político era favorável, o movimento sindical do sind-saúde de Minas Gerais dentro das instituições era muito forte, nessa época foi realizado uma eleição para o cargo de gerente, fui eleito pelos funcionários internos que eram a maioria, muitos companheiros me chamavam de analfabeto, mas tive mais apoio do que rejeição, fiz um bom trabalho na época, hoje os companheiros avaliam, ”* (Dálio).

Dos oito atores sociais entrevistados, quatro - Bromélio, Acácio, Camélia e Dálio.- são ex-funcionários e recebem a bolsa especial do Estado de Minas Gerais. Na atualidade, dos 280 funcionários da instituição, efetivos e terceirizados existentes

na Casa de Saúde São Francisco de Assis 25 (menos de 10%) residem na Comunidade ou são membros de famílias com histórico de internação. Esse fato é apontado na comunidade como sendo uma forma de discriminação institucional ao qual vamos aprofundar nos tópicos a frente.

Além dos profissionais já mencionados nesse capítulo, poucos trabalhadores “sadios” desenvolviam funções especiais no Sanatório, entre eles os cuidadores dos filhos de internos que nasciam na instituição ou que eram levados para o local devido ao diagnóstico de seu responsável.

5.8 A separação dos filhos

As pessoas que tinham filhos, quando levadas ao Sanatório SFA eram imediatamente separadas. Os filhos poderiam ser encaminhados para um familiar não portador da doença que tivesse interesse em criar o menor. Uma minoria destes filhos foi criada por algum familiar, o comum era eles serem enviados para o preventório de Araguari.

Bromélio conta que seu filho nasceu em 1958: *“os filhos nasciam e ficavam no Sanatório separados da gente, ate juntar 3 ou 4, pra ir para Araguari, não sei como resistiram a essa separação, era tudo muito triste, eu tirei carteira em 1959, eu levava os pais dos filhos que foram separados nos preventórios para eles visitarem em Araguari, a gente chegava lá via eles de longe, nem pegar podia. Aas vezes o pai ia visitar e quando chegavam recebiam a notícia que a criança havia falecido, a maioria era dado para outras famílias, não mostravam para os pais nem atestado de óbito e nem o lugar onde teriam sido sepultados. O tratamento no preventório era de qualquer jeito, os maiores olhando os menores, teve uma época que essas crianças comeram durante um mês, sangue de boi cozido, só isso que tinha, era uma verdadeira tristeza”,* (Bromélio).

São inumeráveis os danos provocados pela política pública de hanseníase não só para os rotulados como doentes como também para os que nasceram naquele período. Na tentativa de corrigir essa medida, desde 2010 o Morhan organiza um movimento nacional para que esses filhos separados sejam indenizados pelo Estado brasileiro. De acordo com os dados estatísticos, existem no Brasil em torno de 15 mil Filhos Separados na atualidade.

Imagem 15- Crianças no preventório de Araguari



Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa – CSSFA

Esse movimento goza de repercussão nacional. Na opinião de Bromélio a reparação é merecida para esse grupo de pessoas: “*essa indenização para os filhos separados é mais que justa, essas crianças que foram separadas sofreram demais, não estudaram, tem dificuldade para trabalhar e até para se relacionar com a gente que é pai mesmo, eles passaram por poucas e boas e hoje tem uma vida difícil, merecem ser indenizados assim como recebemos*”, (Bromélio).

De toda forma, ainda que essa possa ser uma maneira de ressarcir materialmente os danosos prejuízos para os doentes e filhos, as marcas psicológicas, emocionais e sociais não podem ser reparadas. Isso nos permite afirmar que as internações compulsórias são uma estratégia de controle e vigilância do outro, que por muito tempo, no caso da hanseníase, esteve confinado nos muros institucionais.

5.9 Vigilância institucional

Nas narrativas dos participantes dessa pesquisa, podemos observar que o controle da vida do doente era uma regra também no SSFA. Acácia conta que na década de 1960 a direção do Sanatório foi assumida pelo Dr. Peri, médico novo, humano, que os internos consideravam uma pessoa muito boa. Dr. Peri vendo que

os doentes não relacionavam com suas famílias e nem recebiam notícias das mesmas, comentou: *“isso não pode ficar assim, tem que existir uma forma de autorizar esses doentes a irem visitar seus familiares, a forma que ele encontrou foi através de uma licença que teve que ser requerida ao departamento da lepra. A ideia deu certo, depois de aprovado as licenças, vários internos pediram licença para irem visitar suas famílias, a licença tinha validade de 30 dias, mas não dava condução para as pessoas irem para casa”,* (Acácia).

Instauradas as licenças oficialmente na instituição, a mãe de Camélia ganhou uma licença de 30 dias, arrumou duas malas que foram levadas por cavalos até Tapiraí e daí ela seguiu de trem até Ibiá, seguindo à pé até São Gotardo onde vivia a sua família: *“minha mãe gastou 13 dias para chegar na nossa casa, ela foi a pé e sozinha, sozinha não, foi com Deus, em compensação, ao invés dela ficar 30 dias, ela ficou 6 anos lá (risos), nesse período arrumou até meu irmão mais novo, quando ela voltou levou eu e meu irmão juntos, aí eu fui diagnosticada com a doença e internada também no Sanatório, para não sermos separadas outra vez, alugamos uma morada no bairro Campos, pouco tempo depois saiu uma casa pra gente dentro do Sanatório”,* (Camélia).

Girassol recorda como era difícil sair do Sanatório até para ir na cidade de Bambuí: *“para ir em Bambuí tinha que pedir ordem aqui dentro para sair, tinha que pegar licença com diretor, às vezes eles negavam achando que o doente não iria voltar, a licença demorava tanto que a gente até esquecia que tinha pedido, a primeira vez que eu fui em Bambuí, foi eu e a comadre Patrícia esposa do compadre Antônio mãe da Nazaré e da Márcia, era muito difícil, a gente não podia ir em qualquer lugar na cidade, nossa circulação era restrita, isso só começou a mudar depois de 1977 com a chegada do padre Mário,”*(Girassol). Padre Mário é reconhecido pelos moradores como sendo quem iniciou o processo de abertura do Sanatório.

O controle da saída dos sanatórios e o contato dos doentes com o mundo externo era justificado pela interrupção da rede de transmissão da enfermidade e a proteção dos sadios. Porém a vivência, ainda que por curto período, com o mundo externo podia gerar duas situações contraditórias, por um lado, o doente poderia revelar a situação interna, as precariedades, limites e punições recebidas, por outro era uma maneira de retroalimentar o terror da “lepra” que servia como um mobilizador para aquisição de ajuda financeira para a manutenção das referidas

instituições fechadas, garantindo o afastamento dos portadores de hanseníase, do medo e do terror social que ele representava. No próximo item trataremos de discutir as formas de ajuda recebidas nos sanatórios.

5.10 As formas de se ganhar ajudas

Desde a época bíblica os chamados “leprosos” viviam mendigando pelas vias públicas a fim de conseguirem alimentos para sua sobrevivência. O pedir, durante milênios, se tornou uma das formas de sobreviver dos que padeciam da doença, nas instituições de tratamento de hanseníase em Minas Gerais, o ato de pedir/mendigar era e ainda é conhecido popularmente como “bate gato”.

A origem do termo “bate gato” é desconhecida, mas para se beneficiar dessa modalidade de aquisição de recursos, a caixa beneficente readequou essa dinâmica de forma que se atingisse um maior número de pessoas através de pedidos de ajudas por meio de cartas enviadas por correios: *“aí o Pulga fundou essa associação beneficente; para bater gato de carta, eu que escrevia pra ele as cartas, essas cartas eram escritas a mão e depois através de uma máquina de datilografia antiga que ali existia, eram muitas cartas, porque haviam muitos doentes, os endereços tirávamos no rádio ou através de catálogos telefônicos, com essas cartas recebíamos muita coisa, dinheiro, doações de roupas, alimentos, sapatos, muita coisa,”* (Girassol).

Estefanio conta que para ajudar as pessoas começou a escrever cartas para os doentes com a finalidade de conseguir alguma ajuda financeira, depois de algum tempo, começou a escrever cartas próprias pedindo ajuda para si: *“ eu batia gato, ficava três, quatro horas escrevendo, eu recebia o que pedia nas cartas, mas eu acho que a maior parte das doações era desviada no correio, as doações vinham de São Paulo, de Arcos eram muitas doações, com essas cartas, eu conheci uma senhora que morava na Itália, Dona Tereza ela me enviava dólares, por muitos anos me enviou dólares”,* (Estefanio).

As histórias relatadas nas cartas tinham a função de comover aqueles que as liam criando um sentimento de solidariedade. A história era resumida, mas relatada de maneira forte, o sofrimento era o carro chefe da “norma”. Norma era o nome dado aos escritos, a avaliação da norma tinha como critério a quantidade de cartas respondidas com o envio de alguma quantia em dinheiro. Em geral, o resultado era

positivo, as pessoas relatam que a metade das cartas enviadas resultava em ajuda financeira. No meu trabalho de campo tive a oportunidade de ler uma delas, que apresento a seguir:

“Excelentíssimo Senhor, quem vos escreve essa é um pobre doente de lepra, que vive nesse triste leprosário, isolado da sociedade, sem recursos e sem nenhum parente que possa me socorrer. Venho humildemente pedir o vosso auxílio pelo amor de Deus, para que possa ajudar no meu tratamento, melhorar minha alimentação e para que eu possa ter um pouco de conforto até a morte chegar. Espero contar com vossa caridade, já que não posso trabalhar pelos ferimentos deixados pela doença, aqui fico rogando a Deus pela sua saúde e de vossa querida família. O Pobre doente”.

Dálio conta sua experiência de pedinte: *“a lógica de pedir era perversa, para ganhar as coisas era preciso que as pessoas tivessem medo e compaixão da gente, aí ficam caridosos, falo isso porque já bati gato pelo mundo, saímos de cidade em cidade pedindo, quanto mais medo fazíamos nas pessoas, mais dinheiro, alimentos e roupas ganhávamos,”* (Dálio). A narrativa vai de encontro à teoria de Goffman (2008) a criatura estigmatizada poderá utilizar de suas condições para auferir alguma vantagem, “ganhos secundários”, ou seja, o estigmatizado pode ver as privações que sofreu como uma benção secreta, especialmente devido à crença de que o sofrimento muito pode ensinar a uma pessoa sobre a vida e sobre as outras pessoas.

Dálio explica que após as indenizações da lei 11.520/07, a maioria das pessoas que moram nas colônias parou de pedir de porta em porta ou através de cartas, embora exista a prática de pedir por alguns grupos ligados a história da hanseníase. Por exemplo, os moradores da CSFA participam de uma festa que tive a oportunidade de assistir e conforme o relato de Dálio:

“O que ainda existe é uma festa conhecida como Água Suja no Triângulo de Minas, a festa é antiga, desde meu tempo de menino lembro dessa festa, as pessoas iam no trem contagioso que parava aqui ou alugavam caminhões, antigamente o pessoal ficava lá acampado, tinha os tomadores de conta da caixa do dinheiro, sempre eram de Santa Isabel, às vezes dava uma confusão danada pois o dinheiro sumia, essa festa era muito forte. As pessoas se preparavam o ano todo para ganhar seus lotes para acampar na festa, com o objetivo de ganhar mantimentos e dinheiro, ainda hoje em pleno 2017 existe um grupo aqui de Bambuí

que ainda vai para Água Suja, a maioria dos participantes são de Santa Isabel, mas vai gente de vários lugares de Minas e Goiás, nunca participei dessa festa, tenho vontade de conhecer,” (Dálio).

O depoimento de Dálio mexeu com minhas memórias de infância em relação à festa de Água Suja. Enquanto morador da Colônia Santa Isabel, a festa fazia parte do meu imaginário desde criança, é muito comum ouvir histórias que eram contadas em sua maioria por pessoas que nunca participaram *“to falando, mas eu nunca fui, ouvir dizer”*. A maioria dos que participam da festa preferem não comentar o assunto, fato que desperta ainda mais a curiosidade das pessoas sobre como é o local da festa.

Considerando o sistema de significados existentes nas colônias de Minas, ser apontado como participante da festa de Água Suja é sinônimo de “gateiro”, pedidor de esmola, mendicância e ser participante dessa festa é se tornar desabonado socialmente, tal fato foi construído por décadas dentro dos territórios das colônias de Minas.

Água Suja é uma comunidade formada por pessoas que abandonaram suas cidades para não se alistarem, no período da guerra do Paraguai¹⁸. Em 2017, no período em que estava em pesquisa de campo, aconteceu a 147ª Festa de Nossa Senhora da Abadia, quando a cidade de Romaria se tornou o principal centro de peregrinação da região. A cidade que possui 3.641 habitantes segundo dados do IBGE, recebeu segundo a polícia militar de Minas Gerais entre os dias 29 de julho a 15 de agosto, 600 mil pessoas. As caravanas de romeiros chegavam de diversas partes de Minas, Goiás e São Paulo. Os meios de transporte são os mais variados: a pé, bicicleta, a cavalo, carro de boi, motos, automóveis e ônibus.

Nas minhas observações pude constatar que até o ano de 2013 no cartaz oficial da festa era possível observar os seguintes dizeres: *“os pedintes e hansenianos não são de Romaria, eles vêm aproveitando a ocasião da festa. Não dê esmolas na praça: há um lugar próprio para pedintes”*. A retirada dessas

¹⁸A cidade de Romaria fica localizada do Triângulo Mineiro a 86 Km de Uberlândia e a 480 Km da capital Belo Horizonte. Romaria antigamente pertencia ao município de Estrela do Sul, foi emancipada em 1962. Segundo Sousa (1997) o povoado teve sua origem a partir do maior conflito da América do Sul (1864-1870), a Guerra do Paraguai. O recrutamento forçado promovido pelo Brasil, fez com que inúmeras pessoas abandonassem suas cidades para não se alistarem, assim foi iniciado a formação do povoado. Muitos garimpeiros que fugiram de suas cidades se instalaram no local. Devotos de Nossa Senhora da Abadia, crença adquirida dos seus antecessores de Portugal, elegeram a Santa como padroeira, em 1870 inauguraram uma capela e realizaram a primeira festa na região.

informações no cartaz desde o ano de 2014 coincide com a chegada do novo reitor do Santuário de Nossa Senhora da Abadia.

Para participar da festa cheguei a Romaria no domingo dia 13 de agosto, dois dias antes do evento principal, dia 15. Assim que cheguei, dei uma volta na basílica e perguntei a algumas pessoas onde se reunia o pessoal da hanseníase. A resposta foi com outra pergunta: “*Hanseníase?*” Falei sim, depois de perguntarem a três pessoas uma indagou: “*O pessoal da lepra?*” Percebi que naquele evento a palavra hanseníase era ou parecia ser desconhecida. Confirmei que sim e me explicaram: “*o acampamento dos leprosos fica depois da rodoviária, acima do posto de saúde, geralmente eles colocam uma faixa lá, só perguntar que todo mundo te mostra onde fica*”, (Morador da cidade de Água Suja).

Fui subindo pelas ruas da cidade passando em meio às pessoas e barracas que tapavam as frentes das casas. Era possível observar um grande comércio de diversos produtos, fazendo com que as oito ruas em torno da basílica se transformassem em uma grande feira. Impossível até de se imaginar como seria a fachada das casas, pois o que era possível visualizar eram pequenos corredores para circulação das pessoas, as garagens foram transformadas em bares, restaurantes e até mesmo acampamentos. Existiam placas que ofereciam aluguel de banheiro ou quintal para se montar barracas.

Caminhando no meio da multidão era possível observar que havia um grande comércio vindo de fora, com barracas padronizadas e um comércio local com produtos da terra como bananas, galinhas, ovos, queijos, biscoitos, pães, bolos, mexericas e artesanatos, que eram comercializados em pequenas bancas, varandas, janelas ou mesmo por moradores ambulantes. Continuei a caminhar na direção da rodoviária à procura do posto de saúde, me mostraram e, ao chegar indaguei onde seria o acampamento da hanseníase, as pessoas apontaram para o final da ladeira: “*quando você chegar na esquina vai ver*”, (Morador da cidade de Água Suja).

Quanto mais me aproximava do acampamento crescia a minha incerteza sobre o modo que seria recebido pelas pessoas, logo avistei uma faixa preta que em cima estava escrito “**Hansenise**” e um monte de barracas ao fundo. Senti meu coração bater mais forte, estava tomado por uma interrogação, já chego e entro ou fico nas redondezas observando até ver um conhecido? Resolvi entrar, tomado por um grande receio, aqueles primeiros segundos foram tensos, fui logo pegando na

mão das pessoas e cumprimentando, pegar na mão é maneira de demonstrar que não se tem nenhum receio para com o outro, sinônimo de pertencimento ao grupo. De repente escutei: *“olha o Thiago aí”*. *Eu não sabia exatamente o que significava isso, mas no primeiro impacto percebi olhares de desconfiança das pessoas, preocupação e cochichos, um dos que pude ouvir foi “esse aí é forte do Morhan, um dos cabeças, esse acaba com isso aqui”*, logo fingi que não havia escutado tal afirmação.

Imagem 16- Entrada do acampamento



Fonte: Foto do autor

“Acabar com isso aqui” está relacionado a prejudicar os ganhos financeiros que se tem com a festa. Grande parte dos acampados pensou que eu estaria ali representando a posição política do Morhan. O movimento sempre criticou e combateu organizações ligadas a mendicância por acreditar que essas, reforçam estigmas e preconceitos da doença. No ano de 2014, voluntários da cidade de Uberlândia estiveram no local e um clima de conflito surgiu entre eles e os acampados, ao me verem era normal que me ligassem a essa visita passada. Outra frase que repetiam era *“O Morhan é contra a gente”*, “a gente” significa participante do acampamento.

Aquele clima de incerteza permaneceu por pouco tempo, logo escutei uma saudação: *“ei Thiago, que bom que você está aqui”*. Era uma moradora da Colônia

Santa Isabel, recebi dela um abraço e um beijo e fui apresentado aos presentes assim: “*olha gente, esse menino é nosso, entre, venha conhecer o acampamento*”, (Moradora da Colônia Santa Isabel). Antes desse momento eu estava na varanda da entrada, um local comunitário onde ficam as pessoas do acampamento recebendo os visitantes que vão fazer suas doações. Logo me perguntaram se já tinha almoçado, informei que não. Fui convidado para ir até a uma barraca onde almocei.

Imagem 17- Varanda de entrada do acampamento



Fonte: Foto do autor

Cada vez mais fui adentrando no acampamento que, no primeiro momento calculei ter no mínimo 60 barracas, todas feitas de bambu, lona preta e chão batido, fui conduzindo pelos corredores até chegar na barraca onde me foi servido o almoço. Em frente havia um fogão de lenha montado de forma improvisada, pendurada acima do fogão existia uma grande quantidade de carnes salgadas secando na fumaça. O almoço foi esquentado e me serviram arroz, um feijão bem novo que lembrava doce de leite no aspecto, carne de porco guardada na banha e salada de pepino com cenoura. O almoço estava delicioso, ainda mais que tinha gosto de curiosidade.

Ainda almoçando uma pessoa da Colônia Santa Isabel foi conversar comigo, perguntou sobre os meus pais e em seguida me perguntou se eu estava ali pelo Morhan. Expliquei que não, que estava fazendo uma pesquisa para o mestrado. Depois de me ouvir a pessoa falou: *“não mexe com a gente não, essa festa já foi muito boa, se você colocar no jornal essa festa vai só acabando”*, (Morador da Colônia Santa Isabel).

Escutei com atenção e respondi que minha presença não era relacionada às minhas atividades ao Morhan e nem vou escrever nada para jornais. Apesar de sentir que a pessoa não ficou convencida, houve por parte dela uma aceitação da minha explicação. Neste momento fui aceito e minha identidade foi desvendada.

Entre a chegada e esse momento do almoço já se passavam umas duas horas dentro do acampamento, fui conversando com as pessoas a respeito daquela festa, que ainda não tinha participado diretamente, procurando entender como se dava a organização do acampamento. As pessoas foram me explicando que os romeiros passam e deixam dinheiro, mantimentos, carnes, leite, frutas, legumes, roupas e comidas prontas para o consumo. Ao conversar com um dos responsáveis pela distribuição das coisas doadas ele me falou: *“esse ano tem 132 fichados, olha aqui no caderno, S é solteiro e C é casado, daqui a pouco eu vou fazer uma chamada e você vai entender como funciona”*, (Morador da Colônia Santa Isabel)

Conversando com as pessoas conhecidas, fui vendo e entendendo que todas as coisas recebidas chegam no próprio acampamento, as pessoas não saem pedindo pelas ruas, os carros param no local, que fica a cerca de 1 km da basílica e as pessoas fazem suas doações. Logo no início observei várias doações, uma me chamou a atenção, um casal jovem, aparentava não ter mais que 35 anos, pelo bolo de notas de 100 reais nas mãos que foram colocadas no cofre, me arrisco a dizer que havia cerca de mil reais. As notas foram colocadas uma a uma cuidadosamente no cofre, enquanto a pessoa murmurava algumas palavras que não foi possível compreender o significado, parecia ser alguma forma de oração.

Logo observei que existia uma figura muito importante no acampamento, que agradece pelas doações. É o líder religioso, que faz uma oração:

“Irmãos e irmãs, aqui mais uma vez essa família nos fazendo essa visita, só temos que levantar as mãos para o céu para agradecer a Deus e para pedir a Nossa Senhora da Abadia que abençoe esses nossos irmãos, que todos os anos estão aqui dividindo esse pão deles de cada dia, porque nós temos que levantar a

mão para o céu para agradecer a Deus e pedir a Nossa Senhora da Abadia que passe seu manto sagrado sobre essas famílias, porque esses nossos irmãos, não vieram aqui nos trazer migalhas que caem das suas mesas, muito menos vieram trazer esmola pra nois, esses nossos irmãos vieram trazer amor, carinho e fraternidade a nois todos, que é a coisa mais importante que recebemos aqui nesse acampamento, que é o amor, carinho e fraternidade que esses nossos irmãos nos oferece, é por isso que nós temos que levantar as mãos para o céu para agradecer a Deus e pedir a Nossa Senhora da Abadia que passe seu manto sagrado sobre aquelas famílias que não podem vir, as vezes esta acamado, com problema de saúde ou até mesmo com problema pessoal, não só por isso vamos deixar de pedir a Deus e a Nossa Senhora da Abadia que vá até aquelas famílias e passe seu manto sagrado sobre elas e retire todos os maus que tem sobre aquelas famílias, por isso nós vamos levantar as mãos para o céu, agradecer a Deus e pedir a Nossa Senhora da Abadia que abençoe todas aquelas famílias fazendo aquela oração,” (Líder religioso do acampamento).

A oração é feita em estilo “ladainha”, destacando as invocações a Deus e a Nossa Senhora da Abadia. O líder religioso através do apelo emocional, reforça a condição de miséria dos hansenianos, sua condição de doente esquecido e abandonado, reativando a compaixão daqueles que foram oferecer alguma ajuda. O acampamento se torna um local alternativo à basílica, para se professar a fé católica, com pagamento de promessas, penitências e recebimento de bênçãos.

Nesse momento o silêncio é mantido por todos, em seguida é rezada coletivamente a oração do Pai Nosso e Ave Maria e cantada a música: “*essa família será abençoada, porque o Senhor vai derramar o seu amor, essa família será abençoada, porque o Senhor vai derramar o seu amor, derrama Senhor, derrama Senhor, derrama sobre ela o seu amor*”. Findada a canção o grito, “*Viva Nossa Senhora da Abadia*”, todos exclamam em bom som, “*Viva*”, “*Viva essa família maravilhosa*” “*Viva*”. A despedida é feita assim: “*que Deus e Nossa Senhora da Abadia te abençoe dê muita paz e saúde e nois estamos aqui ano que vem de braços abertos esperando vocês*”, (Líder religioso do acampamento). As famílias agradecem a oração e fazem votos de retornarem no próximo ano trazendo ainda mais donativos.

A festa de Romaria pode ser interpretada pelos ensinamentos de DaMatta (1986), como uma busca humana para se compreender o sofrimento social. A

religião cria uma zona de convergência entre os seres humanos e Deus, representado pelo sofrimento, caridade e purificação. O acampamento da hanseníase é a configuração que permite essa relação entre deuses, homens e seres vivos a fim de amenizar as desigualdades sociais.

Imagem 18- Visita a imagem de Nossa Senhora da Abadia



Fonte: Fotos do autor

A rotina do acampamento é dividida pelos momentos de recebimento dos doativos, agradecimento e distribuição interna. O cofre onde fica o dinheiro é uma caixa grande feita de ferro com três cadeados, para o seu controle e fiscalização são escolhidos entre os participantes, três pessoas de diferentes cidades se encarregam de guardar a chave. Ao lado, em revezamento, ficam aquelas pessoas que possuem o maior grau de sequelas de hanseníase, ficam atrás de um cercadinho e participam ativamente dos agradecimentos. Os visitantes não tocam nessas pessoas, seja pela barreira física de bambu ou mesmo pelo medo. No geral, as pessoas que visitam o acampamento não demoram no local e ficam com seus braços caídos junto ao corpo ou cruzados, esse comportamento pode ser compreendido como resultado da retroalimentação do estigma.

A ocupação dos lugares segue uma ordem hierárquica: em frente da varanda ficam pessoas em cadeiras de roda, posteriormente pessoas com sequelas de hanseníase e por último pessoas idosas. É importante esclarecer que nem todos os cadeirantes tiveram hanseníase e que ficaram em cadeiras de roda por outras patologias.

Imagem 19- Cofre para as doações em dinheiro



Fonte: Foto do autor

Vale ressaltar que existem também doações de carnes, os coordenadores me explicaram que esses alimentos perecíveis são colocados em leilões internos e o dinheiro arrecadado vai para o cofre comum do acampamento. Depois de um leilão de aproximadamente 7 Kg de carne de boi que foi arrematado por R\$ 60,00 (sessenta reais), o arrematante me mostrava orgulhoso na bacia o processo de salga e posterior defumação para conservar o alimento até a viagem de volta.

Imagem 20- Processo de salga da carne



Fonte: Foto do autor

A minha interação com os acampados foi se dando de forma natural, a maioria gostava de conversar e contar histórias e outros de ser fotografados. Um morador da Colônia Santa Isabel me pediu umas cinco vezes “*não me fotografa*”, a maioria dos moradores não tinham problemas com isso, eu evitava fotografar sem a permissão das pessoas. Girassol me explicou várias coisas sobre a festa e se colocou à disposição para conversar a respeito.

No acampamento existem dois pontos coletivos com água potável da Copasa, luz elétrica para a barraca principal e para as barracas dos coordenadores e no fundo banheiros improvisados para uso coletivo. O terreno assim como as instalações de água, luz e banheiros, é oferecido pela prefeitura municipal. O banho dos acampados geralmente é feito nas casas vizinhas, pago por uma taxa de R\$ 4,00 (quatro reais). Existem aqueles que não tomam banho ou que o fazem com caneco (momento de descontração e risos), os três banhos que tomei no decorrer da festa foram alugando banheiros das residências vizinhas.

Imagem 21- Alimentos sendo distribuídos



Fonte: Foto do autor

Em um determinado dia de observação em campo, um dos coordenadores me convidou a acompanhar uma “chamada”, chamada é o termo utilizado para a distribuição de alimentos. Acompanhei atento a 25ª chamada onde foram distribuídos 132 kits contendo 5 kg de arroz, 5 kg de açúcar, 2 kg de feijão, 1 kg de macarrão e 4 miudezas que poderiam ser (sal, fubá, sardinha, molho de tomate, biscoito, farinha de trigo ou café). Depois da distribuição ainda existia muitos alimentos na barraca para serem distribuídos na próxima chamada. Esse processo faz parte dos rituais da festa.

A estrutura coletiva montada é composta por uma barraca grande com mais ou menos 100 metros quadrados com as divisórias, varanda de chegada, barraca da segurança e barraca de distribuição, feita de bambu e lona preta. A barraca de distribuição é feita em formato de um curral, os organizadores chamam de “curralinho”. As pessoas para pegarem esses alimentos passam por esse curralinho em fila. Os doadores fazem promessas de levar os alimentos e “dar nas mãos”. Durante minha estadia aí como observador participante ganhei água mineral, suco, picolé, refrigerante, pão com carne, pão de queijo com pernil, balas, biscoitos, bolo, sopa, almoços e jantares completos oferecidos por famílias.

Um das queixas dos coordenadores era justamente o desperdício de alimentos. A estrutura da festa imita a hierarquia dos antigos Sanatórios, existe o diretor, o líder religioso, o intendente e os guardas. Um participante me explicou que: *“as pessoas fazem promessas de dar os alimentos nas mãos, nós temos que pegar, todos os anos acontece um grande desperdício, esse ano por exemplo, teve dia de chegar 3 almoços e 3 jantares no mesmo dia, ou 1000 pães com carne, não temos como comer isso tudo e nem guardar, infelizmente se desperdiça muita comida, orientamos em trazer os alimentos de preferência sem cozinhar, mas promessa é promessa, o que podemos fazer?”*, (Intendente da festa).

Existe no acampamento uma caixa fibra de 500 litros, ao perguntar para que servia aquela caixa o intendente me falou *“daqui a pouco você vai ver”*. Por coincidência, não demorou muito, chegou um fazendeiro trazendo 350 litros de leite que foi despejado naquela caixa. Meu olhar de curiosidade sobre o destino do leite foi percebido sem ser necessário verbalizar, logo o intendente me explicou: *“agora se faz a chamada, damos 2 litros de leite para cada pessoa, se sobrar, chamamos de novo, muitos bebem o leite, existem pessoas que fazem doces, queijos e coalhadas, as vezes unem o leite ou trocam os dias um dia faz para uma pessoa,*

outra dia faz para a outra e assim vai, essa quantidade de leite tem dia que chega de manhã e à tarde, todos os dias, tem gente aí com muitos quilos de doce já, como chega muita banana também, a turma também faz doce de banana”, (Intendente da festa).

Permaneci no acampamento durante quatro dias observando diretamente a dinâmica e procurando compreender a lógica da organização da festa. Dormia na barraca da segurança, acreditei que aquele lugar estratégico seria importante para continuar observando e conversando com as pessoas. Como tinha a intenção de ficar no acampamento, levei saco de dormir, coberta e travesseiro. A barraca da segurança tinha luz e o chão batido era coberto por uma camada fina de capim seco para que a poeira não subisse com o vai e vem das pessoas. Foram noites tranquilas e de bom sono, pois ao final do primeiro dia já senti que ganhei a confiança de todos os presentes que me tratavam muito bem, sempre me oferecendo comidas, bebidas e compartilhando histórias.

Na manhã do dia 14 de agosto, segunda-feira véspera da festa, a cidade se enchia cada vez mais deromeiros, na mesma proporção, cada vez mais pessoas iam visitar o acampamento para levar suas doações, fazer seus pedidos de orações, pagar suas promessas e às vezes relatar graças alcançadas. Muitas vezes os visitantes chegavam e saíam chorando da barraca, ao tentar falar, uma emoção forte era tomada que se resumiam a repetir *“eu só tenho a agradecer”*. Era muito comum que os visitantes pedissem orações e o canto de benção da família, os pedidos eram realizados prontamente.

De todas as histórias que me foram relatadas ainda não tinha presenciado até o momento a de distribuição de dinheiro, antes do final do dia um senhor que aparentava ter não mais que 50 anos chegou ao acampamento e relatou que havia feito uma promessa de entregar na mão dinheiro, notas de R\$ 5,00 (cinco reais). Nesse momento a fila se formou no curralinho para receber da mão do doador uma nota de cinco reais. Interessante de se observar é que as pessoas pegavam o dinheiro e voltavam outra vez para a fila. Nessa mesma distribuição uma pessoa chegou a pegar R\$ 25,00 (vinte e cinco reais), outra pessoa da fila me relatou *“ontem eu peguei R\$ 18,00 (dezoito reais) fizeram a promessa de distribuir nota de R\$ 2,00 (dois reais), entrei na fila nove vezes”,* (Participante do acampamento).

Tive a oportunidade de observar outras tantas distribuições de dinheiro na mão, as pessoas me indagavam: *“vem também, você também esta acampado com a*

gente”. Fiquei surpreso com o convite, fiquei alegre por ter sido considerado acampado pelos participantes podendo participar da distribuição de dinheiro, momento em que a fila é mais disputada. Agradei o convite e expliquei que continuaria a pegar os alimentos, o dinheiro deixaria para eles que tentavam recuperar o valor gasto pela passagem.

Ao final de uma doação perguntei a um doador se era a primeira vez que ele distribuía dinheiro, ele me disse: *“sim, pedi uma graça a Nossa Senhora da Abadia e fui atendido, prometi que viria aqui e distribuiria dinheiro aos doentes”*, (Doador de dinheiro no acampamento). Perguntei a outro doador se incomodava o fato das pessoas entrarem mais de uma vez na fila para receber, ele me disse: *“não tem problema, a promessa é para distribuir o dinheiro, no meu caso R\$ 500,00 (quinhentos reais) em nota de dois, as pessoas podem entrar e sair quantas vezes o dinheiro der, já tem mais de 10 anos que faço isso, minha promessa já até acabou, mas me sinto bem em fazer isso”*, (Doador de dinheiro no acampamento).

Fiquei curioso para saber a opinião dos moradores vizinhos ao acampamento, em algumas conversas que realizei os mesmos diziam que: *“o acampamento é mais velho que o bairro, quando viemos morar aqui já sabíamos que em agosto tem esse acampamento e tantos outros pela cidade”*. Alguns ainda falaram: *“poucas pessoas daquelas são realmente doentes, virou uma tradição aqui, acredito também que mesmo os que não são doentes estão ali porque precisam, gostamos de ver e achamos bonito ver os ricos chegando nos seus carros e caminhões para ajudarem os pobres,”* (Vizinho do acampamento).

Levando em consideração que a partir de 2014 o acampamento não era mais citado nos cartazes oficiais da festa, procurei conversar com o padre Márcio Ruback, reitor do santuário, sobre a sua visão a respeito do acampamento. O padre me explicou que foi transferido para a paróquia de Romaria em 2014 e que no primeiro ano à frente da paróquia retirou a menção ao acampamento da festa e que vai lutar para que aquele acampamento acabe, *“acho um absurdo aquilo ali com o apoio da prefeitura, hoje hanseníase tem cura, aquilo lá não é educativo e não reintegra a sociedade, trata-se de agenciadores profissionais acostumados a pedir esmolas”*, (Padre Márcio Ruback).

Importante destacar que existem vários grupos de pedintes na cidade, nenhum é do acampamento, é uma regra, já que as pessoas acampadas são proibidas de pedir esmolas na festa, podendo receber uma pena que é a expulsão

do acampamento e a perda dos direitos de “doente”. Pela patologia, nem as pessoas que tiveram hanseníase podem ser classificadas como doentes, algumas possuem sequelas deixadas pela doença, não são mais portadoras do bacilo, a identidade doente é adquirida com a abertura do local nos primeiros dias da festa.

O acampamento é controlado por 12 guardas, 5 fazem o serviço de segurança e os outros 7 são organizadores e pessoas antigas que são consideradas como guardas. Os guardas ganham os donativos como todos os outros, participam da divisão do dinheiro do caixa comum e ainda recebem um ordenado de R\$ 650,00 (seiscentos e cinquenta reais) que é retirado do caixa comum após a abertura do mesmo.

Além da maneira formalizada de “bater gato”, as pessoas me explicaram que ainda hoje existem turmas organizadas pelo Pingo (uma pessoa), que saem pedindo em outras cidades. Responsável geral pelo acampamento, representa o diretor dos antigos sanatórios, a palavra final sempre é dele, as pessoas que pedem em outras cidades vão de carro e ao final do dia dormem em pensões.

Tive a oportunidade de conversar com o Pingo sobre o tema, perguntei se ainda hoje as pessoas conseguiam arrecadar uma boa quantia, ele me respondeu: *“ainda hoje é bom, uma pessoa igual o Carneiro que você conhece, arrecada livre da despesa cerca de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por semana, já teve vezes de ficarem 3 semanas e voltarem com dois mil reais, tirando todas as despesas, essa quantia livre pra eles, é uma vida muito sofrida, muita friagem, humilhação, sol ou chuva, mesmo com a idade avançada eles não param, tem um grupinho de poucas pessoas que ainda vão,”* (Pingo, diretor do acampamento).

Às 5 horas da manhã do dia 15 de agosto, despertei com o grande barulho dos ônibus chegando a Romaria. Às 6 horas uma grande alvorada de fogos e o início das doações me fizeram arrumar a minha cama e levantar para o dia da festa, dia de grande expectativa entre os acampados. Existiam pessoas de diversas cidades de Minas como Betim, Ubá, Araguari, Bambuí, Uberlândia, Monte Carmelo, Patrocínio e Três Marias. Participaram ainda pessoas do estado de Goiás e Distrito Federal. Importante destacar que 80% dos participantes tendo hanseníase ou não moram nas antigas colônias de hanseníase em Minas e Goiás. Esse ano 9 pessoas de Bambuí ficaram acampadas na festa.

No dia 15 de agosto o acampamento fica cheio o dia todo, são dezenas de pessoas. Além disso, folias de reis vão cantar dentro do acampamento que recebe

uma infinidade de doadores. Nesse dia há grande desperdício de alimentos pela incapacidade de consumo devido à quantidade que chega.

O ritual de encerramento da festa acontece com a celebração religiosa do lado de fora da basílica. O padre Márcio Ruback, reitor do santuário utilizou a seguinte expressão para agradecer os festeiros: *“é hora de agradecer, não podemos ser como os 10 leprosos que foram curados por Jesus e apenas um voltou para agradecer, é momento de gratidão”*. Nesse momento foram feitos os agradecimentos a todos os organizadores da festa, por coincidência a passagem utilizada para se fazer o agradecimento e falar sobre a ingratidão já foi abordada nos capítulos iniciais.

Imagem 22- Missa de encerramento da festa



Fonte: Foto do autor

Interessante de se observar que o acampamento de hanseníase reproduz a estrutura dos antigos sanatórios, além dos cargos já explicados anteriormente, existem regras como a proibição do consumo de bebida dentro do acampamento, existe portaria e limite no horário de chegada à noite (22 horas). Se os próprios membros da organização ou acampados infringirem alguma regra, a pena é de

reclusão dentro da barraca (cadeia) com perda de direitos naquele dia ou até mesmo expulsão.

Conversei com um guarda que tomou um balão de um dia, que me explicou: *“fui acusado de estar gritando bêbado no acampamento, o diretor me deu o balão de um dia, foi até bom, a comida chega pra gente dentro da barraca, passei o dia todo tranquilo deitado, depois do almoço suspenderam meu balão e voltei a trabalhar”*, (Guarda do acampamento).

Nos antigos sanatórios existia a xepa¹⁹, no acampamento também existe a xepa, diariamente pedintes vão ao local procurar alguma coisa que esteja sobrando para comer, os organizadores fazem as doações conforme a disponibilidade de alimentos. Nas conversas com os moradores, tomei conhecimento sobre a expectativa da abertura do cofre e sobre os diversos problemas que eles diziam existir no acampamento:

“A gente vem para essa festa porque gostamos de passear, o que ganhamos não paga nem a passagem,” (Participante do acampamento). As pessoas que vêm de Betim pagam o valor de R\$ 360,00 (trezentos e sessenta reais) cada, isso dá direito a vir no ônibus, trazer pertences para montar suas barracas que vêm em um caminhão separado. No final, os custos com a passagem garantem que todos os alimentos recebidos sejam transportados para suas casas. Girassol na noite do dia 15 me disse: *“menino você não é bobo e está vendo, existe uma diferença grande entre as coisas que chega e as coisas que são distribuídas, aquela barraca da segurança, à noite some muitas coisas”*, (Girassol).

Como é comum nas reuniões coletivas, existem também os conflitos. Na noite do dia 15 de agosto o clima festivo foi interrompido por uma briga entre um acampado e o intendente da festa, o acusador disse: *“aqui é o seguinte, vocês guardas roubam da gente, pegam as coisas melhores escondem nas barracas e distribui as migalhas para os coitadinhos”* (Participante do acampamento). O clima esquentou, outras pessoas entraram na confusão que quase acabou em tragédia, pauladas na cabeça foram deferidas ao acusador que colocou a mão na frente e se afastou, logo um grande grupo de pessoas acampadas apartaram a briga. A confusão só ascendeu cada vez mais às conversas que chegavam até mim: *“você tá*

¹⁹ A xepa era a distribuição dos alimentos que sobravam para pessoas externas ao Sanatório.

vendo menino, isso é a realidade. Isso aqui virou uma pouca vergonha, o pessoal tem roubado na cara dura”, (Participante do acampamento).

Um dos acampados, o mesmo que na minha chegada havia relatado o medo do acampamento sair em algum jornal, para minha surpresa me disse: *“Thiago, acaba com essa pouca vergonha, solta isso na mídia, essa festa aqui a cada ano tá pior, estão roubando tudo na cara de pau.”* O participante que foi muito amigo dos meus pais e me tratou muito bem no decorrer dos três dias que estive acampado faleceu em 20 de outubro 2017 com problemas cardíacos em Santa Isabel. Para o ano de 2018 o mesmo havia me dito o desejo de retornar à festa e ainda brincou: *“ano que vem, você vem mais cedo que te ajudo montar a sua barraca, aí você pode trazer sua mãe e seu pai (demos uma boa gargalhada juntos)”*, (Morador da Colônia Santa Isabel).

Na noite do dia 15 estava prevista uma confraternização no período da noite, a briga fez com que fosse cancelada, um acampado comentou com um guarda: *“que infelicidade do nosso amigo em acusar o intendente”* o guarda respondeu: *“amigo, o negócio aqui tá feio, eles estão roubando é tudo, na cara de pau mesmo”*. Além de mim que nesse momento não segurei uma gargalhada em alto e bom som pela cena e as expressões corporais que observei, um grupo de mais seis acampados escutaram o que o guarda falou, riram, balançaram a cabeça e concordaram com o mesmo.

O amanhecer do dia 16 de agosto aconteceu de forma apressada, pessoas desmontando as barracas e carregando os mantimentos para os três caminhões, três ônibus, três vans, cinco carros particulares com carretinhas e tantos outros automóveis. Algumas pessoas ainda faziam suas doações quando chegaram no acampamento o prefeito e o vice-prefeito da cidade de Romaria. Nesse momento o acampamento foi todo mobilizado para receber os dois na barraca principal.

Ao passar a palavra para o prefeito João Rodrigues o mesmo iniciou perguntando: *“passaram a festa bem moçada?”* As respostas *“sim graças a Deus”* e continuou: *“festa animada que foi, tudo na paz graças a Deus”* o líder religioso apresentou o prefeito e o vice a todos e disse que iria fazer uma oração, eles responderam: *“estamos precisando”*. A oração foi feita e o orador ressaltou que dos muitos anos que participa, 30 anos no total, esse ano de 2017 foi o ano que fomos mais bem recebidos pela prefeitura, foi a primeira vez que teve luz e banheiros químicos. Ao final, a música que sempre era cantada foi adaptada para a versão

“esse prefeito será abençoado porque o senhor vai derramar o seu amor, o vice-prefeito será abençoado...”

Em torno do acampamento existe também um ganho político para a cidade, receber os acampados reforça a legitimidade das autoridades locais, uma vez que o acampamento se tornou uma tradição da festa. No plano político regional e estadual, essas autoridades também ganham prestígio, uma vez que os acampados possuem relações políticas com deputados e outras lideranças estaduais. O ritual acaba por trazer segundo Goffman (2008) ganhos secundários para as autoridades, que retroalimentam a hanseníase estigmatizada.

Após a oração, o intendente fez o uso da palavra e disse *“doutor, nós queremos agradecer não só por esse ano, mas pelos outros anos que o senhor tem nos aturado aqui nos outros mandatos do senhor, estamos tentando moralizar mais o pessoal, não deixar atrapalhar o trânsito, porque atrapalhava mesmo, a gente sabe que atrapalhava, a prefeitura fez o pedido para a gente não deixar o pessoal na rua, a gente não deixou, e o senhor pode ficar sossegado porque a nossa turma não mendiga na rua, nossa turma aqui é proibido mendigar, a gente só recebe o que vem de doação, de promessa que o pessoal traz até aqui, a gente vai continuar a melhorar todos os anos para procurar não dar trabalho também para a prefeitura, só temos a agradecer, nesse momento só temos a agradecer”*, (Intendente da festa).

A segunda maior autoridade do acampamento em seu discurso de agradecimento retroalimenta o estigma da hanseníase, reduzindo os acampados a pessoas indesejáveis, sem moral e pedintes. O fato de agradecer ao prefeito por tê-los aturado mais um ano ilustra bem essa condição social desabonadora. A busca da moral para que os hansenianos não venham a mendigar pelas ruas, atrapalhando os participantes da festa e dando trabalho para a prefeitura é constante.

O doador agradece a Abadia por uma graça, o doente agradece o doador pelos bens materiais fruto das promessas feitas, o prefeito agradece o povo e o povo agradece o prefeito. Tudo isso simbolizado pelos bens materiais e pela relação ente divino e humano. Mauss (2003), explica que tais relações de troca carregam consigo uma dimensão moral que confere sentido às relações sociais. As trocas cerimoniais que compõem esses sistemas não são meras trocas de presentes, mas prestações e contraprestações a serviço de novas alianças e do fortalecimento das antigas. Sua finalidade última é a comunhão entre as partes. O modo de se oferecer uma contraprestação superior ou equivalente ao que foi recebido, cumprindo a

obrigação de retribuir em Romaria, se dá pela oração, que fortalece as relações entre o sagrado e o profano.

A palavra voltou para o prefeito que visivelmente emocionado disse: “*estamos aqui esperando vocês o ano que vem, vocês engrandecem essa festa, vocês fazem parte dessa festa, essa festa sem vocês não é a mesma coisa, o que depender da prefeitura, o que a gente poder fazer para acolher bem e melhorar a estadia de vocês aqui a gente vai estar lá fazendo, quero desejar um bom retorno para suas casas, que Deus acompanhe,*” (Prefeito de Romaria). Os gritos de viva o prefeito e sua equipe acompanhados de uma calorosa salva de palmas encerraram o momento de agradecimento. O apelo emocional é uma constante, o doador chora e promete retornar com mais donativos, o prefeito se emociona e afirma o pertencimento dos acampados à festa e o doente lucra ganhando dinheiro, enchendo os carros de comida e garantindo a estrutura necessária para o próximo ano.

Passado o momento festivo com o prefeito, a atenção voltou para a abertura do cofre. O diretor e o intendente do acampamento agradeceram a todos pelo comportamento na festa, disseram que às vezes acontece alguma confusão por causa do álcool, mas que no geral foi tudo positivo. A justificativa de reduzir a briga ocorrida na noite anterior apenas ao álcool foi uma forma encontrada pelos organizadores para desqualificar as acusações e encerrar o assunto sem aprofundamento do tema.

Antes de abrir o cofre uma das pessoas que estavam acampadas iniciou a reza do terço da misericórdia, com a participação da maioria das 132 pessoas. A reza do terço é um ritual de iniciação, que acontece às 12 horas do dia 6 de agosto, momento em que também é instalado o cofre para as doações. A reza foi interrompida por um homem que chegou e disse:

“*Gente primeiro eu queria agradecer vocês, (nesse momento começou a chorar muito e continuou com voz engasgada), ano passado eu tinha perdido meu filho, e muito de vocês falaram, pode ficar tranquilo que vai da tudo certo e deu, Maria Luiza ta aqui olhem (mostrando a criança para os presentes nos braços da mãe que também chora muito), ano passado ela estava na UTI, eu vim aqui na Romaria sem ela e vocês falaram que ela iria sair, e saiu do hospital, essa foi minha graça, hoje vim agradecer, trazer essas coisas para vocês (cestas básicas), sei que é pouco, mas a gente faz do pouco muito, mas todos os anos o que eu consegui eu*

trago aqui para vocês para agradecer esse milagre na minha vida, o menino não sobreviveu mas ela esta aqui graças as orações de vocês também, todos os anos eu saio daqui fortalecido lembrando de vocês, eu que tenho que agradecer a vocês e não vocês me agradecer, cada ano volto mais fortalecido espiritualmente”, (Doador do acampamento).

O rezador retoma a sua função, dá o grito de “viva” e convida a todos para a abertura do cofre, momento muito esperado pelos participantes da festa. Para testemunhar, algumas pessoas são convocadas para contar o dinheiro e eu fui incluído na equipe da contagem e tinha como tarefa conferir e agrupar as quantias em pacotes de mil reais. Ajudar na contagem do dinheiro significou para mim um voto de confiança e a lisura da ação, me sentia bastante curioso e motivado para observar esse momento, ganhei um lugar privilegiado para os registros.

O cofre é aberto, o dinheiro é espalhado sobre uma lona preta juntamente com as cartas dos doadores. Os espectadores acompanham com curiosidade o ritual sem dar nenhuma atenção às cartas que eram descartadas imediatamente. As pessoas olhavam com curiosidade para a quantia de dinheiro que caiu no chão e tentavam adivinhar qual seria a soma total arrecadada.

Imagem 23- Abertura do cofre



Fonte: Foto do autor

Os organizadores informaram que o valor arrecadado é mais ou menos o de um carro popular, as doações feitas com cheque são trocadas e é cobrado 10%. Na dinâmica da contagem o que exige mais tempo é o trabalho com moedas, que são muitas, nessa festa foi faturado R\$ 26.248,00 (vinte e seis mil, duzentos e quarenta e oito reais). Retiradas as despesas dos doze guardas R\$ 7.800,00 (sete mil e oitocentos reais), dos carretos R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais), dos desmanches das barracas R\$ 400,00 (quatrocentos reais), sobrou um valor de R\$ 17.728,00 (dezessete mil setecentos e vinte e oito). Dividido por 132 pessoas, esse valor corresponde a R\$ 134,00 (cento e trinta e quatro reais) para cada pessoa e para o casal R\$ 268,00 (duzentos e sessenta e oito reais). Esse valor pode variar, como por exemplo no ano de 2016 a quantia individual foi de R\$ 191,00 (cento e noventa e um reais).

Apesar dos participantes afirmarem que a festa está ligada a uma questão de lazer, a quantidade de alimentos arrecadados somados às roupas, sapatos e dinheiro, faz com que o ritual se torne rentável. Ao final da contagem do dinheiro, um participante, morador da Colônia Santa Isabel se dirigiu a mim e perguntou: “*you viu como o esquema é pesado? Pagar R\$ 650,00 (seiscentos e cinquenta reais) para um guarda é um absurdo, eles não fazem nada, só carrega as coisas melhores, o esquema é forte, se a gente falar alguma coisa somos proibidos de voltar, isso aqui já deu até morte*”, (Morador da Colônia Santa Isabel).

Relacionado a esse ponto de pagamento aos “guardas”, o descontentamento é externado por outros participantes, porém existe a lei do silêncio local, ninguém procura se mobilizar para discutir essa forma de corrupção dita pelos participantes. Podemos comparar com a sociedade em geral, que não se mobiliza de forma coletiva para discutir a corrupção que envolve o sistema político brasileiro. Nesse caso também impera a lei do silêncio em esfera nacional, pois os pequenos e os grandes atos de corrupção, parecem não incomodar efetivamente o conjunto da sociedade.

É notável a organização da festa e em especial da contabilidade que é registrada em caderno desde 1992. Por meio das anotações, pude ter conhecimento que foi arrecadado cerca de 200 quilos de alimentos por pessoa, além das roupas e calçados. Se multiplicarmos 200 quilos por 132 pessoas o total é de mais de 26 toneladas de alimentos arrecadados. Em conversa com os participantes tomei conhecimento sobre outros acampamentos da hanseníase do mesmo estilo na

Bahia e em São Paulo. O segundo mais famoso fica em Trindade, Goiás, que ocorre durante a festa do Divino Pai Eterno, as pessoas afirmam com propriedade que o mais famoso e rentável é o de Romaria. O imaginário dessa festa está ligado às pessoas que chegam com sacos de dinheiro para distribuir.

Imagem 24- O acampamento



Fonte: Foto do autor

A origem do acampamento é uma incógnita. Indagando sobre o tema, pude observar que as pessoas centravam em sua experiência particular, como por exemplo o participante mais antigo, Messias relatou que em 1957 veio pela primeira vez na festa: *“com 18 anos fui diagnosticado com lepra, minha mãe fez um voto para a Nossa Senhora da Abadia para que a doença fosse curada, vim pagar a promessa, coloquei todos os doentes na fila e distribuí dinheiro a todos. Na época era bastante dinheiro, a turma ficou feliz. Com o avanço da doença e minhas sequelas nas mãos e nos pés, como o senhor está vendo, não dei mais conta de trabalhar, então com 30 anos comecei a vir na festa como pedinte e continuo até os dias de hoje com meus 78 anos, gosto daqui, ano que vem se eu tiver vivo, volto de novo”,* (Messias).

Outro participante, Lázaro, que há 45 anos participa da festa: *”o acampamento com certeza tem mais de 70 anos, os antigos contam que um senhor bem leproso coitado, veio na festa e ficou acampado no cemitério, foi o único lugar que deixaram ele ficar, passados os dias da festa, esse senhor morreu no cemitério*

e só foi encontrado dias depois já em estado de decomposição, acho que foi ai que começou o acampamento”, (Lázaro). Os organizadores relatam que por muitos anos o terreno disponibilizado para o acampamento era ao lado do cemitério, antes do local atual o acampamento passou por mais outros dois terrenos, já faz dez anos que o acampamento se encontra no mesmo lugar.

Das atividades relacionadas, existe também o desmonte das barracas, que fica sob a responsabilidade do senhor Lázaro que recebe R\$ 400,00 (quatrocentos reais), o tempo de trabalho costuma durar dois dias. As barracas são desmontadas e amontoadas no terreno, depois são queimadas e o acampamento é incinerado, o período da queima de todo o material dura quase um dia. Ao final da incineração se entrega o terreno para a prefeitura que o devolve ao proprietário.

Importante aqui se atentar para a representação simbólica da queima da estrutura física da festa. O fogo nas barracas é a forma de higienizar o local ocupado por “doentes”, esse ato mostra e reforça que as pessoas que ali estavam eram impuras e sujas, seus pertences deixados necessitam ser incinerados para se evitar possíveis contaminações. Aquele local só pode ser utilizado após a queima de todo o material ali existente, no geral o terreno não é ocupado durante o ano.

Ao retornar a Bambuí, depois de longos dias no ritual da Abadia, em conversa com Girassol ela me relatou que ficou trinta anos sem participar da festa e faz dois anos que voltou: *“ existe diferença entre a festa antiga e a festa atual, nas festas antigas só haviam doentes, não existia sadios era só doentes, hoje tem familiares, conhecidos e gente que nem sabe o que é hanseníase. Nas festas antigas havia muitas brigas eles matavam, tanto é que o meu padrasto morreu lá, eles mataram ele na festa, eu acho que era por causa de cachaçada, confusão deles mesmo lá, antigamente ganhávamos muita coisa, mas dinheiro eu não lembro não, dava muito mantimento, mas dinheiro mesmo eu não via, o pessoal catava tudo”, (Girassol).*

Girassol explica que gosta de ir pelo ambiente da festa e não pelo que ganha: *“ nessa última vez nos ficamos lá 14 dias da festa, nós fomos dia 02 e voltamos dia 16, eu ganhei muita coisa chegando aqui eu reparti com as pessoas, em relação ao dinheiro eu ganhei 137,00, ao meu ver hoje o intuito dessa festa é apenas diversão porque tenho gastos para ir, para ir eu paguei R\$ 360, mais R\$150, para fazer a barraca, mais R\$100 do plástico que eu comprei e levei, totalizando R\$ 610, ou seja, nós vamos é porque gostamos mesmo, o banheiro eu usava o banheiro químico, e para tomar banho eu pagava pra tomar banho em uma casa que lá*

estava disponibilizando os banhos por R\$ 4,00 (quatro reais)”, (Girassol).

Entre os participantes uma fala se torna comum, *“participamos da festa por diversão”*, não é possível afirmar se a festa realmente se tornou uma forma de lazer, haja vista que o volume de alimentos arrecadados ainda é alto e que os administradores receberam uma quantia de R\$ 787,00 (setecentos e oitenta e sete reais). De uma maneira ou de outra a festa sempre foi uma possibilidade de lazer, possibilidade de sair de dentro dos sanatórios que não ofereciam muitas alternativas, como será apresentado em seguida.

5.11 As formas de lazer

Procurar formas de lazer para os internos era uma preocupação da instituição. A vida cultural do Sanatório era muito rica, Bromélio recorda que: *“aqui tinha cinema semanalmente, fazíamos teatro era muito bom, eu ficava abaixo do palco quando o ator esquecia o texto, eu falava baixinho o texto para ele, para a reprodução dos filmes no cinema a gente alugava filme em Belo Horizonte que vinha pelo trem e depois começou a vir de ônibus, aquelas rodas de fita de projeção para o cinema, quando o filme não vinha a gente buscava, tinha bailes, desafio de sanfona, carnaval, futebol, tinha diversão, isso aqui era cheio de atividades para todos os gostos,”* (Bromélio).

Na atualidade o futebol existe na Comunidade, a equipe local disputa torneios e partidas em Bambuí e nas cidades vizinhas. Outra forma de distrair observada na Comunidade São Francisco de Assis é o jogo denominado “Torrinha”, em que quatro pessoas ficam sentadas em torno de um tabuleiro quadrado de madeira batendo um copo com um dado, movimentando pedras e vibrando com as rodadas. Nas minhas primeiras visitas a Comunidade São Francisco de Assis observei com curiosidade essa novidade, até então um jogo totalmente desconhecido, seja dentro de antigas colônias ou na sociedade em geral. Ao pesquisar na internet, não foi possível encontrar o nome “Jogo Torrinha”, que é típico da CSFA.

Para saber mais sobre o jogo, comecei a perguntar aos moradores. Bromélio me relatou que em 1953, quando ele foi internado, a Torrinha já era muito praticada entre os pacientes, principalmente dentro dos pavilhões: *“a gente passava e via diversas rodas e pessoas jogando, casais contra casais, homens contra homens,*

mulheres contra mulheres, existia aqui até campeonato de Torrinha, a turma gostava”,(Bromélio).

Acácio, antigo carpinteiro, relatou que fez dezenas de tabuleiros de Torrinha para o pessoal: *“esse jogo sempre foi muito presente aqui, principalmente entre os mais idosos e aquelas pessoas que não podem andar, eu fiz muitos tabuleiros para as pessoas jogarem, à noite antigamente a gente passava em frente aos pavilhões e só escutava os dados batendo nos tabuleiros e fala das pessoas sobre o jogo”,* (Acácio).

O tabuleiro é quadrado de 70x70 cm, rústico, demonstrando ter sido construído e pintado artesanalmente. Ele fica suspenso sobre as pernas das duas duplas de pessoas que jogam um dado dentro de um copo de couro e movimentam pedras redondas de madeira que ficam dispostas entre quatro meia luas pintadas nos quatro cantos do tabuleiro das cores amarelas, verdes, vermelhas e brancas (as mesmas cores do tabuleiro). As pedras se deslocam em sentido horário sobre quatro conjuntos de dezenove casas quadriculadas brancas e azuis, divididas entre três fileiras de seis casas que levam ao círculo central, o objetivo do jogo é sair da meia lua e chegar ao círculo dando a volta por todo tabuleiro.

As regras não são complicadas, fato que faz com que o jogo seja praticado por crianças, adultos e especialmente idosos, que passam horas conversando e jogando. Cada jogador tem quatro pedras, que ficam posicionadas nos cantos, na primeira rodada se o número do dado for um ou seis, o jogador tem direito a colocar de uma vez no tabuleiro duas pedras uma por cima da outra, ditas “encavaladas” que formam uma torre, (daí a possível origem do nome Torrinha). Pode se encavalar duas, três ou até mesmo as quatro pedras, sendo necessário acontecer a combinação correta nas casas do tabuleiro.

É um jogo que exige concentração e estratégia: cada jogador possui quatro pedras, para alcançar o objetivo de dar a volta no tabuleiro e chegar ao núcleo central é necessário que se observe a disposição das pedras de todos os jogadores, as pedras do seu companheiro de dupla e principalmente da dupla adversária, que fará de tudo para eliminar sua pedra e te impedir de alcançar o objetivo. Quando isso acontece, sua pedra volta para a meia lua e se reinicia o objetivo de tentar dar a volta no tabuleiro. Não existe um tempo fixo para as partidas, pelo observado, duram de 20 a 40 minutos cada. São jogadas diversas partidas, as duplas vão acumulando derrotas e vitórias, são as chamadas “quedas”.

O jogo teve e ainda possui grande importância para as interações, sociabilidade e ocupação do tempo ocioso. Mesmo sendo um jogo muito antigo, a falta de lazer dentro da Comunidade faz com que a Torrinha se torne uma opção, a exemplo de quando o local ainda era utilizado para o isolamento compulsório.

Todas as tardes na casa da senhora Brasilina Umbelina, popularmente conhecida como dona Delza esposa de Dálio, acontecia o encontro de amigos e vizinhos para disputar algumas quedas do jogo. Diversas vezes tive a oportunidade de acompanhar as quedas, aprender e jogar algumas partidas também. A casa sempre ficava cheia, o barulho do dado e das pedras se misturava às vozes de alegria dos momentos agradáveis entre amigos. No dia 26 de novembro de 2017, Dona Delza faleceu após alguns dias internada na cidade de Bambuí, fica em minha memória a imagem de Dona Delza alegre nas tardes ensolaradas ao redor de um tabuleiro de Torrinha.

Imagem 25- Dona Delza (azul) e amigos jogando Torrinha



Fonte: Foto do autor

5.12 Preconceito e discriminação

Preconceito, discriminação e hanseníase é uma trinca conhecida milenarmente, atribuída às pessoas diagnosticadas com a doença e principalmente aquelas que foram isoladas nos sanatórios e que continuaram sendo vítimas ainda que exista tratamento e cura da enfermidade. O imaginário construindo em torno da questão colabora para a proliferação de conceitos e práticas equivocadas.

Em nossa unidade de análise dessa pesquisa Comunidade São Francisco de Assis foi possível encontrar pessoas que foram tratados há décadas e curadas, e que foram negativadas, ou seja, não são portadores do bacilo de Hansen. Alguns que participaram dessa pesquisa apresentam de em seus corpos algum tipo sequela visíveis da doença, mãos e pés atrofiados (em formato de garra), perda de pelos e infiltrações na face, essas sequelas colaboram com o preconceito e a discriminação, pelo entendimento equivocado de que a sequela é que transmite a doença.

Um de nossos interlocutores, Bromélio, relata que no passado o preconceito e a discriminação era o normal, conta que em 1979 foi retirado pelo gerente da fila do Banco do Brasil, para ele foi um constrangimento enorme. Segundo informa, essa situação diminuiu, mas ainda existe: *“até hoje a gente sofre muito preconceito, o pior da doença não é a dor e sim o preconceito sofrido. Para você ter uma ideia toda segunda-feira tem o terço dos homens aqui em casa, tem pessoas que vem de Bambuí e não pegam na minha mão, pegam no meu braço, (Bromélio tem mão em formato de garra). Ainda tem pessoas mais velhas, antigas que são bem preconceituosas, isso vem do passado, foi o sistema imposto que eles seguem até hoje,”* (Bromélio).

Bromélio conta que em Bambuí tem uma família muito rica que humilhava as pessoas que moravam no Sanatório. É a família dona do supermercado Pague Pouco: *“um dia duas moradoras daqui, foram tentar comprar lá, eles falaram que não iriam vender, aí elas falaram que iam colocar fogo naquela bosta, colocar uma bomba no supermercado, chamaram o corpo de bombeiros, policia, delegado foi uma confusão tremenda, eu fiquei anos sem entrar no supermercado, hoje eu entro eles perguntam logo o que eu preciso eles arrumam tudo direitinho, hoje mudou o tratamento, a gente não pode guardar ressentimento, mas esquecer a gente não esquece,”* (Bromélio).

Em dezembro de 2015, Bromélio conta que realizou uma pequena cirurgia na próstata. Intermediado por amigos de Itaúna, Bromélio resolveu fazer o tratamento naquela cidade. Ao ser atendido, constatou que até os médicos não estão preparados para atender uma pessoa que tem seqüela de hanseníase: *“quando cheguei em Itaúna, o médico era novinho, quando ele viu minha mão toda sequelada, o médico perguntou: O que foi isso na mão do senhor? Eu respondi: Foi hanseníase doutor. O médico falou, ah tá, e não falou mais nada e percebi que ficou meio diferente comigo, aí eu larguei para lá, afinal um médico me perguntar o que era aquilo na minha mão é um absurdo,”* (Bromélio).

Outro interlocutor, Acácio, relata: *“olha, isso não acaba não, enquanto existir a ignorância, o preconceito não acaba, mas eu deixo para lá eu não entroso com eles, mesmo eu que não tenho seqüela da doença eles apontam e falam que sou do Sanatório, eu vou pouco no centro de Bambuí, prefiro evitar do que passar constrangimento, como eu não dirijo mais, a lei me proibiu por causa da idade, quando preciso comprar algo peço o motorista para me levar em Arcos, não gosto de frequentar Bambuí,”* (Acácio).

Camélia relata que em relação ao preconceito, melhorou muito, mas não acabou não. Sua afirmativa está relacionada à cura da doença: *“as pessoas ainda têm preconceito, discriminam a gente, mesmo eu que não tenho nenhuma seqüela nas mãos e pés, imagina quem tem, outra coisa que eu te falo também, eles falam que hanseníase tem cura, para mim hanseníase não tem cura não, ela paralisa mas curar não cura, não volta sensibilidade nas áreas afetadas, se perde um dedo ele não volta mais, a seqüela fica exposta para todo mundo ver e essa exposição que gera o preconceito e a discriminação,”* (Camélia).

A opinião de Camélia relacionada à cura da doença não é isolada, é comum ouvir de pessoas que possuem sequelas. Esse fato é de suma importância para a compreensão da identidade de “doente”. O preconceito está relacionado às marcas físicas provocadas pela enfermidade, ou seja, ainda que estão negativadas em relação ao bacilo, ser doente é possuir as sequelas que dá visibilidade e determina seu lugar social.

Se a identidade está relacionada ao auto reconhecimento e a alteridade, a ação do indivíduo, comportamentos e atitudes como deslocamento do convívio social e o medo do contágio pode ser compreendido como uma retroalimentação da

discriminação, do preconceito e do imaginário social, que certamente pode perpetuar o imaginário sobre a “lepra” descrita na Bíblia.

Na interpretação do entrevistado Estefanio, o preconceito está associado ao lugar geográfico de procedência: *“ainda existe uma resistência, o preconceito gira em torno muito do lugar onde a pessoa mora, o pessoal de Bambuí até hoje discrimina a gente. Temos como exemplo muitas pessoas que não tiveram a doença, mas por serem filhos de pais que tiveram hanseníase, eles são discriminados pela sociedade, esses filhos estudavam na cidade e eram taxados de filhos de leprosos, filhos de doentes, na cidade de Bambuí”*, (Estefanio).

Além do lugar, as sequelas despertam a atenção e estranhamento inclusive das crianças: *“quando uma criança chega perto de mim e pergunta porque o seu pé é assim, porque o seu sapato é assim, porque a sua mão é assim? Aí eu gosto de explicar, eu gosto de conversar com elas, tem certas mães que até repreende as crianças quando elas perguntam, dizendo que bobagem menino, eu respondo: Deixa o menino, toda criança tem curiosidade, ele está sentindo curiosidade da diferença porque eu sou diferente dele aí eu tenho que tirar a dúvida dele, aí eu falo: Isso aqui é uma doença que deu no titio, o titio era um pouco rebelde não obedecia o papai nem a mamãe aí essa doença foi me prejudicando acabando com os meus dedinhos”*, (Estefanio).

Estefanio tem sequelas graves: anda com dificuldade, não tem pelos nos braços/face e não possui dedos nas mãos e pés. A forma com a qual ele tenta explicar a sua condição está relacionado a um castigo divino muito parecido com as explicações da “lepra” bíblica, no seu caso adquirido por não obedecer a seus pais. Nesse caso observa-se o reforço do mito “lepra”, apesar de não ser oficialmente usual este termo no Brasil desde o ano de 1995.

Na percepção de Girassol, pela unidade representar um mercado de trabalho importante nos últimos anos, o preconceito foi minimizado: *“ nós aqui já estamos tão acostumados com essa situação de preconceito e discriminação, que quando acontece deixamos pra lá, nem rendemos assunto, a coisa tem melhorado, por exemplo, antigamente ninguém vinha de fora para trabalhar aqui dentro, hoje as pessoas até brigam pra vim pra cá trabalhar, antigamente meu filho, podia ganhar até uma fortuna mas ninguém aceitava trabalhar aqui,”* (Girassol).

Pelas narrativas podemos perceber que o preconceito gira em torno das marcas físicas deixadas pela doença e pelo lugar de moradia, como explica Frésia:

“Um morador da Comunidade com sequelas nas mãos, embarcou no ônibus de Bambuí para Belo Horizonte, depois de algumas paradas, sentou uma mulher ao lado dele, no ponto em Iguatama 30 KM da cidade de Bambuí, a mulher perguntou o trocador se poderia trocar de lugar, pois ela estava sentada ao lado de uma pessoa que mora no Sanatório,” (Frésia).

As partes do corpo que são expostas, sobretudo mãos, rosto, estão deformadas ou manchadas, provoca nojo, desprezo e feiura, que é o contrário da beleza. Medeiros (2015) comenta que a beleza é uma forma das pessoas se enquadrar dentro dos chamados padrões sociais, o belo é o oposto do feio, padrão que leva a ser aceito ou não nos chamados grupos sociais, como bem ilustrou a narrativa descrita.

No relato de Frésia sobre uma experiência ela explica que: *“um amigo nosso trabalhava na Transimão (transporte coletivo), ele nos contava e a gente observa também, que as pessoas que vem aqui consultar, preferem ir em pé do que sentar ao lado de uma pessoa daqui, as pessoas conversam com a gente, mas sempre tentam manter uma certa distância, como se fosse uma distância de segurança,” (Frésia).*

Além da sociedade em geral, existem outros casos, como exemplo alguns funcionários da Fhemig não estão integrados à Comunidade: *“ pessoas que trabalham aqui, quando estão em Bambuí atravessam o passeio para não nos cumprimentar, se você estiver num bar e a pessoa chegar, ela finge que nem te conhece, alguns funcionários não tratam os ex-internos e os moradores da Comunidade com igualdade fora do ambiente de trabalho,”(Frésia).*

A discriminação ligada ao trabalho é uma situação mal resolvida na Comunidade, os moradores acusam a Fhemig de preconceito institucional, relatam que a instituição dificulta ao máximo para que pessoas da Comunidade trabalhem no local, Frésia, que é funcionária da Minas Gerais Administração e Serviços- MGS explica a questão:

“Dos 280 funcionários da Fhemig entre efetivos, terceirizados e contratados, no máximo 25 funcionários são daqui da Comunidade, a direção tem muita resistência com os funcionários que são daqui, não dão oportunidade e evitam promover as pessoas que residem aqui, os que trabalham são de cargos baixos, nem um auxiliar administrativo as pessoas daqui assumem, só portaria, limpeza, serviços gerais. Nos concursos da MGS evitam ao máximo para nomear as pessoas

daqui, preferem deixar o processo seletivo vencer do que chamar uma pessoa da Comunidade,” (Frésia).

As pessoas se sentem duplamente discriminadas pela questão do trabalho, primeiro ao recordar que antigamente a instituição funcionava apenas com a mão de obra local, ninguém vinha de fora para trabalhar dentro da unidade. Vivem a inversão da situação, a maioria dos funcionários são de “fora” e “ocupam” as vagas das pessoas de “dentro”, que relatam muita dificuldade de serem empregadas na cidade de Bambuí; as pessoas ainda tem um preconceito para com o pessoal que reside na CSFA.

A questão do trabalho, ou melhor, a falta dele, é uma situação mal resolvida na opinião dos moradores, eles fazem uma distinção entre os de dentro e os de fora. Grande parte dos moradores possui a visão de uma instituição ainda fechada, aos moldes da década de 1970; estes são considerados de “dentro”. Nessa perspectiva entendem que as oportunidades de trabalho deveriam ser disponibilizadas primeiramente para as pessoas do lugar, ou melhor, para as pessoas de “dentro”, e só depois para as pessoas de “fora”.

Ainda que a unidade não seja mais caracterizada Sanatório os moradores, de maneira geral, e a sociedade, utilizam essa denominação. Por exemplo, se alguém perguntar onde é a Fhemig ou a Comunidade São Francisco de Assis ninguém sabe informar, mas, se perguntar onde fica o Sanatório, todo mundo sabe informar. Essa linguagem é tão forte que há pouco tempo, não mais que quatro anos, o letreiro do ônibus mudou de Sanatório para Fhemig. Observa-se que São Francisco de Assis como Comunidade não é reconhecido, mas, é marcado como Sanatório ou como instituição Fhemig.

A população residente espera que o preconceito possa ser minimizado se houver uma estratégia educativa, como relata Frésia: *“o preconceito está no ser humano, vai acabando quando as gerações vão se modificando, antigamente só tinha uma escola que aceitava os filhos dos doentes, e mesmo lá dentro tinha uma resistência danada com nossos filhos, hoje as novas gerações não aceitam esse preconceito, os jovens estão mais esclarecidos, hoje o pessoal da cidade vem estudar aqui na comunidade, uma coisa inimaginável há 30 anos, (Frésia).*

Em uma entrevista com José Porfírio, ele relata que tem 64 anos, trabalha na unidade há 36, e há um ano ocupa o cargo de gerente administrativo. Sua mãe teve hanseníase, ele e seus irmãos foram criados por familiares no entorno da

instituição. Segundo ele, quando chegava um doente em uma casa comercial em Bambuí as pessoas gritavam do fundo: *“não recebemos leprosos,”* (José Porfírio).

Porfírio conta que ainda existe muito preconceito, inclusive de funcionário que trabalham na instituição: *“ainda existe resistência de algumas pessoas que trabalham aqui, ainda tem medo da doença e isso faz com que o próprio “doente” seja mal atendido na instituição que é dele, alguns funcionários não tem boa vontade de atender aqueles que são os verdadeiros donos daqui,”* (José Porfírio). Relata que:

“Em 2017 foi a primeira vez que a prefeitura mandou o caminhão de lixo da cidade, recolher os lixos na CSFA, parece ser uma coisa simples né, mas nenhum outro prefeito autorizou a fazer isso, sempre falavam que o responsável daqui era o Estado de Minas Gerais, as administrações municipais sempre olharam a Comunidade com descaso, hoje o caminhão vem 2 vezes por semana e a prefeitura disponibilizou também duas caçambas para entulho fixas, são pequenas conquistas que fazem a diferença,” (José Porfírio).

No caso em comento, estamos diante da prática do preconceito institucional ou estigmatização territorial coletiva explicado por Wacquant (2007). A construção social da identidade de determinadas minorias estigmatizadas, traz como consequência os efeitos reais e nocivos, deixando os moradores à margem de políticas públicas ao invés de incluí-los na elaboração de estratégias políticas. No caso da prefeitura, especialmente o relatado pelo interlocutor dessa pesquisa, o simples fato de recolher o lixo pode representar para os moradores uma ação de rompimento de um processo discriminatório por parte da administração municipal. O fato de ser contemplado pelas instituições públicas significa o exercício da cidadania e a reintegração social.

A coleta do lixo, ainda que seja um ganho para os moradores, não resolve os entraves institucionais que enfrentam em sua vida cotidiana para garantir os direitos sociais, por exemplo, explica Porfírio: *“ aqui dentro na unidade existe alguns contratos,(de trabalho). As empresas são orientadas pelos cabeças da Fhemig a não empregar os filhos dos doentes, isso é uma imensa discriminação, buscam pessoas para trabalhar aqui até de cidades vizinhas e os filhos dos doentes ficam aqui sem ter uma oportunidade, ficam discriminados, onde deveriam ser prioridade”,* (José Porfírio). Mesmo que o acesso ao mercado de trabalho seja um direito do cidadão, no caso do portador da hanseníase essa lógica não se aplica.

Preconceito e discriminação estiveram presentes na história da hanseníase, de uma forma ou de outra. Na entrevista com a irmã Carmela, ela contou que em 19 de Janeiro de 1948 entrou para o convento na Itália, dentro das funções e das obras que exigiam o trabalho das religiosas, era trabalhar com os “leprosos”, que para as religiosas era um trabalho muito difícil, poucas pessoas se dispunham, inclusive no Brasil a prestar assistência a essas pessoas que estavam a margem da sociedade, elas eram esquecidas.

Irmã Carmela conta que os sanatórios eram obras que necessitavam de mão de obra e a decisão de ocupar-se dessa população específica dependeria exclusivamente da religiosa. A entrevistada relata que com 17 anos, pediu para vir trabalhar em algum sanatório desde que fizesse valer o carisma da congregação das Irmãs Filhas do Monte Calvário - estar em todos os calvários da vida humana.

A irmã foi alertada sobre a sua pouca idade para assumir esse desafio, desistiu temporariamente de sua disponibilidade e dois anos depois fez o noviciado em 1950, depois de feita a primeira profissão religiosa, irmã Carmela refez o pedido para vir ao Brasil trabalhar em algum sanatório. A irmã superiora ainda disse que Carmela era muito nova e negou o pedido mais uma vez.

Em 1951, devido a desistência por problemas familiares de uma outra irmã que fora designada para trabalhar nos sanatório de Minas Gerais, a irmã Carmela finalmente realizou o seu sonho. Conta que: *“foram 16 dias de viagem até o porto de Santos, de Santos eu segui para o porto do Rio de Janeiro onde desembarquei e peguei o ônibus para Belo Horizonte, fiquei hospedada na casa provincial, Colégio Monte Calvário. Passados 2 meses em Belo Horizonte, perguntei se não iria para o Sanatório, mais uma vez a resposta foi não, a justificativa continuava a mesma, era muito nova, a superiora do Brasil me comunicou que eu iria para o hospital de São José do Rio Pardo, onde iria aprender a falar o português, ajudar na cozinha para ir pegando experiência, outra vez fiquei triste e pensava, será que não vão me deixar ir trabalhar no Sanatório?”* (Irmã Carmela).

Depois de um período de treinamento e pronta para assumir suas tarefas no hospital de São José do Rio Pardo, irmã Carmela foi comunicada que sua mãe havia feito um pedido à sua superiora: *“irmã, não deixe Carmela ir para o sanatório não, ela é muito nova, a deixe trabalhar com crianças, não deixe ir para nenhum hospital. Quando a superiora me contou disse a ela: Madre minha mãe está na Itália, eu estou no Brasil, aqui em São José do Rio Pardo, tem o orfanato ao lado do hospital,*

eu estou gostando do hospital, se a senhora achar que eu posso continuar no hospital, eu fico no hospital, escreve para minha mãe como se eu tivesse no orfanato, assim foi, até o ano de 1962, minha mãe não sabia que eu trabalhava no hospital, depois de 11 anos que estava no Brasil voltei a Itália e contei para minha mãe,” (Irmã Carmela).

Em 1957, irmã Carmela voltou para Belo Horizonte, foi trabalhar em um hospital psiquiátrico, terminou o curso ginásial e iniciou os estudos de enfermagem complementados na Itália, em 1970. Voltou para o Brasil como enfermeira e continuou atuando no hospital. Depois de 20 anos de experiência em hospital, em 1977, irmã Carmela foi trabalhar no leprosário de Bambuí, que era o mais pobre. A maioria das irmãs que moravam em Bambuí já eram idosas, e irmã Carmela que participava dos capítulos provinciais sabia dos problemas do Sanatório de Bambuí.

Quando chegou no Sanatório, irmã Carmela se espantou com a fisionomia dos doentes, não pelas sequelas, mas pelo descuido: cabelos e barbas grandes, e sujos. Imediatamente solicitou uma máquina de cortar cabelo, que passou ao , barbeiro da unidade. Essa atitude não foi aprovada pelo administrador e a irmã entrevistou calmamente, como relata: *“por favor não grite dessa maneira, é muito feio o administrador do Sanatório brigando com uma irmã, as pessoas vão falar mal da gente, e o senhor esta certo, eu não vim aqui para mandar, eu vim aqui para fazer o que o senhor não esta fazendo, por isso eu vim aqui, ele ficou calado, não me respondeu e nem me deu mais dor de cabeça, segui fazendo meu trabalho,” (Irmã Carmela).*

Ainda em 1977, irmã Carmela tinha dúvidas se conseguiria continuar na instituição devido ao mal cheiro das feridas dos doentes e do esgoto que corria a céu aberto nos eucaliptos. Havia urubus por toda a parte pousados nos telhados dos pavilhões. Esse cenário provocou decepção e tristeza, sobretudo pelo abandono, discriminação e preconceito.

Relata a irmã que certo dia o padre Mário passou e a viu sentada pensativa na varanda da casa das irmãs, e a convidou para uma visita domiciliar a um paciente. Ao chegar na residência padre Mário falou:

“Antônio, trouxe uma visita para o senhor, o paciente era cego, não tinha nem as mãos e nem os pés, assentado em uma caminha de palha, a mulher dele não tinha sequelas, o paciente disse: Bem vinda, é uma irmã que venho (adivinhou o paciente). Pois é senhor Antônio, é a irmã Carmela, ele falou: Irmã a senhora vai

ficar conosco? Eu engasguei, pensei e agora o que respondo, e falei: Como é que o senhor está? Ele falou sorridente: Graças a Deus estou bem, e a senhora como é que está? Disse: Tudo bem, ai ele perguntou de novo: A senhora vai ficar conosco irmã Carmela? Vou senhor Antônio, vou ficar sim, ai ele falou assim: Nós doentes não queremos nada da senhora, nós queremos um sorriso, ai eu pensei, Carmela regaça as mangas, e vai trabalhar, o lugar da senhora é aqui, a partir disso eu falei, meu lugar é aqui, aqui estou e aqui vou ser enterrada,” (Irmã Carmela).

Irmã Carmela relata que o SSFA era fruto da discriminação e preconceito da sociedade para com os doentes. O Estado fazia o que queria, ninguém intercedia ou defendia os moradores, a água do Sanatório, era um problema, de baixa qualidade e quantidade, faltava água para lavar até os lençóis dos doentes, até que foi feito um poço artesiano por iniciativa do padre, que abastece a Comunidade até os dias de hoje.

Padre Mario era uma liderança importante e convocava os religiosos para o trabalho: *“se os religiosos estavam ali era para trabalhar em prol dos doentes, a função dos religiosos seria dar voz para aqueles que não tinham voz,”* (Irmã Carmela). No período, o padre conseguiu dar visibilidade ao Sanatório através da publicação de um livro em duas edições *“Você conhece seu irmão hanseniano?”* Seu conteúdo tratava da discriminação e preconceito. Foi distribuído nas escolas, igrejas, cidades vizinhas e na sociedade em geral.

De acordo com a fala da irmã, nesse período o preconceito e a discriminação eram tão acirrados que os doentes não podiam ir ao cartório para fazer registros de nascimentos, casamentos ou de óbito. Afirma que: *“o Sanatório era um cemitério vivo, não tinha vida, alegria e nem crianças, tinham os pais sem seus filhos, esses sempre reclamavam que não tinham condição de visitar os filhos no preventório em Araguari, era uma tristeza geral”,* (Irmã Carmela).

Recorda também que os moradores da cidade de Bambuí não visitavam o Sanatório e alguns não conhecem até hoje. Para comprar qualquer coisa, os internos iam às cidades vizinhas, já que em Bambuí eles não tinham acesso: *“quando começou a abrir o mercado depois de muita luta nossa, alguns lugares ainda não deixava os doentes comprar, os lugares que vendia para os doentes, assim fazia com eles ao lado de fora, não podiam entrar, falavam com o atendente o que eles queriam, eles pegavam e levavam lá fora, não podia entrar e escolher as coisas não, nem as irmãs eram bem tratadas, tanto que fazíamos as compras para a*

casa em Belo Horizonte, complementando aquilo que o Estado fornecia”, (Irmã Carmela).

A discriminação sofrida pelas irmãs pode ser compreendida sobre a ótica de Velho (1981) em seus estudos sobre identidades sociais marcadas por categorizações desabonadoras. Os processos de estigmatização ocorridos no Sanatório deixaram as irmãs pertencentes aos grupos socialmente minoritários, mesmo sem ter a doença, adquiriram pelo fato de conviver com os moradores locais passando a ocupar uma posição social inferior, sendo discriminadas e sofrendo preconceito assim como os doentes da unidade.

Na tentativa de aliviar o sofrimento dos pais, as irmãs juntamente com o padre resolveram programar um dia de visita dos filhos ao Sanatório. Essa ideia não foi bem recebida pelos administradores, que exigiram o cumprimento de uma série de medidas burocráticas.

No dia 06 de janeiro de 1982, dia de Santos Reis, os meninos foram fazer a visita. Quando chegaram, encontraram uma árvore de natal com os presentinhos para cada um, depois cada um foi para as casas de seus pais, o casal se preparou para receber os filhos, compraram pratos novos, talheres, copo e colocaram os meninos para comer em separado, devido ao medo da contaminação. O evento se transformou em uma festa: *“Thiago, você não pode imaginar, como é que foi a saída desses meninos, os meninos dentro do ônibus com as mãozinhas para fora acenando e chorando, os pais no chão chorando, e nós chorando mais ainda, depois disso padre Mário falou que não podia isso, esses meninos precisam estar aqui com os pais, em 1983 padre Mário começou a trazer os meninos para cá, avisou todas as autoridades que concederam as autorizações,”*(Irmã Carmela).

Irmã Carmela conta que o período que as crianças voltaram para o SSFA foi um período de aprendizado e adaptação, os pais não sabiam como tratar seus filhos e nem os filhos sabiam o que era ter seus pais. Foi feito um acompanhamento e apoio a essas famílias para se adaptarem em relação a doença, até hoje nenhum desses meninos ficaram doentes de hanseníase. Além dos desafios de adaptação familiar, estudar seria outro desafio.

Estando no SSFA, foi difícil para matricular as crianças na escola em Bambuí, a cidade não queria aceitar, depois de muita luta uma escola aceitou, logo se iniciou outro problema; os meninos não queriam ir na escola porque lá em Bambuí quando eles chegavam eram recebidos assim pelos outros alunos: *“Olha os colonheiros*

chegando ai, os leprosos, segura seu dedo firme menino, se não ele cai,” (Irmã Carmela).

Irmã Carmela relata que todos sofreram muito com o preconceito e a discriminação. Por essa razão padre Mário solicitou recurso da Itália, para reformar alguns pavilhões abandonados e construir a creche Irmã Carmela, a escola municipal padre Mário Gerlin e a escola estadual João Paulo II dentro do Sanatório. Ainda hoje essas escolas existem e são referências na qualidade do ensino na região, recebe alunos de outras cidades, inclusive de Bambuí.

Esse não foi um trabalho que fluiu automaticamente, ao contrario, os religiosos sofreram ameaças, especialmente por promover a relação entre os sadios e os doentes, ou entre os territórios delimitados para os hansenianos ou filhos deles e as cidades saudáveis. As ameaças sofridas podem ser interpretadas pelos ensinamentos de Velho (1981), como sendo reflexos das “cruzadas moralistas”, que destacam pessoas do grupo e apontam como responsáveis pelos problemas cotidianos a sua volta, podendo mesmo a chegar situações mais radicais de agressividade e hostilidade, como o acontecido, que inevitavelmente influi no prestígio social.

Os territórios caracterizados como marginais são marcadores importantes para as identidades de seus moradores. Numa das entrevistas, Frésia, que trabalhava em uma cidade da região, relata: *“quando eu trabalhava em Lagoa da Prata, eu falava que era de Bambuí, quando me perguntavam de onde de Bambuí eu falava que morava no bairro Campos, lá eu escutava o pessoal falando: Em Bambuí é a cidade dos leprosos, tem carrocinha para pegar os doentes na rua, você anda na cidade e vai achando os dedos dos doentes caídos no chão”,* (Frésia). Do ponto de vista dos moradores de Lagoa da Prata, ainda que Bambuí seja uma cidade e não um sanatório, pelo fato de abrigar um espaço de tratamento para os “leprosos”, acaba por ser reconhecido e relacionado, quando é de interesse do narrador, como um só. E, em decorrências, os que nele habitam são assim também reconhecidos e discriminados.

Na opinião da irmã, a cidade de Bambuí pouco desenvolveu em relação às outras cidades. Ela acredita que o motivo é preconceito, por causa da “lepra”, dos “leprosos”, “cidade dos doentes”. Afirma que essa situação ainda persiste: *“até a linguagem do pessoal da cidade ainda é preconceituosa, se referem aqui como “Sanatório”, “Colonha”, esse é da “Colonha”, esse é “colonheiro”,*(Irmã Carmela).

Em seus projetos, a irmã pretendia construir uma casa específica para acolher os idosos da Comunidade, o que foi possível quando recebeu a herança de uma falecida da Itália, designando uma quantia importante de dinheiro para o local. Outra vez a irmã enfrentou interesses, sobretudo da instituição Fhemig, que tinha a proposta de administrar os recursos designados à causa dos idosos. Por fim, a despeito da instituição, a inauguração da casa, que foi marcada para o dia 8 de dezembro de 2017, não pode contar com a participação da irmã, que veio a falecer em 25 de novembro e foi enterrada no cemitério local, como era o seu desejo. Sua morte comoveu a sociedade, que fez homenagens calorosas na inauguração do Recanto Maria Munnari, nome da instituição de repouso.

A Comunidade São Francisco de Assis, que ao longo de sua história vivenciou as mazelas do estigma da doença e foi criada com o objetivo de isolar os portadores do bacilo de Hansen, ainda convive seus mitos de origem. Que doença é essa e baseada em que ela pode influenciar a vida das pessoas. No próximo tópico essa discussão será feita.

5.13 Doentes de uma patologia social

Na história da hanseníase é comum escutar as expressões populares “é doente”, “é filho de doente”, “é neto de doente”. Necessário explicar que “doente” é o termo popularmente utilizado pela Comunidade em análise para classificar aquelas pessoas que tiveram hanseníase e que foram internados compulsoriamente, o rótulo “doentes” é um elemento essencial na construção da identidade dos moradores na CSFA.

Ser classificado ou se reconhecer “doente” ou “filho de doente” ou “neto de doente”, apesar de reforçar preconceitos, produz um efeito secundário, como exemplo pleitear direitos e benefícios dentro e fora da comunidade, como para marcação de uma consulta médica com mais facilidade, já que o doente tem prioridades. Ser “doente” é uma credencial, uma espécie, de carta de apresentação que facilita o acesso aos serviços, especialmente do Estado, o “doente” também goza de prestígio no acesso a autoridades, especialmente, locais, municipais e estaduais. Trata-se da garantia de pertencimento explicados por Woodward (2000), uma espécie de exercício de cidadania. A luta pela afirmação dessa identidade

causa consequências inerentes às relações sociais. O rótulo não é dado de uma maneira automática para os moradores, ao contrário, é um elemento de conflito e de negociação entre os internos que, comumente, discutem sobre quem realmente é o doente ou dos que se apresentam como tal para conseguir os benefícios.

Entre os moradores da CSFA, existe um debate sobre a utilização das terras locais. Antigamente quando a unidade era cheia de “doentes”, essas eram todas ocupadas e utilizadas para plantio. Com o passar dos anos, muitas dessas pessoas faleceram ou envelheceram. Esse fato fez com que as frações das terras fossem arrendadas por terceiros, isso tem causado incômodo para alguns moradores que defendem que a terra deve ser utilizada pelo titular; na visão desses, alugar não seria correto.

Imagem 26- Terras para agricultura na CSFA



Fonte: Foto do autor

Interessante destacar que, para a Comunidade, o titular que teria direito de utilizar das terras não se resume apenas ao “doente”, mas ao filho ou neto do “doente”. Nas minhas observações diretas foi possível observar que essa questão causa debates diários na Comunidade, que circundam em dois temas: os que não

aprovam que o titular alugue para terceiros e os que se preocupam que as terras desocupadas sejam invadidas por pessoas de fora da Comunidade.

Interessante destacar que existe um sistema de significados na expressão “dentro” e “fora”. De dentro está diretamente relacionado à doença, seja do próprio sujeito ou de seus genitores, ao Sanatório, ao pertencimento, visibilidade e acesso aos bens e serviços. De fora os que não têm herança da doença, que vivem fora dos espaços delimitados da Comunidade e que são cidadãos comuns quando comparados aos bens e serviços sociais e de saúde dos de dentro. Essa situação pode variar de acordo com os interesses; por exemplo, em determinadas ocasiões pode não ser vantajoso ser reconhecido como doente ou que esse rótulo pode não trazer ganhos secundários.

5.14 As formas de defesa à rejeição social

Inversamente, o diálogo fora das dependências da Comunidade, principalmente os mais jovens evitam, quando possível, assumir ser filhos ou netos de “doentes”. Essa ocultação se justifica pelo medo do preconceito, principalmente em situações especiais, como exemplo, entrevista de emprego, e no ingresso às escolas. Nesses casos, o endereço não é revelado, eles em geral, toma como referência o bairro Campos, que fica a 5 Km da Comunidade. Passado algum tempo, estabelecido as relações de confiança, o endereço correto é revelado. Foi possível observar que no geral o ocultamento é praticado sempre nos primeiros momentos de se apresentar ao novo, como forma de se defender de uma possível rejeição social.

Muitos moradores já conscientes da importância de se trabalhar a auto-estima do local, incentivam as pessoas a falarem que moram na Comunidade, é o caso de Camélia: *“sempre procuro conversar com os mais jovens, mostrar pra eles que o fato de pessoas que moram aqui dentro negar que são daqui, gera ainda mais preconceito, temos que assumir que somos daqui e que aqui é um lugar maravilhoso para se viver,”* (Camélia).

Importante destacar, os três últimos tópicos descritos, preconceito e discriminação, afirmação da doença e ocultamento dos vínculos sociais, não são exclusivos daqueles que foram internados compulsoriamente, as variáveis fazem

parte do cotidiano dos familiares e pessoas ligadas a história da CSFA. Um exemplo concreto da teoria de Wacquant (2007) alude para a estigmatização de locais físicos, que foram utilizados na marginalização de pessoas ou grupos, resultando na desqualificação do indivíduo e a restrição de sua aceitação pelos demais.

Independentemente da situação, o estigma da hanseníase provoca problemas de ordem subjetiva, social, psicológica, econômica e política, no caso dessa dissertação, para os moradores da CSFA. Muito desses efeitos tem repercussão no cotidiano, nas relações sociais, auto-estima, condutas e nos projetos de vida. Como solução, é recorrente o uso de medicação, o que trataremos em seguida.

5.15 Medicalização dos sofrimentos sociais

Nas narrativas dos interlocutores dessa pesquisa, muitos foram os casos de uso de medicação para tratar vários sintomas sociais provocados pela hanseníase. Em uma das entrevistas, Estefanio comenta que depois que foi para o Sanatório tomou remédio para ansiedade e depressão: *“eu sou tão ansioso que a ansiedade me causou até um infarto, foram muitas decepções que eu tive, principalmente amorosas, e também decepções com alguma coisa que às vezes a gente queria e não dava certo, a gente imaginava uma coisa e de repente acontecia outra, a gente sonha e faz muitos planos e depois dá tudo ao contrário do que você sonhou, do que você planejou, isso tudo me levou a depressão, teve época que só vivia dopado de remédios,”* (Estefanio).

Estefanio conta que já entrou e saiu de várias crises depressivas: *“eu sempre fui extrovertido, brincalhão com as pessoas, aí eu voltava novamente a me levantar da depressão, foi rara as vezes que eu tive depressão por um período muito longo, a última vez que aconteceu foi quando eu fiquei sabendo da doença dos meus rins, que iria ter que fazer hemodiálise, tem mais de um ano que faço, aí eu fiquei chateado demais, a doença nos rins me impossibilita de muitas coisas, nem beber cerveja eu posso mais,”* (Estefanio).

Camélia conta que toma medicação para o coração, rins, pressão arterial e atualmente sente dor na coluna: *“diariamente eu tenho dor na coluna, eu sinto muita dor de um lado do meu corpo, já tomei todo tipo de remédio, nada resolve, já procurei a assistente social, pedindo a ela para conseguir um médico para que ele*

descubra que dor é essa.” Camélia relata que as vezes acorda um pouco triste e se sentido abafada: *“sou muito ansiosa, mas procuro me movimentar e ocupar minha mente, não dou muita trégua para depressão, procuro estar sempre ocupada,”* (Camélia).

Dálio se considera bem de saúde, faz controle de diabetes, mas, se preocupa com o excesso de medicação usada por seus companheiros: *“os antigos da compulsória possuem várias dores crônicas e fazem o uso de diferentes medicamentos, o serviço de saúde deixa a desejar para o idoso aqui dentro da Colônia, não existe geriatria, urologista, cardiologista e oftalmologista, esses médicos os pacientes precisam pagar um especialista fora da unidade, e como não existe um atendimento integral, cada médico passa um remédio diferente, as pessoas gastam mensalmente uma fortuna com remédios que não trazem nenhum resultado positivo, ao contrário ficam dependentes desses medicamentos,”* (Dálio).

Outro morador, Hibisco, que não faz uso de nenhum medicamento, afirma que a depressão é muito presente entre os antigos: *“não posso deixar de falar também que muitos pacientes tomam remédios para depressão devido a toda situação que já viveram, tomam remédios penso eu, que é para esquecer o passado, as pessoas aqui se sentem inferiores, diminuídos perante a sociedade, se sentem que aqui foram jogados e esquecidos, esperando apenas o dia que morte chegue para desocupar os lugares, infelizmente muitos se sentem assim,”* (Hibisco).

A fala de Hibisco revela os efeitos maléficos da internação compulsória, do desconhecimento científico sobre a doença, dos mitos expressos na bíblia, da situação precária em que vivem os internados, o fracasso, sofrimento e humilhação que trazem consequências duradoura para os que foram acometidos pelo estigma da “lepra”. Varias são as tentativas oficiais, governamentais, dos movimentos sociais e dos próprios moradores para fazer a integração social, o que se torna um desafio no caso da hanseníase e o que passamos no próximo tópico.

5.16 Tentativas de reinserção social

Após o esclarecimento científico sobre a doença e de maneira particular sobre o tratamento e a cura, as colônias foram abertas e muitas propostas de integração dos encarcerados foram feitas, tanto por parte dos próprios moradores como dos órgãos governamentais. Camélia relata: *“alguns moradores daqui foram buscar*

outros rumos e deram certo lá fora, mas a maioria relata que não foi fácil, existem também aqueles que tentaram e não conseguiram viver lá fora, e tiveram que voltar, outros foram e morreram logo, em minha opinião de desgosto, por não conseguirem ter uma vida normal, ficavam trancados dentro de suas casas, adoeciam e morriam,” (Camélia). Depois de anos isolado, buscar romper com a instituição não era uma tarefa simples, a sociedade não foi preparada para receber essas pessoas, o imaginário da doença ainda era a “lepra”.

Dálio, que já foi líder sindical do sind-saúde afirma que as pessoas internadas compulsoriamente têm uma grande dificuldade de participação social: *“na sua maioria ficam em casa, não participam e não gostam de se envolver em eventos dentro e fora da Colônia. Uma coisa importante de se falar é que os “doentes”, e os filhos que foram separados dos seus pais, não conseguem romper com as cercas da Colônia, o espírito de quem mora aqui ainda é de Colônia fechada, as pessoas pensam que só existe esse mundo dentro da Colônia,”* (Dálio). Anos de isolamento, repressão e autoritarismo por parte da instituição, impedem que as pessoas possam ter uma perspectiva de vida fora do local ao qual foram isolados.

Estefanio afirma que é muito difícil a reinserção social, a distância da Comunidade para a cidade de Bambuí não é apenas geográfica, existe uma cerca imaginária que dificulta e não incentiva o convívio: *“para nós ex-doentes e até para os nossos filhos e netos, é muito difícil a reinserção na sociedade, a sociedade não nos aceita como somos e menos ainda onde moramos, em Bambuí aqui, as pessoas morrem de medo da gente, evitam o máximo o convívio com a gente,”* (Estefanio). De um modo geral, a sociedade desconhece as informações corretas sobre a doença: não conviver com essas pessoas, se torna uma forma de se defender do imaginário construído pelo medo.

Pelas observações realizadas é possível comentar que alguns moradores agem como se estivessem submetidos ao antigo Sanatório. A diferença principal é o ir e vir transitório, não se cogita a possibilidade para o ir definitivo; uma possível explicação é que as pessoas têm receio de sair da unidade seja pela perda dos benefícios (água, luz e alimentação), somados à dificuldade de inserir em uma sociedade da qual não faz parte e teme retornar a sua cidade de origem de onde foi compulsoriamente deslocado. A discriminação ainda persiste e, por outro lado, a vida fora da unidade para o “interno”, não foi incentivada. Isso se torna um empecilho, sobretudo para as pessoas mais idosas, que passaram muitos anos

presos nos sanatórios, e que acabaram por criar vínculos ou dependência da instituição.

Com o objetivo de aprofundar na questão da reinserção social, acompanhei um grupo de moradores até o município de Córrego Danta, que fica a 40 km da CSFA; o objetivo foi participar da tradicional festa de Nossa Senhora do Rosário, Santa Efigênia e São Benedito. Esse ritual foi falado por muitos interlocutores e considerado um importante acontecimento para a região que os moradores da Comunidade participam.

Segundo relatos, a participação dos moradores da CSFA se deu nos tempos que o padre Mário estava no Sanatório; o sacerdote via na festa da cidade vizinha uma oportunidade de reintegração social das pessoas. Por essa razão, eram motivados a participar.

Popularmente conhecida como festa do Rosário de Córrego Danta, o ritual tem registro fotográfico datado de 1955; em conversa com os diretores da Associação Casa do Congadeiro, foi relatado que não é possível precisar a data: “os antigos falam que com certeza tem mais de 70 anos de festa”.

Ao chegar à cidade pude observar que as ruas estavam todas enfeitadas com fitas coloridas e faixas de boas vindas aos visitantes. Muitas casas montaram pequenos altares nas varandas e garagens, promessas ou simplesmente um sinal para que os congadeiros ao passarem na frente daquela residência possam entrar e cantar dentro das casas.

Imagem 27- Desfile dos congadeiros



Fonte: Foto do autor

No ano de 2017, a festa aconteceu entre os dias 18 e 21 de agosto, e em todos os dias são servidos almoço e jantar. As refeições são preparadas pelas famílias festeiras e os alimentos são doados pelo povo da cidade, como promessa, e são distribuídas gratuitamente para qualquer pessoa que queira se alimentar; não existe senhas, indicações ou grande filas, a fartura faz parte da tradição conta uma das organizadoras: *“são preparadas por dia de festa cerca de 3 mil refeições, no domingo quando as 6 guardas da cidade ganha o reforço de outras 22 das cidades vizinhas, o número de refeições dobra, passando para 6 mil,”* (Organizadora do evento).

Ao observar a participação de algumas pessoas da CSFA na festa do Rosário de Córrego Danta, foi possível notar que os moradores ficaram agrupados em um canto da praça apreciando os desfiles: *“é bom sair um pouco, a gente ficou tanto tempo preso que as vezes temos um pouco de receio de sair, existem pessoas más, acham que a gente é doente até hoje, evito um pouco de sair, no tempo do Padre Mário, essas guardas iam na Comunidade, rodavam lá tudo cantando pra gente, preparávamos muita comida, para que todos os anos eles voltassem,”* (Camélia). É possível afirmar que o sacerdote teve um papel importante na tentativa de promover a integração, porém de uma maneira muito especial, ou seja, levando os de fora para dentro, o isolamento gerou a dificuldade do entrosamento com outras pessoas, o que podemos notar quando eles ficam nos cantos e em grupo de internos.

Para concentrar as minhas observações naquele cenário composto de uma diversidade de atrações decidi, acompanhar dois atores sociais, com os quais eu já tinha estabelecido um vínculo de confiança, Camélia e Dálio, apesar da presença de outros moradores da Comunidade. Era notável que, além dos meus escolhidos, outros moradores tinham “receio”, “medo” de ser apontado como “doente” se fazia muito presente, eles não estavam totalmente à vontade, com ar desconfiados, cochichando e observando se estavam sendo observadas.

Nestes momentos recorri aos ensinamentos de Medeiros (2015), que compreende que a doença é estigmatizante e é decorrente de um problema de natureza moral socialmente construído por décadas, sendo o indivíduo estigmatizado reconhecido demais, não deve ser aceito, nem merecer respeito de seus pares, pois é um sujeito desqualificado e desonrado socialmente.

Depois do desfile, todos nós fomos convidados a almoçar, aceitei prontamente e chamei as pessoas da Comunidade para também participar desse ritual. Para minha surpresa, eles não aceitaram, apesar da minha insistência. Nesse momento resolveram voltar para a Comunidade. Depois de alguns dias, perguntei a um dos participantes o motivo pelo qual não quiseram almoçar; meio sem jeito ele me respondeu que alguns ficaram com vergonha e com medo de alguém descobrir que eles moravam no antigo Sanatório; por causa disso, resolveram voltar.

Ou seja, o estigmatizado tem consciência do atributo e para se proteger se desloca do convívio com os outros. Esse fato faz com que a questão da reinserção social daqueles que foram isolados compulsoriamente ainda seja um gargalo, uma vez que não se sentem seguros em conviver na sociedade.

O fim do período do isolamento compulsório, onde as pessoas eram obrigadas a se comportarem conforme a vontade das autoridades administrativas da época, não rompeu com a passividade dos moradores em reivindicar seus direitos fundamentais, coletivos e individuais. A Comunidade não consegue manter oposição à discricionariedade estatal. Como consequência, direitos civis e políticos incidentes sobre as liberdades coletivas e individuais não são exercidos em sua plenitude.

O imaginário das pessoas que vivem na Comunidade está ligado ao antigo Sanatório do tempo fechado. Uma conversa que tive com Dálio foi primordial para entender essa afirmativa. Dálio comentou que as pessoas que vivem na Comunidade pensam que o problema da instituição é a falta de um diretor igual aos tempos antigos, enérgico e que tenha pulso; vários diretores que já trabalharam na instituição, mesmo desempenhando um bom trabalho, não tiveram apoio dos moradores; na visão local o diretor bom e que tem capacidade de administração é aquele aos moldes do passado, que manda prender e soltar ao seu bel prazer.

Pelas situações observadas é possível afirmar que o medo de ser discriminado e impedido de participar socialmente ainda se faz presente no imaginário dessas pessoas. Daí surge uma questão sobre as expectativas futuras e seus projetos e sonhos pessoais para o futuro.

5.17 Projetos e sonhos para o futuro

Em meu trabalho de campo tive a preocupação com essa inquietude que se transformou em uma pergunta recorrente e as respostas foram variadas.

Acácio com seus 91 anos não tem planos, se contentando com os espaços da Comunidade: *“hoje fico triste com a situação que se encontra aqui, gostaria que fosse mais bem cuidado, os jardins não são cuidados, a limpeza das ruas não é feita. Quando eu cheguei aqui eu fazia parte do quadro com 97 empregados, não deixávamos nada a desejar, mantínhamos tudo muito organizado, hoje o quadro é composto com mais de 300 empregados e eles não fazem o que fazíamos antes, a limpeza não é feita, hoje isso aqui tá uma vergonha de sujo,”* (Acácio). A resposta de Acácio está relacionado à sua memória e ao espaço limitado do local, como uma espécie de finitude e de abandono.

É notável, especialmente para os mais idosos, assim como certamente se dá em outros grupos sociais, os projetos futuro são mais difíceis de serem elaborados e externados, como exemplo, na fala de Bromélio: *“nem na loteria eu jogo, minha renda dá para mim viver tranquilo, com essa renda eu formei duas netas, uma formada em psicologia e a outra em educação física, depois disso em 2007 veio a indenização do Tião Viana lei 11.520, graças a Deus tenho uma vida tranquila e não tenho nenhum sonho não,”* (Bromélio).

Vejamos o caso de Camélia 72 anos: *“agora meu filho, é só esperar o dia que Deus vai me levar, não tenho esperança de grandes coisas mais não, me sinto feliz e realizada com tudo que vivi, até tenho sim, gostaria antes de morrer de ver aqui um pouco mais desenvolvido, com asfalto nas ruas principais e a Colônia mais bem cuidada, aqui tem muitos funcionários mesmo assim fica nessa sujeira toda, antigamente com menos funcionários aqui era muito mais bem cuidado, posso dizer que esse seria meu sonho, ver aqui limpinho como era,”* (Camélia). Observa-se que a sua vida, assim como de muitos outros moradores se encerra naquele local, apesar de tudo. Isso pode também ser notado na narrativa de Dálio:

“O futuro aqui é uma incógnita, nós os compulsórios estamos ficando cada vez mais velhos, sonho em fazer uma capacitação para que os filhos daqui possam saber contar a nossa história, muitas pessoas que são de Bambuí nascidas na cidade não conhecem essa história e menos ainda a Comunidade, as pessoas ainda tem preconceitos por desconhecimento, acham que aqui é um hospital fechado com

alguns doentes esperando a morte, precisamos divulgar cada vez mais a nossa Comunidade, fazemos parte do circuito turístico da Serra da Canastra, aqui tem um potencial turístico enorme, basta divulgação e capacitação, sonho com o turismo aqui,” (Dálio).

Com exceção, Estefanio: *“o sonho que eu tenho para o futuro, é ter um carro adaptado, para locomover com mais qualidade de vida, quando eu cheguei para Colônia eu já era adulto, mas mudou tudo na minha vida, eu nunca imaginava que chegaria a 60 anos, eu cheguei, eu pensava que eu iria viver por viver, devido a hanseníase, achava que minha perspectiva de vida era só até 35 anos, olha para você ver estou com 60 anos e ainda sonho com o futuro, hoje tenho a esperança de viver muitos anos e realizar muita coisa ainda, no geral sou feliz,” (Estefanio).* Embora sonhe com um carro adaptado para se locomover, não fala sobre sair do local. Ou seja, o vínculo institucional representa um sentimento de pertencimento importante para os moradores.

O relato de Hibisco ilustra esse vínculo e, de certa forma, reforçar a identidade de hanseniano: *“tenho o sonho de ter uma rádio para comunicar com a sociedade em geral sobre a hanseníase, sobre a história aqui de São Francisco de Assis, hoje faço isso pela internet, mas o acesso as pessoas é limitado, se eu tivesse uma rádio o trabalho surtiria mais efeito, atingiria um grupo maior de pessoas, posso dizer que este é o meu sonho,” (Hibisco).*

No caso das mulheres, os projetos estão sobretudo relacionados à família; por exemplo, Girassol espera do futuro apenas saúde para curtir os netos, seus filhos já estão todos criados, quer continuar vivendo na Comunidade e ser enterrada no cemitério local. Frésia sonha em ajudar os filhos e netos, destaca que tem o desejo que a Comunidade ganhe o respeito da cidade de Bambuí. Apesar de perguntados sobre “seus sonhos individuais”, os sonhos dos nossos informantes em sua maioria são coletivos e em prol de terceiros ou relacionados ao espaço da Comunidade.

Esse pode ser um dos efeitos da internação forçada, sem consulta e sem respeito às escolhas pessoais. Igualmente, a vida no Sanatório, as tarefas, a própria estrutura das casas, os pavilhões, a comida e até o tratamento era coletivo, dessa forma é compreensivo que os projetos sejam também assim construídos no coletivo depois de tanto tempo. Nesse quesito cabe entender parte ou uma vertente da vida na CSFA.

5.18 A vida na Comunidade São Francisco de Assis

Foi possível observar que os moradores da CSFA vivem em seu cotidiano, tradições adquiridas no período do isolamento compulsório e várias situações presenciadas irão exemplificar a afirmativa. A comunidade tem uma rotina de acontecimentos próprios; para ilustrar, podemos falar da expressão “tá na hora de buscar o pão”; o pão que é distribuído para os moradores é fabricado numa padaria local dentro da unidade; pela manhã quando é hora de buscar o pão a Comunidade se encontra diariamente em frente a padaria local onde conversam, contam as novidades e interagem entre eles.

O significado da distribuição diária do pão vai muito além do ato de se pegar o alimento em si, todas as manhãs a padaria vira um verdadeiro ponto de encontro onde assuntos mais variados são discutidos, o encontro matutino funciona como controle social do local feito pelos próprios moradores. Os encontros servem para levantar alguma reclamação ou sugestão para a direção. Nesses encontros diários, quando é notada a falta de algum morador, logo é feito, uma visita na casa do mesmo para se saber se está tudo bem, se o mesmo necessita de algo ou se está doente. Ou seja, ele se torna o centro das conversas e das ações e práticas de solidariedade.

Outro acontecimento diário está relacionado com ônibus dentro da Comunidade. As idas e vindas do coletivo é um acontecimento diário que mobiliza os moradores e só podem ser compreendidos dentro do contexto comunitário. O ônibus que faz a linha entre Bambuí e a CSFA virou referência para as atividades domésticas ou mesmo de horário, e até o barulho de suas rodas pelas ruas de pedra pode ser escutado de qualquer ponto; quebrando o silêncio constante na Comunidade. Quando o primeiro ônibus passa por exemplo, é hora de buscar o pão; o segundo, é hora de arrumar a casa; quando o terceiro desce, é hora de preparar o almoço; quando o quarto passa, é hora de arrumar cozinha, o quinto marca a hora de tomar banho e o último é a parada para o jantar. Pode observar que é uma rotina em todas as residências em que foi possível ter acesso.

Existem outros acontecimentos semanais como: a carne saiu? Acontecimentos mensais como: a cesta saiu? O gás saiu? Compreender essa rede de significados é compreender a ligação entre passado e presente. As pessoas que

foram internadas compulsoriamente na CSFA até o ano de 1986 ainda hoje recebem por parte do Estado alimentos para sua sobrevivência. Cada pessoa tem direito a 2 pães por dia, 1 litro de leite em dias alternados, 8 kg de carne divididas em porções semanais alternadas entre carne de boi e frango, 1 cesta básica mensal de mantimentos e 1 botijão de gás bimestralmente. Esse conjunto de alimentos é conhecido como “etapa crua”.

A padaria da unidade, que é administrada pelas irmãs, fornece os pães para a administração e moradores, os outros produtos são comprados e repassados. A cozinha que fornece os alimentos prontos é administrada pela Fhemig e funciona todos os dias da semana, servindo cerca de 500 refeições diárias para funcionários, pessoas internadas no hospital e “doentes, pacientes”, termo popularmente utilizado pelos funcionários para nomear as pessoas que foram internadas compulsoriamente e ainda residem na unidade.

Os moradores que por motivo de idade ou mesmo preferência optarem por receber os alimentos prontos para o consumo têm o direito diário do café da manhã, almoço e jantar; essa é a “etapa cozida”. As pessoas são responsáveis por buscarem suas “etapas” junto à administração. Na colônia existe também a figura do carregador, que é uma pessoa que recebe mensalmente uma quantia de dinheiro para fazer esses serviços de pegar os alimentos na cozinha e padaria e entregá-los nas residências. Os carregadores são figuras que existem no local desde a inauguração da unidade em 1943, dois de nossos atores sociais, Acácio e Bromélio, foram carregadores na década de 1950.

Em uma das idas a campo, tive a oportunidade de presenciar uma reunião dos habitantes. A pauta era cobrar da direção sobre o atraso de 20 dias da cesta básica e do gás de cozinha. O que me chamou a atenção foi os relatos dos próprios moradores, que diziam ter em casa boa quantidade estocada de gás de cozinha e cestas de alimentos, o que me deixou intrigado, se eles tem estoque porque estão incomodados com o atraso? .

Depois de escutar as afirmações de estoque de alimentos procurei observar nas visitas realizadas se essa afirmação seria verdadeira. No decorrer das visitas tive um olhar mais atento a essa questão, e travei conversas com os moradores para me certificar dessa situação. Foi possível observar que realmente existe um estoque grande de alimentos e gás de cozinha nas residências; na casa de Hibisco, por

exemplo, fiquei admirado em contar sete cestas básicas intactas e três botijões de gás ainda lacrados.

Foi possível observar que a etapa crua mexe com o imaginário daquelas pessoas, a dependência simbólica da cesta básica e do gás de cozinha doados pelo Estado é maior do que os próprios alimentos, é como uma espécie de dependência psicológica da etapa crua, quem sabe para garantir sua sobrevivência, para ser ressarcido pelos danos provocados pela internação forçada, para o sentimento de pertença e visibilidade ou pelo fato de exercer os direitos de cidadania.

Na CSFA o estoque de alimentos parece ser uma forma de se conseguir prestígio social; é comum na Comunidade a circulação da informação sobre quantas cestas ou botijões de gás uma determinada pessoa tem em sua residência; empréstimos entre moradores são praticados de forma cotidiana e sem custos, quando o Estado fornece aquele bem pego de empréstimo é devolvido para quem o emprestou.

Outro fato observado é a existência de um grande número de cachorros abandonados e circulantes na CSFA. Tive a informação de que os animais são trazidos de Bambuí e de cidades do entorno e abandonados por lá, onde recebem alimentação de alguns moradores e por lá estabelecem residência. É comum observar na frente das casas vasilhas com ração e água; existe um bordão dito pelos moradores “cachorro de colônia”, que significa que os animais estão bem tratados, gordos e nutridos; os animais desde o início do Sanatório são tratados com muito afeto e carinho, muitas pessoas que não tiveram filhos cuidam de animais domésticos como um membro da família, as pessoas se realizam ao cuidar desses animais que representam objeto de amor.

Durante as minhas observações foi possível constatar que é tradição do passado que ainda se faz presente na CSFA é o futebol; o esporte continua sendo um importante acontecimento. O time local disputa campeonatos e partidas fora das dependências da Comunidade; o futebol é motivo de orgulho nas rodas de conversas e a comparação com outros times locais de diferentes épocas são realizadas. Os festivais de futebol contavam com a participação dos times das Colônias de Três Corações, Betim e Ubá. Era momento de confraternização entre as antigas colônias, uma forma de escapar do encarceramento e, ao mesmo tempo, uma maneira de integração com a sociedade de fora do âmbito das colônias.

Uma das celebrações que merece destaque especial na Comunidade São Francisco de Assis é a fogueira de São João a qual passamos a descrever.

5.19 A fogueira de São João

Um dos rituais que tive a oportunidade de participar durante minha pesquisa de campo foi a festa de São João, realizada no dia 24 de Junho de 2017. As 6h da manhã foi possível ouvir os fogos de artifício em louvor ao santo. Os preparativos começaram meses antes, as pessoas ajudam doando alimentos que são distribuídos gratuitamente. No dia anterior a festa a canjica foi cozinhada e “dormiu na água”, seguindo a tradição. Depois de preparada, no dia da festa ela é distribuída, assim como a pipoca, caldo de galinha, chá de ervas e quentão.

Os organizadores da festa, a família “Du Alves” contaram que a celebração de São João teve início com o avô Pedro, que fez uma promessa de fazer a fogueira na cidade de Carmo do Paranaíba, passando a tradição ao filho João Paulo. Na CSFA a fogueira começou a ser realizada em 1980: *“meu pai batia gato, vivia no mundo, conheceu minha mãe em Araxá, ela acompanhou ele, depois ele voltou para cá junto com minha mãe, meu pai foi internado quando rapaz, só ele que era doente, ele saía e voltava para cá, não fomos separadas dos nossos pais, quando nascemos na década de 1980. O padre Mário tinha conseguindo que as crianças nascidas aqui pudessem viver com seus pais, ninguém de nós nunca morou fora, sempre moramos aqui, fazendo festa, fogueira e folia,”* (Festeira da fogueira de São João).

No dia 24 pela manhã duas irmãs da família “Du Alves” foram em uma vizinha buscar alguns ramos de canela, cavaca e erva cidreira, que misturado com água, cachaça e açúcar se transformava em quentão. Acompanhei a coleta das folhas. Ao chamar no portão, a dona da casa já nos recebeu com alegria, dizendo que sabia que hoje iríamos na casa dela buscar as coisas para a festa de São João. A tarefa é desenvolvida com cuidado, uma das festeiras explicou que não se pode pegar as flores do pé de canela, somente as folhas, teve um ano que colocaram ramos com flores, amargou muito.

Uma das festeiras contou que nasceu na véspera da fogueira, com um dia de vida já foi batizada na fogueira, as festeiras relataram a tradição familiar: *“tem 11 anos que o pai morreu, nossa mãe continuou a fogueira, agora tem 4 anos que a mãe morreu e nós continuamos a tradição. Somos 5 irmãos, 4 mulheres e 1 homem,*

nossa mãe morreu em Junho de 2013, no hospital ela estava “desinquieta” preocupada com a fogueira, prometemos para ela que iríamos continuar fazendo a fogueira, continuar a tradição, faltando 5 dias para a fogueira ela faleceu, foi um ano difícil, mesmo assim fizemos a fogueira, com 5 dias que nossa mãe faleceu, não tinha como deixar acabar, nesse ano convidamos para a fogueira na missa de sétimo dia da nossa mãe,” (Festeira da fogueira de São João).

Na preparação da festa existe a divisão do trabalho entre homens e mulheres, os homens ficam com as tarefas mais pesadas (buscar fogão emprestado, o gás e as lenhas, enfeitar o terreiro e montar a fogueira). A tarefa de preparar os alimentos fica a cargo das mulheres. Ao entrar na cozinha foi possível observar a quantidade expressiva de alimentos que foram doados: *“tudo ganhado, tem gente que deu dinheiro para comprar o que faltasse,”* (Festeira da fogueira de São João).

Era 9h da manhã, a cozinha estava movimentada, panelas acesas em fogo alto e quatro mulheres trabalhando em conjunto, preparando os alimentos que seriam servidos no período noturno. Uma das irmãs da família Du Alves explicou que existe uma sequência para a festa acontecer; primeiro se reza o terço, depois levanta o mastro, terceiro acende a fogueira com a vela do altar que se rezou o terço e por último, depois que a fogueira queima e fica “no ponto”, se faz os batizados:

Imagem 28 - Alimentos sendo preparados



Fonte: Foto do autor

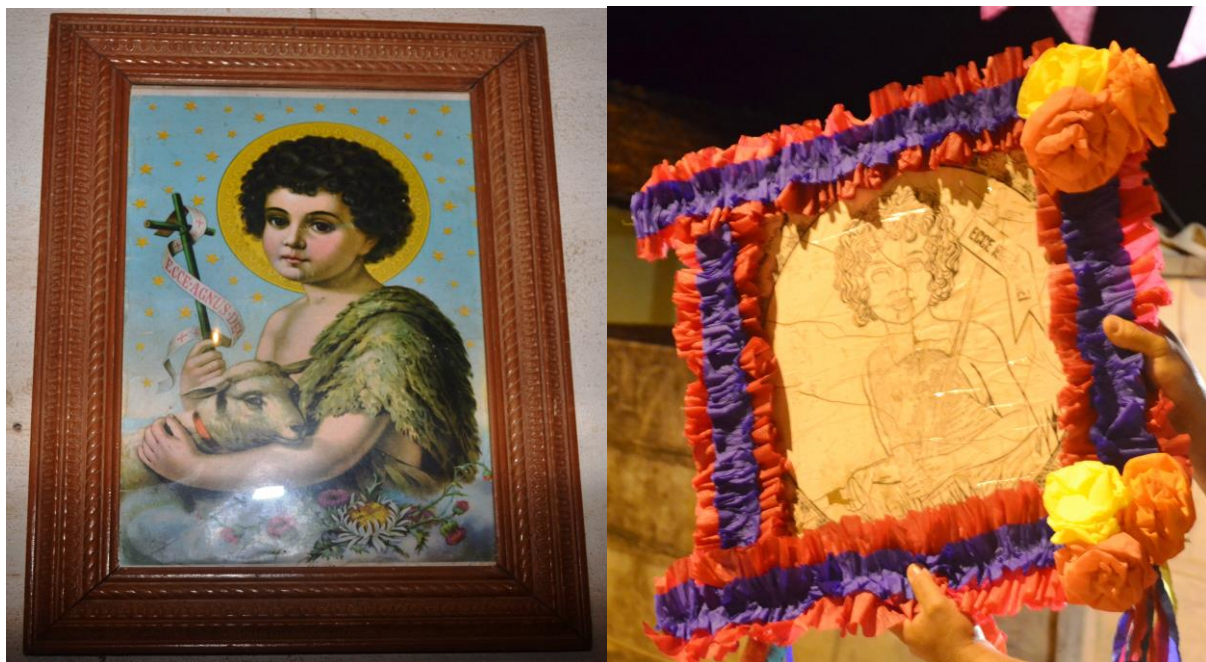
“Quando a fogueira abaixa depois que queimou bastante, junto a turma para os batizados, meu irmão vai na frente, pega um copo de água com algumas brasas da fogueira, um galho de alecrim, depois que a fogueira queima bastante, roda três vezes a fogueira rezando e depois batiza. A pessoa convida os padrinhos, as palavras ditas no batizado são, eu batizo fulano de tal em nome de São João, São Pedro e Santo Antônio, os padrinhos colocam a benção. Você pode batizar em três fogueiras, Santo Antônio, São João e São Pedro, com três padrinhos diferentes ou apenas um casal de padrinhos, o vínculo de padrinho fica para o resto da vida, os mais antigos tinham mais fé, todos os anos pegavam um tição da fogueira para guardar em casa, eles diziam que era bom para espantar chuva forte ou chuva de pedra,” (Festeira da fogueira de São João).

O mastro que leva a imagem de São João foi enfeitado com papel crepom em riqueza de detalhes nas cores vermelha e azul, trabalho que durou mais de três horas. Flores de papel crepom foram feitas e pregadas com silicone em todo o mastro, a festeira explicou que quando não existia essa facilidade de papel crepom o mastro era enfeitado naturalmente: *“antigamente tirava o bambu e deixava as pontas dos galhos, naquelas pontas fincava limão maduro para enfeitar, desse limão amarelo, ficava bonito também, era mais rústico,”* (Festeira da fogueira de São João).

A imagem de São João, que é colocada no mastro, chama bastante a atenção, pois ela é bem diferente das imagens tradicionais; por exemplo não tem o carneiro característico das imagens de São João. A festeira explica que a imagem tem mais de 100 anos e que pertence a família; enfeitar o mastro é umas das tarefas mais importantes da festa: *“minha mãe que enfeitava o mastro, depois ela passou pra mim a tarefa, todo ano eu que enfeito, o mastro fica levantado até o dia de São Pedro 29 de junho,”* (Festeira da fogueira de São João).

Montar a lenha para a fogueira é uma tarefa difícil, uma verdadeira engenharia; a posição da lenha é minuciosamente colocada conforme tamanho e envergadura da madeira para travar a fogueira; a preocupação é para que os paus não caiam nas pessoas depois de acesa a fogueira. As pontas dos paus foram golpeadas com machado, fazendo uma cava para o encaixe; a fogueira no final atingiu mais de 2 metros de altura.

Imagem 29- São João



Fonte: Fotos do autor

Ao meio dia mais fogos de artifício foram estourados em homenagem ao santo e o almoço foi feito para todos que estavam trabalhando na organização da festa: arroz, feijão e mandioca com carne. Após o almoço, as tarefas continuaram até o momento do terço.

Por volta das 19h começou a chegar os convidados; havia uns 20 carros no local; era uma noite fria, os participantes falavam que o frio fazia parte da tradição do dia São João. O terço se iniciou as 19:50h, foi acesa a vela que após o terço acendeu a fogueira. O terço é um ponto importante do ritual; apesar disso, não houve uma grande participação, as pessoas mais antigas e os membros da família participaram. O restante ficou aguardando a fogueira ser acesa, esse fato não trouxe preocupação aos festeiros, parecia um costume da Comunidade.

Quando a reza do terço já estava quase no final, uma das festeiras acendeu o fogão que foi trazido à varanda para esquentar os caldos. Assim que o terço finalizou, foram atizados outros fogos; a fogueira foi acesa e o mastro levantado aos gritos de “Viva São João”. A vela utilizada para acender a fogueira foi fixada ao pé do mastro e durante horas ficou acesa até se queimar completamente. A distribuição dos caldos, pipoca e quentão se iniciou, havia mais de 200 participantes e não

ocorreu em nenhum momento filas ou tumultos para se pegar os quitutes, tudo ocorreu em perfeita harmonia e tranquilidade.

Mais do que observar a fogueira, era possível senti-la, o cheiro da lenha queimando perfumava o ambiente aliado às fagulhas de cinzas que se espalhavam pelo ar, a dez metros de distância era possível sentir o calor do fogo, os estalos da lenha compunham o som ambiente. Depois de pouco mais de duas horas que foi acesa, os festeiros falaram que a fogueira estava no ponto para se fazer os batizados.

Uma grande fila começou a se formar, havia 18 pessoas entre crianças e adultos para serem batizadas, acompanhadas por um casal de padrinhos. O festeiro e líder do ritual iniciou o batismo pegando três brasas da fogueira e as colocando em um copo com água, depois chamou as pessoas e explicou ser necessário dar três voltas na fogueira rezando três Ave Marias, em nome do pai do filho, do espírito santo; esse ritual foi explicado a todos os participantes e presentes na festa.

Após as três voltas, as pessoas paravam diante de um pau de brasa que foi retirado da fogueira, o chefe religioso da cerimônia, que no dia a dia trabalha como carregador na Comunidade, molhando o ramo no copo com água jogando nas pessoas dizia: *“eu te batizo em nome de São Pedro, São João e Santo Antônio e em nome do pai, do filho do espírito santo amém, Deus te abençoa viu, pode passar,”* (Líder religioso da fogueira de São João).

Imagem 30- Ritual de batismo na fogueira



Fonte: Foto do autor

Após esse momento, a pessoa batizada acompanhado pelos padrinhos passa por cima do pau que ainda exalava fumaça, lembrando um defumador, com isso encerrou o ritual do batismo, que durou ao todo cerca de 20 minutos e foi acompanhado com muita atenção por todos os presentes. O som foi aumentado e os comes e bebes continuaram até as duas horas da manhã. As pessoas que não foram na fogueira, e ajudaram doando alimentos; recebiam em suas casas marmitex com canjica doce, como parte do ritual da festa.

A festa conta com participação de varias pessoas da época do internamento compulsório, como os três de nossos atores sociais: Estefanio, Frésia e Hibisco. Ao conversar com os mesmos eles explicaram que antigamente ficava cheio de “doentes” na fogueira, agora alguns morreram, outros já não saem mais de casa durante a noite pela idade, mas que a fogueira era e continua sendo a segunda festa mais importante da Comunidade, e mesmo aqueles que não vem participar no dia, fazem questão de ajudar na realização da festa com alguma doação.

Durante as festividades da fogueira foi possível observar que os moradores antigos ficavam agrupados em um canto da varanda, os que tinham alguma deficiência nas mãos procuravam deixá-las escondidas dentro do bolso, só as retirando quando fosse comer alguma coisa. Os moradores observavam as pessoas que vivem fora da Comunidade, pelos olhares parecia uma mistura de curiosidade com desejo de conversar com os visitantes, alguns interagem com os visitantes outros procuravam ficar mais reservados.

Imagem 31- Fogueira queimando



Fonte: Foto do autor

A fogueira de São João, realizada na CSFA, é uma manifestação de religiosidade popular que virou tradição local. As pessoas que organizam e as que participam encaram o ritual como sendo parte de suas identidades, a data é esperada como se espera para se comemorar aniversário, Natal ou Ano Novo. O ritual envolve um número expressivo de moradores, especialmente pela fogueira nos dias frios: “*São João sem fogueira, não é São João.*”

A participação da Comunidade na festa é uma maneira de reforçar a identidade e pertencimento. Ela não se dá apenas pela presença física no dia da fogueira, também, pela doação de alimentos nos dias que antecedem a festa. Bromélio comenta que nos dias que antecedia São João muitas pessoas que batiam gato pelo mundo o fazia em nome do santo com o intuito de celebrar a fogueira, pedindo bênçãos aos que doaram. Antes da festa da família “Du Alves” existia pequenas fogueiras feitas nos quintais dos pavilhões, que contavam com a participação dos internos que moravam próximos ao local; elas foram se modificando e na atualidade, conta com uma diversidade de interessados.

Os alimentos recebidos em nome de São João podem ser interpretados pela teoria antropológica de Mauss (2003), explicita sobre as características das formas de trocas ditas econômicas, e o princípio comum que regula essas trocas: dar, receber e retribuir. Desde as formas arcaicas da troca, mas também observáveis nas sociedades ocidentais, por meio da troca coletiva de presentes, configurando um sistema de dádivas estabelecido entre coletividades, nesse caso, os alimentos eram doados aos doentes, que dividiam as doações com outros doentes e a retribuição se caracteriza pelos agradecimentos, bênçãos e orações.

A fogueira de São João, realizado na CSFA tem um sistema de significados que se configura pela mesclagem entre o real dos alimentos e o sagrado, quer dizer, trata-se da “canjica de São João”, “a pipoca de São João”, “o caldo de galinha de São João”, “o quentão de São João” “o chá de São João”. No imaginário das pessoas esses alimentos se transformam em um elemento sagrado quem os recebe e consome acredita estar consumindo as bênçãos da fogueira que leva o nome do santo.

Outra festa religiosa tradicional que teve a oportunidade de acompanhar foi a do padroeiro São Francisco de Assis, o ritual é celebrado desde 1943.

5.20 A festa de São Francisco de Assis

A festa mais antiga que se tem registro na Comunidade é a festa religiosa do padroeiro São Francisco de Assis. Registros apontam que a festa é comemorada desde o ano de 1943 ininterruptamente. Em 2017 foi realizada a 74ª edição. As pessoas mais antigas contam que as festividades fazem parte da tradição. Antigamente as novenas eram realizadas diariamente nos pavilhões até a chegada do dia 04 de outubro, o dia que se comemora o dia de São Francisco de Assis, com o passar dos anos a festa foi se modificando e se adequando a novos formatos.

A coordenadora do evento de 2017 é outra importante personagem religiosa da Comunidade São Francisco de Assis, Irmã Maria Aparecida da Silva, popularmente conhecida como irmã Aparecida. A religiosa se dedica às pessoas portadoras de hanseníase desde o ano de 1989, quando foi transferida da cidade de Montanha, ES, para trabalhar na Colônia Santa Isabel, em Betim MG.

Minhas memórias de infância na Colônia Santa Isabel são muito vivas e positivas em relação à irmã Aparecida, tenho por ela um profundo afeto como educadora; em 1992 quando eu tinha 7 anos, a religiosa foi minha professora no Jardim de Infância Santa Cecília; pouco tempo depois foi minha professora de catecismo, e sempre nos encontrávamos nas missas e outras atividades da igreja em Santa Isabel.

Depois de nove anos trabalhando em Santa Isabel, irmã Aparecida formada em pedagogia, a pedido de irmã Carmela, foi transferida para São Francisco de Assis com o objetivo de assumir a creche local, para cumprir uma lei de que todas as instituições de ensino deveriam ser lideradas por um pedagogo. Ao chegar a Bambuí, irmã Aparecida estranhou a diferença entre as duas unidades: *“ a diferença pra mim foi assustadora, aqui nem gente direito tinha, a quantidade de pessoas eram poucas comparadas com Santa Isabel, em Betim já tinha abertura, aqui em Bambuí ainda estava tudo fechado, enquanto em Betim tínhamos mais de 200 alunos na creche, aqui em Bambuí eram apenas 25, somente filhos das pessoas daqui,”* (Irmã Aparecida).

Irmã Aparecida comenta que no ano de 2017 foi realizado o Trido em preparação ao dia de São Francisco; três celebrações na igreja local antes do dia 04 de outubro. No dia anterior a festa, participei do último dia do Trido, cerca de 30

peças participaram da celebração, entre elas Girassol, Frésia e Bromélio o qual comentou: *“essa festa aqui já foi forte, enchia de gente, os anos foram passando, as pessoas morrendo, alguns não saem mais de casa e a festa vai diminuindo, amanhã teremos a carreata, daqui mesmo só uns cinco carros vão para acompanhar, os outros são de Bambuí,”* (Bromélio).

Antes de iniciar a celebração do Trido, algumas pessoas foram convidadas a entrar na igreja em procissão, levando alguns objetos, por exemplo, Bromélio foi convidado a entrar levando a imagem de São Francisco de Assis de mais ou menos 50 cm; com receio, recusou o convite justificando: *“acho melhor não, tenho medo de deixar cair a imagem do santo, pede o Thiago,”* (Bromélio). O convite me foi feito, aceitei e levei a imagem do santo na procissão de entrada, deixando-o sobre o altar, conforme haviam me recomendado; o momento de oração, que se assemelha a celebração da missa, durou cerca de 50 minutos e foi realizado pela Irmã Aparecida.

Ao final da celebração do Trido foram dados os avisos sobre a programação do dia da festa: às 06h da manhã, alvorada de fogos; 09h, carreata saindo com a imagem do santo da igreja Nossa Senhora das Graças em Bambuí em direção a CSFA; após a carreata celebração da missa; na parte da tarde, apresentação das crianças do jardim e da escola municipal sobre a vida de São Francisco de Assis no salão comunitário; e no início da noite, show pirotécnico próximo a portaria principal em homenagem ao dia do santo. Após os avisos a celebração foi encerrada e minha expectativa para o próximo dia aumentava.

No dia da festa acordei às 06h da manhã ao som da alvorada de fogos; a chuva que era uma preocupação local não demonstrava que iria atrapalhar a carreata, as pessoas estavam felizes e havia um cheiro de terra molhada pelo ar, fruto de uma noite inteira de chuvas. Às 07h da manhã, já na portaria principal, consegui uma carona para acompanhar a carreata, era preferível ir de carona para registrar melhor a festa, através de anotações e fotografias sem me preocupar com dirigir.

Às 08h da manhã os carros que compareceram ao local marcado começavam a ser enfeitados com balões, quando cheguei ao local Bromélio se fazia presente com seu fusca. Uma caminhonete foi utilizada para levar a imagem de São Francisco de Assis, junto com a imagem de São Rafael (o anjo da cura), que na

ocasião da festa visitaria a CSFA; essa visita fazia parte das comemorações dos 100 anos da diocese de Luz.

Por volta das 09h foi iniciada a carreata; uma ambulância com suas luzes e sirene ligadas conduzia a carreata; as pessoas que estavam na rua, no comércio ou em suas casas, paravam por alguns momentos para ver a carreata, a grande maioria fazia o sinal da cruz. Dezenas de casas montaram pequenos altares em suas janelas ou portas de entrada, era possível observar que esses pequenos altares existiam em alguns comércios.

Imagem 32- Carreata pelas ruas de Bambuí



Fonte: Foto do autor

Observei uma senhora de cabelos grisalhos, que aparentava ter mais de 60 anos, acabando de montar um altar em sua janela, me aproximei e perguntei sobre o seu trabalho e ela me respondeu: *“todos os anos monto esse altar para eu, minha família e minha casa receber as bênçãos de São Francisco, o santo dos doentes,”* (Moradora da cidade de Bambuí).

Depois de escutar a expressão “santo dos doentes”, me senti bastante curioso e perguntei porque São Francisco era o santo dos doentes? *“ aqui em Bambuí existe um lugar chamado Sanatório São Francisco de Assis onde as pessoas que tem lepra vivem, ai falamos santo dos doentes,”* (Moradora da cidade de Bambuí). Agradei pela informação e pude perceber em poucas palavras

algumas questões de linguagem interessantes de se refletir, como *santo dos doentes* e *doentes de lepra*.

Os atores sociais que participaram da pesquisa e os moradores da CSFA por diversas vezes relataram que ainda existe uma visão da realidade muito distorcida por parte dos moradores da cidade de Bambuí em relação ao passado e o presente da instituição, esse fato dificulta uma reinserção social ampla entre a Comunidade e a cidade. Pela fala da moradora: “*Sanatório onde vivem doentes de lepra*”, podemos perceber que seu imaginário é da instituição do passado, aquela que prendia e isolava as pessoas a força. Na visão dela, as pessoas que lá vivem ainda são doentes de “lepra”, o que não é uma posição individual, mas coletiva, por certo, deve ser comum e rotineiro essa caracterização do lugar por outras pessoas de seu convívio.

No caso em comento, recorreremos ao que Wacquant (2007) denomina “a marginalidade avançada”. O autor explica que em ocasiões a marginalidade afetará a identidade dos grupos sociais, na medida em que promoverá elementos de distinção social e produzirá diferenças que podem ser consideradas “depreciativas”. A moradora ao comentar a situação, até o *santo* foi rotulado e reconhecido como “*santo dos doentes*” e moradores como “*doentes de lepra*”, o que reforça a identidade coletiva comum aos sanatórios, reforçando o pertencimento dos moradores a grupos estigmatizados.

No ritual da festa merece destacar que não é comum observar uma ambulância sendo utilizada em uma carreata em louvor a um *santo*; eu nunca tinha visto situação parecida; em minhas reflexões fiquei me perguntando se aquela situação não traria mais preconceito e discriminação para a CSFA. O significado de uma ambulância em uma festa em local estigmatizado por causa da hanseníase poderia ser interpretada como reforço da identidade de doente; conversando com alguns participantes da carreata eles me relataram que o uso da ambulância também foi realizado em outros anos.

A carreata circulou pelo centro da cidade; durante todo o percurso fogos de artifício foram estourados; antes de se dirigir para a CSFA se fez uma parada em frente a igreja de Santana. Neste local havia um grupo de pessoas com bandeiras e imagens de São Francisco que promoveram um momento de oração. Entre a saída e a chegada da carreata se passava em torno de 50 minutos.

A carreata quando chegou na CSFA, foi recebida pelos alunos das escolas locais que estavam no entorno da portaria principal, se concentravam também um grande número de moradores e trabalhadores, que somados aos alunos faziam um couro de mais de 200 vozes que exclamavam: “VIVA SÃO FRANCISCO”, ao som de palmas muitas pessoas estavam visivelmente emocionadas com o momento que durou cerca de cinco minutos. Ao final, o carro com as imagens seguiu para a igreja onde foi iniciada a celebração da missa.

A igreja estava lotada de pessoas da Comunidade, funcionários, alunos das escolas, e visitantes a missa festiva foi celebrada por dois padres, o que acompanha a paróquia, padre Antônio, e um visitante, padre Tonhão, da diocese de Luz. Na celebração existe um momento onde as pessoas se cumprimentam, esse ato é conhecido como paz de cristo; foi possível observar que as pessoas com sequelas da hanseníase evitam participar ativamente desse momento, enquanto as pessoas em pé se cumprimentam, essas permanecem sentadas, correspondem ao cumprimento daquelas pessoas que vão até elas e estendem a mão, elas não iniciam o ato, apenas o corresponde.

Podemos compreender o ocorrido pelos ensinamentos de Medeiros (2013), que caracteriza o indivíduo como estigmatizado, sendo aquele indivíduo que apresenta sequelas instaladas de maneira mais visível em seus corpos como nas mãos, pés e face, que causam repulsa aos olhos de quem os vê. A beleza corporal como parâmetro é um exemplo para se discutir a marginalidade na hanseníase, as sequelas físicas ou apenas imaginárias oriundas do diagnóstico da doença são contrárias a beleza socialmente construída. Por essa razão os pacientes sequelados tentam ocultar as marcas nas partes visíveis do corpo, que podem representar a feiura quando comparados as mãos dos sadios ou normais.

Essa situação das pessoas que foram isoladas compulsoriamente ficarem mais recolhidas nesses momentos de interação com o público externo já tinha sido observado e descrito na festa do Rosário e na festa de São João. Como observador das situações, reflito que essa prática de recolhimento foi aprendida desde o período do isolamento, e no presente, acredito ser uma defesa, como forma de se evitar situações desagradáveis de discriminação e preconceito; esses recolhimentos foram observados quando se tem a presença de um público externo ao da Comunidade e são feitos por pessoas que possuem sequelas visíveis. As pessoas que vivem na

CSFA, ainda que não tenham sequelas, muitas vezes ocultam o lugar de moradia ou o diagnóstico de hanseníase por temor à discriminação.

Ao final da celebração os presentes foram convidados a acompanhar as apresentações dos alunos na parte da tarde e ao show pirotécnico. Após as 14h se iniciou a apresentação dos alunos no salão comunitário; pais e pessoas da Comunidade acompanharam o teatro, poemas, danças, coral de música e de flautas, todos tendo como tema principal a vida de São Francisco de Assis. Ao final foi servido um lanche para todos os presentes e distribuído o tradicional “saquinho de São Francisco”, que tinha balas, bombons e uma rosquinha assada, de fabricação caseira feita pelas irmãs.

Ao entardecer do dia 04 aumentava a expectativa para o show pirotécnico; este não tinha horário para acontecer, a referência seria na escuridão da noite. Foi a primeira vez que aconteceu essa atividade na Comunidade, os fogos foram doados pela associação comunitária local e as pessoas se concentraram em frente à portaria principal.

Depois das 19h se iniciou os foguetes, que duraram cerca de quatro minutos; a cada bomba que explodia se ouvia os gritos de “Viva São Francisco de Assis”; depois do último foguete as pessoas aplaudiram o final das comemorações do dia do padroeiro, conversaram um pouco e voltaram para suas residências.

A festa de São Francisco de Assis, sem dúvida, é o maior ritual que acontece na Comunidade, já que envolve grupos diferentes e possibilita uma interação social. Para mim, foi a oportunidade de presenciar e entender sobre o que com frequência ouvia nos depoimentos a respeito da visão dos moradores de Bambuí para com o local. Não é possível dimensionar qual seria a porcentagem de moradores da cidade que tem uma visão mais voltada ao passado do local, certo é que os seus reflexos são expressos e podem ser observados nas situações cotidianas como descritas pelos informantes dessa pesquisa.

Conversando um pouco com a Irmã Aparecida sobre essas questões ligadas a dificuldade reinserção social, a religiosa comentou que realmente elas existem e que a questão sobretudo do trabalho ainda é um grande desafio, pois muitas pessoas da cidade tem receio de empregar moradores da Comunidade, mesmo essas sendo filhos ou netos dos ex-internos. Segundo a religiosa, por esse motivo, é garantido que os empregos no Centro Social sejam para as pessoas da

Comunidade: *“é importante e não abrimos mão de dar trabalho para quem mora aqui, fora é mais difícil, até hoje existe dificuldade de trabalho para as pessoas daqui,”* (Irmã Aparecida).

Durante o período de pouco mais de um ano de acompanhamento da Comunidade São Francisco de Assis é possível afirmar que, após 30 anos, o processo de abertura da unidade não aconteceu efetivamente, existem muros imaginários que circundam e influenciam os moradores e a sociedade; esses muros foram erguidos devido principalmente e não somente a falta de uma política pública de reinserção social na década de 1980, ampla entre o local e o mundo “lá fora”. É notável que os moradores possuem uma dependência psicológica da instituição ao qual tem sido herdada por seus filhos e netos na atualidade.

6- CONCLUSÃO

Iniciando nossas conclusões, vamos resgatar a questão norteadora dessa pesquisa: Se considerarmos que a forma de tratar a hanseníase por meio do encarceramento compulsório foi reconhecida como um erro pelos danos causados aos portadores do bacilo, quais seriam as justificativas legais da implementação da lei de internação para os usuários de crack? Quais foram as consequências das referidas medidas políticas para aqueles que foram institucionalizados com o diagnóstico de hanseníase, desde a sua perspectiva?

Para a efetivação desse estudo foi feita uma etnografia que exigiu uma imersão ao campo no antigo SSFA em Bambuí. A pesquisa de campo nos possibilitou estabelecer vínculos com os atores sociais, compreendendo seus rituais, redes de significados e a percepção desses sobre a internação compulsória e seus impactos para a sua vida particular e social. Tendo como referência as questões iniciais levantadas, vamos refletir sobre o alcance e a pertinência dos resultados produzidos, apresentando novas indagações que surgiram com desenvolvimento da investigação.

O Sanatório São Francisco de Assis era uma instituição total pública nos moldes explicados por Foucault, inaugurada em 1943. A unidade foi criada com o objetivo de isolar as pessoas que viviam no Estado de Minas Gerais e que foram diagnosticadas com a “lepra” até o ano de 1986. Com o avanço dos conhecimentos médicos/científicos, as descobertas sobre as vias de transmissão e sobre as formas de tratamento e cura foi constatado que não era mais necessário o encarceramento. Nesse contexto, o Sanatório foi transformado em hospital geral. Em 1995, o nome lepra que carregava uma gama de preconceitos, foi eliminado dos documentos e registros legais, dos trabalhos científicos publicados, dos centros de tratamento e de formação de profissionais da área médica e foi criada uma nova denominação para a doença, hanseníase.

Apesar das mudanças legais e abertura desde 1986, a unidade ainda se mantém isolada geograficamente em relação à cidade de Bambuí. Depois de várias décadas afastados do convívio social, os moradores fixaram suas residências no mesmo local. Com o passar dos anos da abertura, construíram uma forma de organização social diferente do passado e novo nome para identificação do lugar, Comunidade São Francisco de Assis. O isolamento geográfico, a falta de

conhecimento sobre a hanseníase e a permanência dos moradores corrobora para que o local ainda seja identificado pela população de Bambuí como Sanatório e seus moradores como doentes.

Podemos afirmar que os mitos de origem sobre a temida lepra e os lugares de isolamento como o SSFA ainda existem nos dias atuais, perpassando por gerações. No caso de nosso estudo, esse imaginário é notório na percepção dos narradores que vivem na CSFA em relação à população de Bambuí e das cidades vizinhas. A identidade social da pessoa que passou pelo processo de internação compulsória é marcada pela imagem e denominação “doente”, assim como é o lugar do Sanatório, incluindo Bambuí que era conhecida como “a cidade dos doentes”.

A investigação nos mostrou que a identidade socialmente construída dos que foram isolados remete às origens bíblicas da “lepra”, que situa o sujeito portador do bacilo, merecedor de um castigo divino por um pecado cometido. A sua “sina” seria carregar o mal, ou seja, uma doença que leva à perda da sensibilidade e deforma as partes visíveis do corpo (mãos, pés e rosto). Isso provocava preconceito, discriminação, ameaça e medo. Portanto eles deveriam ser afastados dos olhos dos sadios e não serem considerados cidadãos de direito, não tendo acesso aos bens e serviços sociais, ao mercado de trabalho, escola e nem aos próprios filhos. A internação significava o rompimento dos vínculos sociais, familiares, afetivos e de trabalho. Sua vida se limitava aos muros, ou melhor, às correntes do Sanatório administradas por religiosos e serviço público de saúde. No caso de Bambuí, a Fhemig de maneira heteronômica definia e atuava sobre o corpo do sujeito, sua vida, desejos, escolhas e até mesmo o alimento que recebia.

Por todo esse processo os doentes eram desviantes das normas, pelas sequelas, por não participar do processo produtivo, não formar famílias e não ter acesso aos serviços disponibilizados para o restante da sociedade. Nos meus estudos foi possível identificar que o ato da internação compulsória deixa consequências danosas que interferiam na subjetividade do sujeito, sobretudo devido ao estigma gerador de preconceito. O preconceito é continuamente retroalimentado pelos órgãos de controle e de ordenamento social.

Foi possível identificar que as pessoas internadas no antigo SSFA pertencem a um grupo socialmente minoritário, ocupando posição social inferior e com pouco prestígio social em relação aos moradores da cidade. A investigação nos mostrou que os efeitos da internação compulsória oriundos do período de isolamento foram

identificadas nos familiares, vizinhos e trabalhadores que não tiveram hanseníase, ou seja, são desabonados socialmente pelo fato de morar ou trabalhar no local.

O estigma que é um atributo negativo, acaba por ser incorporado pelos pacientes que buscam formas para se proteger ou confirmar o status estigmatizado. Dessa maneira, eles fazem uso de ganhos secundários e assim retroalimentam a identidade de doente e vítima. A festa de Romaria é um ritual importante para dar visibilidade à imagem vitimizada expressa na performance de miserável, incapaz e excluído que necessita de auxílio para sua sobrevivência. Outro exemplo encontrado em nosso estudo foi o “bate gato”, uma prática que não é coisa do passado, ainda é um recurso coletivo utilizado para receber esmolas e ganhar alimentos de piedosos ou daqueles que fazem promessas para conseguir solucionar problemas individuais e familiares de saúde ou sociais.

A investigação sobre o bate gato na CSFA nos mostrou a existência de laços grupais construídos desde a época do isolamento compulsório para essa e outras práticas com o objetivo de conseguir ganhos secundários. Não cabe aqui julgamentos referentes à moral no que tange se as pessoas necessitam ou não das ajudas financeiras e materiais auferidas com a prática. Em vista dos argumentos apresentados, podemos afirmar que essas modalidades têm ligação direta com as instituições de isolamento, porém dada a sua eficácia, outras pessoas que não são doentes se apresentam como tal e utilizam esse mecanismo de privilégio financeiro. O uso dessa alternativa dificulta o combate à hanseníase, a atuação dos movimentos sociais na luta pelos direitos humanos e reforça estigmas geradores de preconceitos.

Por outra parte, foi possível encontrar em nosso trabalho de campo pessoas que, para escapar de situações constrangedoras e discriminatórias, ocultam a sua identidade e o seu verdadeiro endereço em determinadas situações como na procura e manutenção de emprego. Essa saída não é bem vista por todos, as pessoas que foram internadas compulsoriamente, incentivam os mais jovens a assumirem que moram na CSFA como o objetivo de criar uma imagem positiva do lugar. De toda forma, ainda que haja um esforço por parte de uma parcela dos “doentes, filhos e netos”, a inserção social é bastante complexa e interfere diretamente nos projetos de vida e sonhos para o futuro. Interessante destacar que nenhum dos atores sociais sonha em sair da CSFA para morar em outra localidade, o que reforça sua identidade de doente/hanseniano.

É óbvio que todo o processo de encarceramento traz problemas de ordem pessoal, social, psicológico e físico que dificulta a inserção social e a relação com outros grupos diferentes dos hansenianos. Esses danos são provocados pela baixa autoestima, sentimento de vergonha, inferioridade, problemas de saúde compostos por dores físicas e emocionais como depressão e ansiedade. Para aliviar esses danos, em geral, os moradores ou familiares procuram serviços de saúde que respondem com a prescrição de medicamentos geralmente psicotrópicos que podem e geram dependência.

Ainda que reconhecido o equívoco do Estado em relação à hanseníase assim como de outras enfermidades que foram submetidas ao registro de internação compulsória, observamos que a legislação brasileira mantém essa prática até os dias atuais, como por exemplo a Lei Federal 10.216 que regulamenta a internação compulsória para os usuários de crack. A análise da referida legislação possibilitou identificar em sua base a centralidade do poder executivo com o objetivo de exercer o controle que separa os sujeitos apontados como desviantes das regras sociais pelo uso do crack do convívio social.

A simbologia do uso da substância crack não é compreendida através da multidisciplinaridade de saberes. Hoje o crack é uma patologia social e o foco nos usuários está mais relacionado às condições socioeconômicas das pessoas vivendo em situações de miséria provocada pelas desigualdades sociais do que da substância e seus efeitos em si. Importante destacar que as legislações que regulamentam as hospitalizações forçadas promovem um recorte social, direcionando a medida às camadas populares que necessitam dos serviços públicos, sendo por esses identificados. A parcela da população que possui mais recursos financeiros utiliza as instituições privadas para o tratamento, ocultando sua identidade e garantindo um tratamento de excelência em saúde. Essas pessoas não ficam expostas às intervenções do Estado que se utiliza da força policial para execução.

O fenômeno urbano de migração do campo para a cidade foi acompanhado da criação de áreas para abrigar os diferentes grupos sociais com critérios de separação econômica. Além dos bairros dos ricos, da classe média e dos operários, iniciou-se também a limpeza urbana que compreende a retirada das pessoas apontadas como indesejáveis aos olhos do conjunto da sociedade (hansenianos, tuberculosos, portadores de sofrimento mental) e seu confinamento em instituições

totais ou zonas urbanas como foi o caso das prostitutas. Essa exclusão social baseada na criminalização da pobreza deixou como consequência o aumento das desigualdades sociais e rotulou os grupos minoritários. Esses grupos minoritários passam a possuir estigmas geradores de preconceitos, classificando seus pertencentes como não merecedores da vida em sociedade.

Os ordenamentos jurídicos de internação compulsória para hanseníase e crack sendo fruto desse fenômeno urbano, possuem características semelhantes no diz respeito: 1- ao sigilo das informações, 2- auxílio médico, 3- local para a internação compulsória e 4- centralidade no poder executivo, os quais passamos a explicar. A legislação referente à hanseníase garantiria o sigilo sobre a internação do doente e executaria o isolamento com a maior discrição possível. A medida era necessária devido aos estigmas ligados à doença, na prática o isolamento repercutia socialmente na vida dos familiares. No caso do crack, ter sigilo nas informações prestadas aos serviços de saúde pode ser interpretado como sendo a garantia da proteção da ilicitude do ato. O consumo do crack relaciona-se ao comércio de uma substância proibida e seu usuário aparece como criminoso ao invés de doente quando necessita de cuidados de saúde.

Apesar do texto normativo da Lei 610 garantir o auxílio médico, tendo o doente o direito de ser atendido por médico da sua confiança durante os exames ou reexames a que for submetido, o contato com os atores sociais dessa pesquisa revelou que na prática essa normativa não produzia efeitos. Os sanatórios eram carentes de profissional médico e de saúde em geral, ficando os doentes sob os cuidados de religiosos e dos próprios doentes.

O texto normativo para o isolamento da hanseníase afirmava que o local para a internação compulsória poderia ser leprosário ou domicílio. O isolamento era realizado em estabelecimentos oficiais do tipo colônia ou sanatório ou em estabelecimentos particulares do tipo sanatorial nos quais as pessoas pagavam uma mensalidade. Essas instituições eram subordinadas à fiscalização dos serviços oficiais de profilaxia da lepra. Os locais particulares como o Sanatório Cristiano Machado que funcionou até o ano de 1984 na cidade de Sabará, eram pouco acessíveis pelo alto custo do tratamento. A maioria dos isolamentos eram realizados em instituições públicas controladas diretamente pelo Estado como o SSFA.

A legislação para o isolamento do crack estabelece a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais. Essa legislação afirma a participação da sociedade e da família e que o tratamento dos usuários do crack será prestado em estabelecimento de saúde mental. Apesar das diretrizes afirmarem a responsabilidade do Estado, esse ponto nos causa curiosidade científica, sendo merecedora de investigações que venham aprofundar a análise do número de internações compulsórias em instituições privadas conveniadas com o poder público.

Esses estudos podem revelar interesses de grupos econômicos ligados às clínicas terapêuticas. O aumento da internação compulsória dos usuários de crack e as campanhas promovidas pela mídia sobre a necessidade da hospitalização forçada podem estar sendo executadas pela lógica do mercado e não como política pública de saúde.

As medidas de combate à hanseníase, apesar de todos avanços no campo da medicina, foram e continuam sendo praticadas através de serviços centrais de direção, orientação e fiscalização dos órgãos executivos. Na atualidade, as notificações de novos casos da doença são obrigatórias, a medicação ainda é distribuída e controlada pelos serviços de saúde que obrigam o paciente à sua ingestão na presença de um profissional da rede pública. Esta prática não considera a liberdade do paciente e o direito de optar pela notificação de seu diagnóstico e de outras informações existentes em seu prontuário, nem o direito e responsabilidade cidadã. As justificativas oficiais para o controle do corpo e da vida do outro estão apoiadas na garantia do tratamento, da prevenção de surtos e da continuidade do uso da medicação.

A lei que determina a hospitalização forçada dos usuários de crack recomenda a internação somente em caso clínico grave ou de ausência de suporte social. A argumentação centra-se na reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo poder executivo, sendo assegurada quando necessário, a continuidade do tratamento. Enquanto a sociedade não estiver protegida desse lixo urbano, as medidas de hospitalização que garantem a limpeza social continuarão a ser executadas.

A análise das legislações nos mostrou que não se encontra descrito em ambas a questão do tempo máximo de internação e isolamento, portanto compete à autoridade médica estabelecer critérios de acordo com a sua compreensão sobre o caso. Dessa maneira, revela-se necessário relembrar que na hanseníase o confinamento poderia ser eterno, uma vez que mesmo curadas o Estado obrigava as pessoas a viverem nos locais de isolamento como o SSFA até o ano de 1986.

Importante ressaltar que o controle da vida dessas pessoas, no caso da hanseníase e do crack parte de uma lógica perversa de criminalização dos doentes e desrespeito aos direitos humanos. No caso do crack, os sujeitos são considerados incapazes de fazer escolhas e opções. Eles são considerados desviantes pelo fato de consumir uma droga de baixo padrão social. Como resposta à escolha desse estilo diferente da normalidade imposta pelas regras socialmente construídas, tenta-se promover um encarceramento em massa com a justificativa de “tratamento”. Dessa maneira, não são respeitados os princípios dispostos no artigo 5º LIV da CF, “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”.

Se o devido processo legal não está sendo considerado para a privação de liberdade em medidas consideradas de saúde, se abre a possibilidade de classificar a internação compulsória massificada como medida de tribunais de exceção. Essas medidas são executadas em desconformidade com o Estado democrático de direito, uma vez que não garantem o processo individualizado, desrespeitam a garantia do juízo natural, prejudicando assim o contraditório e a ampla defesa. São essas garantias que permitem que o processo seja mais que a simples ordenação dos atos de um procedimento, objetivando alcançar uma ordem jurídica correta para execução da internação compulsória disposta na Lei 10.216. As medidas de internação compulsória para os acometidos pela hanseníase e os usuários de crack apresentam um campo aberto e intrigante para novas investigações especialmente no campo das Ciências Sociais, do Direito e outras áreas do conhecimento científico.

É possível promover a internação compulsória tendo como embasamento a perda da capacidade civil, mas para isso é necessário que todas as formalidades e etapas sejam cumpridas conforme estabelece a legislação. Nesse sentido, podemos afirmar que aquele que se encontra “doente” por causa da dependência química provocada pelo crack, em momento algum poderá ter violado seus direitos constitucionalmente garantidos. A lei descreve os parâmetros que devem ser

preenchidos para que uma pessoa seja internada compulsoriamente. Mas esse critério é alvo de manipulações para as clínicas adquirirem vantagens e para promover a limpeza urbana dos grandes centros.

Como resultado, foi possível compreender que as medidas de internação compulsória não apresentam em sua essência a atenção aos dependentes de crack. Seus dispositivos não garantem os direitos fundamentais, especialmente o direito à liberdade, a atenção à saúde, o acesso aos demais direitos sociais e à autonomia dos usuários e familiares perante os procedimentos terapêuticos propostos. De maneira inversa, o isolamento é apresentado por alguns gestores públicos e pela mídia como medida de extrema necessidade e a única maneira de vencer “a guerra contra as drogas”.

As consequências sociais vivenciadas pelos que foram isolados compulsoriamente, somadas à incompatibilidade da medida frente aos direitos constitucionalmente garantidos, nos permite posicionar contrário às medidas de internação compulsória como oferta de serviço de saúde na gestão das políticas públicas sobre drogas no Brasil. Definir a internação compulsória como política pública deixa ocultos os reais motivos e os interesses defendidos por estes atos.

A internação compulsória dos acometidos pela hanseníase foi reconhecida um equívoco de política pública no Brasil. Além dos efeitos sociais na vida dos que foram submetidos ao isolamento, o Estado brasileiro promoveu uma política reparatória que onera mensalmente os cofres públicos e se revela incapaz de sanar as mazelas sociais provocadas pelo isolamento às pessoas. Políticas públicas de saúde devem ser exercidas em compatibilidade com as outras garantias sociais sem reforçar estigmas, preconceitos e discriminações.

Por fim, o caminho etnográfico percorrido por mim nessa dissertação ensinou a enfrentar o desafio de abandonar nossas referências geográficas, sociais, teia de significados para a imersão ao campo, condição sine qua non, para entender os efeitos da internação compulsória, considerando a percepção dos que dela foram vítimas.

A minha experiência no campo etnográfico pode apontar as minhas limitações conceituais e metodológicas adquiridas pela formação em Direito. No uso das técnicas de pesquisa, a observação e a entrevista me levaram a importantes questionamentos e reflexões sobre o campo de pesquisa etnográfica. De toda forma, foi notável meu aprendizado sobre pesquisa que exige uma imersão no campo em

estudo antropológico.

Dessa maneira, revela-se necessária a retomada de um termo utilizado no desenvolvimento dessa pesquisa, “morte social”. A internação compulsória praticada até o ano de 1986 no antigo SSFA anulava a trajetória de vida dos que foram diagnosticados com a hanseníase e os inseria em uma nova organização social institucionalizada. A pesquisa nos mostrou que o fim das medidas de isolamento não foi suficiente para se auferir uma “ressurreição social”. Aqueles que foram submetidos ao instituto da internação compulsória, 32 anos depois do fim da medida têm suas identidades marcadas pela doença, reproduzidas e preservadas por diversas gerações.

Diante dessa argumentação, a reflexão que faço ao final dessa pesquisa vai de encontro ao dilema deixado por Geertz: “Cheguei tarde demais ao campo e fui embora muito cedo”. Ir embora não quer dizer que deixei de ter interesse no tema, ao contrário, ainda que desafiante tenho a pretensão de desenvolver projetos futuros sobre o mesmo assunto.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Bernardo Starling. “**IDADE DOIDA DA PEDRA**” **Configurações Históricas e Antropológicas do Crack na Contemporaneidade**. In: CRACK, um desafio social, Belo Horizonte, Ed. PUC Minas, 2010

AMEIGEIRAS, Aldo Rubén. “**EL ABORDAGE ETNOGRÁFICO EM LA INVESTIGACION SOCIAL**”. In: Estrategias de Investigación Cualitativa, Barcelona, Gedisa, S.A, 2006.

BAILARDIN, Kátia Salomão. **O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras**. Hansen Int, v.32, n.1, p. 27-36, 2007.

BAZILLI, Chirley [et al]. **Interacionismo simbólico e teoria dos papéis: uma aproximação para a psicologia social**. São Paulo: Educ. 1998.

BECKER, Howard S. **Outsiders, Estudos de sociologia do desvio**. [Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges] Rio de Janeiro: Zahar, 1963-2008.

BÍBLIA, Português. **A Bíblia Sagrada: Antigo e Novo Testamento**. [Tradução de João Ferreira de Almeida.] Brasília: Edição rev. e atualizada no Brasil. Sociedade Bíblia do Brasil, 1969.

BITTENCOURT, L. P. [et al]. Estigma: Percepções Sociais Reveladas por Pessoas Acometidas por Hanseníase. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.185-90, 2010.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Nova edição, São Paulo Editora Elsevier, 2004.

BOHN, Simone. **Política Comparada: um mapeamento do debate entre propostas teóricas e metodologias de pesquisa alternativas**. BIB, , São Paulo, nº59, 1º semestre de 2005.

BRASIL. Congresso Nacional. **PLS 110/10** . Disponível em: <<http://www.congresso.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=534285> > acessado em 10 de Setembro de 2015.

BRASIL, **Lei n. 9.010**, de 29 de março de 1995, Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9010.htm > acessado em 29 de maio de 2017.

BRASIL, Constituição de (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**, ed atualizada. São Paulo: Saraiva, 2012.

BRASIL, Código Civil (2002). **Código Civil Brasileiro**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm > Acesso em 25 de setembro de 2013.

BRASIL, **Lei n.610**, de 13 de janeiro de 1949 que fixa normas para a profilaxia da lepra. Disponível em < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27124-1-setembro-1949-379230-publicacaooriginal-1-pe.html> acessado em 10 de Setembro de 2011.

BRASIL, **Lei 8080/1990**, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acessado em 10 de Março de 2013.

BRASIL, **Lei n° 10.216** de 06 de abril de 2001 que Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm acessado em 15 de fevereiro de 2012

BRASIL. Senado Federal. **Portaria n.165**, de 14 de maio de 1976. Disponível em: < ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jul.11/lcls122/E_PL-673_2011.pdf). Acessado em 8 de Setembro de 2011

CARVALHO. Fernanda. **TJ-SP cassa decisão sobre internação compulsória de usuários de drogas. In:** Consultor. Jurídico, São Paulo, 2017. Disponível em <http://www.conjur.com.br/2017-mai-28/tj-cassa-decisao-permitia-internacao-compulsoria-sao-paulo>>. Acesso em 31/05/2017.

CASTRO, Manuela. **A PRAGA**. São Paulo, Geração Editorial, 2017.

CASTAÑEDA, Luzia Aurélia. **Eugenia e casamento**. Hist. cienc. saude-Manguinhos v.10 n.3 Rio de Janeiro set./dez. 2003. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300006&lng=pt&nrm=iso&tng=pt&userID=-2> Acesso em 19/01/2016

CAMPOS, Pautilia Paula de Oliveira; FLORES, Thiago Pereira da Silva. **Cadernos do Morhan: Filhos Separados**. Publicação de 2012

CETLIN, Gustavo Satler. **O TRATAMENTO AO USUÁRIO COMPULSIVO DE CRACK: Fissuras no Cotidiano Profissional**. In: CRACK, um desafio social, Belo Horizonte, Ed. PUC Minas, 2010.

CUNHA, Ana Zoe Schilling. **Hanseníase: Aspectos da Evolução do Diagnóstico** – Departamento de Enfermagem e odontologia, Universidade de Santa Cruz do Sul - Ciência & Saúde Coletiva, 7(2):235-242, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10243.pdf>. Acessado dia 10 de Fevereiro de 2014.

DAMATTA, Roberto. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro, Ed.Rocco, 1986.

ELAINE. Patrícia Cruz. **Prefeitura de SP poderá levar usuário de droga compulsoriamente para médico**. In: Agencia Brasil, São Paulo, 2017. Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/justica-autoriza-prefeitura-de-sao-paulo-fazer-internacoes-compulsorias> > Acesso em 28/05/2017.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Direito Civil – Teoria Geral**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

FORMENTI, Lígia. **ONU critica estratégia de internação compulsória de usuários de drogas**. In: Estadão, São Paulo 2017. Disponível em <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,onu-critica-estrategia-de-internacao-compulsoria-de-usuarios-de-droga,70001818034/> Acessado em 01/06/2017

FORTES, Carolina Coelho. **O CONCEITO DE IDENTIDADE: Considerações sobre sua definição e aplicação ao estudo da História Medieval**. In: Revista Mundo Antigo, 2013 – Ano II, Volume 2 N° 4.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir. Nascimento da Prisão**. [Tradução de Raquel Ramallete] 11ª Edição, Petrópolis: Ed. Vozes, 1975-1994.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro Editora Guanabara, 1973- 1994.

GEERTZ, Clifford. **Atrás dos fatos: Dois países, quatro décadas, um antropólogo**. [Tradução de Denise Jardim Duarte] Petrópolis-RJ, Editora Vozes, 1995-2012.

GERLIN, Padre Mário. **O Senhor Prefeito se fez PADRE**. São Paulo, Edições Paulinas 1982.

GOFFMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. [Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes] 4 ed. Rio de Janeiro: LCT, 1891- 2008.

GOLDWASSER, Maria Julia. “ **CRIA FAMA E DEITA-TE NA CAMA**”: **Um estudo de estigmatização numa instituição total**. In: Desvio e Divergência. Rio de Janeiro. 4ª edição. Zahar Editores, 1981.

GOMIDE, Leila Reguna Scalia. **Órfãos de pais Vivos - A lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigmas, preconceito e segregação**. Universidade de São Paulo, 1991. Tese de mestrado.

GONZALEZ, Rodrigo Stumpf. **O método comparativo e a ciência política**. In: Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas, vol.02, nº01, janeiro-junho, 2008.

HALL, Stuart. **Quem precisa da identidade** In: Identidade e Diferença A perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis. Ed. Vozes, 2000.

HERDY, Thiago. O GLOBO. **Crack ajuda a elevar estatísticas de homicídios no país**. In: O Globo, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <https://oglobo.globo.com/politica/crack-ajuda-elevar-estatisticas-de-homicidios-no-pais>. Acessado em 16/06/2014.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 05/02/2017

JARDIM, Flávia. **Justiça de BH terá que explicar encaminhamento de bebês para abrigos**. In: O Tempo, Belo Horizonte, 2017. Disponível em <http://www.otempo.com.br/cidades/justi-para-abrigos-1>. Acessado em 23/10/2017

LARA, Maria do Carmo, **Aposentadoria para os ex-portadores de Hanseníase**. Uma publicação do mandato popular da Deputada Federal Maria do Carmo Lara. Betim 2008.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional esquematizado**. 17ª edição. São Paulo: Saraiva, 2013

LIMA, José Jerônimo de Azevedo. A lepra no Brasil in SOUZA ARAÚJO, Heráclides César de. **A História da lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1946, v. 3, p. 66-74.

LYON, Sandra. **A Construção da Beleza: da Natureza à Cultura**. In: Dermatologia Estética, Rio de Janeiro, MedBook, 2015.

MAIA, João Nunes. **São Francisco de Assis**. 15ª edição. São Paulo: Fonte Viva 2014

MAUSS, Marcel. **“Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas”** In: *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naif, 1925-2003.

MEDEIROS, Regina de Paula. **A Construção da Beleza: da Natureza à Cultura**. In: Dermatologia Estética, Rio de Janeiro, MedBook, 2015.

MEDEIROS, Regina de Paula. **Entre a Representação e a Ação: Um Estudo sobre o Estigma da Hanseníase**. In: Hanseníase, Rio de Janeiro, MedBook, 2013.

MEDEIROS, Regina de Paula. **CLÍNICA E CRONI(CIDADE): Impactos do Uso/ Abuso de Crack Na Configuração Urbana e Nos Tratamentos da Toxicomania**. In: CRACK, um desafio social, Belo Horizonte, Ed. PUC Minas, 2010.

MÉNDEZ Juan. E. **Relator especial da ONU** In: nacoesunidas.org, Genebra, 2013. Disponível em <http://www.onu.org.br/internacao-compulsoria-e-discriminacao-na-saude-podem-ser-formas-de-tortura-diz-especialista-da-onu/> Acessado em 10 de outubro de 2015.

MINAS GERAIS. **Lei 15.790** de 03 de novembro de 2005, que dispõe sobre o pagamento de bolsa de atividades especiais às pessoas que menciona e dá outras providências. Disponível em <http://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-15790-2005-minas-gerais-dispoe-sobre-o-pagamento-de-bolsa-de-atividades-especiais-as-pessoas-que-menciona-e-da-outras-providencias>. Acessado em 12 de março de 2017.

MONTEIRO, Yara Nogueira. **Violência e Profilaxia: Os Preventórios de Paulistas para Filhos de Portadores de Hanseníase**. Revista Saúde e Sociedade, 7(1): 3-26; 1998.

MOTA, Jesuíno. **Crack é droga que mata rapidamente**. In Diário do grande ABC, Santo André, 2010. Disponível em <<http://www.dgabc.com.br/Noticia/117969/crack-e-droga-que-mata-rapidamente/> Acesso em 23/02/2014

MOURA, Marley de. **História da Comunidade São Francisco de Assis**. 1993. 87. (Conclusão de curso) – Faculdade de História, Faculdade de Pará de Minas – FAPAM.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais**, 3º ed. São Paulo: Atlas, 2000.

ROSENTHAL, Gabriele. **PESQUISA SOCIAL INTERPRETATIVA**, Uma Introdução. [Tradução de Tomás da Costa]. 5ª edição. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2005-2014.

SANDEL, Michel J. **Justiça – O que é fazer a coisa certa**. [Tradução de Heloísa Matias e Maria Alice Máximo]. 9ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

SANTOS, Maria helena de Castro. COUTINHO, Marcelo J. V. **Política Comparada: Estado das Artes e Perspectivas no Brasil**. BIB, São Paulo, nº54, 2º semestre de 2002.

SARTORI, Giovanni. **Compracion y método comparativo**. In: La Comparacion en las ciências sociales. Madrid, Alianza editoria. 1994.

SILVA, Hélio R.S. **A SITUAÇÃO ETNOGRÁFICA: ANDAR E VER**. In: Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 15, n.32, p. 171-188, Jul./Dez.2009

VELHO, Gilberto. **Estigma e Comportamento Desviante em Copacabana**. In: Desvio e Divergência. Rio de Janeiro. 4ª edição. Zahar Editores, 1981.

WACQUANT. **Loic. Los condenados de La cidade Gueto, periferias y Estado**. Traduzido por Mayer, Marcos, Buenos Aires , Siglo XXI 2007.

WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença: introdução teórica e conceitual**. In: Identidade e Diferença A perspectiva dos Estudos Culturais. Petrópolis. Ed. Vozes, 2000.