

A CHEGADA DA HANSENÍASE NO AMAZONAS

Antônio José Souto Loureiro¹

Resumo

Muitos continuam a pensar no contágio da hanseníase na Amazônia como resultado de fatores climáticos e até alimentares, esquecidos de que a transmissão está na dependência direta da existência da bactéria, fato anteriormente inexistente. A primitiva população indígena da Amazônia estava isenta de lepra e, em toda a época colonial, foram registrados apenas os casos de dois militares, um deles transferido de Tefé para o Hospital Militar de Barcelos. A transmissão independe do clima e da alimentação, pois a doença atinge populações de hábitos totalmente diferentes, em todos os pontos da Terra, da Noruega à Polinésia. A presença da hanseníase entre os emigrantes nordestinos explicaria a alta prevalência do Acre, a maior do País, à época, as do Juruá, do Purus, do Solimões e da região Bragantina, regiões de recolonização nordestina, onde os índios foram eliminados, e a sua quase ausência do rio Negro e em alguns municípios do médio Amazonas, que atraíram poucos migrantes, por não terem grandes concentrações de seringueiras.

Palavras-chaves: hanseníase, amazonas, hospital militar, doenças

THE ARRIVAL OF LEPROSY IN THE AMAZON

Abstract

Many continue to think of the spread of leprosy in the Amazon as a result of climatic and even food factors, forgetting that the transmission is directly dependent on the existence of the bacterium, a fact that previously did not exist. Throughout the colonial era, only two military cases were recorded, one of them transferred from Tefé to Barcelos Military Hospital. Transmission is

¹ Médico reumatologista, dedica-se há várias décadas a pesquisa em História da Amazônia. É membro do Instituto Histórico e Geográfico do Amazonas (IGHA), da Academia Amazonense de Letras, da Academia Amazonense de Medicina e sócio correspondente da Academia Nacional de Medicina. É autor de várias obras, dentre as quais: Síntese da História do Amazonas, Amazônia 10.000 anos; A Grande Crise; O Amazonas na Época Imperial; Tempos de Esperança; História da Medicina e das Doenças no Amazonas; História da Navegação no Amazonas, A Amazônia e o V Império, A Gazeta do Purus, O Brasil Acreano.

independent of climate and food, as the disease affects populations of totally different habits, from all over the world, from Norway to Polynesia. The presence of leprosy among northeastern emigrants would explain the high prevalence of Acre, the highest in the country at the time, those of Juruá, Purus, Solimões and Bragantina, northeastern recolonization regions, where the Indians were eliminated, and the its near absence from the Negro River and in some municipalities of the middle Amazon, which attracted few migrants because they did not have large concentrations of rubber trees.

Keywords: leprosy, amazons, military hospital, diseases

O Real Hospital Militar da Capitania de São José do Rio Negro

É do senso comum que os povos pré-colombianos nunca foram acometidos de Hanseníase antes da chegada dos povos do Velho Mundo às Américas. Os primeiros doentes relatados com hanseníase, no Amazonas, foram recolhidos ao Real Hospital Militar de Barcelos, ainda no século 18.

As mais antigas instituições hospitalares da Região Amazônica foram estabelecidas, no Pará, nos séculos XVII e XVIII, como a Santa Casa e a enfermaria dos Capuchos da Conceição, em Belém, e a dos Capuchos da Piedade, em Gurupá.

Apesar da grande distância dos centros civilizados, o Amazonas também teve um hospital, ainda no século XVIII, de pomposo nome e modestas instalações – o Real Hospital Militar da Capitania de São José do Rio Negro.

A sua descrição está contida no *Diário da Viagem Filosófica ao Rio Negro - 2ª Parte - Participação Primeira - Barcelos*, do insigne naturalista Alexandre Rodrigues Ferreira, em expedição científica destinada ao estudo da Amazônia Portuguesa, que saiu de Lisboa, a 1º de setembro de 1783, chegando a Belém, a 21 de outubro daquele mesmo ano, onde permaneceria até 1785.

Nas suas peregrinações pela Amazônia, gastou nove anos de sua vida, organizando coleções científicas a serem remetidas para a Metrópole, e registrando dados econômicos, agrícolas, demográficos, antropológicos, geográficos, históricos e religiosos dos lugares por onde passou.

Neste deambular esteve de 1785 a 1788, na bacia do rio Negro, seguindo para o rio Madeira, onde trabalhou até 1791, retornando a Belém e daí regressando ao Reino, em 1792.

E após tantas canseiras, quase todo o acervo recolhido, pela sua expedição, foi pilhado e levado para a França, pelo cientista Geoffroy Saint-Hilaire, quando da ocupação de Portugal pelas tropas de Napoleão, servindo de base para as suas teses posteriores.

Descrição

Em 1786, segundo Alexandre Rodrigues, o Hospital Militar estava anexo ao quartel de Barcelos e contíguo a ele, sendo uma [...] *casa comprida, quase toda assoalhada, intijucada, coberta de palha, com uma só porta entre as duas janelas da frente* [...], de reduzidas dimensões, com a capacidade de apenas doze leitos, aumentada, sempre que necessário, com a armação de redes, muito mais usadas do que as camas, em toda a Amazônia.



Quartel da tropa da guarnição e anexo do Real Hospital Militar de Barcelos (1776)
Fonte: FERREIRA, 1971, p. 75.

Nele faltavam os materiais e os oficiais que os manejassem. Não havia à porta um biombo, que protegesse os doentes das correntes de ar, sendo a única proteção, nessas eventualidades, fechá-la, consistindo isto em um grande perigo à época em que o “ar canalizado ou encanado” participava como uma das causas primeiras das pneumonias e de outras doenças pulmonares.

Pela inexistência de um isolamento, os doentes de varíola costumavam tratar-se na enfermaria geral, onde os outros enfermos arriscavam-se a adquirir

esse mal, que tanto estrago fazia aos índios, principalmente entre os recém-descidos de suas aldeias.

O primeiro isolamento do hospital

Para se evitar este tipo de contágio, pela primeira vez, em 1784, foi acomodado em um tijupar, no quintal do Hospital, o soldado Albino Joseph, transferido de Tefé, por estar acometido de lepra, o mesmo acontecendo com o soldado Simão Joseph, em 1786, os primeiros casos registrados da doença, no Amazonas. E aqui temos a citação pela primeira vez da existência de doentes de hanseníase vindos de Portugal, de modo diferente, através das forças militares, que talvez explique como tão rapidamente a doença desapareceu daquele País, ainda nesse século, com o fechamento de quase todas as gafarias e a exportação de seus hansenianos para as colônias de além mar.

Curiosidades sobre esse hospital amazônico

Foi o nosso insigne historiador Arthur Cesar Ferreira Reis, quem, pesquisando nos arquivos de Belém, encontrou o Regimento do Real Hospital Militar ao qual só se era admitido após confissão e comunhão e com a autorização do Governador, além de outras cláusulas interessantes pela sua originalidade e às adaptações de situações e aos alimentos locais.

O asseio das camas era o possível, nas circunstâncias de então, nessas longínquas paragens, pois tinham [...] *um enxergão com o seu travesseiro, dois lençóis de pano grosso de algodão e coberta de baeta azul* [...], além das redes nos excessos de doentes.

Na dieta nem sempre se servia galinha, pela sua raridade, e considerada indispensável na convalescência dos internados. A carne bovina era substituída pela de tartaruga, e o pão, pela farinha de mandioca, geralmente de má qualidade. A carestia, a escassez e o pouco cuidado no preparo dos alimentos, deixavam por vezes os doentes em penúria.

O Hospital só admitia militares e índios em serviço militar, tratando-se as demais pessoas da vila em suas casas e às suas custas. Os medicamentos utilizados eram fornecidos pela botica da Capitania, e, na sua falta, pagos pela

Fazenda Real ao cirurgião, sendo raros e na sua maior parte ineficazes, fazendo mais mal do que bem, por estarem frequentemente estragados.

Apesar de desaparelhado, este Hospital muitos serviços prestou à região, como ponto de apoio às tropas encarregadas da defesa e da delimitação das nossas fronteiras. Nele pontificaram inúmeros médicos e cirurgiões, um dos quais deixou registrada a sua experiência.

Com a mudança da sede da Capitania, para a foz do rio Negro, pela necessidade de proteger a região do Solimões, cuja posse estava sendo contestada pelos espanhóis de Requeña, para ali foram transferidas as tropas encarregadas desta função, sob as ordens do plenipotenciário Manuel da Gama Lobo D'Almada, e o Hospital de Barcelos foi abandonado, fundando-se o novo Hospital Militar de São Vicente, na ilha do mesmo nome, no extremo oeste do Lugar da Barra, hoje Manaus, atualmente um dos edifícios sediadores da Marinha do Brasil.

A borracha e o progresso mundial: automóvel, eletricidade, medicina e esportes de massa.

Passa o tempo e as necessidades mundiais de borracha, sempre crescentes, pela sua aplicação em complementos de novas descobertas, como na Medicina (sondas e luvas), na Eletricidade (no isolamento dos fios elétricos, cabos telefônicos e submarinos), e principalmente para câmaras e pneus das rodas das bicicletas e automóveis, e depois para as câmaras das bolas dos jogos populares modernos, sem as quais talvez não se tivessem desenvolvido, determinaram um grande afluxo populacional à Amazônia, para o trabalho dos seringais, pois a população local era insuficiente para fornecer a mão de obra necessária, à produção requerida, exigindo o aproveitamento de uma grande quantidade de trabalhadores oriundos do Nordeste Brasileiro, em um fluxo de talvez 30.000 pessoas anuais, para substituírem os que morriam neste front selvagem da coleta extrativa, por motivos diversos, iniciando-se por volta de 1875, ano talvez em que o Império Britânico apossou-se colonialmente da Região Amazônica e até 1910, quando por ela se desinteressou, em favor de suas plantações, no Oriente, o que ocorreu principalmente pela disponibilidade de mais de quarenta milhões de trabalhadores chineses semiescravos deslocados

para o Sudeste Asiático, muito mais dóceis e baratos do que os nordestinos, em número insuficiente para o plantio, manuseio e colheita do látex de gigantescas plantações de milhões de hectares.

Enquanto isto nos seringais amazônicos, além de uma mudança total do modo de vida, algumas doenças ceifavam esses trabalhadores nordestinos inexperientes e desajustados ao nosso meio ambiente florestal chuvoso e cheio de ruídos noturnos desconhecidos, além de um trabalho intenso e extenuante, para uma produção de pouco mais de 250 kg de borracha por ano.

Entre essas doenças ceifadoras das vidas aos milhares destacaram-se:

- Beribéri, pela falta de alimentos frescos na dieta diária, constituída de carne seca, farinha, conservas e feijão torrado, além do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, embora a sua causa ainda fosse desconhecida.
- As doenças infectocontagiosas epidêmicas, como a varíola e o sarampo, que subiam os rios da borracha com os navios, vindas do Nordeste, como a epidemia de 1901, vinda do Ceará e do Maranhão, onde grassava, de seringal em seringal, de casa em casa, e só cessavam quando não havia mais a quem atingir, matando todas as crianças de tenra idade e com apenas as ações de vacinação, quando existia a linfa, ou da queima de todas as casas.
- A malária então quando tratada com doses maciças de quinino levando às lesões auditivas, onde as maiores vítimas sempre foram as crianças desses lugares, que nunca cresciam de população, pois todas elas morriam. A teoria da transmissão da malária, pelos mosquitos anofelinos, só começaria a ser aceita pelos médicos locais a partir de 1902, quando Alfredo da Matta, no *Relatório da Diretoria de Higiene Pública, de 15 de junho de 1902*, registrou os avanços no combate à malária, na Algéria e em Havana, os trabalhos de Vallin, Kelsh, Rilliet, Blancard e Laveran, na Córsega, o saneamento de Berlim, Breslaw, Franckfort-Mein e Dantzig, e as lutas do *Reichsgesundheitsanit*, na Alemanha, do State Board Health, nos Estados Unidos, e do General Board Health, na Inglaterra, comandado por Chadwick. Neste relatório já se pedia o saneamento de Manaus e foram divulgados os processos para evitar a malária e os mosquitos, inclusive o da febre amarela.

- Hanseníase, com grande número de doentes, já se percebendo uma exacerbação futura. A propagação da hanseníase começara a aumentar de modo surpreendente no Amazonas. O seu diagnóstico colocava toda a família contra o médico, e passava a recorrer aos charlatães e às panaceias, esquecendo os aconselhamentos de higiene e facilitando a sua propagação. Em 1902, Da Matta insistia no isolamento dos casos e na possibilidade do seu aumento. A 24 de fevereiro de 1908, a Repartição Sanitária Estadual, sob as suas ordens, criara uma colônia de hansenianos, na área do Umirisal, sob a iniciativa e cuidados do médico Miranda Leão, que mais tarde contrairia a doença. Ali, em 1914, já existiam 37 internados, mas suas portas, por falta de recursos, estavam fechadas a centenas de outros, que chegavam do interior e dos países limítrofes a procura de um abrigo.
- As feridas bravas por leishmaniose, ligadas à atividade florestal.

A hanseníase atinge Manaus em cheio

Assim, as autoridades sanitárias do Amazonas das últimas décadas do século XIX e dos primeiros vinte anos do século XX, cansaram-se de anotar, em seus relatórios, sobre a expansão contínua da doença, em todo o Amazonas, particularmente entre os habitantes dos rios Solimões, Juruá e Purus, e em Manaus, para onde vinham os doentes de todo o interior, na busca de tratamento, o que dava para prognosticar uma verdadeira pandemia nos anos futuros.

Os doentes eram então tratados nos muitos isolamentos que existiram em torno da capital, onde se misturavam com os portadores de moléstias epidêmicas, como os de varíola, morrendo mais rapidamente os portadores do Mal de Hansen ali internados.

Em 1920, grande parte deles estava concentrada no Isolamento do Umirisal, em um terreno situado próximo ao bombeamento de águas da cidade, o que causava desconfiança de alguns, por uma possível contaminação do líquido fornecido à população, o que de fato não ocorria.

O Umirisal crescera em demasia, tendo, em 1923, mais de cinquenta leprosos, habitando casas de palha e barracões de madeira, sem qualquer

conforto, e um ambulatório, onde atendiam os médicos Alfredo da Matta e Antonio Ayres de Almeida Freitas. A hanseníase iniciava a sua escalada, na Amazônia, que praticamente dela ficara indene durante a época colonial.

A miséria dos doentes era tanta, que comoveu a população de Manaus, organizando-se uma subscrição popular, destinada a levantar fundos para a recuperação da antiga hospedaria de emigrantes de Paricatuba, o que foi conseguido, em 1924, quando o doutor Samuel Uchoa dirigia a Comissão de Profilaxia. Ali se trabalhou durante os anos de 1925 e 1926, e as instalações ficaram perfeitas, após algumas reformas, sendo constituídas por um gigantesco prédio, construído por volta de 1900, a igreja, a usina de luz, as casas residenciais para funcionários e doentes, o necrotério, a bomba de água e a escadaria do porto, além da bela paisagem do rio Negro, em um de seus lugares mais estreitos.

O Amazonas estava preparado para seguir a política de Belisário Pena, a do isolamento dos doentes em hospitais-colônias, face à explosão da lepra, em todo o País, controlando deste modo a sua maior disseminação. Explosão que acabou determinando anos depois o fechamento deles, pois as internações criariam um ônus incontável para o Estado, sendo o Governo Federal o primeiro a se desobrigar desta ação, antes de 1970.

Em 1924, existiam cinquenta internados no Umirisal; 17, no terreno do Tiro de Guerra; uns 50, perambulando pelas ruas de Manaus, sendo 510, na capital, e mais de 1000, em Antimari, Careiro, Cambixe, Fonte Boa, Humaitá, Eirunepé, Lábrea e Manacapuru, os municípios mais atingidos.

Em 1926, a administração amazonense estava entusiasmada com a possibilidade da introdução de imigrantes japoneses e poloneses e o governador Efigênio Sales foi visitar o hospital de Paricatuba, em maio de 1926, acompanhado do embaixador japonês e de outras autoridades, que encantados com aquilo que seria a Colônia Belisário Pena, resolveram transformá-la em uma hospedaria de imigrantes, que jamais chegariam, como os do início do século, para quem fora construída.

E assim a transferência dos doentes foi postergada, somente ocorrendo em 1930, quando deixou de existir o Umirisal, sendo seus doentes levados para Paricatuba, na boca da baía da 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 40 anos

Apesar da existência de dois leprosários no Amazonas, com a inauguração da Colônia Antonio Aleixo, o número de doentes continuou a crescer, devido ao contágio através das mucosas nasais, bucais e sexuais, às más condições de vida e ao desconhecimento do contágio e da promiscuidade decorrente.

Em 1968, quando temporariamente dirigia o então Serviço Estadual de Lepra, realizei um levantamento da situação da doença, no Amazonas, examinando as mais de sete mil fichas de doentes cadastrados, elaboradas durante trinta anos, desde 1938. Este cadastro nos dava, por amostragem, uma ideia geral e verdadeira da distribuição dos doentes, em todo o Estado do Amazonas, e poderia servir de apoio à uma teoria da disseminação da lepra na Amazônia, por mim apresentada naquele mesmo ano.

A 31 de março de 1968, existiam 5398 doentes com hanseníase vivos, no Amazonas, distribuídos pelos municípios (tabela abaixo), considerando-se os 25 originais. Diante desses números verificamos que as regiões mais atingidas correspondiam às de produção extrativa de borracha. As do Médio-Amazonas e do Rio Negro tinham prevalências bem mais baixas, pois estavam fora da área da zona amazonense de extração do látex, e Manaus, como centro de atração para tratamento de saúde, funcionava como uma região anômala, concentradora de doentes.

Essa distribuição associada às áreas de produção de borracha levou-nos a pensar na possibilidade da influência da emigração nordestina e outras, na disseminação da lepra, na Amazônia. Sem dúvida a hanseníase sendo uma doença do Velho Mundo, é relatada desde a mais remota antiguidade, principalmente na área do Fértil Crescente. Durante toda a Idade Média tornou-se um flagelo, na Europa, com grandes concentrações de doentes, que foram gradativamente desaparecendo, deportados para as colônias, ou com a transmissão reduzida pelo confinamento e pela melhoria geral das condições econômicas e sociais, decorrentes da exploração dos territórios ultramarinos. Em Portugal a falta de doentes levou ao fechamento, ainda no século XVII, de centenas de gafarias.

Amazonas: portadores de hanseníase segundo os municípios e regiões*			
Municípios e regiões	População	Doentes p/ mil	%
Manaus (Careiro/Airão/Manaus)	289909	995	3,43
Manaus com a Colônia Antonio Aleixo	2395	2	8,26
Coari	28793	340	11,8
Manacapuru	56975	313	5,49
Codajás (Codajás/Anori)	23191	197	8,49
Tefé (Tefé/Maraã/Japurá)	31710	193	6,09
Zona Solimões-Tefé	140669	1043	7,41
Fonte Boa	19661	198	9,97
B. Constant (B. Constant/Atalaia)	19980	193	9,66
São Paulo de Olivença (S. Paulo/Sto. Antônio do Içá)	29768	84	2,82
Zona Solimões-Javari	69609	475	6,82
Itacoatiara (Itacoatiara/Autazes/N. Olinda)	66675	213	3,19
Parintins (Parintins/Nhamundá)	51412	148	2,9
Barreirinha	14411	45	3,12
Urucurituba	12304	24	1,95
Maués	26954	23	0,85
Urucará	6973	16	2,28
Silves (Silves/Itapiranga)	7465	1	0,13
Zona do Médio Amazonas	186194	471	2,52
Lábrea (Lábrea/Pauini)	32041	187	5,84
Boca do Acre	21875	118	5,39
Canutama (Canutama/Tapauá)	17407	82	4,71
Zona do Purus	71323	387	5,42
Eirunepé (Eirunepé/Envira/Ipixuna)	37041	173	4,67
Carauari (Carauari/Juruá)	26423	150	5,67
Zona do Juruá	63464	323	5,08
Manicoré	21079	144	6,83
Humaitá	16443	59	3,59
Borba (Borba/Novo Aripuanã)	29069	84	2,89
Zona do Madeira	66591	287	4,31
Barcelos	17307	11	0,63
São Gabriel (São Gabriel/Ilha Grande)	26061	6	0,2
Zona do Rio Negro	43368	17	0,39
Amazonas	931127	5398	5,8

*Dados do Serviço Estadual de Hanseníase - colhidos pelo autor – 1968.



Regiões do Amazonas

Existem relatos de que os vikings tinham grande prevalência de hanseníase entre eles e, em uma de minhas viagens à lusitana terra constatei que os descendentes deles, na ria de Aveiro, até hoje são chamados de gafos.

Aliás, o único foco restante, em todo o continente europeu, na época moderna, foi o da Noruega, coetâneo e com números tão elevados quanto os da Amazônia, só controlado, na passagem do século XIX para o XX, por medidas de higiene e educação sanitária, tomadas por toda a população, conscientizada do problema e ajudada pela melhoria das condições econômicas do país.

Outro grande foco mundial exportador do mal de Hansen, para as Américas, foi a África, do Senegal ao Zaire, região até hoje detendo altos índices de prevalência. Alguns desses países foram os grandes fornecedores da mão de obra escrava, para o Brasil, que aqui entrou até a interrupção definitiva do comércio negreiro, em 1854. Por quase trezentos anos desembarcaram em nosso país centenas de milhares de africanos de regiões de alta prevalência de hanseníase, como o Congo, Togo, Guiné, Daomei e Nigéria, e outros de áreas de média, como Angola, disseminando a doença nas zonas de mineração, canavieira e cafeeira do Brasil. O mesmo aconteceria com muitos doentes de Portugal, que para cá vinham tentar nova vida.

O Alto Amazonas, até o advento do ciclo da borracha, sempre fora uma região desabitada e pobre, com uma população origem indígena, civilizada ou arredia, por alguns mamelucos, uns poucos brancos da terra ou estrangeiros,

descendentes de soldados e administradores coloniais, e negros, mulatos e cafuzos, em maior na sua região oriental, onde os seus habitantes possuíam maiores recursos para a sua aquisição dos tumbeiros, os mercadores de escravos. A população vivia em sítios e pequenas povoações ao longo dos rios Negro, Amazonas e Solimões. Os contatos com o mundo exterior eram realizados por Belém, através de barcos à vela de até 30 toneladas, que levavam em média de 80 a 120 dias, no trajeto entre aquela cidade e Manaus, subindo o Amazonas. Internamente, a partir de Manaus, todo o transporte se efetivava por canoas de até 5 toneladas, movidas a remo, levando equipagens de índios semiescravos ou de prisioneiros, condenados às penas de galés, pelos mais simples delitos, alimentados com farinha, piraém (peixe seco salgado), cachaça e ipadú.

Acontecimentos intermediários

Foi a partir da segunda metade do século XIX, que a navegação a vapor, além de ser mais rápida, possibilitou o transporte de maiores quantidades de carga do que a dos pequenos navios à vela, reduzindo para apenas sete dias a distância entre Belém e Manaus, o que antes era feito entre 80 e 120 dias. Isso facilitou a exploração e a anexação ao mercado internacional dos extensos seringais, grandes concentrações de seringueiras produtoras de borracha, localizados em rios chamados da borracha desconhecidos, como o Purus, o Juruá, o Javari e o Aquiri, mas povoados por milhares de índios.

As necessidades crescentes do mercado mundial, sempre precisando de maiores quantidades de borracha, indispensável às novas descobertas e utilizações, que iam acontecendo, ano após ano, mostravam que a escassa população do Amazonas seria insuficiente para atender aos reclamos do mercado. Vários fatores ajudaram a suprir esta situação e entre eles: as sucessivas secas que se desencadearam no Nordeste Brasileiro, no final do século XIX, e a existência de mão de obra ociosa, naquela região, gerando uma grave pressão social, ciclicamente resolvida, pelos governantes nordestinos, com a remessa dos indesejáveis retirantes pobres, para a Amazônia.

Dessa forma, com a Amazônia recebendo centenas de milhares de nordestinos carentes, resolvia-se o problema social da sua região original,

empurrando-os para longe, repovoava-se os novos rios ricos em borracha, conquistava-se o Aquiri (Acre) e com essa mão de obra barata, aumentava-se a produção da borracha, tão necessária aos fios elétricos e de telefones, aos pneus de automóveis e de bicicletas e às câmaras das bolas, que tornaram possíveis os esportes de massa.

Por outro lado, exterminavam-se os índios e se entregava mais de 30.000 pessoas anualmente para morrerem na extração do látex, logo substituídas por outras, enquanto o ciclo da borracha teve condições econômicas para tal.

Junto com esses nossos antepassados estavam centenas de portadores do mal de Hansen, em uma migração forçada ou espontânea, pois talvez jamais possamos defini-la, mas sempre lembramos a primeira possibilidade, pelas ocorrências da Guiana Francesa, transformada em leprosário da França, aonde a prevalência chegou até 48 doentes, por mil habitantes.

As provas

Nas estatísticas do Serviço de Lepra referentes a Manaus estavam as provas da ocorrência acima.

Ali, até 1968, estavam fichados 3001 doentes, dos quais 495 nordestinos, perfazendo 16,5% do total, comprovando a alta percentagem da hanseníase entre os emigrantes. Ao projetarmos este valor sobre o total aleatório de 100.000 emigrantes nordestinos entrados, só no Amazonas, entre 1860 e 1945, encontramos uma prevalência de 4,95 doentes, por cada 1000 emigrantes, valor que aumentaria ainda mais se a ele acrescentássemos os doentes dos outros municípios, ainda vivos e as centenas, talvez milhares, dos que aqui morreram, nesse século de emigração, um número que julgamos bastante elevado.

Contudo existiriam poucos doentes, no Nordeste, à época, vangloriavam-se os serviços de saúde dessa região, alegando as qualidades do clima seco, como se isso importasse na transmissão, e esquecendo-se de que grande parte de seus doentes já fora remetida para a Amazônia e para o Sul, na época das secas e do tráfico interestadual, quando os seus retirantes eram mandados para a Amazônia, e seus escravos estavam sendo vendidos aos donos dos cafezais do Rio e de São Paulo, em plena expansão.

Hoje passados uns cinquenta anos da divulgação deste trabalho, a descoberta de novos casos, no Nordeste, tem sido grande e os números da prevalência alterados.

Além dos nordestinos, um grande número de estrangeiros doentes refugiou-se no Amazonas, principalmente franco-alemães da Alsácia-Lorena, italianos e sírios, que chegaram a representar 1,44% dos doentes de Manaus, em 1968, em percentual maior que os oriundos de outras regiões do Brasil.

Apesar dessa evidência numérica, muitos continuam a pensar no contágio da doença, na Amazônia, sendo alegados fatores climáticos e até alimentares, esquecidos de que a transmissão está na dependência direta da existência da bactéria, fato anteriormente inexistente, pois a primitiva população indígena da Amazônia estava isenta de lepra e, em toda a época colonial, foram registrados apenas os casos de dois militares, um deles transferido de Tefé para o Hospital Militar de Barcelos. Além do mais a transmissão independe do clima e da alimentação, pois a doença atinge populações de hábitos totalmente diferentes, em todos os pontos da Terra, da Noruega à Polinésia.

A presença da hanseníase entre os emigrantes nordestinos explicaria a alta prevalência do Acre, a maior do País, à época, as do Juruá, do Purus, do Solimões e da região Bragantina, regiões de recolonização nordestina, onde os índios foram eliminados, e a sua quase ausência do rio Negro e em alguns municípios do médio Amazonas, que atraíram poucos migrantes, por não terem grandes concentrações de seringueiras.

Deste modo, as correntes migratórias oriundas do Nordeste, resolvendo suas pressões sociais, lançadas na Amazônia para a produção da borracha, com alta prevalência de hanseníase, relegadas à miséria, ao pauperismo, às más condições de higiene, portanto submetidas às condições ideais para a manutenção e o progresso do mal, transmitiram aos seus descendentes, por convivência, por contato diuturno, por falta de esclarecimentos, esta terrível doença transmissível por mucosas e dependente de uma resistência individual de natureza genética.

A condição essencial para livrarmos uma população da hanseníase, estava relacionada, em 1968, com a elevação do seu padrão econômico-cultural. Naquele ano, dos 2.395 doentes de Manaus, cerca de 2.266 ou 94,6% eram analfabetos ou de instrução primária, o que demonstrava esta realidade.

Sabíamos e os doentes nos informavam, às vezes de maneira patética, de que o aumento de cruzes no cemitério das Colônias, em algumas datas, estava relacionado com uma maior obrigatoriedade do tratamento e principalmente por causa das doses de sulfonas.

Hoje sabemos que existem medicamentos altamente eficazes e que a sua eliminação passou a ser uma questão de decisão política continuada.

Os números de 1968 não mais assombram, eles caíram milagrosamente e cumpre às administrações sanitárias atuais e futuras dedicarem a sua atenção ao controle dos novos casos e ao tratamento dos doentes antigos, o que já não é problema, pois os medicamentos atuais realmente curam.

Em 1968, o Estado do Amazonas tinha uma prevalência média de 5,8 doentes por 1000 habitantes ou 58 por 10.000, trinta e três anos depois esses números caíram para apenas 0,746 doentes por 1000, o que representaria um grande avanço, necessitando de consolidação, pois a estrutura colonial da Amazônia persiste, impedindo que a sua população obtenha níveis adequados de civilização.

Continuamos a ser o local de alívio da pressão social existente no Nordeste e no Pará, ótima solução para os problemas de alguns estados, que depois se gabam de resultados falsos, sem levar em conta esta situação. O Centro-Sul especializa-se em ditar leis para a Amazônia, em proveito próprio e sem conhecê-la. E assim permaneceremos no *status* de colônia ainda por muito tempo, enquanto as populações do nosso interior permanecerem estagnadas, enquanto Manaus for pressionada pelos migrantes.

Sem uma política de controle adequada, sempre teremos a possibilidade do recrudescimento de uma doença.

Os números da Hanseníase no Amazonas representam uma vitória da Medicina Amazonense e devem ser aqui registrados, para uma comparação com os dos trinta e três anos passados:

Prevalências por mil habitantes, em 2001 por região e por município do Amazonas

População	Doentes	Prev.	%
Castanho	26.996	19	0,704
Novo Airão	9.118	13	1,426
Irاندuba	33.865	26	0,768
Manaquiri	12.948	12	0,927

Rio Preto	19.736	9	0,456
Presidente Figueiredo	20.568	23	1,118
Autazes	25.175	44	1,748
Careiro	17.160	14	0,816
Periferia de Manaus	165.566	160	0,966
Manacapuru	75.311	65	0,863
Anori	11.602	5	0,431
Codajás	17.947	12	0,669
Anamã	6.631	4	0,603
Beruri	11.476	11	0,959
Caapiranga	9.050	4	0,442
Solimões/Purus	132.017	101	0,765
Itacoatiara	73.350	70	0,954
Maués	41.139	20	0,486
Nova Olinda do Norte	25.018	27	1,079
Silves	7.971	1	0,125
Itapiranga	7.578	5	0,86
Urucurituba	11.570	9	0,778
Médio Amazonas/Maués	166.626	132	0,792
Parintins	93.882	63	0,671
Nhamundá	15.559	4	0,257
Urucará	19.240	3	0,156
S. S. Uatumã	19.240	3	0,401
B. Vista Ramos	11.008	5	0,636
Barreirinha	23.090	5	0,217
Médio Amazonas	170.256	85	0,499
Manicoré	38.064	50	1,314
Borba	30.041	21	0,699
Humaitá	32.048	52	1,623
N. Aripuanã	17.772	23	1,294
Apuí	14.866	23	1,547
Madeira	132.791	169	1,273
Barcelos	25.726	11	0,428
São Gabriel	30.787	8	0,26
Sta. Izabel	9.948	1	0,101
Rio Negro	66.461	20	0,301
Tefé	65.694	35	0,533

Coari	70.609	54	0,765
Fonte Boa	33.315	16	0,48
Maraã	17.679	5	0,283
Japurá	10.233	2	0,195
Juruá	7.894	2	0,253
Jutaí	23.352	9	0,385
Alvarães	12.595	2	0,159
Uarini	10.883	31	2,848
Solimões - Tefé	252.254	156	0,618

Lábrea	28.427	20	0,704
Boca do Acre	27.208	34	1,25
Canutama	10.976	3	0,273
Pauini	17.156	4	0,233
Tapauá	21.200	6	0,283
Purus	104.967	67	0,638

Eirunepé	26.736	43	1,608
Envira	19.487	28	1,437
Ipixuna	15.387	3	0,195
Carauari	23.916	29	1,213
Itamarati	8.329	12	1,441
Guajará	13.358	0	0
Juruá	107.213	115	1,073

B. Constant	23.813	23	0,966
S. P. Olivença	24.140	3	0,124
Atalaia Norte	9.975	23	2,306
Santo Antônio do Içá	29.503	3	0,102
Tabatinga	38.926	6	0,154
Amaturá	7.575	1	0,132
Tonantins	16.177	15	0,927
Solimões-Javari	150.109	74	0,493

Todo Interior	1.448.260	1079	0,745
Manaus	1.451.958	1085	0,747
Total Geral	2.900.218	2164	0,746

Fonte: Dados do Serviço Estadual de Hanseníase, colhidos pelo autor em 1968.



Municípios do Amazonas

Essas novas estatísticas revelam uma profunda alteração na distribuição da doença, no Amazonas, embora as regiões que receberam nordestinos em pouca quantidade continuem a ter as prevalências mais baixas (Rio Negro e Médio Amazonas-Tupinambarana).

Contudo continuam a existir polos quentes no Solimões: 2,306 e 2,848/1000, respectivamente em Atalaia do Norte e em Uarini, e Eirunepé, no Juruá, com 1,618/ 1000.

Constatamos quedas espetaculares do número de doentes em Coari, de 11,8 para 0,765/000, Fonte Boa, de 9,97 para 0,480/000 e em Benjamim Constant, de 9,66 para 0,966/000.

Considerações finais

Mais 50 anos passaram-se dos dados iniciais deste trabalho e o Ministério da Saúde divulgou as taxas de prevalência da hanseníase, que voltou a crescer, em 2017, para 1,01/10000, a partir do mais baixo valor de todos os tempos, em 2015, 0,88/10.000.

Assim, em 50 anos foi quebrado o avanço da hanseníase, no Amazonas, baixando a prevalência sobre 10.000 pessoas, de 58 para 1,01 doentes, o que é um fato, mas alertando para um crescimento sorrateiro, a exigir a vigilância de todos.

Fontes consultadas

FERREIRA, Alexandre Rodrigues. *Diário da viagem filosófica pela capitania de São José do Rio Negro*. Com a Informação do estado presente. Alexandre Rodrigues Ferreira, naturalista empregado na Expedição Filosófica do Estado. Participação Segunda: de Barcelos a Poiares. São Paulo: Vitae, apoio à cultura, educação e promoção social, s/d.

FERREIRA, Alexandre Rodrigues. *Viagem Filosófica pelas Capitânicas do Grão Pará, Rio Negro, Mato Grosso e Cuiabá: 1783-1792*. 2 vols., vol. 1: Geografia e Antropologia. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1971.

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

LOUREIRO, Antônio José Souto. *O Amazonas na Época Imperial*. 2ª ed. Manaus. s/ed, 1990.

MATTA, Alfredo Augusto da. Relatório da Diretoria-Geral de Higiene Pública do Estado do Amazonas. Dirigido ao Governador Silvério Nery. In: NERY, Silvério. *Mensagem lida perante o Congresso do Amazonas em 15 de janeiro de 1901 pelo Dr. José Silvério Nery*, Governador do Estado. Manaus: Tipografia Ferreira Penna, 1901.

REIS, Arthur César Ferreira. *Aspectos da experiência portuguesa na Amazônia*. Manaus. s/e., 1966.