

## **A POLÍTICA DE ISOLAMENTO PARA A HANSENÍASE E A SAÚDE PÚBLICA: A GEOGRAFIA DO ISOLAMENTO EM MANAUS – AM, BRASIL<sup>1</sup>**

Juliana Araújo Alves<sup>2</sup>  
José Aldemir de Oliveira<sup>3</sup>

### **Resumo**

As primeiras manifestações de modernidade na floresta datam das políticas de intervenções do governador da província Eduardo Gonçalves Ribeiro (1862-1900) no final do século XIX. É então a partir da década de 1890 que as obras públicas se faziam mais intensas na capital do amazonense, neste momento Eduardo Ribeiro transforma a cidade num verdadeiro “canteiro de obras”. A preocupação com o asseio e a higiene da cidade assume grandes proporções. A onda imigratória atraída pela falácia da ilusão do fausto do período áureo da borracha compromete a harmonia e a beleza da cidade de Manaus, começam a surgir a problemas de abastecimento, higiene e habitação que se ampliam para questões sociais como a prostituição, a vadiagem e etc. A utilização dos mecanismos de exclusão e do exílio para purificar o espaço que está sendo organizado, com a necessidade de excluir e até mesmo eliminar os elementos que tornam prejudiciais à saúde pública. Estas políticas de exclusão e de exílio que se destaca nesta pesquisa são aqueles relacionados à como o Estado tratou os casos de hanseníase em Manaus.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Isolamento; Manaus – AM.

---

<sup>1</sup> Esse artigo é parte da dissertação de mestrado “Do hospital ao bairro: desativação do “hospital-colônia e criação do bairro Colônia Antônio Aleixo em Manaus-AM” vinculado ao projeto de cooperação acadêmica “Desenvolvimento sustentável para a Amazônia: ambiente, saúde, cidades e redes” financiado pela CAPES (processo 249/2007) e ao projeto “Do espaço da doença ao espaço da moradia: desativação do “hospital-colônia e criação do bairro Colônia Antônio Aleixo em Manaus-AM” financiado pelo CNPq.

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas das Cidades na Amazônia Brasileira (NEPECAB). E-mail: jalves.geografia@gmail.com

<sup>3</sup> Professor Doutor Titular da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas das Cidades na Amazônia Brasileira (NEPECAB). E-mail: jaldemir@ufam.edu.br

## **Introdução: o urbanismo e a saúde pública**

Os ideais de modernidade difundidos pelos socialistas utópicos chegam à floresta. Segundo Vicentini (2004, p. 104) essa modernidade “[...] aliava-se ao conhecimento e evolução das ciências naturais, por meio da assimilação dos conceitos de higiene e bem-estar”. A noção de urbanismo atrelado com as políticas higienistas emerge com o sentido de tratar a cidade como um “organismo vivo”, tal como, necessitada de cuidados com a saúde. De acordo com Yara Vicentini (2004, p. 106), na segunda metade do século XVIII, a idéia de patologia da cidade se constituía. Essa idéia remetia a busca da natureza “[...] a par da permanência de uma identidade na natureza perdida”. O modo de vida difundido com a revolução industrial no final do século XIX acabou configurando novas formas de organização dos assentamentos humanos – as denominadas cidades industriais. Essas cidades se caracterizavam pela péssima estrutura interna e a ausência de políticas sanitárias, tratava-se de cidades operárias, grandes bolsões de pobreza que se configuravam como espaços propícios a propagação de doenças.

A origem de Manaus remota ao processo de colonização portuguesa da Amazônia no século XVII (OLIVEIRA; SCHOR, 2008). Um século depois, ou seja, a partir do século XVIII começa a se apresentarem os mais intensos processos de mudança na Amazônia que se estabelecem com mais acuidade nos dois importantes núcleos urbanos da Amazônia Ocidental: Manaus e Belém. No início do século XIX, apresentam-se dois tipos de reflexões urbanas: Um primeiro que está atrelado ao pensamento dos engenheiros militares que concebiam a cidade como espaço físico de defesa, a prover de comodidades e de infraestrutura. Por outro lado, emulava-se outro tipo de reflexão. Este preconizava o controle e a necessidade de polícia – se caracterizava como uma matriz dos fisiocratas – a população era tratada como “corpo social”, como recurso e deveria ser zelosamente preservada cabendo ao Estado assegurar o seu bem-estar e segurança (ABREU, 1997). Essa filosofia estabelecia as bases do pensamento higienista que adotava um estado coercivo em que a saúde pública e sanitária era tratada como caso de polícia.

As cidades eram o foco principal de atuação dos chamados médicos higienistas, pois se tratavam de lugares insalubres, onde geralmente viviam as classes de menor

## **A política de isolamento para a hanseníase e a saúde pública: a geografia do isolamento em Manaus AM, Brasil**

Juliana Araújo Alves; José Aldemir de Oliveira

-----

poder aquisitivo, carentes de condições salubres e, portanto, mais propícias na difusão de doenças. Conforme Abreu (1997), foram surgindo posteriormente os primeiros profissionais formados pelas escolas de engenharia que passaram a implantar novas técnicas sanitárias. Dessa forma, as cidades que se apresentavam insalubres e necessitadas do desenvolvimento de melhorias urbanísticas em razão das epidemias tiveram como primeiros profissionais formados a sanar esses problemas os engenheiros formados pelas Escolas de Engenharia. A partir do século XIX os engenheiros desenvolvem obras a partir dos princípios do urbanismo sanitaria.

No Brasil o maior expoente do urbanismo sanitaria foi o engenheiro Francisco Saturnino de Brito que se formou em engenharia civil pela Escola Politécnica do Rio de Janeiro (1886), trabalhando em diversos projetos de saneamento no país e na construção de ferrovias entre 1887 a 1892 em Minas Gerais, Pernambuco e no Ceará. Saturnino Brito era um adepto da Teoria dos Meios, pois a respeito do saneamento de uma cidade, acreditava que não dependia somente das modificações saneadoras do meio físico, mas é, também, resultado da “atmosfera moral” que envolve o meio social (MULLER, 2002). Para o engenheiro Saturnino Brito era inadmissível a violação da casa e da privacidade dos indivíduos, violada através dos inspetores sanitários. Foi por isto considerado o pai do urbanismo sanitaria no Brasil.

### **A política sanitária na amazônia**

O lugar tem a marca da solidão talvez porque todos se esqueceram dele num canto qualquer [...]

José Aldemir de Oliveira (2000).

As primeiras manifestações de modernidade na floresta datam das políticas de intervenções do governador da província Eduardo Gonçalves Ribeiro (1862-1900) no final do século XIX. Segundo Mesquita (2009), data da segunda metade do século XIX, a implantação dos serviços de saneamentos para as cidades. Mesquita (2009) atenta que apesar das condições financeiras propícias da Província do Amazonas os investimentos para saneamento das cidades eram mínimos. A principal atividade de saneamento partiu do Inspetor Interino do Departamento de Higiene Pública, Dr. Henrique Álvares Ribeiro. É então a partir da década de 1890 que as obras públicas se faziam mais intensas na capital do amazonense, neste momento Eduardo Ribeiro transforma a cidade num verdadeiro “canteiro de obras”, “[...] com trabalhos de nivelamentos, aterros e

escavações” (MESQUITA, 2009, p. 228). No que diz respeito às condições sanitárias da capital amazonense, em relatório o então governador Eduardo Ribeiro em 1894, comunica que a capital apresentava anualmente vítimas por surtos de “febre palustre” que se justificavam pelos aterros dos igarapés que atravessavam a cidade de norte a sul. O governador da província “[...] elogiou a elaboração do relatório do Dr. Henrique Álvares Ribeiro, Inspetor de Higiene apontando suas soluções como “medidas salutaras e providencias salvadoras da saude publica (sic)” (MESQUITA, 2009, P. 228). Segundo Oliveira; Schor (2008) trata-se de um urbanismo racional, mas não, necessariamente, funcional que se configura na cidade:

[...] a Manaus das avenidas, dos cafés, do teatro, dos palacetes e de um urbanismo higienizado e organicista é fruto da racionalidade que se impõe a partir da abertura de ruas, da construção de pontes e do aterro de igarapés; resulta de um urbanismo cujo objetivo era a busca, por meio da técnica, de soluções para os vários problemas de uma cidade marcada por profundas desigualdades sociais (OLIVEIRA; SCHOR, 2008, p. 66).

A preocupação com o asseio e a higiene da cidade assume grandes proporções. Passou a ser adotado a partir do Código de Posturas de 1890, as visitas domiciliares como forma de inspecionar a saúde e a higiene do indivíduo. “É para os lugares públicos, nas praças, ruas, margens dos igarapés que cortam Manaus e onde se faz o depósito de fezes e dejetos orgânicos”. É, portanto, através da prática da política sanitária que nasce a idéia de um urbanismo saneador, forma peculiar de intervenção no espaço urbano que mistura a idéia de limpeza e higiene à idéia de embelezamento (DIAS, 2007, P. 62-63). A onda imigratória atraída pela falácia da ilusão do fausto do período áureo da borracha compromete a harmonia e a beleza da cidade de Manaus, começam a surgir a problemas de abastecimento, higiene e habitação que se ampliam para questões sociais como: “a vadiagem, a prostituição, o jogo, a mendicância e doença de toda ordem contra dizem a idealização de cidade ordenada e sem problema” (DIAS, 200, p. 118). Verificava-se, portanto, a preocupação de em livrar a cidade dos elementos nocivos à saúde, à ordem e aos bons costumes. A utilização dos mecanismos de exclusão e exílio para purificar o espaço que está sendo organizando, havendo a

necessidade de se excluir e, mesmo retirar, os elementos que se apresentarem nocivos à saúde pública. Dessas políticas de exclusão e exílio a que se destaca neste artigo são as relacionadas à forma como o Estado tratava os casos de hanseníase em Manaus – fazendo um resgate das políticas de isolamento na cidade.

### **A doença através dos séculos**

A morfêia, mal de Lázaro, doença de Hansen, lepra ou hanseníase como é oficialmente conhecida no Brasil desde a década de 1970, se caracteriza por ser uma doença endêmica em países com altas taxas de pobreza e carentes de políticas públicas. Sendo que, seus maiores casos se concentram na faixa tropical do país. Tratar da espacialidade da lepra é adentrar na completa estigmatização da doença, seja na Idade Antiga quando os doentes eram expulsos para além dos muros das cidades, seja na Idade Média relacionando-se a doença a atos de paganismo e bruxarias. Este artigo trata de reconstituir a espacialidade, ou seja, a geografia da lepra em Manaus no sentido de investigar como se constituiu um dado lugar. Nesse sentido, fazendo um resgate da espacialidade dos hospitais-colônias em Manaus, capital do Estado do Amazonas.

Muitos espaços de isolamento e reclusão foram criados na Amazônia, quase sempre a criação e desativação estava condicionada às flutuações econômicas da região, tendo em vista que, não era interessante para a cidade mais cosmopolita do país, *Veneza Tropical* ou *Paris dos Trópicos*, tal como definida por Tocantins (2000) denominações utilizadas para a cidade no período áureo da borracha. Para essa cidade que vivia imersa no *glamour* da borracha não era interessante esta atrelada aos ideais de atraso, nem deixar as “chagas” abertas da sociedade visíveis a população. O primeiro espaço de isolamento e reclusão criado para os leprosos data de 1889, da criação do Lazarento Barão de *Manaos*. Em 1903 foi criado o leprosário do Umirizal que estendeu suas atividades até 1930, e se situava onde hoje é conhecido como Compensa I, na zona Leste da cidade. Durante a década de 1920, foram criados outros espaços de isolamento, o Dispensário Oswaldo Cruz (1922), o Leprosário do Paredão e o Preventório “Alice Salles” (1929). Com a necessidade de afastar os leprosos do alcance de visão da sociedade, foi criada em 1942, a Colônia Antônio Aleixo, que permaneceu com suas funções até a década de 1970.

Os ideais de modernidade e desenvolvimento na Amazônia quase sempre seguiram os parâmetros europeus, portanto o modelo de isolamento foi fruto dessa influência européia na região. A *Veneza tropical* ou a *Paris dos Trópicos*, denominações que Manaus recebeu no período áureo da borracha, a cada movimento financeiro modificou de lugar seus doentes, sejam os loucos ou os leprosos, portanto, presume-se que, a criação e desativação de “hospitais-colônias” seguiram as flutuações econômicas da região.

### **A geografia da lepra:**

A lepra é uma doença infecciosa e altamente contagiosa de evolução crônica típica de países subdesenvolvidos. A evolução da patologia depende da imunidade celular específica contra o bacilo de Hansen. Em 1868 esse bacilo foi descoberto pelo médico norueguês Gerhard H. A. Hansen. A lepra é considerada uma das doenças mais antigas, tendo referência na Bíblia e datando de 1400 a. C.

Os documentos mais antigos sobre uma doença chamada “KUSHTA” foram encontrados na Índia há 1.500 anos antes de Cristo. Porventura, nesta mesma época esta doença atingia a China, os arquipélagos do sul da Ásia, o Japão, a Pérsia, o Egito e os países mediterrâneos. Os portadores dessa doença denominada de lepra, “KUSHTA”, “LAI-FOM” ou remetendo-se a sua denominação bíblica *tsara'ath* do hebraico, são os que vieram lotar os grandes hospitais de todo o mundo. Sua estigmatização era tamanha que, uma vez diagnosticado o quadro clínico da “lepra”, o enfermo deveria ser “isolado” da sociedade e passaria a carregar para sempre perante a sociedade, o símbolo de “leproso”.

A doença passa a ganhar repercussão apenas no final do século XIX com a descoberta do bacilo causador da doença *Mycobacterium leprae* pelo médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen, mas desde tempos remotos a doença vem acometendo a sociedade, seja na idade antiga, quando os doentes eram expulsos dos limites das cidades; seja na idade média por meio de estigmas de misticismo (bruxaria e paganismo) acerca da doença, ligadas, principalmente, ao pecado. Segundo Vivian da Silva Cunha (2005) a resposta para este fetichismo se dá pela tradução errada da palavra *tsara'ath* da Bíblia do hebraico para o grego, sendo empregada como lepra, quando na terminologia original significava impureza moral e espiritual (CUNHA, 2005, p. 13), o

que significou na impregnação no imaginário popular a associação desta doença como castigo divino.

Essa doença apresenta uma evolução lenta e insidiosa, sua primeira manifestação clínica é uma mancha que evolui até chegar a uma perda progressiva da sensibilidade dolorosa e tátil. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil são 40 mil casos novos registrados ao ano, no *ranking* apresenta-se como o 3º país em casos de lepra, sendo responsável por 54% de todos os 249 mil casos registrados no mundo, perdendo em números apenas para a Índia, um dos grandes bolsões de pobreza do mundo. O Brasil tinha em 2007 taxa de 21,94 casos para cada 100 mil habitantes. Em 2006, foram 44,4 mil casos em 2006, dos 47,6 mil casos diagnosticados em 51 países.

Ainda que seja uma doença com cura, a lepra se alastra pelo mundo (ilustração 1), sendo pouco expressiva e, praticamente, erradicada em países desenvolvidos como a América do Norte e a Europa. Essa doença ganha expressividade nos grandes bolsões de pobreza do mundo, em países subdesenvolvidos, populosos e carentes em termos de infraestrutura sanitária.

Em termos clínicos, trata-se de uma doença ocasionada pelo agente etiológico – o bacilo álcool-ácido-resistente - parasita intracelular obrigatório denominado *mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, pertencente à família *Mycobacteriaceae*; à ordem *Actinomycetales*; e à classe *Schizomycetes* (SOUZA *et al*, 2003). Este agente acomete pele e nervos periféricos, preferencialmente (. A doença é transmitida através de um indivíduo doente, sem tratamento específico, com contato íntimo e prolongado, pelas vias aéreas superiores. Por ser uma doença de evolução lenta e insidiosa, a primeira manifestação clínica aparece cerca de cinco ou seis anos depois e exprime-se por meio de: manchas esbranquiçadas, vermelhas, manchas que não coçam e nem formigam e que vão ficando dormentes até a perda total da sensibilidade tátil, ao calor, ao frio e ao toque. Com maior frequência, esse quadro clínico se apresenta nas faces, orelhas, costas, braços, nádegas e pernas.

No Estado do Amazonas, existiam as seguintes instituições anti-leprosas, segundo SOUZA-ARAÚJO (1937): *Lazareto Barão de Manãos* (fundado em 1889); *Asylo de leprosos do Umirizal* (1908); a *Associação Damas Protectoras do Leprosário* (1922); *Dispensário Oswaldo Cruz* (1922); *Leprosários do Paredão* e o *Preventório Alice Salles* (1929). Até 1936 o Estado contava com as seguintes instituições: o

*Dispensário Oswaldo Cruz; o Leprosario Belisario Penna* (na localidade de Paricatuba em Iranduba – fundado em 1930); a *Sociedade Damas Protectoras do Leprosario*; o *Abrigo Menino Jesus* (ex. Dispensário Alice Salles).

Até a década de 1960 a doença era conhecida como lepra (termo que não se restringia apenas a caracterizar a hanseníase, mas toda e qualquer doença cutânea, englobando, por exemplo, no rol dessas a Leishmaniose - *Leishmania*). A partir da década de 1970 esta passa a ser oficialmente conhecida como hanseníase por meio da Portaria nº 165 do Diário Oficial da União, de 16 de maio de 1976 (CUNHA, 2005, p. 01). Por ser uma doença que apresenta seqüelas dermatológicas a lepra durante muito tempo foi estigmatizada pela sociedade que, com informações lacônicas, isolavam os doentes do convívio social, com a implantação de “Colônias-Hospitais”, “asilos” ou “leprosários” para evitar o convívio dos doentes com o restante da população (ou da cidade).

No cenário brasileiro, a partir da década de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) com as ações de Carlos Chagas as ações relativas à saúde pública ganharam repercussão nacional. Neste período, conforme destaca Castro Santos (2008), vigiar e punir eram os lemas, sendo punidos os médicos que não notificassem o diagnóstico e não procedessem ao isolamento do doente e de seus familiares (prováveis contaminados). Para Michel Foucault (2008), ao proceder ao levantamento acerca da lepra na Idade Média, o desaparecimento desta se deu parcialmente, pois “[...] sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, [...] são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 6).

As estimativas de Souza Araújo (TALHARI, 1981) são a de que o intenso comércio entre Santarém, Belém e Manaus tenha sido um dos agentes causador da manifestação da doença em parte expressiva da região amazônica. Sendo que, a que apresentava os maiores índices de epidemia era a região do Alto rio Solimões, até mesmo pelo contato fronteiriço. Segundo Porto (TALHARI, 1981) os maiores focos na década de 1854 eram registrados no rio Purus, na tribo dos índios Purupuru e nas cidades (eixo de integração – afluente deste rio) de Santo Antônio do Iça, São Paulo de Olivença, Amaturá e Tabatinga (todas da região do Alto Solimões). Segundo Loureiro (2004), esse foco de incidência era em virtude da produção extrativista da borracha, que

era maior nessa região do Alto Solimões, “[...] as do médio Amazonas e do Rio Negro tinham prevalência bem mais baixas, pois estavam fora da área de maior extração do látex, e Manaus, [...] funcionava como região anômala, concentradora de doentes” (LOUREIRO, 2004, p. 118).

À época, uma das maiores preocupações dos governantes e da população em geral, era a de que os hansenianos passassem a mendigar pelas ruas da cidade, contaminando a população. Em relatório ao presidente da província Bittencourt, em 1888, assim se pronunciava acerca dos hansenianos “soltos” pela cidade: “os morpheticos, por falta absoluta de local apropriado onde sejam tratados e recolhidos, estão destinados a transitar e mendigar nas ruas da cidade” (TALHARI, 1981, p. 179). Percebe-se, portanto, a preocupação com a estética e a higiene da cidade, a preocupação de afastar dos olhos de quem chegava à cidade “as chagas abertas da sociedade” e por outro lado, a implantação de uma política externa que já havia sido implantada há muito tempo na Europa e nos Estados Unidos – a do isolamento dos hansenianos. Mas, há neste aspecto uma questão de segregação espacial, pois a justificativa para criação desses “espaços de confinamento” era a liberdade que os acometidos pela moléstia poderiam ter de transitar pela colônia, liberdade esta que não havia na cidade.

### **A política de isolamento em manaus:**

Em Manaus o primeiro “lazarento” – Lazarento Barão de Manaus – foi fundado em 1889; sendo em 1903, fundado o Leprosário do Umarizal no governo de Affonso Carvalho, funcionando até 1930. O Dispensário “Oswaldo Cruz” foi inaugurado em 1922 e durante as décadas seguintes outros dispensários e lazarentos foram fundados: no ano de 1929 foram fundados o Leprosário do Paredão e o Preventorio “Alice Salles”. Segundo Souza Araújo (1937), até a década de 1936 funcionava no Estado do Amazonas as seguintes instituições: Dispensário “Oswaldo Cruz”; o leprosário “Belisario Penna” na localidade de Paricatuba, as margens do Rio Negro; a sociedade “Damas Protectoras do Leprosário” que atuava em cooperação com o Governo do Estado na assistência aos doentes e familiares; e o abrigo “Menino Jesus” (antigo Dispensário Alice Salles) destinado aos filhos dos que foram acometidos pela patologia.

Segundo Monteiro (2000), o Leprosário de Umarizal situava-se na margem esquerda do Rio Negro, mais precisamente, na Zona Oeste da cidade, onde está situado

atualmente o bairro da Compensa, “[...] próximo ao bombeamento de águas da cidade, no local de bifurcação da estrada do Bombeamento com a da Compensa, o que causava desconfiança de todos, por uma possível contaminação [...]” (LOUREIRO, 2004, p. 115). Foi pela impossibilidade da Santa Casa de Misericórdia de Manaus de proporcionar tratamento aos acometidos pela patologia. A casa de isolamento do Umarizal foi criada por volta de 1903, da sua criação o motivo primordial era o do tratamento de portadores de varíola procedentes da região Sul do país. Com o tempo, a casa de isolamento do Umarizal passou a abrigar o dobro do número de hansenianos do que suas instalações permitiriam.

Por meio de interferências governamentais, a Superintendência de Manaus, auxilia no tratamento, com a criação, do que Monteiro (2000) denominou albergue volante, situado no bairro da Cachoeirinha, na Zona Sul da cidade de Manaus. Somente, em 1907 quando Alfredo da Matta assume o posto de Inspetor Sanitário Rural do Estado do Amazonas e transforma no ano seguinte o isolamento do Umarizal em asilo-colônia. Quando o Umarizal recebe a tipologia de asilo-colônia emergem a necessidade de ampliar suas instalações, dessas transformações Monteiro (2000) destaca as relacionadas a infraestrutura do bairro. Foi somente em 1930, com quase três décadas de atuação, que as atividades de tratamento da moléstia de Hansen nesse local foram encerradas, seus doentes foram transferidos para Paricatuba, situado na margem direita do rio Negro e distante cerca de duas horas da cidade de Manaus, “[...] na boca da baía do Boiaçu, um verdadeiro relógio astronômico, onde todas as tardes o sol desaparece, nos meses de equinócio, engolido pelo rio. Ali a colônia ficaria ativa por uns 40 anos” (LOUREIRO, 2004, p. 116).

Os questionamentos acerca da criação de um leprosário em Paricatuba surgem com a proposta do chefe do Serviço de Saneamento Rural, Samuel Uchôa, em 1921. O local escolhido para a construção do hospital seria o do Instituto Afonso Penna, no presídio de Paricatuba, situado na margem direita do Rio Negro. Em 1924, por meio do Decreto-lei nº 1.479 de 1º de julho, o prédio de Paricatuba é cedido ao serviço de profilaxia, os presos da localidade foram transferidos para a Penitenciária de Manaus. Este Hospital-Colônia foi desativado por volta de 1970 e foi transformado em colônia agrícola e seus doentes foram removidos paulatinamente para o Hospital Colônia Antônio Aleixo (MONTEIRO, 2000).

A fundação do Hospital Vila Belisário Penna, o Leprosário do Paredão, remota a 1903. À época o hospital estava situado a jusante de Manaus e distante cerca de 9 quilômetros por via fluvial e 8 por via terrestre, próximo ao encontro das águas. Em 1923, havia no Leprosário mais de 50 hansenianos que viviam em casas de palha e barracas de madeira. Segundo Monteiro (2000) esta vila tinha capacidade para abrigar 400 hansenianos, e ainda possuía terreno para a construção de mais abrigos. Porém, os fins almejados para este leprosário não se concretizaram, pois após a sua construção houve questionamentos acerca da sua localização a leste da cidade e rumores de uma possível contaminação do bacilo de *Hansen* por veiculação eólica.

Os hospitais eram distantes, visto que o hanseniano era visto como uma “chaga” que precisava ser maquiada e escondida, principalmente, neste período de glamour da cidade de Manaus ainda estava influenciada pela economia da borracha que predominou nas duas últimas décadas do século XIX e na primeira década do século XX.

Para a década de 1920 as estimativas de Alfredo da Matta para todo o Estado do Amazonas eram de 800 a 1000 o número de pessoas detectadas com hanseníase, sendo que a quantidade de leprosários na região era insuficiente para a demanda de pessoas doentes que haviam no Estado (TALHARI et all, 1981, p. 180). Com o escopo de afastar da população e promover a segregação espacial, em 1942, foi autorizado o alojamento dos hansenianos num local distante e isolado da cidade de Manaus, a Colônia Antônio Aleixo seria o novo abrigo dos hansenianos da cidade, espaço de isolamento que perdurou até 1979, quando o “Hospital-Colônia” se transforma e bairro e se integra ao restante da cidade.

O número de doentes continuou a crescer, mesmo com a existência de dois hospitais-colônias, Umarizal e de Paricatuba, e mais a Colônia Antônio Aleixo. A tabela abaixo apresenta o registro de doentes de 1968-1978 na Colônia Antônio Aleixo, que passou por momentos de crescimento, estagnação e crescimento, no número de acometidos pela patologia.

**Tabela 1: Registro de doentes na Colônia Antônio Aleixo em Manaus**

| Ano     | 1968  | 1969  | 1970  | 1971  | 1972  | 1973  | 1974  | 1975  | 1976  | 1977 | 1978 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| Doentes | 1.462 | 1.400 | 1.365 | 1.320 | 1.282 | 1.243 | 1.292 | 1.114 | 1.111 | 780  | 620  |

Fonte: TALHARI, 1981.

A Colônia Antônio Aleixo foi inaugurada em 10 de fevereiro de 1942 e inicia a desativação em 1979 sendo e desativada legalmente em 1980, quando se tornou bairro e se integrou ao restante da cidade. Da sua inauguração em 1942, seus fins eram distintos dos quais ela acabou exercendo, segundo Monteiro (2000) a criação da Colônia está relacionada às estratégias políticas e econômicas de caráter do Governo do Estado do Amazonas. Sua finalidade estava em criar um entreposto militar do exército devido às condições geográficas favoráveis, como a de situação e localização. Porém, a malária se apresentava como um dos últimos fortes fatores de resistência da floresta, que impedia o avanço e a fixação do homem, nas proximidades e no interior da mata. Anos depois, esta mesma localidade serviu de abrigo aos imigrantes nordestinos que vinham para Manaus com a esperança de outro cotidiano, servindo de mão-de-obra nos seringais.

O processo de decadência da economia da borracha acarreta na migração populacional em direção a cidade, esse processo carrega consigo, além de outros costumes, culturas, miscigenação, possibilita também, a chegada de várias doenças. A chegada aos hospitais-colônias de Paricatuba (acessível na época apenas de barco) e do Umarizal, era das mais dificultosas e muitos acometidos pela patologia ainda transitavam pela cidade. A estratégia do governo foi a criação da Colônia Antônio Aleixo, considerado pelos governantes como “Hospital Modelo”, a colônia passou a abrigar os hansenianos que paulatinamente estavam sendo transferidos até a década de 1970 da total desativação do hospital de Paricatuba, em Iranduba (MONTEIRO, 2000).

Foi durante o 7º Congresso Internacional de Leprologista realizado em Tokyo em 1958 que a prática de isolamento foi considerada ultrapassada. Essa filosofia foi introduzida no Brasil a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 165, de 14 de maio de 1976, que passou a definir os seguintes conceitos:

- a) a necessidade de se preservar a unidade familiar;
- b) abolição do afastamento dos filhos de seus pais doentes;
- c) quando houvesse casos de crianças nascidas de pais doentes, as mesmas poderiam ser afastadas dos genitores e colocadas no meio familiar ou instituições públicas de assistência a infância;
- d) quando o doente necessitasse de hospitalização, o mesmo poderá ser em hospitais gerais, reservando os hospitais especializados só em casos específicos, sempre limitando o tempo

de permanência.

Os asilos-colônias existentes à época passariam a receber paulatinamente novas tipologias, tais quais: asilos, colônias e hospitais. Na portaria nº 165/1979 são assim classificados: Asilos – seriam espaços destinados para a assistência social aos grandes mutilados, sem condições para a reintegração na sociedade; Colônias – espaços organizados sob a perspectiva de cooperativas, mantidas pelos próprios cooperados com assistência técnica e eventualmente financeira da DNDS e de outras fontes; Hospitais – espaços para assistência médico-hospitalar a doentes de hanseníase e de outras dermatoses por período limitado.

Segundo o “Trabalho integrado para a transformação da colônia Antônio Aleixo em bairro de Manaus (1978)”, o decreto nº 4.464 de 18 de dezembro de 1978 autorizou o então secretário de Estado de Saúde, Carlos Augusto Telles Borborema, a promover as medidas necessárias para a desativação do Hospital-Colônia “Antônio Aleixo”, para tanto o secretário de saúde sancionou duas portarias: Portaria nº 468/78 que extinguiu o hospital-colônia e criava o asilo e o centro de saúde; Portaria nº 469/78 – que apresentava a comissão responsável para desenvolver oficialmente os trabalhos da desativação – sendo previsto no documento que a mesma equipe teria o prazo de 12 meses para efetivar a desativação.

O Hospital-Colônia Antônio Aleixo tinha o objetivo de ser um hospital modelo para o tratamento de hanseníase, porém a falta de informações mais precisas sobre a patologia e a ausência de preparação no sentido de conscientizar a população sobre a estigmatização da doença acarretaram que, em 27 de dezembro de 1978, por meio da portaria nº 468, o então secretário de saúde Carlos Augusto Telles Borborema, decretou a extinção do Hospital-Colônia Antônio Aleixo, transformando o hospital, portanto, em asilo transitório (MONTEIRO, 2000, p. 21) e posteriormente no bairro Colônia Antônio Aleixo que se localiza na Zona Leste da cidade de Manaus, com superfície de 1.147.84 ha. A principal via de acesso ao bairro é a estrada do Aleixo, sendo banhado nas partes Norte e Leste pelo lago do Aleixo e na porção Sul pelo Rio Amazonas (MONTEIRO, 2000).

### **Considerações finais:**

Para quem vivia na urbe da borracha, envolta por um fetichismo de prosperidade e riqueza, a produção do espaço da hanseníase se deu muito mais em virtude dos interesses dos grupos abastados e dominantes, do que em vista de uma preocupação em termos gerais com a disseminação da endemia. Essa produção do espaço de uma patologia está, intimamente, relacionada com os ideais de progresso e prosperidade difundidos na época, no intuito de mascarar os problemas sociais.

O hanseniano, o doente acometido pelo bacilo de Hansen, ou para se usar uma terminologia prosaica e preconceituosa, o leproso era visto como a grande barreira da sociedade, um mal que deveria ser eliminado, ou de maneira mais fácil, escondido, recluso e abandonado. Quase um século depois, a história da hanseníase em nada mudou. Apenas em termos mínimos. O hanseniano continua a passar por convencionalismos, que se dão muito mais em virtude da falta de informações apuradas sobre a patologia e sua disseminação.

Uma volta pelo agora bairro Colônia Antônio Aleixo (antigo Hospital Colônia) é retornar ao passado é adentrar em estigmas que estão longe de serem esgotados, mas é também apreender as resistências e a esperança de uma sociedade mais solidaria para utilizar a expressão de Milton Santos. O capital continua a afastar as mazelas da sociedade, uma nova racionalidade é difundida, a serviço do grande capital. Este chega com toda a sua força, principalmente, em espaços fragilizados.

### **Referências:**

ABREU, Maurício de Almeida. **Evolução urbana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: IPLNRIO/ZAHAR, 1997.

AMAZONAS. SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE DO ESTADO. **Instituto “Alfredo da Matta”. Ontem e hoje: uma história de saúde pública (1955 a 1997)**. Manaus: IDTVAM, 1997.

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de; FARIA, Lina; MENEZES, Ricardo Fernandes de. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. In: **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. São Paulo: v 25, n 1, p. 167-190, jan/jun. 2008.

**A política de isolamento para a hanseníase e a saúde pública: a geografia do isolamento em Manaus AM, Brasil**

Juliana Araújo Alves; José Aldemir de Oliveira

-----

CUNHA, Vívian da Silva. **O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005 (Dissertação de Mestrado).

DIAS, Edineia Mascarenhas. **A ilusão do Fausto: Manaus – 1890-1920**. 2ª Ed. – Manaus: Editor Valer, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GALVÃO, Manoel Dias. **História da Medicina em Manaus**. Manaus: Editora Valer, 2003.

LOUREIRO, Antonio José Souto. **História da Medicina e das doenças no Amazonas**. Manaus: Gráfica Lorena, 2004.

MESQUITA, Otoni. **La Belle Vitrine: Manaus entre dois tempos (1890-1900)**. Manaus: EDUA, 2009.

MONTEIRO, Maria Nilda Barreto. **Bairro Colônia Antônio Aleixo: um espaço (des)integrado**. Manaus: UFAM, 2000 (Monografia de Conclusão de Curso).

MULLER, Glaucia Regina Ramos. **A influência do urbanismo sanitário na transformação do espaço urbano em Florianópolis**. Florianópolis: UFSC, 2002. (Dissertação de mestrado).

OLIVEIRA, José Aldemir de; SCHOR, Tatiana. Manaus: transformações e permanências, do forte à metrópole regional. In: CASTRO, Edna. **Cidades na Floresta**. São Paulo: Annablume, 2008.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e espaço, razão e emoção**. São Paulo: Edusp, 2004.

\_\_\_\_\_. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 15 ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2008.

SOUZA, Daniel Rubio de; *et al.* **Dicionário de Termos Técnicos de Saúde**. 2ª edição. São Paulo: Conexão, 2003.

SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. **A lepra e as organizações anti-leprosas do Brasil em 1936**. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 1937.

TALHARI, Sinésio; *et al.* Hanseníase no Estado do Amazonas – histórico e desativação do leprosário. In: **Anais Brasileiro de Dermatologia**. 56(3); 179-184, 1981.

TOCANTINS, Leandro. **O rio comanda a vida: uma interpretação da Amazônia**. Manaus: Editora Valer, 2000.

**A política de isolamento para a hanseníase e a saúde pública: a geografia do isolamento em Manaus AM, Brasil**

Juliana Araújo Alves; José Aldemir de Oliveira

-----

VICENTINI, Yara. **Cidade e História na Amazônia**. Curitiba: UFPR, 2004.