

# Segregar para curar? A experiência do Hospital Colônia Itapuã

Artur Henrique Franco Barcelos<sup>1</sup>  
Viviane Trindade Borges<sup>2</sup>

**Resumo:** O Hospital Colônia Itapuã (HCI) surgiu em 11 de maio de 1940, atendendo a uma política de saúde pública que segregava indivíduos portadores de Hanseníase. Sob essa perspectiva, tivemos a constituição gradual de uma comunidade que procurava reconstituir, no HCI, a sociedade “além muros” que os excluía, chegando a abrigar cerca de 700 pacientes. No início da década de 60, tivemos o controle da doença e a diminuição da incidência de casos no Rio Grande do Sul, ocorrendo muitas altas e diminuindo o número de internados.

Assim, tornou-se possível dar abrigo a novos moradores. Em 07 de julho de 1972, tivemos o início do Projeto Centro Agrícola de Reabilitação – CAR, resultante de uma política de saúde pública que buscava a reinserção social de pacientes portadores de sofrimento psíquico por meio da laborterapia. Foram transferidos para o HCI cerca de 150 pacientes oriundos do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Embora uma novidade na política de saúde mental, a mesma reforçou o caráter asilar do Hospital.

Este trabalho procura relatar a história desses pacientes dentro da instituição em uma perspectiva social, objetivando analisar o que foi feito para reintegrar estes egressos do internamento compulsório à sociedade, ao longo dos 61 anos do Hospital Colônia Itapuã.

**Palavras-Chave:** Saúde Pública; Hanseníase; Laborterapia; Exclusão social; Reinserção social.

Fundado em 1940, o Hospital Colônia Itapuã (HCI) surgiu para abrigar indivíduos portadores do Mal de Hansen. O HCI insere-se em um contexto onde as políticas em saúde pública visavam à exclusão social de portadores de doenças contagiosas como a Tuberculose e a Hanseníase, como já acontecia com portadores de Sofrimento Psíquico. O Hospital possuía o objetivo de segregar pacientes hansenianos do convívio social, confinando-os em um local longe dos centros urbanos. A área escolhida para a implantação do Hospital foi a antiga Fazenda Santa Clara, adquirida pela Sociedade Beneficente Leprosário Rio-Grandense.

<sup>1</sup> Coordenador do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapuã da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, e-mail: ahbarcelos@hotmail.com

<sup>2</sup> Estagiária e pesquisadora do Cedope/Hospital Colônia Itapuã, e-mail: viviborges@terra.com.br

Esta aquisição se fez com o apoio do Governo do Estado do Rio Grande do Sul e do Governo Federal e ficava localizada em Itapuã, município de Viamão. Ao retirar estes indivíduos do convívio social, cumpria-se um duplo objetivo: evitar a propagação da doença e preservar a frágil aparência saudável da sociedade. A criação do HCI atendeu, desta forma, a uma política nacional de controle e prevenção da lepra implantada nas primeiras décadas do século XX e que viabilizou a construção de diversos leprosários, com características similares, em vários estados do país. Desde o início, o Hospital contou com o trabalho voluntário das Irmãs Franciscanas de Penitência e Caridade Cristã, para as quais, mais tarde, foi instalada uma residência. Os portadores do Mal de Hansen eram identificados pelo Serviço de Profilaxia da Lepra, ao qual cabia providenciar a internação dos casos em que houvesse risco de contágio. *Vinha uns caminhão cheio de doente. É que pegavam em casa, sabe? Que coisa mais triste. Pegavam e nem deixavam se despedir da família...(L.K.)*<sup>2</sup>

A infra-estrutura das dependências e a sua distribuição no espaço geográfico davam ao HCI um aspecto de uma microcidade, com instalações como escolas, igrejas, enfermarias, padaria, lavanderia, refeitório, cadeia e prefeitura, entre outras estruturas urbano-institucionais. Este micro-universo dividia-se em duas áreas, a área *suja/doente*, como era chamado o local onde residiam os pacientes, e a área *limpa/saudável*, onde residiam os médicos, as Irmãs Franciscanas e alguns funcionários. As áreas eram delimitadas por cercas que impediam a circulação dos pacientes fora de seu espaço. O objetivo da criação deste espaço auto-sustentável era evitar que os pacientes tivessem contato com a sociedade.

Analisando-se o cotidiano da vida no interior da Instituição é possível perceber que os pacientes buscavam reproduzir aspectos da sociedade externa que os havia excluído. Assim, ocorriam muitos casamentos, porém, tanto estes casamentos quanto os filhos destes pacientes envolviam medidas jurídicas, como as previstas pelo Decreto nº 7558 que regulamentava, no Brasil, o tratamento de doentes em leprosários, de 11 de novembro de 1938:

[...]

Art. 94 – e) o casamento entre doentes de lepra internados só será realizado com assentimento da administração dos estabelecimentos, que atenderá, salvo casos especiais, à sua oportunidade em relação ao estado da evolução da doença e à capacidade da seção destinada à habitação dos casados;

f) os filhos de doente de lepra, logo após o nascimento, embora um só dos progenitores seja doente, serão separados e mantidos até à adolescência, quer em vigilância em domicílio, quer em preventórios especiais que, quando localizados na área do estabelecimento, ficarão anexos à zona de habitação das pessoas sãs, não podendo em caso algum ser

---

<sup>2</sup> Todos os depoimentos de paciente possuem consentimento informado.

nutridos no seio de uma ama nem amamentados pela própria mãe, se esta estiver doente de lepra (Brasil, 1938).

Os filhos dos pacientes eram encaminhados ao Amparo Santa Cruz, construído em julho de 1940, no bairro Belém Velho, em Porto Alegre, a fim de se evitar o contágio. Esta medida teve várias conseqüências sobre a estruturação familiar dos pacientes, o que é percebido na documentação da Instituição, onde se constata uma grande incidência de casos de crianças com problemas emocionais e, principalmente, pelos depoimentos dos pacientes:

Ah, as crianças... agora chegou num ponto que tocou fundo o coração da gente. Quando a mulher ganhava nenê na enfermaria, o filho era arrancado dos braços da mãe e levado pro Amparo. Naquela época não podia ter criança aqui dentro, não deixavam, não era permitido, não que nem agora. Eu ia uma vez por mês lá visitar as minha guria, a Maria e a Isabel (N.T.T)<sup>3</sup>.

Com o avanço no tratamento da doença e a diminuição da sua incidência no Rio Grande do Sul, no final da década de 50, não se fazia mais necessário o internamento compulsório, que foi abolido por lei em 1954. Assim, os pacientes poderiam voltar a seus locais de origem. Isto levou a uma diminuição de pacientes, que passaram de 700 para 340, em 1960.

Apesar do internamento ter deixado de ser compulsório na década de 60, foi somente em 1987 que os filhos dos pacientes receberam permissão para permanecerem na Instituição, o que foi acontecendo gradualmente. Ocorreram problemas de adaptação entre pais e filhos que haviam perdido o convívio por longos anos. Muitos pais preferiram que seus filhos permanecessem no Amparo até a idade limite, 16 anos<sup>4</sup>, alegando que na Colônia não havia condições de estudarem e obterem uma profissão. De fato, a Escola Interna não fornecia qualquer tipo de diploma ou comprovante de escolaridade. Neste sentido, observou-se que havia uma relutância em trazer as crianças, em sua maioria já adolescentes, para o HCI. Na análise da documentação, foi observada a permanência de dois jovens no Amparo que ultrapassaram a idade limite e lhes foi estabelecida a data para que abandonassem a Instituição. Ocorre que, apesar destas crianças muitas vezes passarem períodos de férias de 20 ou 30 dias com seus pais no HCI, como é verificado na leitura de ofícios existentes no arquivo do Cedope/HCI, havia pouco contato

---

<sup>3</sup> Esta preocupação com a relação familiar é verificada na documentação disponível, conforme se constatou em ofícios da diretora do Amparo à assistente social do HCI, enfatizando a importância do contato com os pais na educação das crianças e propondo um encontro para que esta questão fosse discutida.

<sup>4</sup> Conforme o Estatuto e o Regulamento do Instituto Assistencial Infanto-Juvenil, documento do Amparo Santa Cruz à diretoria do HCI, de 30 de março de 1978, arquivo do Cedope/HCI.

entre pais e filhos<sup>5</sup>. Outro limite ao contato entre pais e filhos dava-se pelo fato de que o mesmo somente poderia ocorrer quando os pais tivessem *condições clínicas de recebê-los*<sup>6</sup>. Porém, pela *história oral* são desvendados aspectos ignorados desta realidade (Constantino, 2001). É com base nos depoimentos dos sujeitos históricos que conseguimos compreender de forma mais explícita o quanto estas medidas de prevenção, que segregavam com o objetivo de curar e evitar o contágio, contribuíram para a efetiva destruição da identidade destes pacientes, não apenas no que se refere ao convívio social, mas à sua constituição familiar:

Às vez eu tou revoltada aí, sabe o quê? Porque nós ganhava as criança já ia embora pra lá, só via quando nascia né, depois quando ficava boa a gente tinha ordem pra ir lá visitar eles, mas ficar aqui não, não ficava com os pai. Então esses tempo, já faz muito tempo, a diretora lá do... ela veio aí e fez uma reunião lá na enfermaria, chamou todos os pai pra ir lá, daí eu fui, não sabia o que era. Daí ela disse que agora quem quiser trazer os filho pra cá morar com os pai pode trazer... todo mundo ali ficou quieto, eu levantei em pé e disse assim: Não, a senhora vai me desculpar, os meus não vêm pra cá morar aqui, porque quando eles nasceram não deixaram ficar com nós, mandaram pra lá e agora que tão grande que pode trabalhá... os meus não... tão tudo trabaiano, tão vivendo a vida deles... (L. do P. B.)

Neste contexto, temos a relutância dos pais em aceitar seus filhos e a relutância dos filhos em aceitarem não apenas os pais, mas o próprio espaço a que estes pertencem. Não havendo alternativas, estas crianças são encaminhadas ao HCI, verificando-se a dificuldade de adaptação com a incidência de casos onde os jovens passam a sofrer de depressão, identificando o Amparo como sua casa<sup>7</sup>. O que chama a atenção é o caso de uma filha adotiva de um casal de hansenianos, a qual passa a residir com os pais aos 16 anos, que revela preconceito em relação à doença, como pode ser verificado em um documento destinado ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, onde consta a evolução de seu comportamento: *Há mais ou menos três anos começou a ter nojo / repulsa dos pais adotivos, ofende-os de leprosos e tudo mais. Acha que pode contagiar-se. Está extremamente rebelde e agressiva, fazendo ameaças de matar a mãe adotiva e se matar após [...]*<sup>8</sup>. Percebe-se que a questão da doença não foi trabalhada com estes menores de maneira a conscientizá-los a respeito das formas de contágio ou mesmo das razões que culminaram na institucionalização de seus pais. Sem dúvida, o internamento compulsório

---

<sup>5</sup> Ofício da direção do HCI para a direção do Amparo Santa Cruz, de 20/12/1983. (arquivo do Cedope/HCI).

<sup>6</sup> Ofício do Amparo Santa Cruz para a assistente social do HCI, de 07/05/1981. Arquivo do Cedope/HCI.

<sup>7</sup> Estudo de caso do Serviço Social do HCI, de 30/04/1983, arquivo do Cedope/HCI.

<sup>8</sup> Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Hospital Colônia Itapuã. Evolução e prescrição do caso de paciente ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. (Arquivo do Cedope/HCI).

não mutilou apenas a identidade dos portadores do Mal de Hansen, mas também de seus familiares e, principalmente, de seus filhos concebidos neste ambiente asilar, onde se buscava a reprodução da sociedade *além muros*. O que deve ser enfatizado é que estes menores não foram abandonados por seus pais, isto foi imposto por Lei, como forma de se evitar o contágio. Neste cenário, as visitas eram realizadas através da cerca que separava os dois mundos, sem que houvesse o contato físico, ou seja, pais e filhos apenas se observavam. Os bebês eram levados assim que nasciam, as mães não podiam nem amamentá-los e só os viam um mês depois. Esta ruptura de laços familiares neste ambiente já tão frágil, no que se refere ao estabelecimento de vínculos, onde se estava preso sem se ter cometido crime algum, interferiu de forma a agravar a fragilidade emocional destes pacientes, que se viam sem o direito de viverem como cidadãos livres. Estavam presos por estarem doentes e, na tentativa de reconstituírem suas vidas, não podiam criar seus filhos. O regulamento asseverava que só em casos especiais os doentes poderão se ausentar do estabelecimento por tempo limitado, mediante licença e condições fixadas pelo respectivo diretor (Brasil, 1938).

Sob esta perspectiva, percebe-se que a aproximação entre pais e filhos foi realizada de forma gradual. Inicialmente, a distância era considerada uma norma necessária para garantir a saúde das crianças, havendo um contato apenas visual através da cerca. Posteriormente, para aqueles com condições clínicas favoráveis, tornou-se possível visitar os filhos no Amparo, como pode ser verificado nos depoimentos, realizando-se passeios específicos para estas visitas. Após este processo de contato físico inicial, temos uma incipiente convivência diária, tornando-se possível trazer as crianças para passarem as férias junto aos pais. E, por fim, há a liberação para que os menores passassem a viver com seus pais, o que não deixa de ser uma necessidade imposta pelo Amparo, na medida em que estes somente poderiam ser abrigados até os 16 anos de idade. Desta forma, percebe-se uma inicial ruptura que procura ser resgatada de forma processual, porém não intencional. Ou seja, não foi feito um trabalho social pensado para que esta convivência fosse possível, os fatos apenas se encaminharam neste sentido, pois era a única solução, visto que a doença estava controlada e os filhos não tinham mais idade para permanecerem no Amparo. Havia, contudo, a necessidade de haver desenvolvido um trabalho com estas crianças, no sentido de compreenderem os motivos pelos quais estavam afastadas do convívio familiar. A partir do momento em que se tornaram possíveis as primeiras relações de convivência, seriam necessários esclarecimentos a respeito da doença e suas formas de contágio e prevenção, o que evitaria que os filhos sentissem receio de contrair a doença, passando a agir de forma preconceituosa, rejeitando seus pais.

Na medida em que os pacientes passaram a ter o direito de abandonar a instituição ou, posteriormente, a permissão para que seus filhos pudessem residir nas dependências do Hospital, pôde-se refletir sobre o que foi feito para reintegrá-los ao convívio social. Podemos designar tais ex-pacientes

como pessoas egressas do *cárcere*, pois haviam sido retiradas de seus locais de origem e obrigadas a permanecer em um mesmo espaço de forma compulsória por um longo período. Muitas destas pessoas que puderam sair do HCl não foram aceitas em suas comunidades de origem e acabaram voltando para o Hospital, constituindo-o em um espaço asilar. Entre os egressos que conseguiram se reintegrar, muitos tiveram que esconder o seu passado, o seu internamento no HCl. Temos outros, entretanto, que nem ao menos tentaram a reintegração social, pois já não possuíam qualquer vínculo com a sociedade que os excluiu.

A comunidade tinha medo. É medo da doença. Primeiramente, ninguém se misturava. Tinha muito preconceito em relação aos pacientes. Olha isso, pode ver que alguns mudavam de nome e tudo mais. Porque eles foram tirados da sociedade e colocados lá. E para ninguém reconhecê-los, trocavam de nome. Algumas famílias não considerava eles (Irmã Francisca S. M. H.).

Pela análise da documentação do período, percebe-se que nenhum trabalho foi realizado no sentido de recuperar a cidadania e a auto-estima dos pacientes. Ao iniciarem seu tratamento, os pacientes não possuíam nenhum contato com a família por meses e, quando este finalmente ocorria, era por trás da cerca que separava o *mundo dos sadios* do *mundo dos doentes*. Esta barreira que separa o internado do mundo externo, impedindo as visitas e as saídas, faz com que ocorra o rompimento do indivíduo com o seu papel anterior, ou seja, com o seu papel de cidadão livre e uma avaliação da perda deste papel (Goffman, 1999). O indivíduo perdia sua liberdade, não havia mais o direito de ir e vir. Este, agora era membro de um mundo à parte, criado para abrigar aqueles que possuíam *Lepra* como o fator determinante em comum. Os pacientes procuravam se integrar e interagir com o conjunto de normas impostas<sup>9</sup> neste micro-universo, assimilavam e/ou modificavam tais normas, tornando o HCl o seu local de moradia e vida.

A estrutura interna da Colônia separava em pavilhões os homens e as mulheres. Aqueles que se casassem passavam a morar no pavilhão dos casados, até que houvesse uma *casinha* disponível<sup>10</sup>. Os casados, em sua maioria, viviam em casas geminadas, sendo dois casais por casa. A educação das crianças não era formal. Os meninos e as meninas recebiam aulas em separado e os conteúdos não iam muito além da alfabetização básica, matemática e catequese. Estas crianças não eram filhas dos pacientes que

---

<sup>9</sup> No acervo do Centro de Documentação e Pesquisa do HCl (Cedope) encontra-se uma série de regimentos internos de diferentes anos que procuravam regular a vida dos doentes.

<sup>10</sup> As "casinhas", termo utilizado pelos pacientes, eram destinadas exclusivamente aos casados. Eram casas geminadas, com dois quartos, sala, cozinha e banheiro, em que habitavam dois casais. Hoje os pacientes moram com seus familiares e podem modificar a estrutura da "casinha" como desejarem, sob a supervisão do Serviço de Arquitetura e Edificação do HCl (SAE), alguns pacientes da internação psiquiátrica também residem nestas instalações.

se casavam dentro do Hospital, mas sim, daqueles que vinham para o HCl doentes, em muitos casos, sem sua família. Sendo assim, foram definidos pavilhões para meninas e para meninos, os quais os pacientes denominavam de Internato.

A vida dos internados era regulada pela existência de uma Prefeitura de Internados, a qual era subordinada à direção do Hospital. Pela análise da documentação da Prefeitura, percebe-se a existência de uma série de Protocolos de solicitações de pacientes a fim de obterem permissão para receberem visitas<sup>11</sup>, realizarem partidas de futebol<sup>12</sup>, realizarem bailes<sup>13</sup> ou solicitações para mudança de dependências<sup>14</sup>, enfim, a direção procurava controlar toda a rotina dos pacientes. Esta imposição ao paciente de ter que solicitar permissão para realizar atos que pessoas podem executar de forma espontânea no mundo externo, como receber visitas e jogar futebol, o coloca em um papel submisso, coibindo a sua liberdade de ação (Goffman, 1999). Segundo o Decreto 7.558/38, as visitas deveriam obedecer às disposições do regimento interno do Hospital. Em ofício do auxiliar da Prefeitura dos Internados ao Diretor do HCl, do ano de 1973<sup>15</sup>, encontramos uma crítica dos pacientes ao regimento interno, principalmente no que se refere às visitas:

[...] Como é do conhecimento de V.S., nem um Diretor que passou por este Hospital, nestes últimos 10 anos, conseguiram solucionar os problemas das visitas. Conseguiram piorar ainda mais a situação, entre internados e visitantes. Muitos de nossos visitantes deixaram de vir nos visitar, pois uma hora podiam entrar livremente e ficar até alguns dias, outra hora, chegavam no portão de entrada, lá estava a ordem: é expressamente proibida a entrada de visitantes.

No HCl, estavam pessoas internadas de forma compulsória, que foram afastadas não apenas do convívio social, mas também do contato físico com seus familiares e obrigadas a dividirem o seu espaço com pessoas estranhas. Pessoas que perderam seus direitos civis, podendo se fazer uma analogia ao tratamento empregado aos *leprosos* na antiguidade, onde uma cerimônia simbólica declarava o indivíduo doente como morto em termos civis (Albuquerque, [199-?]). Um trabalho e uma política de reinserção social, não apenas para que os pacientes não viessem a sofrer com o preconceito,

---

<sup>11</sup> Protocolo nº 37/83, de 21/12/83, onde o paciente solicita à direção permissão para que seus sobrinhos e cunhada permaneçam no HCl no período de 21 a 25 de dezembro de 1983. Unidade / Prefeitura no acervo – Cedope/HCl.

<sup>12</sup> Protocolo nº 35/83, de 16/11/83, onde o paciente solicita à direção permissão para a realização de uma partida de futebol em 20/11/83. Unidade / Prefeitura - acervo do Cedope/HCl.

<sup>13</sup> Solicitação de pacientes à direção para a realização de um baile em 24/02/79. Unidade / Prefeitura -acervo do Cedope/HCl.

<sup>14</sup> Solicitação de paciente à direção a fim de obter permissão para ocupar um rancho na Lagoa Negra, em 18/12/78. Unidade / Prefeitura – Cedope/HCl.

<sup>15</sup> Ofício do auxiliar da Prefeitura dos internados ao diretor do HCl, em 15/11/1973 (arquivo do Cedope/HCl).

mas também para que tivessem condições financeiras para o seu sustento *além muros*, seriam absolutamente necessários, visto que lhes fora negado, de forma compulsória, o direito ao trabalho. O Decreto 7558/38, já referido, estipulava ao hanseniano: *não exercer profissão ou ofício que, a juízo da autoridade sanitária, o ponha em contato direto ou indireto com pessoa sã*. (Brasil, 1938).

Na medida em que o tratamento poderia ser realizado em ambulatórios, salientava-se a existência de um documento que era fornecido pelo HCI ao paciente, para que este entregasse ao Chefe de Serviço de Profilaxia da Lepra, onde constava que: [...] *o expoente é portador do Mal de Hansen [...] deseja fazer tratamento a domicílio, para isto está de acordo em cumprir as determinações da Lei Federal nº 610 de Janeiro de 1949, do Decreto 7481 de 14 de setembro de 1938 e do Serviço de Profilaxia da Lepra deste Estado*. De fato, seria necessário um documento do HCI destinado ao médico responsável pelo tratamento ambulatorial, porém, chamou-nos a atenção o parágrafo final: *Assim sendo, após as diligências que forem necessárias, requerer a V.Excia. se digne a conceder-lhe o isolamento a domicílio que é permitido por lei*<sup>16</sup>.

Os pacientes readquirem o direito de viver em sociedade, mas ao abandonar seu confinamento, ao atravessar a cerca que divide os dois mundos, alguns trazem nas mãos um documento onde são condenados ao isolamento a domicílio. Em que difere este isolamento do confinamento asilar? Quase não percebemos diferença, visto que o isolamento domiciliar somente era permitido em prédio que não fosse de habitação coletiva, de comércio ou de indústria. O doente não poderia receber visitas sem o consentimento da autoridade sanitária; somente poderia ausentar-se do domicílio com licença especial desta autoridade e não poderia exercer profissão em que realizasse contato direto ou indireto com pessoa sã. Os filhos destes pacientes seriam afastados e mantidos em preventórios até a adolescência. O não cumprimento destas exigências implicaria na remoção do doente para o Hospital de isolamento (Brasil, 1938). O tratamento domiciliar pouco diferia do tratamento hospitalar, ambos segregavam e marcavam a pessoa com o estigma da doença, um fardo que carregarão por toda vida. Como pode ser percebido pelos depoimentos, o preconceito sofrido por estes pacientes era reiterado quando regressavam para seus locais de origem ou quando revelavam seu passado:

Eu não tive apoio dos meus colega de serviço, não me aceitaram ... aí entremo num acordo de eu retornar pra cá, eu aceitei, porque aqui eu trabalhava [...] (A. A.).

---

<sup>16</sup> Acervo do Cedope/HCI. Correspondência ao Chefe do Serviço de Profilaxia da Lepra de Porto Alegre, assinada pelo paciente o qual expõe que é portador da doença. Hospital Colônia Itapuã, 17 de Setembro de 1960.

Não, nunca pra ninguém falei. Agora, só uma coisa eu tinha medo... meu falecido velhinho ele queria é botar uma bodeguinha, eu era contra diz mas eu já não tenho mão boa, vão me perguntar que que deu na mão e porque tem a mão assim e quem sabe um dia a gente se enrola e ficam sabendo da onde nós somos vai ver que não vamo vender um nada [...] (C. L.).

Percebe-se que a pessoa realmente continuava isolada, apesar de estar entre a sociedade *extra-muros*. Estava fadada ao confinamento domiciliar, diferindo da instituição apenas em seu aspecto físico, acentuando-se a solidão de sentir-se um doente dentro da *área limpa/saudável*, onde não seria aceita se os *sadios* soubessem do seu passado, da sua origem, da sua identidade. Devido a esta realidade, muitos pacientes voltaram para o seu isolamento institucional no HCl e outros optaram por omitir sua identidade, deixando lacunas na sua história de vida que pudessem revelar sua origem.

Porém, não foi somente o preconceito que fez com que os pacientes retornassem à colônia. O fato de terem sido arrancados de suas casas para viverem em isolamento causou uma ruptura não apenas familiar e social, mas também no que se refere ao trabalho. Estes pacientes tinham dificuldades em serem aceitos em suas comunidades de origem e, com isso, grande parte não conseguia retomar para seus antigos empregos. Os pacientes que passavam a residir em locais onde eram desconhecidos encontravam dificuldade em explicar a lacuna em suas carteiras de trabalho, deixada pelo tempo em que permaneceram internados. Assim, trabalhar e reconstruir suas vidas, resgatar a cidadania perdida pelos anos de confinamento compulsório, tornava-se algo extremamente complexo, onde todos os caminhos pareciam levar ao regresso ao *cárcere*.

O fato é que os portões foram abertos, o internamento não era mais compulsório, o direito de ir e vir foi reestabelecido, mas como reinserir estes egressos do HCl ao convívio social? Através da análise da documentação e dos depoimentos dos pacientes entrevistados, percebe-se que pouco foi feito neste sentido. Em um requerimento do vereador Appolinário da Costa, do município de Viamão, de 16 de novembro de 1971, tem-se a solicitação de um auxílio aos hansenianos que desejavam viver fora do Hospital<sup>17</sup>:

[...] o maior problema social dos Hansenianos é em decorrência da difícil situação financeira, notadamente nos casos em que o doente não tem um auxílio pensão ou mesmo aposentadoria pela previdência social, que lhe permitam viver sem o auxílio de parentes ou mesmo de pessoas amigas.

Pois toda criatura portadora de Hanseníase constantemente necessita de controle médico e um tratamento de vitaminas e cálcio, além de outras drogas que são de custo elevado, implicando em despesas permanentes.

---

<sup>17</sup> Arquivo do Cedope/HCl.

Ao pensar no preconceito sofrido por estes pacientes, a conclusão a que facilmente se chega é de que o maior problema social dos hansenianos era o estigma carregado em virtude da doença. Sem dúvida, a questão financeira foi preponderante para que regressassem ao HCl, mas o preconceito foi o principal fator, pois não permitiu a reintegração social necessária para que estes pudessem trabalhar, se manter e, conseqüentemente, reconstituir suas vidas.

Outro ponto que chama a atenção no trecho citado do requerimento do vereador Appoplinário da Costa é a questão do custo do tratamento. Se este era realizado de forma ambulatorial em postos de saúde, gratuitamente, não haveria de se tornar um fardo oneroso para os pacientes, exceto pela discriminação social. A constituição de um espaço asilar na Colônia é reforçada pela transferência para o HCl, em 07 de julho de 1972, de cerca de 180 egressos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, que eram de origem rural. No Rio Grande do Sul, a superação do modelo hospitalar centralizado na capital é um tema de discussão desde 1925 (Fagundes, 1992). Este sistema centralizado de atendimento, concentrado no Hospital Psiquiátrico São Pedro, demonstra sinais de fracasso desde o início do século XX, devido à superlotação, ao abandono e à cronificação dos doentes (Fagundes, 1992). As primeiras iniciativas neste sentido foi a construção de hospitais psiquiátricos regionais. No final dos anos 50, tem-se a criação dos primeiros ambulatórios de caráter público vinculados ao Hospital Psiquiátrico São Pedro e às universidades (Ibid., 1992).

Nos anos 70, surge a proposta de setorização, ou seja, a criação de serviços de saúde mental por região e por área geográfica. Tal proposta possuía o objetivo central de reduzir o número de pacientes internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Assim, os pacientes permaneceriam junto às suas comunidades de origem. Para facilitar a reintegração social de pacientes crônicos no Hospital Psiquiátrico São Pedro, foi criado o Centro Agrícola de Reabilitação (CAR), localizado no Hospital Colônia Itapuã. Neste local, pacientes masculinos de origem rural seriam reabilitados por meio da laborterapia, praticando atividades agrícolas. Isto lhes possibilitaria resgatar o vínculo com o trabalho no campo, permitindo seu retorno para as suas comunidades no interior do Estado, segundo expectativa do governo estadual.

A vinda destes pacientes, egressos do hospital psiquiátrico, provocou uma reorganização interna da comunidade hanseniana. O espaço físico é reordenado, uma série de pavilhões são desocupados para abrigar os novos pacientes e uma cerca é construída, agora dividindo pacientes hansenianos e pacientes psiquiátricos.

Com o controle da Hanseníase, este espaço segregador passa a abrigar pessoas que acabaram por se institucionalizar, as quais representavam um número pouco significativo em relação à capacidade do Hospital. Há, portanto, a necessidade de se dar uma nova utilidade a este local e assim a história, ironicamente, se repete e os *loucos* passam a habitar o *leprosário*. Pode-se

fazer uma analogia com o período final da Idade Média, quando a lepra praticamente desaparece do mundo ocidental, deixado vazios às margens das comunidades em que viviam, anteriormente, os *lazarentos*, *restam os espaços à espera de habitantes*. O desaparecimento dos leprosários é interpretado por Foucault (1972) não como consequência das práticas médicas, mas como um resultado espontâneo da segregação e da ruptura com os focos orientais de contágio com o final das cruzadas (Foucault, 1972). Os leprosos se retiram e deixam vazios seus cárceres à espera de novos ocupantes. Mesmo com o desaparecimento dos leprosários, o estereótipo do leproso como figura temida e perturbadora, envolta por panos a fim de encobrir suas chagas, insiste em avançar ao longo da história. Mesmo encarada como uma manifestação de Deus, sua segregação é a sua salvação. Pelo abandono, obterão a comunhão, como Lázaro, que morreu em frente a casa do novo-rico e foi levado diretamente ao paraíso (Ibid., 1972) Mesmo com o desaparecimento dos leprosos, as estruturas de segregação se mantiveram e os locais onde funcionavam antigos leprosários passaram a ser habitados por novos personagens, igualmente marginalizados.

Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que a salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem (Foucault, 1972).

Acompanhando a leitura de Foucault, percebe-se que, sob um novo contexto, as antigas estruturas continuarão existindo, atendendo a uma perspectiva que não procura suprimir a doença e sim manter os doentes afastados em seu cárcere, separando o *mundo dos sadios* do *mundo dos doentes*. Os leprosários passam a ser ocupados pelos *alienados*. O Leprosário de Itapuã passa a se chamar Hospital Colônia Itapuã e ganha novos moradores: pacientes psiquiátricos. A história se repete, porém alguns leprosos ainda permanecem em seu confinamento, passando a dividir o espaço com os pacientes do Centro de Reabilitação para Doentes Mentais Crônicos (CRDMC)<sup>18</sup>.

Neste ambiente, cujas estruturas de exclusão acabaram por transformar pacientes em moradores<sup>19</sup>, a vinda de pacientes originários do Hospital Psiquiátrico São Pedro reforça o caráter asilar e provoca a revolta dos pacientes/moradores que ali estavam. Pelo depoimento dos pacientes, é possível perceber que os novos personagens não eram bem-vindos neste espaço criado como exclusividade para portadores de Hanseníase:

---

<sup>18</sup> Inicialmente denominado CRDMC, posteriormente denominado CAR (Centro Agrícola de Reabilitação), este serviço encontrava-se subordinado ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Atualmente, este serviço denomina-se UIP (Unidade de Internamento Psiquiátrico), formando uma unidade do HCl. Arquivo do Cedope/HCl.

<sup>19</sup> Estes pacientes são chamados hoje pela instituição de pacientes/moradores do HCl.

[...] Houve reação do pessoal que já tavam aqui contra esses mental... mas depois se davam bem (L. A. dos S.).

No documento sobre o histórico do Centro Agrícola de Reabilitação e Unidade de Internação Psiquiátrica, encontramos o registro que os moradores de Itapuã rechaçaram frontalmente a idéia de levar loucos para lá.<sup>20</sup>

Esta reação dos pacientes hansenianos em aceitar os novos moradores é perfeitamente compreensível, se pensarmos que estes procuraram reproduzir a sociedade que os excluiu, fazendo do HCI o seu local de moradia. A ocupação de seu espaço por outros doentes provoca indignação pois, na medida em que estes se institucionalizaram, passaram a ver o HCI como propriedade sua e trazer estes novos pacientes seria expropriar-lhes do que lhes pertencia:

[...] eles chegaram e tomaram conta do que era nosso. Isso aí já deu revolta em muitas pessoas por causa disso... eu acho que eles não têm direito de chegar e agarrar as nossas coisa, nós tinha mesa de ping-pong, agora tá lá no CAR (E. N).

O *leprosário* passa a se tornar também *hospício* e, novamente, temos a constituição de dois mundos delimitados por uma cerca<sup>21</sup>: de um lado os *leprosos* e de outro os *loucos*, dois grupos estigmatizados pela sociedade ao longo da história, dividindo o mesmo espaço. Contudo, apesar de viverem igualmente com o fardo da exclusão social, embora por diferentes razões, houve resistência dos hansenianos em aceitar estes pacientes crônicos. Neste contexto, podemos novamente voltar nosso pensamento para a Idade Média, quando a ocupação dos leprosários deu-se, em um primeiro momento, por pacientes portadores de doenças venéreas. Esta *nova lepra*, como denominada por Foucault, toma o lugar da primeira, tornado-se a nova habitante dos leprosários. Houve, neste período, uma resistência dos próprios leprosos em aceitar estes doentes, pois sentiam medo (Foucault, 1972). Foucault destaca que, apesar de os leprosos terem direitos mais antigos de residirem em seus antigos cárceres, encontram-se em menor número e acabam por perderem seus espaços para os doentes portadores de doenças venéreas e, posteriormente, para os *loucos*. Essa realidade se confunde com o que ocorreu no HCI, porém, ao invés de perderem o seu espaço, os hansenianos passaram a dividi-lo com os pacientes vindos do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

A idéia de se transferir pacientes portadores de sofrimento psíquico para o HCI vinha desde a década de 60, quando tentou-se uma experiência com

---

<sup>20</sup> Histórico do CAR. Unidade de Internação Psiquiátrica, S/D. Arquivo do Cedope/HCI.

<sup>21</sup> A cerca que separava os pacientes hansenianos dos pacientes portadores de sofrimento psíquico é retirada em 1990. Arquivo do Cedope/HCI.

cinco pacientes. Porém, este projeto foi interrompido, como consta em documento com o histórico do CAR/UIP:

Estes eram visitados semanalmente por uma psiquiatra e a descontinuidade do tratamento aconteceu a curto prazo. Abandonados, os pacientes começaram a voltar para o HPSP. Alguns permaneceram como agregados, dedicando-se em troca de alimentação e pousada (Arquivo do Cedope/HCI).

Este primeiro movimento, no sentido de libertar estes pacientes de seu cárcere manicomial, lhes fornecendo a possibilidade de reabilitação por meio do trabalho, parece trazer implícita a idéia de servidão, como nos evidencia o registro acima citado. Inicialmente fadados ao esquecimento, estes pacientes passaram a representar a obtenção de mão-de-obra barata. No período de 1972 a 1982, a horta dos pacientes do CAR fornecia verduras, não apenas para o consumo interno, mas para outras instituições hospitalares da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, produzindo o esperado retorno financeiro do Projeto. Os pacientes onerosos para o Estado, que lotavam o Hospital Psiquiátrico São Pedro neste período, ganharam uma nova dimensão com a laborterapia<sup>22</sup>, na medida em que conseguiam arcar com a sua subsistência, como nos mostra Maria Clementina Pereira Cunha (1986):

A intenção era de que, através do trabalho terapêutico dos internos, se atingisse o estágio de auto-suficiência e, possivelmente, mesmo um pequeno excedente destinado ao mercado. O louco, que constituía até então um ônus sobre os ombros do governo ou da família, seria de alguma forma reintegrado a um circuito produtivo e arcaria com o custo da sua própria substancia – condição, aliás indispensável para que se pudesse ampliar a escala da assistência (Cunha, 1986).

Segundo a autora, a cura do indivíduo se dá na medida em que este recupera a sua capacidade produtiva (Ibid., 1986). Nesta perspectiva, em 1972, tem-se a fundação do CAR (Centro Agrícola de Reabilitação), inicialmente denominado CRDMC (Centro de Reabilitação de Doentes Mentais Crônicos), o qual, segundo relatório da equipe da UIP, possuía as seguintes atribuições:

[...] o objetivo primordial de reabilitar pacientes que tivessem alta a curto e médio prazo, podendo os mesmos serem ressocializados e retornar ao seu meio familiar ou serem preparados para a vida extra-hospitalar em colônias, fazendas, sítios, etc; com o apoio das Delegacias de Saúde do Estado.

---

<sup>22</sup> A laborterapia visava à recuperação pela reintegração do indivíduo ao mercado de trabalho.

Havia uma série de critérios para a seleção de pacientes destinados ao CAR. Entre estes, se estabelecia que o paciente fosse de origem rural; que tivesse algum contato com a família ou perspectivas de viver fora do ambiente hospitalar; que fosse do sexo masculino; que tivesse idade entre 18 e 45 anos; que apresentasse, preferencialmente, diagnóstico de esquizofrênico crônico (Critérios da Divisão Pinel do HPSP).

O que contradiz este objetivo é o fato de o Projeto ser voltado para doentes crônicos, pacientes sem possibilidade de reintegração, aos quais era certo o destino de terminar seus dias confinados em um cárcere manicomial (Cunha, 1986). Gradualmente, estes critérios tornaram-se mais flexíveis, visto que no Hospital Psiquiátrico São Pedro – HPSP já não havia mais pacientes com vínculo familiar ou com condições laborativas.

Na medida em que grande parte dos pacientes acaba se institucionalizando, o CAR passa a se chamar UIP, adquirindo novos objetivos, conforme seus relatórios:

A UIP é uma unidade hospitalar com finalidades de preservar, recuperar e elevar a dignidade dos doentes mentais, muitos dos quais institucionalizados e hospitalizados na UIP. Pacientes com alta e devolvidos a UIP por problemas não resolvidos em nível ambulatorial ou de serviços informais de saúde retornaram à UIP para cuidados intensivos da equipe e reencaminhados a suas localidades de origem.

Neste contexto, a instituição passa a se redefinir. Temos uma população de pacientes/moradores que acaba por formar, no HCI, o seu espaço de moradia. A intenção se redefine no sentido de resgatar a cidadania destes pacientes através da ruptura com a segregação e da recuperação da auto-estima. Nesse sentido, temos a constituição do Projeto Fazenda Santa Clara, o qual possui entre seus objetivos a implementação de uma proposta terapêutica através do resgate da cidadania da população asilada:

Este projeto visa à transformação de uma estrutura, que tinha como política o isolamento, em um espaço articulador de várias políticas públicas com ações integradas para o desenvolvimento sócio-econômico e cultural da região de Viamão, objetivando a inclusão pela renda, garantindo assistência e potencializando iniciativas de agroindústria envolvendo as secretarias de Saúde, Agricultura, Meio Ambiente, Cultura, Trabalho, Cidadania e Assistência Social.

O HCI possui hoje cerca de 185 pacientes institucionalizados, entre portadores de sofrimento psíquico e hansenianos, e presta assistência ambulatorial de 24 horas, cuidado odontológico, atendimento psicológico e apoio laboratorial aos 5000 habitantes da região. Todo o trabalho que vem sendo desenvolvido pela instituição visa à recuperação da cidadania, pois esses cidadãos, que de formas diferentes acabaram por retornar ao seu internamento

asilar, formam hoje uma comunidade de moradores marcados como *regresos do cárcere*<sup>23</sup>.

O resgate da história da Instituição serve, agora, para conscientizar os pacientes/moradores de sua importância como sujeitos históricos, contribuindo para o resgate social. Nesta perspectiva, surgiu o Cedope/HCI – Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapuã – (Viamão, 1999). Assim, desencadeou-se um trabalho de história oral, o qual objetiva dar voz à memória e aos sentimentos vividos ao longo de uma história de exclusão e segregação. No que se refere aos depoimentos, a questão da identidade adquire um aspecto especial por meio das lembranças e da construção das representações do passado, pois as fontes orais fazem parte de um processo cognitivo, onde encontram-se presentes memória e história, levando a um reconhecimento da identidade do sujeito como parte integrante do fato histórico (Neves, 2000). As memórias podem ser distorcidas, podem mudar as cores das paredes, podem recolocar as cercas em seus lugares, mas são, enfim, interpretações que nos servem para conhecer e elucidar os fatos concretos e documentados. Neste sentido, os pacientes *re-estabelecem* seu vínculo com a instituição, reafirmando sua cidadania, percebendo que possuem histórias de vida singulares, mesmo diante da aparente uniformidade do internamento asilar, e podem re-conduzir sua história atual.

### ***¿Segregar para curar? La experiencia del Hospital Colônia Itapuã***

**Resumen:** *El Hospital Colônia Itapuã (HCI) surgió en el 11 de mayo de 1940, atendiendo a una política de salud pública que segregaba individuos portadores de Hanseníasis. Bajo esa perspectiva, tuvimos la constitución gradual de una comunidad que buscaba reconstituir, en el HCI, la sociedad "extra muros" que los excluía, llegando a abrigar cerca de 700 pacientes. En el inicio de la década de 60, tuvimos el control de la enfermedad y la disminución de la incidencia de casos en el Rio Grande do Sul, ocurriendo muchas altas y disminuyendo el número de internados.*

*De esa manera, se posibilitó dar abrigo a nuevos habitantes. En 07 de julio de 1972, tuvimos el inicio del Proyecto CAR (Centro Agrícola de Reabilitação), resultante de una política de salud pública que buscaba la reinserción social de pacientes portadores de sufrimiento psíquico por medio de la laborterapia. Fueron transferidos para el HCI cerca de 150 pacientes oriundos del Hospital Psiquiátrico São Pedro. Aunque siendo una novedad en la política de salud mental, la misma ha reforzado el carácter asilar del Hospital.*

*Este trabajo busca relatar la historia de esos pacientes dentro de la institución, en una perspectiva social, objetivando analizar lo que fue hecho para reintegrar estos egresos del internamiento compulsorio a la sociedad a lo largo de los 61 años del Hospital Colônia Itapuã.*

---

<sup>23</sup> Referimo-nos aqui aos egressos do cárcere (internação compulsória) que acabaram, de diferentes formas, retornando à instituição que os segregou de convívio, circulação, trabalho e paternidade/maternidade como de direito aos cidadãos comuns.

**Palabras Clave:** *Salud Pública; Hanseníasis; Laborterapia; Exclusión; Reinserción.*

### **To segregate or to cure? The experience of the Hospital Colônia Itapuã**

**Abstract:** *The Hospital Colônia Itapuã (HCI) was founded on May 11, 1940, assisting on public health politics that segregated individuals bearers of Hansen's disease. In such perspective, we had the gradual constitution of a community that tried to reconstitute, in HCI, the society "beyond the walls" that excluded them, sheltering about 700 patients. In the beginning of the 1960's, there was the control of the disease and the decrease of the incidence of cases in Rio Grande do Sul, with a lot of discharges and reducing the number of interned patients. Thus, it was possible to shelter new residents. On July 07, 1972, there was the beginning of the Projeto Centro Agrícola de Reabilitação – CAR, resulting from public health politics that looked for the social reinsertion of patient bearers of psychic suffering through the labortherapy. About 150 patients originating from the Hospital Psiquiátrico São Pedro were transferred to HCI. Although an innovation in the politics of mental health, the same reinforced the character of shelter of the Hospital.*

*This paper tries to tell the history of those patients inside the institution in a social perspective, aiming at analyzing what was done to reinstate those people coming from the compulsory internment to the society, along the 61 years of the Hospital Colônia Itapuã.*

**Key-words:** *Public health; Hansen's disease; Labortherapy; Exclusion; Reinsertion.*

### **Referências**

- ALBUQUERQUE, M. O estigma da hanseníase: o pavor do contágio e as primeiras noções de contenção de risco. **Jornal da ANRIO**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2.
- BRASIL. **Decreto nº 7.558**, de 11 de novembro de 1938. Regulamenta o tratamento dos doentes dentro dos leprosários. Brasília, DF.
- CONSTANTINO, N. S. de. História oral: conceito, evolução e perspectivas. **Revista do Instituto Brasileiro de Edições Pedagógicas**, v. 1, n. 3, p. 70-75, jul. 2001.
- CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo**: Juquery a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 217 p.
- FAGUNDES, S. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA JR., B. (Coord.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 1992. p. 57-68.
- FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972. 514 p.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1999. 312 p.
- NEVES, L. A. Memória, história e sujeito: substratos da identidade. **Revista da Associação Brasileira de História Oral**, São Paulo, n. 3, p. 109-116, jun. 2000.
- VIAMÃO. Hospital Colônia Itapuã. Portaria nº 20/99, de 22 de novembro de 1999. Processo desencadeado pelo projeto de recuperação da memória institucional da saúde pública no Rio Grande do Sul, pela Escola de Saúde Pública/RS.