



Diálogos

ISSN 2177-2940



A hanseníase no Espírito Santo a partir dos prontuários dos internos da Colônia de Itanhenga.

 <https://doi.org/10.4025/dialogos.v25i2.60245>

Sebastião Pimentel Franco

 <https://orcid.org/0000-0002-3593-1724>

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil. E-mail: sp.franco61@gmail.com

Leprosy in Espírito Santo from the medical records of the inmates of the Colony of Itanhenga.

Abstract: This article aims at outlining a profile of the interns of the Itanhenga Colony in Cariacica, State of Espírito Santo, between 1937, the year of its foundation, until 1962, when by means of the Federal Decree 968, compulsory hospitalization of people with leprosy was extinguished in Brazil, as well as bringing to light their passages through confinement, allowing us to know the institutional rules for compulsory hospitalization, the forms of treatment received by inmates, their reactions to confinement, the punishments to which they were subjected for breaking the norms and the institutional routine. The sources used were the 685 medical records of the inmates of the Colony, compared with other sources such as sent and received mail by the direction of the Colony, the Book of Terms and Criminal Causes, the reports issued by the direction of the Colony, testimonies by former interns and periodicals. We found that the majority of interns were people from the countryside, belonging to the most economically disadvantaged social strata, with a predominance of male inmates. Living in the Colony, they had to reframe their lives, finding ways to reinvent themselves.

Key words: Leprosy, Itanhenga Colony, Espírito Santo, medical records.

Lepra en Espírito Santo a partir de la historia clínica de los internos de la Colonia de Itanhenga.

Resumen: Este artículo busca delinear un perfil de los internos de la Colonia de Itanhenga en Cariacica, Estado de Espírito Santo, de 1937, año de su fundación, hasta 1962, cuando el Decreto Federal n. 968 extinguió la internación obligatoria de los portadores de la enfermedad de Hansen en Brasil. Intenta además sacar a la luz sus experiencias con el encierro, procurando conocer las reglas de la internación forzosa, las formas de tratamiento que recibían los internos, sus reacciones al encierro, las penas a las que fueron sometidos al infringir las normas, y entender la cotidianidad institucional. Fueron utilizados como fuente los 689 registros médicos de los internos de la Colonia, comparados con otras fuentes como la correspondencia enviada y recibida por la dirección de la Colonia, el Libro de Expedientes y de Causas Penales, los informes emitidos por la dirección del establecimiento, los testimonios de ex internos y publicaciones periódicas. Verificamos que la mayoría de los internos eran hombres oriundos de regiones interioranas, pertenecientes a los estratos sociales mas desfavorecidos económicamente. Viviendo en la Colonia, tuvieron que replantear sus vidas, buscando formas de reinventarse.

Palabras clave: Enfermedad de Hansen; Colonia de Itanhenga; Espírito Santo; Registros médicos.

A hanseníase no Espírito Santo a partir dos prontuários dos internos da Colônia de Itanhenga.

Resumo: Este artigo busca traçar um perfil dos internos da Colônia de Itanhenga em Cariacica Estado do Espírito Santo entre 1937, ano de sua fundação até 1962, quando por Decreto Federal n. 968, a internação compulsória de hansenianos foi extinta no Brasil, assim como, trazer à luz, suas passagens pelo confinamento, possibilitando-nos conhecer as normas da internação compulsória, as formas de tratamento que recebiam os internos, suas reações ao confinamento, as punições a que eram submetidos ao quebrarem as normas, o cotidiano institucional. As fontes utilizadas foram os 685 prontuários dos internos da Colônia, cotejadas ainda com outras fontes como as correspondências expedidas e recebidas da direção da Colônia, o Livro de Termos de e Causas Criminais, os relatórios emanados pela direção da Colônia, depoimentos de ex internos e periódicos. Verificamos que a maioria dos internos eram homens oriundos das regiões interioranas, pertencentes aos estratos sociais mais desprivilegiados economicamente, havendo uma predominância de internos do sexo masculino. Vivendo na Colônia, tiveram que resenificar suas vidas, encontrando formas de se

reinventarem.

Palavras-chave: Hanseníase, Colônia de Itanhenga, Espírito Santo, prontuários médicos.

Recebido em: 22/07/2021

Aprovado em: 26/10/2021

Introdução¹

O artigo se propõe traçar um perfil dos pacientes internados compulsoriamente na colônia de hansenianos denominada Itanhenga, localizada em Cariacica, Espírito Santo, desde a sua inauguração em 1937 até 1962, quando a internação compulsória foi extinta no Brasil pela Decreto Federal nº 968, de 7 de maio de 1962². Para Salla e Borges (2017), os prontuários nos permitem traçar o perfil dos internos, assim como trazer à luz sua passagem no período em que viveram o confinamento. Tais documentos possibilitam ainda conhecer as normas internas da instituição compulsória, as formas de tratamento ofertadas aos internos, as punições, o cotidiano institucional e a reação dos internos ao confinamento. Para tanto, vamos trabalhar com os prontuários sob a guarda da administração da remanescente colônia³, os quais encontramos durante a realização de nossa pesquisa.

Podemos dizer que o uso de prontuários como fonte para a pesquisa em História é algo novo no Brasil, tendo se iniciado na década de 1980 e, em especial, na década de 1990. Essa fonte é muito significativa, pois permite-nos conhecer fragmentos da vida dos indivíduos que foram mantidos em uma instituição de confinamento. Por meio dos prontuários, podemos obter significativas informações sobre os pacientes da colônia anteriormente a seu confinamento, assim como saber sobre a sua trajetória de vida durante toda a fase de internação. A vida dos internados não escapava dos registros, pois, mesmo que eles não desejassem, era informada, como aponta Farge (2009). Dados como identificação, filiação, naturalidade, endereço, estado civil, religião que professa, idade, cor, sexo, naturalidade, diagnóstico, medicação aplicada, comportamento dentro da instituição, tudo era registrado de forma minuciosa.

Embora se reconheça esse tipo de fonte como muito importante para sabermos sobre a vida dos indivíduos que ali foram internados, é preciso que saibamos que também possui limitações, como nos indicam Salla e Borges:

1 Este texto é resultado do projeto de pesquisa intitulado "As múltiplas vivências do isolamento compulsório no leprosário de Itanhenga Espírito Santo: história e interpretações", financiado pela FAPES.

2 Segundo Selma Munhoz Sanches de Castro e Helena Akemi Wada Watanabe (2009), a internação compulsória dos hansenianos no Brasil foi extinta a partir do Decreto Federal nº 968, de 7 de maio de 1962, possibilitando que os enfermos voltassem ao convívio social e fossem atendidos nos ambulatórios estaduais. Apesar disso, encontramos pacientes sendo ainda internados na Colônia de Itanhenga até a década de 1970.

3 Agradecemos imensamente à gestão da antiga Colônia de Itanhenga, em especial ao diretor Anderson Barbosa de Oliveira e a toda a equipe que lá trabalha, por ter facilitado o trabalho de pesquisa nos meses em que lá estivemos fazendo o levantamento de fontes. Agradeço ainda especialmente a Irmã Lúcia que nos possibilitou o contato com ex internos do leprosário. Sem a ajuda dela certamente essas entrevistas não seriam possíveis

Há limites a considerar nos prontuários como o fato de serem produzidos na lógica do funcionamento da instituição, por autoridades que estão controlando os internos, exibindo aspectos e ocultando outros, abafando, em geral, as expressões dos internos, sendo compostos por uma multiplicidade de agentes internos, sendo compostos por uma multiplicidade de agentes internos e externos, motivados por objetivos instintos. (SALLA; BORGES, 2017, p. 72).

Outro ponto a ser considerado são as lacunas que essa documentação apresenta. Embora um número significativo de enfermos tenham vivido durante anos como internos da colônia, não necessariamente encontramos muitos vestígios de vários deles, pois foram encontradas informações bem esparsas sobre alguns dos internos

A lepra torna-se uma preocupação de Estado

A lepra, a partir da década de 1920, passou a ser considerada um problema social e, nesse sentido, o Estado começou a implementar políticas públicas em relação ao enfrentamento dessa doença. A luta entre o médicos “humanistas”, que defendiam o isolamento e o convívio dos doentes, e os “isolacionistas”, que apregoavam a retirada imediata dos doentes de lepra do convívio com os sãos, como forma de evitar a propagação do terrível mal. A corrente isolacionista saiu vitoriosa e o isolamento compulsório tornou-se uma realidade no país, por determinação do governo federal e acatado pelos governos estaduais e pela classe médica.

Cabe destacar que o isolamento compulsório dos enfermos pela lepra já vinha sendo defendido nos encontros científicos internacionais desde o final do século XIX, justificado pelo crescimento do número de leprosos no mundo e por não existir na época uma terapêutica para a doença, como assevera Costa (2013).

Pode-se dizer que as políticas públicas em relação à lepra começaram a deslanchar no Brasil com a criação da Superintendência de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas em 1922, segundo Cunha (2005). Assim, cada unidade da federação também criou localmente o serviço de combate à lepra. A criação desse serviço foi responsável pelo início de ações no sentido de se conhecer como a lepra se apresentava em cada região do país. No caso do Espírito Santo, essas ações iniciais foram bem tímidas, uma vez que, ao fazer um levantamento do número de leprosos no estado, só foram notificados 22 casos, conforme pontuam Franco e Barros (2015).

Em 1926, a parceria entre União e estados para a execução dos serviços ligados aos Serviços de Profilaxia Rural foi extinto, mas a Inspetoria não, que passou a ficar ligada à diretoria de Higiene do Espírito Santo, dirigida pelo médico Pedro Fontes que foi transferido do Rio de Janeiro para cá em 1927. Podemos dizer que o “descobrir” da lepra no Espírito Santo se iniciou em verdade com a chegada desse médico. Assumindo os trabalhos, Pedro Fontes efetivou a instalação do Dispensário

Central de Profilaxia de Lepra e Doenças Venéreas, com laboratório de microscopia e sorologia em Vitória e, em seguida, criou outros laboratórios no interior do estado — Alegre, Colatina, Mimoso, Muqui, Calçado e Afonso Cláudio. Tais iniciativas se deram, segundo Souza-Araújo (1937), em função de que havia uma descrença nos números apontados dos doentes de lepra no estado por parte desse médico, estando aquém do que seria em realidade. Portanto, quantificar o número de doentes com essa enfermidade era o objetivo maior, no que Pedro Fontes foi bem-sucedido, pois, no censo executado em 1931, levantou-se o assustador número de 370 leprosos no Espírito Santo. Segundo Franco e Silva (2017), em 10 anos de levantamento foi apurado que o Espírito Santo passou de 22 leprosos em 1927 para 719 em 1937. Números tão assustadores possibilitaram justificar a criação de um leprosário.

A criação de um local para internar compulsoriamente os leprosos, segundo aponta Carvalho (2012), tornou-se uma realidade nacional, por se acreditar que isolar esses doentes era o método mais eficaz para o controle da doença. A partir dos anos 1930, quando Getúlio Vargas assumiu o poder, aconteceram reformas na Saúde Pública brasileira, segundo Juliane Conceição Simon Serres (2004), com a concretização de políticas mais centralizadoras; no que concerne ao combate à lepra, a opção foi construir leprosários em diversas unidades da federação. A iniciativa do governo Vargas de estabelecer práticas profiláticas contra lepra, em especial com a construção de leprosários em todo o país, na opinião de Carvalho, teria se dado em razão do significado atribuído a essa doença, vista como repugnante.

A criação e instalação do Hospital colônia de Itanhenga

Foi graças à ação de Pedro Fontes que o hospital para abrigar leprosos tornou-se uma realidade. Na inauguração do conjunto de edificações que compunham o complexo da Colônia de Itanhenga, o médico, ao fazer seu pronunciamento na inauguração, em 13 de abril de 1937, fez questão de historicizar como foi possível tornar realidade a criação do leprosário de, divulgado pelo jornal *Diário da Manhã* (1937, f. 3).

Segundo o referido médico, quando ele assumiu o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas do Espírito Santo em 1927, acreditou que conduzir os trabalhos em relação a lepra seria uma tarefa fácil. O número conhecido de leprosos existente no Estado naquela época era de 22. Depois de algum tempo, a frente dos trabalhos teria se convencido de que esse número era infinitamente maior. Em 1928, resolveu fazer um inquérito, para tentar saber o número de leprosos no Estado. De acordo com Pedro Fontes, percorreu todas as localidades do estado conversando com médicos e farmacêuticos locais para que pudesse ter uma avaliação do índice endêmico de cada região. Após esse primeiro inquérito, calculou que o número de leprosos no estado seria de 150

doentes. Ao iniciar um censo para saber com exatidão o número de leprosos, descobriu que seu cálculo inicial estava bem abaixo do que seria a realidade.

Para Pedro Fontes, a necessidade de se criar um leprosário era indispensável e urgente, para abrigar os doentes que não tinham condições financeiras para se tratar em suas residências (SOUZA-ARAÚJO, 1937). Com o governador da época, Aristeu Borges de Aguiar, teria estabelecido várias conversas, o que resultou na aquisição da Ilha da Cal em Vitória para instalar um leprosário de emergência. Também conseguiu que o mesmo governador assinasse a Lei n. 1.727, de 3 de janeiro de 1928, autorizando a construção de um leprosário.

Em razão da Revolução de 1930, assumiu o governo do estado do Espírito Santo, na qualidade de Interventor Federal, o capitão João Punaro Bley. Pedro Fontes passou então a travar conversas com o interventor na expectativa de conduzir as ações em relação à lepra. Nesse sentido, fez ver ao governo empossado sobre a necessidade de isolar os leprosos contagiantes que, segundo foi narrado, viviam esmolando pelas ruas, de casa em casa, favorecendo o contágio da doença, no que foi atendido de pronto, quando 30 deles foram internados num leprosário de emergência (CORREIO DA MANHÃ, 1935, f. 3).

Ao término do censo para saber com exatidão quantos leprosos existiriam no Espírito Santo, em um total de 500, ficou provada a necessidade urgente de se criar um leprosário como única medida profilática que se impunha para se evitar que a doença se espalhasse mais ainda.

Além de ações junto ao governo estadual local, Pedro Fontes envidou esforços junto ao governo federal no sentido de conseguir efetivar a construção do leprosário. Aproveitando a vinda de Heráclides César de Souza-Araújo, a serviço do Ministério da Saúde Pública, que veio inspecionar os Serviços de Lepra e ainda apresentar um plano de combate a essa enfermidade, ficou acordado a criação do leprosário entre o representante federal e o interventor Bley.

Inicialmente ficou combinado que caberia ao estado do Espírito Santo disponibilizar o terreno para a instalação do leprosário e o governo federal concederia ao estado a renda do selo da educação no valor de 400 contos para serem aplicados na obra. Segundo Pedro Fontes, o governo estadual, além do terreno, se comprometeu a efetivar os serviços de instalação de água, energia elétrica e telefonia no complexo do leprosário. Além disso, disponibilizou transporte para locomoção da equipe para vistoriar os terrenos em diversas locais até que um deles fosse escolhido.

Entre as diversas possibilidades, após 2 meses, foi escolhido por indicação do engenheiro Afonso Schwab o terreno localizado em Itanhenga em Cariacica⁴, que media 1.200 hectares dos

4 Diversas foram as propostas de áreas para a instalação da colônia; finalmente a área decidida foi a de Itanhenga em Cariacica. Ela possuía. Segundo Franco, Nogueira e Marlow (2017, p. 309), “[...] 1.200 hectares, a 80 metros acima do nível do mar e distante 14 km da cidade de Vitória. A área total da Colônia foi dividida em três partes: uma destinada à Colônia propriamente dita (665 hectares), outra ao preventório (200 hectares) a ser construído e uma terceira para a

quais 665 hectares foram destinados à construção dos edifícios; 200, ao preventório, e 315 hectares à colônia, objetivando a produção de produtos agropecuários.

Escolhido o terreno, o governo Federal disponibilizou 100:000\$000 como primeiro auxílio para o início das obras. Para a escolha do projeto arquitetônico do leprosário, Pedro Fontes visitou outras instituições asilares para leprosos em Minas Gerais, São Paulo e no Distrito Federal (Rio de Janeiro). Dessas visitas, a que mais o impressionou foi a do leprosário de Piratanguí em São Paulo, trazendo de lá plantas dos edifícios ali construídos⁵.

Para que a obra se concretizasse, havia necessidade cada vez mais de aportes financeiros. Nesse sentido, segundo o *Diário da Manhã*, importantes doações foram significativas para que a obra se concretizasse. O interventor Bley conseguiu, junto ao Departamento Nacional de Café, a doação de 3000 sacas para venda, cujo valor possibilitou a arrecadação de 219:0000\$000 que foram injetados na obra. A Prefeitura Municipal de Vitória doou 25:000\$000 (vinte e cinco contos), a Estrada de Ferro Vitória a Minas transportou de graça o material vindo do interior usado na construção da obra, assim bem como a Firma Antenor Guimarães e Cia transportou do Rio de Janeiro o material usado na obra de forma gratuita (DIÁRIO DA MANHÃ, 1935, f. 3). Para a desapropriação e as benfeitorias do terreno, o Estado pagou a quantia de 105:775,000 contos (DIÁRIO DA MANHÃ, 1935, f. 1). Franco, Nogueira e Marlow (2017, p. 310) esclarecem:

Até a data da inauguração da colônia, o custo total para sua construção, incluindo terreno, serviços de água, esgoto, iluminação, energia elétrica, foi de 2.577:545\$000. Conforme estabelecido no consórcio entre a União e o estado do Espírito Santo, os valores dispendidos para a execução da obra foram assim distribuídos: 1.534:545\$000 pelo governo do estado (1934-1937) e 790:000\$000 pelo governo federal (1933-1936).

Somam-se a essas quantias os montantes que foram doados pela Prefeitura Municipal de Vitória e pelo Departamento Nacional do Café, a que já nos referimos anteriormente.

A obra de construção do leprosário de Itanhenga iniciou-se em 1933. Uma parte constituída de 13 unidades já estava executada em 1935,, tendo sido feita em 23 de maio desse ano uma espécie de inauguração. Segundo consta do Livro do Registro de Atas do leprosário, diversas autoridades estiveram presente nessa inauguração, que se deu “[...] no pavilhão destinado ao refeitório” (LIVRO DE ATAS DO LEPROSÁRIO DE ITANHENGA, 1935, f. 1). Segundo é relatado ainda nesse livro,

Colônia agrícola dos futuros egressos [...] (335 hectares)”.
 5 O modelo arquitetônico do leprosário era o Carville, que foi adotado pela primeira no estado da Lousiana nos Estados Unidos da América do Norte. Havia habitações coletivas e era composto num mesmo espaço por hospital, dispensário e educandário. Para maior conhecimento sobre isso ver: SANTOS, Vicente Saul Moreira. *Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate à lepra*: Ministério Capanema (1934-1945). Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em Histórias das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

“[...] foram visitados minunciosamente os dez pavilhões tipo ‘Carville’, destinados aos dormitórios-enfermarias, o pavilhão da policlínica, a lavanderia, o desinfetório, a cozinha e seus anexos e demais dependências” (LIVRO DE ATAS DO LEPROSÁRIO DE ITANHENGA, 1935, f. 2). No entanto, sua inauguração definitiva se deu em 11 de abril de 1937, quando todos os restantes 52 edifícios estavam prontos para funcionamento. O conjunto arquitetônico do leprosário de Itanhenga estava dividido em três áreas distintas: a sadia, a intermediária e a doente (SOUZA-ARAÚJO, 1937).

A inauguração do Hospital-Colônia de Itanhenga no Espírito Santo ocorreu com honras e pompas, contando com um grande número de políticos locais, autoridades religiosas, autoridades do governo federal e membros da elite endinheirada da cidade de Vitória, capital do estado, entre outros. A inauguração foi noticiada durante muitos dias até o dia 23 de maio daquele ano. Segundo o jornal *Diário da Manhã*, era previsto que o presidente Getúlio Vargas comparecesse a essa inauguração, mas assuntos urgentes fizeram com que não pudesse comparecer, vindo “[...] em seu lugar o ministro Gustavo Capanema” (DIÁRIO DA MANHÃ, 1937, f. 1). Segundo o mesmo jornal, a Colônia de Itanhenga era “[...] um dos mais notáveis empreendimentos levados a efeito pela atual administração do Estado” (DIÁRIO DA MANHÃ, 1937, f. 1), constituído por 52 edifícios.

Em 1938, seguindo orientações do Congresso Internacional de Lepra do ano anterior, foi feita uma nova orientação nessa unidade, que passou a investir em segundo

[...] atividade agrícola e na pecuária, aproveitando a mão de obra dos internos na produção de alimentos que serviam ao leprosário e as futuras dependências como educandário e preventório. O objetivo era que os leprosários se tornassem amis autônomos economicamente, sendo as atividades agrícolas uma forma dos internos obterem seus ganhos. [...] O trabalho dentro da Colônia permitia também um efeito terapêutico para os internos e facilitava o controle e vigilância [...].(FRANCO; SILVA, 2017, p. 322)

Os internos eram isolados do mundo e sua vida resumia-se em viver dentro do espaço físico circunscrito ao leprosário. Sair era impossível, a não ser que obtivessem autorização do diretor ou que tivessem alta. Uma vez internada, a pessoa era afastada de tudo e de todos. Só revia os parentes em dias de visitas, o que raras vezes acontecia. Uma vez internado compulsoriamente, só restava aprender a viver uma nova vida, buscando se reinventar. Mas, afinal, quem eram esses internos, qual o sexo, a idade, o estado civil, a cor, a procedência? Quanto tempo ficaram internados, como era seu tratamento, quais as sequelas que mais os afligiam, com que idade morreram, qual o diagnóstico, que medicação tomavam, qual o comportamento dentro da instituição, que outros arranjos faziam para se adaptar à nova vida?

Embora em tese os internos, ao serem hospitalizados, fossem desprovidos de qualquer

direito sobre si, cabendo à instituição, a partir da internação, as decisões sobre suas vidas e seu cotidiano, entretanto, como aponta Borges (2010), havia sim margens para esses pacientes criarem mecanismos de resistência ao que lhes era imposto nessa nova vida é o que veremos a seguir.

O que dizem os prontuários dos internos da Colônia de Itanhenga

Para podermos traçar um perfil dos enfermos internados compulsoriamente no Hospital-Colônia de Itanhenga, localizado em Cariacica, estado do Espírito Santo, vamos utilizar como fonte 685 prontuários dos internos, acervo que encontramos durante a realização da pesquisa “Inventário e Organização do acervo da Colônia de Itanhenga/ES”, que contou com os bolsistas de Iniciação Científica Brenda Soares Bernardes e Ramon Ferro, os pesquisadores Simone Santos de Almeida Silva, André Luis Lima Nogueira, Tania Maria de Araújo e ainda o projeto “As múltiplas vivências do isolamento compulsório no leprosário de Itanhenga/ES: história e interpretações, que contou com os pesquisadores André Luis Lima Nogueira, Simone Santos de Almeida Silva, Zilda Maria de Menezes Lima, Patrícia Maria da Silva Merlo, Tania Maria de Araújo.

Os nomes dos pacientes aqui mencionados são fictícios, entretanto o número do prontuário refere-se exatamente ao registro de matrícula dos internados na Colônia.

Cotejamos esse tipo de fonte, com outras lá encontradas durante a realização da pesquisa, como as correspondências expedidas e recebidas da direção da Colônia, o Livro de Termos de Termos e Causas Criminais, os relatórios emanados pela direção da colônia, depoimentos de ex-internos e periódicos.

Os prontuários encontrados são compostos de inúmeras fichas. Como vários dos pacientes viveram muitos anos como internos, algumas fichas são bastantes volumosas. Assim como aponta Alvarenga (2019) em relação a sua pesquisa sobre a hanseníase no Piauí, nesses prontuários encontramos informações pessoais do doente a identificação, filiação, naturalidade, procedência, estado civil, idade, cor. Na ficha de tratamento antileprotico e controle ambulatorial, novamente aparecem os dados pessoais do interno, seu número de matrícula, forma clínica da doença, quando contraiu a doença, tempo de contágio, primeiros sinais da doença, existência de familiar com a doença.

Uma ficha muito significativa era a que tratava da identificação da doença no corpo do interno. Segundo ainda Alvarenga (2019, p. 154),

A ficha leproológica era organizada por um conjunto de quatro imagens de um ser humano, de sexo indefinido, feições pouco claras, que se colocavam de frente e costas e ainda duas de perfil com braços estendidos para

cima. Nessa folha de papel o interno era identificado e depois tinha seu corpo cartografado conforme o percurso da doença, por fim vinha a ficha epidemiológica e clínica. Uma das mais completas em termos de informações do doente, da sua vida, profissional, social e de sua família. Todos os internos possuíam essa ficha devidamente preenchida nos seus três detalhados campos. O primeiro trazia a identificação do doente; o segundo era definido como ‘inquérito epidemiológico’, [...], por fim, vinha a parte em que estavam descritos os sintomas, classificação da doença e exames realizados [...]

Compreendiam o total do prontuário dos internos as fichas de exames laboratoriais complementares, alta hospitalar, alta para dispensário (laudo), clínica epidemiológica, clínica de acompanhamento anamnésico, exames sorológicos e histopatológicos, intercorrência e prescrições, medição chaulmoogrica, revisão, serviço dermatológico, gráfico anual de peso, topografia dos sintomas atuais, tratamento antileprótico (controle laboratorial para registro mensal), gráfico anual de índice de velocidade de sedimentação das hemácias, medição antileprótica e a de termo sedimento Ponderal.

Não encontramos documentação que nos pudesse auxiliar em quantificar com exatidão quantos doentes foram internados na Colônia de Itanhenga. Em relação ao arco temporal desta pesquisa, que é de 1937 a 1962 (exceto em relação ao ano de 1947, de que nenhum prontuário foi encontrado). De 1962, quando oficialmente a internação compulsória foi extinta no Brasil, encontramos 685 prontuários⁶, dos quais 506 (73,87%) eram do sexo masculino e 179 (26,13%) do sexo feminino. Não encontramos uma explicação científica para justificar o porquê nos leprosários brasileiros havia mais homens internados do que mulheres.⁷

Em relação à cor, os pacientes do leprosário em sua maioria eram brancos, tanto em relação aos homens como às mulheres, conforme verificamos na Tabela 1.⁸

TABELA 01 – COR

COR							
SEXO	BRANCA		PRETA		PARDA		MORENA
HOMENS	278		42		129		5
MULHERES	140		8		42		-
TOTAL	418	(64,91 %)	50	(7,76 %)	171	(26,55 %)	5 (0,78 %)

Fonte: Dados levantados pelo autor a partir dos prontuários dos internos

6 Em carta datada de 17 de dezembro de 1955, remetida pelo diretor da Colônia de Itanhenga, Pedro Silva Neto, ao médico Souza-Araújo, há informação de que de 1937 a 1955 teriam sido internados nessa colônia 1422 doentes.

7 Da mesma forma em suas pesquisas Zilda Maria Menezes de Lima (2007), para o Ceará, Yara Nogueira Monteiro (1995), para São Paulo e Keila auxiliadora de Carvalho (2012) para Minas Gerais, também encontraram uma maioria do sexo masculino como internos naqueles leprosários.

8 Em alguns prontuários não foi possível encontrar a informação em relação a cor do interno, o estado civil, a procedência, a idade, a profissão, as formas clínicas da doença, portanto, não se tem o número total de internos para essas informações.

Note-se que, nos registros da Colônia de Itanhenga, diferentemente do que aconteceria nos dias atuais, há menção à cor dos pacientes como branco, preto, pardo e moreno. Em relação ao estado civil, a maioria dos internos eram casados, tanto entre os homens como entre as mulheres, conforme apontado na Tabela 2.

TABELA 02 – ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL					
SEXO	CASADO		SOLTEIRO		VIÚVO
HOMEM	288		166		31
MULHER	111		39		32
TOTAL	399	(59,82 %)	205	(30,73 %)	63 (9,45 %)

Fonte: Dados levantados pelo autor a partir dos prontuários dos internos

Analisando a proveniência e a profissão dos internos, Tabelas 3 e 4, podemos fazer algumas inferências: a maioria dos internos vivia pobremente em regiões interioranas, cuidando e tirando o sustento de sua pequena plantação. Outro elemento que merece destaque é o fato de a grande maioria das mulheres viverem reduzidas ao mundo privado, executando os afazeres domésticos, cuidando da casa, dos filhos e do marido.

TABELA 03 – PROCEDÊNCIA DOS INTERNOS

PROCEDÊNCIA DOS INTERNOS					
LOCALIDADES DO ES					
AFONSO CLAUDIO	3 6	COLATINA	7 4	LINHARES	3
ÁGUIA BRANCA	1	CONCEIÇÃO DA BARRA	3	MANTENÓPOLIS	3
ALEGRE	6 5	CONCEIÇÃO DO CASTELO	5	MIMOSO DO SUL	1 1
ALFREDO CHAVES	1	DOOMINGOS MARTINS	2	MONTANHA	1
BAIXO GUANDU	2 3	ECOPORANGA	4	MUCURICI	1
BARRA DE SÃO FRANCISCO	2 1	GUARAPARI	4	MUNIZ FREIRE	5
BREJETUBA	1	IBIRAÇÚ	2	MUQUI	2 0
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	3 0	ITAGUAÇU	1 9	NOVA VENEZIA	4
CARIACICA	5	ITAPEMIRIM	4	PANCAS	5
CASTELO	1 3	IUNA	2 4	RIO NOVO DO SUL	6
				TOTAL	473

Fonte: Dados levantados pelo autor a partir dos prontuários dos internos.

TABELA 04 - PROFISSÃO

PROFISSÃO			
	HOMEM	MULHER	
AMBULANTE	1	-	
APOSENTADO	2	-	
BARBEIRO	3	-	
BRAÇAL	3	-	
CARPINTEIRO	3	-	
COMERCIANTE	2	-	
COMERCIÁRIO	2	2	
DOMÉSTICA	-	103	(83,06%)
ELETRICISTA	1	-	
ESCAVADOR	2	-	
FERREIRO	2	-	
FERROVIÁRIO	1	-	
FOLHEIRO	1	-	
FOGUETEIRO	2	-	
FUNCIONÁRIO PÚBLICO	5	-	
HORTELÃO	2	-	
LAVRADOR	301	10	(81,79%)
MARCENEIRO	1	-	
MARÍTIMO	1	-	
MOTORISTA	4	-	
NEGOCIANTE	2	-	
OLHEIRO	3	-	
PEDREIRO	4	-	
PROSTITUTA	-	1	
MENOR/SEM PROFISSÃO	20	8	
TOTAL	368	124	

Fonte: Dados levantados pelo autor a partir dos prontuários dos internos

Nem todos os internos eram originários do Espírito Santo. Encontramos enfermos provenientes de outros países, como o caso da Itália⁹, com 14; da Iugoslávia¹⁰, com 1; da Espanha¹¹, com 1; da Noruega¹², com 1, e ainda de outros estados da federação brasileira, como Minas Gerais.

9 Prontuários 122, 123, 350, 353, 380, 395, 406, 425, 427, 506, 559, 940, 1032, 1516, 1549.

10 Prontuário 814.

11 Prontuário 568

12 Prontuário 2407

com 34 internos¹³; Rio de Janeiro¹⁴, com 3; Bahia¹⁵, com 2, e Sergipe¹⁶, com 1.

Em relação à religião, encontramos referência em 73 prontuários, de um total de 685, dos quais 63 (86,3%) professavam a religião católica apostólica romana e 10 (13,7%), o protestantismo: pentecostal, luterano, adventista, assembleia de Deus e batista.

Em relação à instrução, a maioria era analfabeta, num total de 181, dos quais 121 (66,85%) eram do sexo masculino e 60 (33,15%), do sexo feminino. Os alfabetizados somavam 112, sendo 96 (85,71%) do sexo feminino, contra apenas 16 (14,29%) do sexo masculino.

Um significativo número de internos possuía algum parente ou pessoa próxima que já haviam apresentado sinais da doença. Tios, pais, irmãos, esposos e esposas, vizinhos, amigos são referenciados. Um total de 212 internos fizeram alusão a terem convivido com algum doente em sua existência. Sabemos que a hanseníase é uma doença infectocontagiosa, com capacidade de infectar muitos indivíduos que ficam um longo período expostos a quem possui o bacilo *Mycobacterium leprae*, agente etiológico da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE [MS], 2017).

O tempo de internação variou muito de doente para doente. Alguns viveram internados na colônia até o falecimento, vivendo mais de 45 anos¹⁷; outros chegaram a viver 55 anos¹⁸. Cabe destacar que, embora o remédio para a cura da hanseníase já tivesse sido descoberto desde 1942, não significa que todos com alta deixavam a colônia. Alguns não saíam por falta de recursos para viver fora daquele ambiente; outros não desejavam sair por temerem o estigma a que eram submetidos pelo fato de terem contraído a doença. Um significativo número de doentes acabava morrendo na colônia, alguns poucos anos após a internação. Cabe destacar aqui que a medicação que era aplicada aos doentes muitas vezes causavam sérias reações, outros ainda acabavam apresentando problemas em relação a efeitos colaterais frente aos medicamentos.

A medicação aplicada aos pacientes de hanseníase da Colônia de Itanhenga variou de época para época. Segundo Manini (2019, p. 50), “[...] o óleo de Chaulmoogra foi o tratamento tradicional na Índia para doenças de pele utilizado por via oral, porém irritante para o estômago, causando náuseas e vômitos”. As reações leproticas a essa e outros remédios acabavam levando a interrupção do tratamento.

Segundo a mesma autora, foram utilizadas para os doentes de Hanseníase as seguintes medicações: “[...] veneno de cascavel, colargol, ictiol., ácido fênico, eurofeno, sais mercuriais,

13 Prontuários 16, 17, 41, 73, 82, 392, 432, 451, 474, 477, 554, 601, 615, 621, 623, 641, 661, 733, 782, 811, 918, 957, 964, 1978, 015, 1268, 1563, 1565, 1820, 2000, 2267, 2349, 2466, 2472,

14 Prontuários 672, 727, 803

15 Prontuários 1987, 2559

16 Prontuário 549

17 Prontuário 397. A paciente foi internada quando tinha 19 anos de idade em 1938; em 1983, segundo a última informação que encontramos sobre a interna, ali ainda vivia.

18 Prontuário 088, internado em 1937, falecendo ainda internado em 1992.

arsênico, salsaparrilha, japécangá, extrato de jabuassú e de taryna, entre outras” (MANINI, 2019, p. 50). Diversas foram os medicamentos prescritos que aparecem nos prontuários dos pacientes, muitos dos quais inclusive sem nenhuma ligação com a hanseníase. Destacam-se os mais indicados nos prontuários: Promin, Bismution, Diasone, Antilebrina, Diamenoxil, Taliomida (esse a partir de 1965). Eram muito comuns as reações aos tratamentos da doença, provocados certamente pela resposta imunológica do hospedeiro. Essas reações causavam muito mal-estar aos doentes, causando muitas vezes a necessidade da interrupção por um tempo do tratamento, como o caso do interno José Arruda Peixoto¹⁹. A chaulmoogra começou a ser utilizada no Brasil desde 1920, aplicada em injeções ou tomada em drágeas, sendo que as duas formas causavam grande desconforto aos hansenianos nessa época, ocasionando muitas vezes ao não comparecimento assíduo ao tratamento. Cabe ressaltar que outros remédios também causavam esse desconforto. Além da chaulmoogra, outras medicações eram experimentadas nos internos, como nos aponta um deles: “Mas naquele tempo eles experimentavam todo tipo de remédio na gente, tinha injeção, comprimidos, era uma dor desastrada”²⁰.

Com a descoberta da sulfona em 1942 nos Estados Unidos da América do Norte, a chance da cura da doença se tornou uma realidade. Embora já existisse desde 1942, só achamos informação da aplicação desse medicamento na Colônia de Itanhenga em 1948. No Brasil, já havia notícias do seu uso desde 1944 no Sanatório São Bento. em Guarulhos/SP, sendo essa medicação importada pelos próprios pacientes que dispunham de recursos para tal, segundo Diniz (1950). A partir dessa data, surgiram diversos medicamentos a partir da sulfona: Neo Sulfonazina, Sulfadiazona, Ulfazona.

As formas clínicas da doença podiam ser diferentes, a depender da imunidade do hospedeiro. Segundo Manini (2019), após 5 a 7 anos, a doença se manifesta da forma incaracterística, mas pode evoluir para outra forma, a tuberculóide, quando o hospedeiro tem boa imunidade ao bacilo, ou para a virchowiana ou lepromatosa, no caso em que o hospedeiro possua baixa imunidade ao bacilo, que, por isso mesmo, se multiplica, o que resulta em apresentar os quadros mais graves da doença, causando feridas, anestésias em partes do corpo, podendo ainda causar deformidades. Ainda segundo a mesma autora, além dessas duas formas citadas, haveria uma outra, intermediária, também chamada de diforma ou ainda boderline, quando existe um pouco de imunidade bacilar.

As classificações das formas clínicas da hanseníase no arco temporal de nossa pesquisa eram diferentes da forma como hoje é feita essa classificação. Atualmente a Sociedade Brasileira de

19 Prontuário 383

20 Entrevista concedida ao autor pelo ex-interno Joaquim (nome fictício) em março de 2016.

Dermatologia classifica as formas da hanseníase: a) Paucibacilar (PB), abrangendo duas formas, a Indeterminada e a Tuberculóide, que apresentam até cinco lesões de pele, a primeira sem comprometimento de nervo e a Tuberculóide com o comprometimento de um nervo, b) Multibacilar (MB), com dois tipos, a Dimorfa ou Boderline e a Virchowiana (Lepromatosa). A Dimorfa apresenta manchas com mais de 5 lesões com comprometimento de 2 ou mais nervos, a Virchowiana, forma mais disseminada da doença, pode comprometer nariz, rins ou órgão reprodutor masculino, inflamação do nervo e nódulos dolorosos na pele.

Nos prontuários dos internos da Colônia de Itanhenga, encontramos seis diferente tipos de classificação, como podemos ver na

TABELA 05 – FORMAS CLÍNICAS DA DOENÇA

FORMAS CLÍNICAS DA DOENÇA	
INCARACTERÍSTICA	183 (37,04%)
INTERMEDIÁRIA/DIMORFA/BORDELIN	153 (30,97%)
LEPROMATOSA OU VICHORWIANA	105 (21,26%)
TUBERCULÓIDE	53 (10,73%)
TOTAL	494

Fonte: Dados levantados pelo autor a partir dos prontuários dos internos

A maioria dos internos apresentava a forma clínica lepromatosa, cuja presença causava bastante desconforto, sobretudo nos doentes recém-chegados, que se espantavam com as deformações que esse tipo clínico ocasiona. Ao entrevistarmos ex-internos da Colônia de Itanhenga, foi mencionado o fato de conhecer doentes com sequelas dessa forma da doença, o que os assustava e os deixava com medo sobretudo pensando que o mesmo poderia acontecer com eles. Um trecho de um depoimento de um interno é bem elucidativo para entendermos essa questão:

Começo pesado, tinha muita gente mutilada, quando cheguei eu tava muito ruim, só via as mulheres no quarto. Não via ninguém atrofiada, comecei a comer bem e andar. Aí veio um paciente com a mão e as pernas mutiladas, aquilo ali me deu um desespero total, eu derrubei ele, saí gritando que eu queria ir embora dali.²¹

Buscando conhecer o tempo em que esses doentes já apresentavam sintomas da hanseníase, verificamos que muitos deles estavam enfermos sem saber. Muitos só tomavam conhecimento realmente que estavam ao irem a um posto de saúde e eram diagnosticados pelos médicos. Outros, entretanto, descobriram-se leprosos em razão de terem parentes ou vizinhos que haviam sido

21 Entrevista concedida ao autor por uma ex-interna Analeni (nome fictício) em setembro de 2016.

diagnosticados com a doença e, por essa razão, eram examinados pelo Serviço de Profilaxia da Lepra. Outros ainda se descobriam doentes ao serem examinados em razão de uma denúncia de um vizinho. Alguns apresentavam a doença há pouco tempo, outros informavam que já apresentavam sinais da doença há muitos anos. Dessa forma, classificamos o tempo da doença tomando como referência o período apresentado na Tabela 6. Conseguimos levantar dados de somente 426 pacientes. A doença atingia as pessoas de todas as idades. Dos 598 pacientes cuja idade conseguimos levantar, o mais novo tinha apenas 2 anos de idade, o mais idoso, 83 anos. A maioria dos pacientes estavam entre 20 e 60 anos de idade, conforme dados da Tabela 6.

TABELA 04 – IDADE

IDADE		
0 A 10 ANOS	74	(13,86%)
11 A 20 ANOS	64	(11,99%)
21 A 30 ANOS	103	(19,29%)
31 A 40 ANOS	143	(26,78%)
41 A 50 ANOS	14	(2,62%)
51 A 60 ANOS	85	(15,92%)
61 A 70 ANOS	34	(6,37%)
71 A 80 ANOS	15	(2,81%)
ACIMA 80 ANOS	2	(0,37%)
TOTAL	534	

Fonte: Dados levantados pelo autor a partir dos prontuários dos internos.

Sobretudo a partir da descoberta e do uso da sulfona, as altas hospitalares se tornaram uma realidade na Colônia de Itanhenga. Encontramos 218 doentes que obtiveram alta, dos quais 144 eram do sexo masculino (66,06%) e 74, do sexo feminino (33,94). Esse número é explicado em razão de que a quantidade de internos do sexo masculino era maior que a dos internos do sexo feminino. Muitos doentes tinham alta, mas, ao reincidir a doença, acabavam retornando à Colônia de Itanhenga. Só era concedida alta hospitalar àqueles que apresentassem resultado negativado para o bacilo da doença.

Podemos dizer o mesmo em relação às licenças concedidas aos doentes, que, muitas vezes, eram dadas em função da melhora do doente que podia passar um tempo junto aos familiares. Outros solicitavam licença para tratar de assuntos particulares. Em geral, essas licenças tinham a duração de um mês. Caso o doente não retornasse, o Serviço de Profilaxia da Lepra ia até o doente para recolhê-lo. Alguns, não desejando retornarem, acabavam aproveitando-se da ocasião para fugirem. Encontramos 45 pacientes obtiveram licença para sair do hospital, destes 11 (24,44%) eram do sexo masculino, contra 34 (75,56%) pacientes do sexo feminino. Alguns pacientes

obtinham licença mais de uma vez.

O número de pacientes mortos na Colônia de Itanhenga não era baixo. Encontramos 332 internos que morreram ainda quando estavam internados. Uns certamente morriam de outras complicações, sobretudo quando já estavam há muitos anos internos e, com o avançar da idade, acabavam apresentando outros problemas de saúde. Outros morriam ainda jovens em decorrência dos desdobramentos da doença. Não podemos deixar de destacar ainda que um grande número desses enfermos viviam em condições de pobreza e em precárias condições sanitárias, eram malnutridos e ainda apresentavam outras enfermidades, além da hanseníase.

Em muitos prontuários aparece a informação da *causa mortis* do paciente tais como: acidente vascular cerebral (AVC), em decorrência da arteriosclerose; câncer (uterino, hepático); caquexia; infecção da vesícula biliar, em decorrência da diabetes; hipertensão arterial; problemas cardiorrespiratórios (parada cardiorrespiratória, endocardite crônica, insuficiência cardíaca, arritmia, insuficiência cárdio-hepática), septicemia em função da gangrena das lesões, insuficiência renal e tuberculose pulmonar.

Muitos internos não se adaptavam à nova vida de internação compulsória, o que os levava a fugir. Diversas foram as razões que contribuíram para que as fugas fossem muito altas nos leprosários brasileiros. As autoras já citadas, Lima (2007), em sua pesquisa sobre a doença no Ceará, Monteiro (1995), em São Paulo, e Carvalho (2012), em Minas Gerais, nos apontam que as fugas ocorriam com frequência. Diversas eram as causas dessas fugas. A correspondência do Superintendente da Colônia de Itanhenga endereçada ao diretor do Serviço de Saúde Pública do Estado do Espírito Santo nos dá bem a dimensão dos fatores que contribuíam para isso:

As causas são as mais variadas: desde as de natureza sentimental e afetiva até as de interesse puramente comercial, todas entretanto pela maior ou menor facilidade encontrada na vigilância, nos meios de transporte, na posição geográfica da colônia e, finalmente, no rigor da aplicação das penalidades regulamentares.²²

Segundo ainda o mesmo documento, haveria fugido em 1951, 44 internos, dos quais 39 eram do sexo masculino (88,64%) e cinco (11,36%) do sexo feminino. No mesmo documento, declara-se ainda que os dados referentes ao ano de 1952 foram muito mais graves, apresentando um total de 96 doentes, sendo 78 do sexo masculino (81,25%) e 18 do sexo feminino (18,75%).

Tão logo se tomava conhecimento da fuga, buscava-se reintegrar o fugitivo. Muitos foram alcançados rapidamente, outros ficaram anos sem serem encontrados. No documento citado anteriormente, aparece a informação de que, dos 44 fugitivos em 1951, somente 14 foram

22 Ofício 89/53 da Colônia de Itanhenga, datado de 22 de agosto de 1953.

reintegrados (31,82%). Dos 96 fugitivos de 1952, 49 foram reintegrados (51,04%).²³ Entre os pacientes que conseguimos localizar os prontuários identificamos 98 fugas do sexo masculino²⁴(14,31%) e 13 do sexo feminino²⁵ (1,9%). Uma explicação para esse número baixo de fugitivos registrados nos prontuários que analisamos pode ser a omissão desse registro nesses prontuários. Acreditamos que as informações contidas no ofício 89/53 e na carta do diretor da Colônia datada de 17 de dezembro de 1955, sejam mais críveis.

De acordo com o Regimento da Colônia, a infração cometida pela fuga acarretaria a penalidade de prisão do fugitivo tão logo fosse recapturado. Ao ser aplicada a pena e o fugitivo ir para a prisão, aparece no registro a causa da fuga. Assim, vimos que diversas poderiam ser as motivações que levavam o doente a buscar a fuga. Muitos doentes eram retirados de suas casas pelo Serviço de Profilaxia da Lepra sem lhes dar condições de tomar algumas providências antes de sua partida para a internação na Colônia.

Outros ainda fugiam para resolver questões particulares e, como o pedido de licença tinha que seguir uma burocracia e a necessidade da saída era premente, optavam pela fuga, como foi o caso do interno Otávio Justino Antunes que fugiu no dia 6 de setembro de 1948 para ver sua mãe “[...] que estava a morte²⁶. A situação da fuga, em 20 de janeiro de 1946, de José Matias Antério, que deixou uma carta explicando suas razões para fugir, evidencia bem que muitas vezes essas fugas eram momentâneas, apenas para resolver alguma pendência. Tão logo resolvida, o interno retornava à colônia²⁷. Outros fugiam para ir jogar um jogo de azar chamado marimbo, no dia 8 de junho de 1948, como foi o caso dos internos Sebastião Antonio Pereira e Antonio Fabrício Amaral²⁸; Mario Rondeli²⁹, Luiz de Souza Mattos, Maria Emerenciana Farias³⁰ e Belchior de Jesus Pereira³¹ fugiram no dia 22 de junho de 1948 para encontrar um padre em Minas Gerais que anunciava a cura da hanseníase. Domingos Claudino e Sebastião José Pinto³² fugiram em 11 de janeiro de 1948 para poderem se embriagar e participarem de farras fora da colônia, provavelmente indo à casa de prostituição. Malvino Silveiras e seu irmão Amador Rodrigues da Silveiras³³ fugiram em 27 de dezembro de 1946 para irem em busca de aguardente.

23 Em carta do diretor da Colônia de Itanhenga ao leprologista Souza-Araújo, datada de 17 de dezembro de 1955, foi informado que, de 1937 a 1955, teriam fugido 385 internos, dos quais 110 haviam sido recapturados (28,57%).

24 Muitas pacientes fugiam uma, duas ou até mais vezes, como foi o caso do paciente prontuário 016 Marvel Martins da Costa e o paciente Prontuário 823 Antonio Vieira de Souza.

25 A paciente Prontuário 672, Francisca Fonseca Vargas, fugiu em 1948 e só foi reintegrada em 1961.

26 Livro de Registro, f. 33.

27 Livro de Registro, f. 7.

28 Livro de Registro, f. 31 e 32.

29 Livro de Registro, f. 13.

30 Livro de Registro, f. 13.

31 Livro de Registro f.18.

32 Livro de Registro, f. 28.

33 Livro de Registro, f. 9.

As fugas, em geral, aconteciam em horários que facilitassem a ação dos fujões. Pedro Fonteneli, “procurando as horas caladas da noite”, evadiu-se da colônia no dia 14 de abril de 1946³⁴. Raymundo Correia e Zezuina optaram também para o período da noite (21 horas) para efetuarem sua fuga.³⁵ Outros optavam por fugir no horário das matina quando iam se deslocar para a jornada de trabalho, como foi o caso de José Fraga Peixoto e Firmo Zenóbio dos Santos, no dia 25 de fevereiro de 1944, alegando que iam tirar palmitos³⁶. Encontramos referência a muitas fugas por parte de alguns internos, como foi o caso de Juvenal Ernestino Pereira³⁷, por duas vezes ou ainda mais.

A captura dos fugitivos poderia se dar imediatamente, como foi o caso de Agenor Barbosa dos Santos, que fugiu no dia 11 de fevereiro de 1943, tendo sido reintegrado no mesmo dia³⁸. Outros podiam levar muitos anos para serem reintegrados, como o caso de Arthur Marcolino, que fugiu em 1939 e só retornou ao leprosário em 1946³⁹.

O registro das fugas nos permite entender uma outra faceta na vida dos internos da Colônia de Itanhenga, que é o trabalho. Segundo Venâncio (2011, p. 36), esse modelo institucional das colônias “[...] foi utilizado no tratamento de diversas doenças, tanto no contexto internacional quanto em nosso país, associado na maioria das vezes ao isolamento dos doentes — como leprosos, tuberculosos —, no intuito de evitar a propagação da doença”. Diz ainda a mesma autora que essa proposta de isolamento de doentes em colônias era associada à vida rural, na perspectiva de que o trabalho agrícola contribuísse terapeuticamente para os doentes internos, além, é claro, de se pensar na possibilidade da autossuficiência da colônia.

Os internos executavam tarefas das mais diversas possíveis dentro da colônia. Pacientes sem sequelas da doença foram transformados em enfermeiros, como o exemplo de Augusto Vieira Pereira⁴⁰. Outros cuidavam da limpeza e da farmácia. Considerando que a maioria dos internos eram advindos da zona rural onde trabalhavam na faina agrícola, eles foram facilmente adaptados a essa tarefa. As atividades agrícolas e a criação de animais eram muito importantes dentro da colônia. Analisando o relatório do diretor da instituição, referente a 1948⁴¹, verificamos uma significativa produção de produtos hortifrutigranjeiros nesses anos. Em 1948, por exemplo, foram produzidos 6.600 cachos de banana, 6.000 kg de arroz pilado, 480 kg de feijão, 2.659 unidades de coco, 10.860 kg de milho, 12.850 kg de batata doce, 91.000 kg de aipim, 2.000 kg de hortaliças, 136 kg de

34 Livro de Registro, f. 8.

35 Livro de Registro, f. 6.

36 Livro de Registro, f. 3.

37 Prontuário 053.

38 Prontuário 391.

39 Prontuário 372.

40 Prontuário 540.

41 Relatório do diretor da Colônia de Itanhenga, 1948.

acelga, 27 kg de cebolinha, 997 folhas de taioba, 685 kg de repolho, 864 kg de quiabo, 315 kg de inhame, 5.376 kg de couve, 719 kg de maxixe, 630 kg de pimentão; foram abatidas 3.919 kg de carne de porco, 745 cabeças de aves; foram extraídos 798 dúzias de ovos, 37.410 litros de leite, 119 kg de mamão, 6.724 kg de laranja bahia, 1.740 kg de mexerica, 54.867 kg de laranja pera e 800 kg de limão branco.

Os internos percebiam um soldo pelo exercício dessas atividades. Essa remuneração era de grande valia para que pudessem amealhar algum pecúlio, uma vez que os gastos com alimentação, moradia, luz, água, remédios e tratamentos eram custeados pelo Estado. O valor que recebiam era pequeno, se comparado ao valor pago a um outro profissional não interno. Para exemplificar, nos apropriamos de uma informação do Relatório de 1953, que trazia a listagem dos empregados na colônia, tanto de servidores sãos como de doentes. Um servidor não enfermo que fosse auxiliar de almoxarifado percebia \$1.600,00 (mil e seiscentos cruzeiros), ao passo que um interno percebia \$90,00 (noventa cruzeiros)⁴².

Ser internado compulsoriamente significava ter que obedecer às regras impostas pela instituição para aqueles que ali passariam a viver. O regimento interno do leprosário era pródigo nas determinações a que todos indistintamente tinham que obedecer. Quebrar regras e normas significava punição, que era dada de forma pedagógica, com o propósito de evitar que outros pudessem fazer o mesmo. Apesar da punição, não faltaram internos que se contrapunham contra às normas, sobretudo doentes que se embriagavam, andavam na rua fora do horário permitido, brigavam entre si, desacatavam as autoridades instituídas e fugiam. A atitude do doente era registrada no seu prontuário. As penalidades podiam variar, desde a prisão, como aconteceu com o interno Lyrio Jesuíno⁴³, que era contumaz na embriaguez, até sua mudança para outro leprosário ou mesmo o desligamento da internação, conforme ocorreu com a interna Marta Abreu Monteiro⁴⁴, porque, segundo o diretor, tinha comportamento incompatível com as regras da colônia.

O recambiamento do interno para outro hospital ou a vinda de doente para a colônia foi realidade em muitos leprosários no Brasil. Na Colônia de Itanhenga não foi diferente. Assim como Monteiro (1995) verificou transferência de doentes insubordinados em São Paulo para leprosários mais distantes de sua residência por mau comportamento. Cabe aqui destacar que essas transferências não ocorriam somente motivadas pelo comportamento indesejado do paciente, pois muitos foram transferidos em razão de procederem de outro estado e, por estar doentes, desejavam voltar para um lugar mais próximo de seus familiares na expectativa de que pudessem ser visitados.

42 Relatório do diretor da Colônia de Itanhenga, 1953.

43 Prontuário 580.

44 Prontuário 1034.

Encontramos 10 pacientes transferidos para a Colônia de Santa Izabel, em Minas Gerais⁴⁵; uma paciente, Julieta Otaviano Freitas, para o leprosário Tavares Macedo, no Rio de Janeiro⁴⁶; quatro para a Colônia de Curupaiti, também no Rio de Janeiro, a saber, José Castorino⁴⁷, José Vieira⁴⁸, Maria Rosa Firmo⁴⁹ e Eliezer Martins⁵⁰. Encontramos ainda um doente que veio para Itanhenga proveniente da Colônia de Curupaiti⁵¹.

Por meio das fichas dos prontuários, podemos conhecer os profissionais da medicina que atuaram na condição de médico da Colônia. O número de profissionais médicos para darem conta de atender a todos internos foi algo sempre motivo de queixa da direção da colônia, que pedia sempre ao governo estadual que aumentasse esse efetivo. Entre os médicos que aparecem indicando medicação, solicitando exames, fazendo avaliação da enfermidade dos internos encontramos os seguintes nomes: Arnaldo Zéo, José Augusto Soares, Jair Lima, Sebastião Cabral, Dídimo Duarte Carneiro, Victorino Batalha Monteiro, Sebastião Francisco Araújo, J. A. Soares, Honório Esteves Ottoni, Paulo Valdetaro Gomes, Victorino Guasti, Gastão Correia Lima, Delmiro Coimbra, Luiz Buaiz, Otávio Manhães de Andrade e Lincoln Gouveia Martins.

O que acontecia com os membros da família quando um dos pais eram diagnosticados com a hanseníase e internados na colônia? Pelos prontuários, verificamos que muitas famílias se desestruturavam. No caso de haver muitos filhos pequenos, eles podiam ser distribuídos entre familiares (avós, tios, vizinhos, amigos); outros conseguiam vagas no preventório⁵². Embora a lotação desse estabelecimento tivesse um limite, chegamos a encontrar famílias com vários filhos internados. Não foi incomum que, com o internamento do marido, algumas mulheres ficassem sem condições de manter a família e conseguissem uma vaga no preventório onde passavam a trabalhar, uma vez que lá seus filhos estavam internados.

A perspectiva de uma pessoa internada sair da colônia era bem pequena, portanto, tinham que reiniciar uma vida nova. Assim, aqueles e aquelas que eram solteiros ou viúvos buscavam reconstruir suas vidas buscando um parceiro. Os casamentos não foram incomuns, embora a população da colônia fosse predominantemente masculina. Cabe aqui ressaltar que, por ser uma doença estigmatizada, não havia chances de união dos internos com quem não estivesse na condição

45 Eram membros de uma só família, composta pela mãe e 5 filhos. Prontuários 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418.

46 Prontuário xxx.

47 Prontuário 582.

48 Prontuário 5.

49 Prontuário 1268.

50 Prontuário 549.

51 Prontuário 676.

52 No preventório — instituição de apoio aos leprosários —, ficavam os filhos dos internos que eram saudáveis. Toda criança nascida no leprosário era retirada imediatamente da companhia dos pais e colocada no preventório. O preventório de Itanhenga, denominado Alzira Bley, em homenagem à esposa do interventor do Espírito Santo na época, foi inaugurado em 1980, mas encontramos informações de crianças internadas num preventório provisório desde 1937.

de doente. Dentre os muitos que vieram a se casar na Colônia de Itanhenga, registramos Alice Maria Piantela⁵³, José Lino Azevedo⁵⁴, Alice Sperandio Milagres⁵⁵ e Sebastião Estevam⁵⁶

Considerações finais

As colônias de hansenianos no Brasil começaram a ser implementadas por ação do Estado a partir dos anos 1930. Não podemos perder de vista que, sobretudo a partir de 1937, com a instituição do Estado Novo por Getúlio Vargas, passamos a ter no Brasil um Estado autoritário que, talvez por essa condição, pôde implementar uma política de criação de instituição total, como foi o caso da Hospital Colônia de Itanhenga.

Foi mesmo a ação tenaz do médico leprologista Pedro Fontes que escancarou a triste realidade da hanseníase no Espírito Santo e tornou possível, a partir do levantamento do número de doentes localmente, a criação de um hospital para os hansenianos.

Como vimos, o uso de prontuários de pacientes em instituições totais como fonte histórica é algo novo no Brasil. A maioria dos estudos trabalharam principalmente com locais de internação de alienados ou de tuberculosos. Estudos referente a hansenianos são poucos.

É possível dizer que os dados desses prontuários permitem maiores desdobramentos sobre a realidade do cotidiano da vida dos internos e da colônia, que não foi possível realizarmos em razão do espaço disponível. Foi nossa intenção traçar um perfil dos internos e mostrar a realidade de suas vidas e suas estratégias de sobrevivência numa realidade tão diferente a que estavam acostumados antes de suas internações. Embora a instituição buscasse regular a vida dos internos e decidir seu cotidiano, havia brechas para que alguns internos exercessem certo protagonismo, mesmo que às vezes fossem penalizados por essas atitudes.

As informações são lacunares, considerando que esses internos ficavam anos a fio internados. Com o tempo e a falta de zelo com a memória da instituição, muito se perdeu. Merece destaque observar que tais registros eram produzidos pela lógica do poder, o que muitas vezes ocultavam as expressões dos internos.

Referências

Fontes impressas

DIÁRIO DA MANHÃ, 11 de abril de 1937.

DIÁRIO DA MANHÃ, 23 de maio de 1935.

53 Prontuário 96.

54 Prontuário 497.

55 Prontuário 1156.

56 Prontuário 1508.

Bibliografia

- ALVARENGA, Antonia Valtéria Melo. Entre passado e presente: da lepra à hanseníase no sertão piauiense. In: MONTEIRO, Yara Nogueira (Org.). *História da hanseníase no Brasil: silêncio e segregação*. São Paulo: LEER-USP; Fundação Paulista contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 145-164.
- BORGES, Viviane. *Do esquecimento ao tombamento: a invenção de Arthur Bispo do Rosário*. 2010. Tese (Doutoramento em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- COLÔNIA DE ITANHENGA. *Livro de Atas*. 1935.
- COLÔNIA DE ITANHENGA. *Prontuários de 1937 a 1962*. Cariacica, 1937-1962.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Saúde de A a Z: hanseníase*. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseníase>. Acesso em: 2 mai. de 2021.
- COSTA, Dilma Avelar Cabral da. *Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- CARVALHO, Keila Auxiliadora. *Colônia de Santa Izabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960)*. 2012. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.
- CASTRO, Selma Munhoz Sanches de; WATANABE, Helena Akemi Wada. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. *História Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 16, n. 2, p. 449-487, abr./jun. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000200010. Acesso em: 4 maio 2020.
- CONSELHO DE MINISTROS (Brasil). *Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962*. Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País e dá outras providências. Brasília, 1962. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/historiadahanseníase/media/Decreto968.pdf>. Acesso em: 31 maio 2021.
- CUNHA, Vivian da Silva. *Do isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. 2005. 142 f. Dissertação (Mestrado em História)- Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, asa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- DINIZ, Orestes. *Variações em torno de um mesmo tema*. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 1950.
- FARGE, Arlette. *O sabor do arquivo*. São Paulo: Edusp, 2009.
- FRANCO, Sebastião Pimentel; BARROS, Luiz Arthur Azevedo. 2 A lepra no Espírito Santo, de

fagueira ilusão à Colônia de Itanhenga. *Revista Dimensões*, Vitória, v. 34, p. 228-254, 2015.

FRANCO, Sebastião Pimentel; SILVA, Simone Santos de Almeida. Os depoimentos e o cotidiano da Colônia de Itanhenga no Espírito Santo: apontamentos iniciais. In: MAGALHÃES, Sonia Maria de; SILVA, Leicy Francisca da; MACIEL, Roseli Martins Tristão. *História de doenças: conhecimentos e práticas*. São Paulo: Alameda, 2017. p. 313-148.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NOGUEIRA, André Luiz Lima, MARLOW, Sérgio Luiz. A Colônia de Itanhenga (Espírito Santo): edificação e vida em (mais) um leprosário brasileiro. In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; SILVEIRA, Anny Jakeline Torres. *Uma história brasileira das doenças*, Belo Horizonte/MG: Fino Traço, 2017. p. 295-323. v.7.

LIMA, Zilda Maria Menezes. “O grande polvo de mil tentáculos”: a lepra em Fortaleza 1920/1942). 2007. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MANINI, Marli Penteado. A evolução da terapêutica. In: MONTEIRO, Yara Nogueira (Org.). *História da Hanseníase: silêncios e segregação*. São Paulo: LEER-USP; Fundação Paulista Contra à Hanseníase: Intermeios, 2019. p. 49-58.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Saúde de A a Z: hanseníase*. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseníase>. Acesso em: 2 mai. de 2021.

MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. 1995. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

SALLA, Fernando; BORGES, Viviane. Prontuários de instituições de confinamento. In: RODRIGUES, Rogério Rosa. *Possibilidades de pesquisa em História*. São Paulo: Contexto, 2017. p. 115-136.

SANTOS, Vicente Saul Moreira. *Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate à lepra: Ministério Capanema (1934-1945)*. 2006. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em Histórias das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

SERRES, Juliane Conceição Primon. *Nós não caminhamos sós: o Hospital Colônia Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950)*. 2004. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César de. A lepra no Espírito Santo e sua profilaxia: a Colônia de Itanhenga - Leprosário Modelo. *Memória Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p.

FRANCO, Sebastião Pimentel. A hanseníase no Espírito Santo a partir dos prontuários dos internos da Colônia de Itanhenga.

551-605, 1937.

VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. Da colônia agrícola ao hospital colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro. v. 18, supl. 1, p. 35-52, dez. 2011. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500003. Acesso em: 3 de mai. 2021.