

HELENO BRAZ DO NASCIMENTO

**A LEPRA EM MATO GROSSO: caminhos
da segregação social e do isolamento
hospitalar (1924 - 1941)**

Cuiabá - MT
2001

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

**A LEPRA EM MATO GROSSO: caminhos
da segregação social e do isolamento
hospitalar (1924 - 1941)**

HELENO BRAZ DO NASCIMENTO

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA DO INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE MATO GROSSO, COMO REQUISITO
PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE
EM HISTÓRIA-ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: HISTÓRIA,
TERRITÓRIOS E FRONTERAS.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Lylia da Silva Guedes Galetti

Cuiabá - MT
Abril de 2001

Ficha Catalográfica

N2441 Nascimento, Heleno Braz do.

A lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924-1941) / Heleno Braz do Nascimento. Cuiabá: Instituto de Ciências Humanas e Sociais da UFMT, 2001.

178p.

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em História, do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em História. Área de Concentração: História, Territórios e Fronteiras.

Bibliografia: p. 163-167.

Inclui anexos.

CDU-619.9: 316.647.2

Índice para Catálogo Sistemático

1. Lepra-Segregação social-Mato Grosso-1924-1941
2. Lepra-Isolamento hospitalar-Mato Grosso-1924-1941
3. História da lepra (Doença)-Mato Grosso-1924-1941

Banca examinadora

Prof^ª. Dra. Margarida de Souza Neves (PUC - RJ)

Prof^ª. Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli (ISC - UFMT)

Prof^ª. Dra. Lylia da Silva Guedes Galetti (Orientadora)

Aos leprosos de ontem, hansenianos de hoje e morféticos de anteontem.

Ao servente de pedreiro, esmagado por uma parede de taipa, que ruiu inesperadamente quando das obras de reconstrução do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, no ano de 1924.

In memoriam

Agradecimentos

A realização deste estudo foi tarefa que envolveu a colaboração direta ou indireta de muitas pessoas, sem as quais o mesmo não teria sido concretizado. Manifesto minha gratidão a todos os envolvidos e, de forma particular:

à Prof^ª. Dra. Lylia da Silva Guedes Galetti, minha orientadora e cúmplice nos últimos meses de elaboração desta dissertação. Nossa trajetória, neste momento, foi curta, porém rica e instigante. Muito obrigado pelo aprendizado saboroso, resultado de uma orientação competente, amiga, responsável e criativa;

à Prof^ª. Dra. Matilde Araki Crudo, que esteve comigo, lado a lado, desde o início deste curso de mestrado, orientando, sugerindo e ensinando os caminhos mais frutíferos. Presença amiga, confiável e bem humorada nos momentos de maior ou menor angústia;

à Prof^ª. Dra. Margarida de Souza Neves, historiadora séria e competente, que brindou-me com seus valiosos comentários, sugestões e, principalmente, incentivos, no momento do exame de qualificação. Tenho certeza que sua presença na banca de defesa desta dissertação se converterá numa oportunidade ímpar de aprendizado para todos nós;

à Prof^ª. Dra. Maria Angélica dos Santos Spinelli, por ter aceitado o convite para ser uma das arguidoras desta dissertação. Doutora experiente no campo da Saúde Pública, espaço que 'invadi' com muita insegurança, buscando aprender um pouco mais e, acima de tudo, tentado fazer uma abordagem histórica do tema analisado. Agradeço pela oportunidade de envolver-me neste debate tão rico, pautado na interdisciplinaridade.

à Prof^ª. Dra. Elizabeth Madureira Siqueira, pelos ensinamentos, sugestões e algumas críticas, oferecidos no momento do exame de qualificação deste trabalho. Grande conhecedora da história mato-grossense e de suas fontes empíricas. É sempre um privilégio poder contar com a sua generosidade, segurança e competência;

aos amigos, colegas, professores e funcionários do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História (Mestrado) da UFMT que, direta ou indiretamente, contribuíram para enriquecer as reflexões desenvolvidas no decorrer do curso de Mestrado e também na elaboração desta dissertação. Neste momento de reconhecimentos, gostaria, ainda, de tornar pública minha gratidão:

à Teresinha Vera Ribeiro Dorileo (Tetê), secretária do Departamento de História e torcedora animada em prol das minhas conquistas, desde a graduação;

à Matildes Dias Koike, secretária do Programa de Pós-graduação em História, pela imensa boa vontade a mim dispensada nos vários momentos que precisei de depender dos seus préstimos;

aos funcionários do Arquivo Público de Mato Grosso (APMT) e do Núcleo de Documentação e Informação Histórica Regional da Universidade Federal de Mato Grosso (NDIHR/UFMT), pela dedicação com que sempre me atenderam, facilitando o meu acesso às várias fontes empíricas, documentos, registros, sem os quais a elaboração deste trabalho não teria sido possível.

Construir um trabalho intelectual significa, na maioria das vezes, ter que passar por alguns momentos de angústia e solidão. E nestes instantes complicados do ofício, marcaram presença algumas pessoas queridas que me ajudaram a superá-los, permitindo-me usufruir de sentimentos nobres como a amizade, o amor, a compreensão e o companheirismo. No rol desses seres humanos especiais, que a memória (auxiliada pelo coração) me faz recordar neste momento, gostaria de destacar alguns nomes, os quais carinhosamente agradeço:

Mariano, meu grande amigo e torcedor fiel de todas as horas. É tão bom poder contar contigo em todos os momentos, sempre. Intelectual capaz, atento e perspicaz. Amigo generoso, sincero e confiável.

Mariluce (Lucinha), minha irmã, apoio cotidiano, presente nas soluções encontradas para aqueles problemas corriqueiros e inesperados, mas que surgem nos momentos mais solitários e angustiantes de um trabalho intelectual;

Maria (Negão), parte de mim, não apenas pela relação de parentesco, mas, principalmente, pelo entendimento mútuo, amizade, sinceridade e também por algumas pequenas, porém proveitosas divergências... Por que não???

Agradeço, ainda, a alguns parentes mais próximos, que acompanharam de perto essa caminhada, respeitando as minhas ausências em momentos de festas e alegrias. Pelo incentivo e compreensão, destaco aqui, entre outros, as minhas primas: Francina, Jucélia e Laura.

A elaboração desta dissertação também contou com o importante apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), efetivado através de uma bolsa de estudos, concedida pelo Programa de Demanda Social. Registro aqui a minha gratidão a essa Coordenação, que tanto favorece e estimula a pesquisa científica no Brasil.

Um entendimento significativo do presente exige que se enxergue à luz do passado - de onde veio - e do futuro, que está nascendo em seu interior. Todo desafio enfrentado pelo homem, todo problema que precisou resolver, tem origem histórica. Mais ainda, nosso modo de agir é, em grande medida, determinado por nossas imagens mentais do passado. Assim, para entendermos os problemas de nossa sociedade e desempenharmos um papel inteligente na construção de nossa civilização, precisamos possuir um senso de continuidade no tempo, devemos ter a consciência de ser impossível avançar para o futuro, inteligentemente, sem a disposição de olhar para o passado; devemos, enfim, conhecer o passado, saber como veio a originar-se o presente.

George Rosen

[...] as doenças têm apenas a história que lhes é atribuída pelo homem. A doença não tem existência em si, é uma entidade abstracta à qual o homem dá um nome.

Jean-Charles Sournia

[...] Morrer é triste, mas mais triste é morrer em meio a um lento desfazer-se das carnes, depois de uma silenciosa invasão de um inimigo que penetra por toda parte, pouco a pouco, destruindo todas as características mais nobres do rosto e do corpo [...].

Ernesto Bertarelli, citado por Ítalo Tronca.

Resumo

Esta dissertação analisa representações e práticas sociais acerca da lepra, em especial no que concerne às estratégias políticas de segregação social e de isolamento hospitalar das pessoas acometidas pela moléstia no decorrer do período 1924-1941. Sua preocupação central é discutir, com base em documentos oficiais, o modo pelo qual a sociedade mato-grossense se mobilizou para enfrentar a problemática da doença, focalizando especialmente as ações das elites. Também busca identificar as condições sócio-políticas e médico-sanitárias em que a lepra passa a ser encarada como um problema de ordem institucional em Mato Grosso, de responsabilidade do poder público, e, em que medida a doença foi de fato tratada como uma questão de Saúde Pública no Estado. Procura-se demonstrar que o medo, a rejeição, o preconceito e o estigma milenar em relação à doença (e aos *infelizes* acometidos por ela) eram representações que faziam parte de um imaginário cujas raízes remontam aos tempos bíblicos, mas que ainda persistia, com poucas alterações, entre a maioria dos mato-grossenses que viveram no período aqui analisado. Esse imaginário recorrente, carregado de representações estigmatizantes, resultava em práticas sociais que obrigavam os leprosos a serem segregados do convívio social e isolados em hospitais destinados para tal fim.

Abstract

This research analyses representations and social politics concerning leprosy, in special in what concerns to the political strategies of social segregation and hospital isolation of the people infected by the disease, during 1924-1941. The central concern is to discuss, based on official documents, the way the society from Mato Grosso has been mobilized to face the problematics of the disease, focus specially on the elite actions. Also trying to identify the social, political and medical-hospital conditions, in which leprosy starts being faced as a institutional problem in Mato Grosso, as so, being a Public Government responsibility, and in which way the disease was, in fact, treated as a matter of Public Health on the State. It's tried to be demonstrated that fear, rejection, prejudice and the ancient stigma related to the disease – and to the miserable infected by it – were a part of our imaginary representations, and which roots rebuild from the biblical times, but which still persist, with just a few changes, among the majority people from Mato Grosso who lived here on the analysed time. This imaginary, loaded with stigmas and representations, resulted on social practices that forced the leprous people to be segregated from the social coexistence and isolated in hospitals which were destined for this objective.

Sumário

Introdução	10
Capítulo I - O estigma da lepra: representações e práticas sociais na história da doença	24
1. Um histórico da lepra	25
2. Segregação, isolamento e vigilância: a função dos leprosários	41
Capítulo II - A trajetória da lepra em Mato Grosso: dos tempos coloniais ao limiar do século XX	45
Apresentação	46
1. Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá: origens do isolamento hospitalar como medida profilática em Mato Grosso	51
2. Lepra e abandono em Mato Grosso: a trajetória do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá durante o Império e inícios da Primeira República	63
Capítulo III - Caridade e profilaxia: as elites de Mato Grosso e suas atitudes acerca dos leprosos	74
Apresentação	75
1. Lepra, caridade e poder: a Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá	83
2. Frutos da caridade: a Comissão Feminina PRÓ-LÁZAROS e a reinauguração do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá	100
Capítulo IV - Lepra e Saúde Pública em Mato Grosso: pobreza, isolamento e profilaxia	113
Apresentação	114
1. Lepra: uma doença dos pobres?	118
2. O Regulamento Sanitário de 1938: a institucionalização das formas de isolamento para os leprosos em Mato Grosso	129
Considerações Finais	154
Fontes e referências bibliográficas	159
Anexos	168

Introdução

Não há realidade histórica acabada, que se entregaria por si própria ao historiador. Como todo homem de ciência, este, conforme a expressão de Marc Bloch, deve, “diante da imensa e confusa realidade”, fazer a “sua opção” – o que, evidentemente, não significa nem arbitrariedade, nem simples coleta, mas sim construção científica do documento cuja análise deve possibilitar a reconstituição ou a explicação do passado.

Jacques Le Goff

Esta dissertação pretende contribuir com a historiografia sobre as doenças no Brasil, focalizando o modo como uma parcela da sociedade mato-grossense, representada por seus dirigentes políticos, autoridades médicas e homens e mulheres da elite local, lidou com a lepra¹ e com os leprosos, ao longo do período 1924-1941.

Minhas preocupações com a temática das doenças e, em especial, da lepra, começaram ainda no início do curso de graduação em História na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Em 1994, Por exigência da disciplina *Antropologia Social I*, fiz algumas entrevistas com moradores do bairro São João dos Lázarus, em Cuiabá, local onde resido desde o início da década de 1980. E foi através daquelas simples entrevistas que fiquei sabendo da existência, naquele espaço, até a década de 1960, de um hospital de segregação social e de isolamento para leprosos, conhecido como Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá.

Em 1995, tive a oportunidade ímpar de ser aceito como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), vinculado a um projeto de pesquisa desenvolvido no Departamento de História da UFMT². Como bolsista, desenvolvi uma pesquisa sobre o Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá (período 1755 - 1819), que seria a base de minha monografia de conclusão da graduação³. Ampliada e aprofundada, esta pesquisa resultou na monografia que apresentei como requisito para a conclusão do Curso de Especialização⁴, também oferecido pelo Departamento de História da UFMT.

Durante estes anos, tive a oportunidade de discutir a pesquisa que vinha desenvolvendo com alunos da rede estadual de ensino e do curso de Serviço Social da UFMT. Nessas trocas de conhecimentos, conheci alguns alunos e alunas

¹ Neste trabalho optou-se pelo uso do termo lepra, por ser esta a denominação dada à moléstia no período aqui analisado.

² Intitulado *A transformação do espaço urbano de Cuiabá: as medidas profiláticas do discurso moral (1840 - 1940)*, coordenado pelo prof. Ms. Oswaldo Machado Filho.

³ Intitulada *As Origens do Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá (1755 - 1819)*, 1997.

⁴ Intitulada *Lepra e leprosários: medo, exclusão social e isolamento hospitalar em Mato Grosso (1894 - 1941)*, 2000.

portadores da doença e também tive acesso à várias informações sobre problemas sociais relacionados à lepra (ou hanseníase) em Mato Grosso. Pude, então, perceber a presença de fortes preconceitos, falta de informações e o estigma que ainda rondam a moléstia no presente. Essa experiência reafirmou minha intenção de continuar a estudar e analisar a história da lepra no Estado e ajudou-me a definir as questões que nortearam esta dissertação de mestrado.

Inicialmente, pretendia estudar o cotidiano dos leprosos isolados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, ao longo do século XIX e parte do XX, em busca de responder a algumas questões: relações sexuais, casamentos realizados na capela existente no interior do hospital; crianças nascidas dessas relações entre os doentes internos (o que fazer com elas?); violência, caracterizada por brigas e até mortes entre os internos; formas de organização para garantir a sobrevivência naquele espaço de segregação social. Entretanto, no decorrer da pesquisa, que se estendeu até o final dos anos 1930, fui percebendo que dificilmente conseguiria responder satisfatoriamente a essas questões. Sobretudo abarcando um período tão longo, em uma dissertação a ser elaborada em apenas dois anos. Por outro lado, a documentação encontrada e as sugestões da banca do exame de qualificação me encaminharam em outra direção.

Nesse percurso, e lembrando das reflexões de Jacques Le Goff (citadas na epígrafe que abre esta Introdução) sobre as escolhas que o historiador deve fazer, optei por analisar a problemática de como a sociedade mato-grossense lidou com a questão da lepra e, em especial, da segregação social e do isolamento hospitalar dos leprosos, privilegiando um conjunto de representações e práticas sociais produzidas no interior desta sociedade, no período 1924-1941.

Trata-se de buscar entender de que forma se deu a implementação do isolamento hospitalar dos leprosos em Mato Grosso, naquele período. Como as elites, apavoradas pelas possibilidades do contágio e da disseminação da lepra, envolveram-se com a questão? A partir de quando e quais medidas de Saúde Pública foram tomadas, pelo poder instituído, para tentar amenizar os problemas trazidos pela moléstia à sociedade mato-grossense e, principalmente, às suas camadas menos favorecidas? Que relações se pode estabelecer entre lepra e pobreza, entre profilaxia da lepra e caridade pública na sociedade do período? E,

ainda, averiguar qual o papel reservado ao Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá nesta história da lepra?

O recorte temporal - 1924-1941 - enfatiza duas datas que se apresentam como balizas de um momento significativo na história do isolamento hospitalar dos leprosos em Mato Grosso. Em 1924, numa conjuntura político-social que sinalizava mudanças nas ações referentes à Saúde Pública no Brasil, o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, fundado em 1816, e único estabelecimento destinado ao isolamento de leprosos em Mato Grosso, foi reinaugurado, após mais de um século de abandono e de decadência. Este acontecimento, ao mesmo tempo que espelhava aquelas mudanças, caracterizadas por uma maior intervenção do poder estatal na área da saúde, reiterava uma das mais antigas formas das sociedades lidarem com a presença da lepra e dos leprosos em seu interior: a do isolamento, amparado pela caridade pública.

1941, foi o ano de inauguração do Leprosário de São Julião (hoje localizado no Estado de Mato Grosso do Sul), cujo cotidiano seria regido por um minucioso conjunto de normas, definidas em um Regulamento Sanitário, elaborado em 1938. A inauguração desta *moderna Colônia de Leprosos*, simbolizava, de certa forma, o coroamento das mudanças institucionais na área de Saúde Pública no Brasil daquele período. Para esta instituição foram sendo transferidos, paulatinamente, os doentes segregados no Hospital dos Lázaros de Cuiabá, contribuindo decisivamente para o seu ocaso. 1941 também foi o ano em que se começou a fazer, no Brasil, os primeiros ensaios com a utilização da sulfona no tratamento da lepra.

É importante frisar que as análises desenvolvidas nesta dissertação não se limitam exclusivamente ao período 1924-1941. Com o objetivo de melhor fundamentar as questões aqui abordadas, os dois primeiros capítulos fornecem subsídios sobre a história da lepra, enfatizando o imaginário ocidental sobre a doença e sua trajetória em Mato Grosso, nos séculos XVIII e XIX. As discussões desenvolvidas nestes capítulos indicam que muitos elementos desse imaginário, no que diz respeito às atitudes sociais acerca da segregação e do isolamento dos leprosos, ainda se faziam presentes na primeira metade do século XX.

Mais especificamente, esta dissertação tem como objetivo identificar e analisar representações e práticas sociais acerca da lepra, em especial no que diz respeito às estratégias políticas de segregação social e de isolamento hospitalar das pessoas acometidas pela moléstia no decorrer do período 1924-1941. Analisa também o modo pelo qual a sociedade mato-grossense se mobilizou para enfrentar a problemática da doença, focalizando especialmente as ações das elites; e objetiva, ainda, identificar as condições sócio-políticas e médico-sanitárias em que a lepra passa a ser encarada como um problema de ordem institucional em Mato Grosso, de responsabilidade do Estado, e, em que medida a doença foi de fato tratada como uma questão de Saúde Pública.

Por último, é também objetivo desta dissertação demonstrar como o medo, a rejeição, o preconceito e o estigma milenar em relação à doença (e aos *infelizes* acometidos por ela) eram representações que faziam parte de um imaginário cujas raízes remontam aos tempos bíblicos, mas que ainda persistia, com poucas alterações, entre a maioria dos mato-grossenses do período em questão. Esse imaginário recorrente, carregado de representações estigmatizantes, resultava em práticas sociais que obrigavam os leprosos a serem segregados do convívio social e isolados em hospitais destinados para esse fim. Naquele universo de medo, segregação social e do isolamento hospitalar como medida profilática, destacava-se, em Mato Grosso, o Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá⁵, como local de recolhimento dos leprosos rejeitados pela sociedade *sadia*.

Quanto às fontes utilizadas nesta dissertação, privilegiou-se um conjunto de documentos nos quais as representações e práticas sociais, que são objeto de análise neste estudo, puderam ser melhor identificadas. Destaca-se aqui, dentre outros, os Relatórios da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, o Regulamento Sanitário de 1938, Relatórios dos Inspectores de Higiene e do Departamento de Saúde de Mato Grosso. Foram também utilizados inúmeros documentos avulsos, manuscritos, mensagens dos presidentes de Estado, jornais, revistas, artigos de comissões indicadas para vistoriar os estabelecimentos públicos de caridade, prestação de contas, entre outros (além da bibliografia

⁵ Primeiro leprosário construído em Mato Grosso; inaugurado em 25 de abril de 1816, sob a denominação de Casa Pia de São Lázaro.

disponível, arrolada no item fontes e referências bibliográficas), que permitiram ampliar as análises daquelas práticas e representações. Esta documentação foi levantada no Arquivo Público de Mato Grosso (APMT) e no Núcleo de Documentação e Informação Histórica Regional da Universidade Federal de Mato Grosso (NDIHR/UFMT).

Analisar esta documentação, significou buscar perceber - através dos discursos oficiais das autoridades mato-grossenses, no âmbito político-administrativo e médico-sanitário, e de homens e mulheres que, de algum modo, se envolveram com a questão da lepra e dos leprosos - as representações e as práticas sociais que impulsionaram a segregação social e o isolamento desses doentes em Mato Grosso, no período em questão.

Neste sentido, alguns trabalhos foram fundamentais. Entre eles, destaco aqui *A história nova*, de Jacques Le Goff, cujas as reflexões do autor sobre o papel da história e suas múltiplas possibilidades de pesquisa para o historiador, permitiu-me localizar melhor o tema tratado na historiografia sobre as doenças de uma maneira geral. Em *As doenças têm história*, Le Goff faz uma apresentação que muito contribuiu para o entendimento do lugar privilegiado que ocupa o tema das doenças nos trabalhos de história, a partir da década de 1960. O autor acrescenta, ainda, que a doença, o corpo sofredor - espaço privilegiado dos fantasmas individuais mediatizados pela família, o meio, o Estado (gestor cada vez mais poderoso da saúde) - transformou-se em objeto privilegiado dos historiadores.

A doença pertence à história, em primeiro lugar, *porque não é mais que uma idéia, um certo abstracto numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais*. Nesse sentido, talvez mais que qualquer outra, a lepra é uma doença que pertence à história. E não apenas

*à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades*⁶.

⁶ LE GOFF, Jacques.(apres.) "Uma história dramática". In: _____ *As doenças têm história*. 1997, pp. 7-8.

Pode-se destacar, ainda, a obra *História: novos objetos*, Dirigida por Le Goff e Pierre Nora, especialmente o ensaio "O corpo: o homem doente e sua história", escrito por Jacques Revel e Jean-Pierre Peter, onde os autores expõem sobre as dificuldades de se refletir sobre as *aventuras do nosso próprio corpo* e sobre as incertezas e *o preço* de se escrever uma história da doença, *que não seja a história de outra coisa, ou que, para melhor dizer, não evite seu objeto*⁷.

As noções privilegiadas pelo modelo de história cultural defendido por Chartier, foram imprescindíveis nas análises aqui desenvolvidas. Segundo este autor, a história cultural *tem por principal objecto identificar o modo como em diferentes lugares e momentos uma determinada realidade social é construída, pensada, dada a ler. Uma tarefa deste tipo supõe vários caminhos*⁸. Considerando essa noção de pluralidade, entende-se que as práticas sociais eram forjadas a partir do lugar, da posição social que cada indivíduo ocupava na sociedade matogrossense para o período. A rejeição, a segregação e o isolamento dispensados aos *lazarentos* também podem ser analisados como resultado de percepções do social que não são, de forma alguma, neutras e que, portanto, produzem estratégias, resistências e práticas sociais, políticas *que tendem a impor uma autoridade à custa de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projecto reformador ou a justificar, para os próprios indivíduos, as suas escolhas e condutas*⁹.

Importante também, para a abordagem do tema analisado, foi o trabalho de George Rosen *Uma história da saúde pública*, texto riquíssimo e imprescindível como suporte teórico-metodológico para qualquer trabalho na área de saúde e doença. O autor elucida questões de Saúde Pública desde as sociedades primitivas até tempos recentes, afirmando que ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens e mulheres enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Como por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida suficientes e puras, a assistência médica e o alívio da

⁷ REVEL, Jacques. e PETER, Jean-Pierre. "O corpo: o homem doente e sua história". In: LE GOFF, Jacques. e NORA, Pierre. (orgs) *História: novos objetos*. 1995, pp. 142-155.

⁸ CHARTIER, Roger. *A história cultural: entre práticas e representações*. 1990, p. 16.

⁹ *Ibidem*, p. 17.

incapacidade e do desamparo. A ênfase sobre cada um desses problemas ou aspectos variou no tempo. E de sua inter-relação originou-se a Saúde Pública como a conhecemos hoje ¹⁰.

Conhecer a história das doenças, segundo George Rosen, ilumina o interesse público pela saúde. Os homens sempre tiveram que enfrentar problemas de saúde, nascidos de atributos e carências de sua natureza. E com base nessa necessidade da vida social, desenvolveu-se, com uma clareza crescente, o reconhecimento da importância notável da comunidade para promover a saúde, e prevenir e tratar a doença. A suma dessa consciência é o conceito de Saúde Pública¹¹.

Estudos de *paleopatologia* mostram não só a antiguidade das doenças, mas suas ocorrências nas mesmas formas: infecção, inflamação, distúrbios do desenvolvimento e do metabolismo, traumatismos, tumores, etc. Por exemplo, encontrou-se a esquistossomose, existente no Egito ainda hoje, em rins de 3.000 anos de idade, e se diagnosticou a tuberculose da espinha em restos de esqueletos de índios pré-colombianos. Se, no entanto, segundo Rosen, tais formas não se modificaram, a presença das moléstias e a maneira das sociedades de lidarem com elas variaram no tempo e no espaço. Conhecer essas variações é essencial para a compreensão dos problemas de saúde e das teorias e práticas relativas à enfermidade no curso da história ¹².

Ao ter que enfrentar e lidar com doenças endêmicas ou epidêmicas, as comunidades e indivíduos agem de acordo com as percepções, conceitos e preconceitos acerca da natureza das moléstias, existentes nas sociedades e culturas onde elas se manifestam. Nesse sentido, práticas e representações sobre saúde e doenças variam não apenas no tempo, mas também no interior destas sociedades e culturas, ativando formas de compreensão que vão do sobrenatural ao científico ¹³.

¹⁰ ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. 1994, p. 31.

¹¹ *Ibidem*, pp. 25-26.

¹² *Ibidem*, p. 33.

¹³ Cf. LE GOFF, Jacques. (apres.) "Uma história dramática" In: _____ *As doenças têm história*, 1997, p. 7.

A lepra traz consigo particularidades em relação às outras doenças, especialmente no diz respeito à demora da ciência em descobrir a cura e em oferecer explicações esclarecedoras acerca da moléstia. Isso contribuiu para a permanência de um imaginário marcado por um estigma que atravessou séculos de história, acompanhando a doença e contribuindo para reforçar as atitudes de segregação social e de isolamento hospitalar dos leprosos. É uma enfermidade que permaneceu, durante séculos, pautada pelas explicações sobrenaturais. Desde os escritos bíblicos do Levítico, a lepra já era descrita como uma doença transmissível e incurável. Contudo, suas causas, formas de contágio e de transmissão, diagnóstico seguro e sua cura são fatores que ainda hoje provocam polêmica na sociedade em geral, inclusive entre membros que compõem uma medicina científica das mais avançadas¹⁴.

A lepra sempre se apresentou como um grave problema social a ser solucionado (ou pelo menos amenizado) pelos membros das inúmeras comunidades que tiveram a infelicidade de enfrentá-la. Desse modo, a moléstia tem sua história entrelaçada com as preocupações referentes à Saúde Pública ao longo do tempo.

Muito úteis foram as reflexões de Michel Foucault, contidas, entre outros, nos ensaios: "O nascimento da medicina social" e o "Nascimento do hospital", encontrados na ontologia *Microfísica do Poder*. Estes textos permitiram-me descobrir muito mais sobre a trajetória da medicina social e da instituição hospitalar na história de alguns países do ocidente. Michel Foucault afirma que, desde o final do XVI e começo do século XVII, iniciou-se na Europa Ocidental uma preocupação mais abrangente com o estado de saúde da população num clima social, político, econômico e científico, característico do período denominado mercantilista¹⁵. E das conquistas de melhores condições de vida,

¹⁴ Sobre as dúvidas existentes ainda hoje acerca da lepra: suas formas de transmissão, cadeia epidemiológica, fenômeno de suscetibilidade e de resistência das pessoas expostas ao risco de adquirir a moléstia, grau de disseminação, etc. consultar o Anexo I deste trabalho, intitulado "Sobre a lepra: considerações gerais".

¹⁵ FOUCAULT, Michel. "O nascimento da medicina social". In: _____ *Microfísica do poder*, 1979, p. 82.

advindas do próprio mercantilismo ao longo do tempo, teve-se como resultado a diminuição e até o desaparecimento da lepra na maioria dos países europeus¹⁶. Estas foram discussões importantes para fundamentar a história da lepra no Brasil e em Mato Grosso, e também do perfil institucional assumido pelo hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá no período em questão.

Também sobre a história dos hospitais e leprosários no ocidente cristão, foi indispensável a obra de José Leopoldo Ferreira Antunes, intitulada *Hospital: instituição e história social*. Sem as discussões e reflexões que Antunes faz em seu texto, sobre a atenção dispensada à lepra e aos leprosários na Idade Média e Moderna este trabalho ficaria bastante empobrecido.

Sobre o medo, sentimento indissociável da lepra e de sua história, serviram-me de base os trabalhos de Jean Delumeau e Georges Duby, intitulados, respectivamente, *História do Medo no ocidente 1300-1800* e *Ano 1000 ano 2000 na pista de nossos medos*. No primeiro, Delumeau faz uma pesquisa acurada sobre o medo e suas repercussões na Europa Ocidental, para o período citado; já no segundo, Duby analisa e faz um paralelo muito interessante entre alguns dos principais medos vivenciados pelas pessoas que viveram no ano mil com outros enfrentados pelos homens e mulheres do final do século XX. Nestas reflexões sobre o medo na história do ocidente, a lepra marca presença de forma acentuada, pois as práticas e representações acerca da moléstia sempre estiveram relacionadas com o medo que os indivíduos tinham de serem acometidos por ela. Duby faz um breve paralelo entre o medo da lepra no passado e o medo da Aids no presente. Discussões que vão ser retomadas por Ítalo Tronca, em seu livro, intitulado *As máscaras do medo: lepra e aids*, onde o autor analisa vários aspectos do imaginário sobre estas duas doenças no continente americano, principalmente, no Brasil e nos Estados Unidos e também faz um paralelo, entre o medo da lepra e o da aids.

Os escritos de Tronca são pioneiros na tentativa de analisar o imaginário sobre a lepra no Brasil, inicialmente focalizando a doença no Estado de São Paulo, na primeira metade do século XX. Na década de 1980, escreveu um artigo,

¹⁶ MORAES, Maria Auxiliadora Maciel de. et. al. *Relação entre condições de vida e hanseníase*, 1990, p. 16.

publicado na obra *Recordar Foucault: os textos do colóquio Foucault* intitulado "História e doença: a partitura oculta (a lepra em São Paulo, 1904-1940)", onde analisa o imaginário de longa duração que envolve as práticas sociais acerca da lepra no período. Reflexões que foram retomadas e reforçadas em seu trabalho mais recente, já citado acima.

Segundo Tronca, estudar a lepra e os leprosos é também contribuir para se retirar a doença de um relativo esquecimento ou desmerecimento por parte da *historiografia científica e cultural*. Para este autor, a lepra merece ser analisada, não apenas por ser uma moléstia muito antiga, cujas imagens e representações remontam à Bíblia e, de alguma maneira, ainda sobrevivem no imaginário social, como também porque acredita-se que, no "descaso" dispensado à doença, talvez esteja a explicação para o vigor com que o estigma em relação aos leprosos ainda sobreviva na atualidade¹⁷. Há um universo velado da lepra, sua história permanece no silêncio, numa espécie de fronteira

*entre a vida e a morte, onde médicos, enfermeiros, funcionários e doentes conviveram durante muito tempo, ligados entre si como os dedos às mãos, prisioneiros do Castelo da Ciência*¹⁸.

Ainda segundo Tronca, os especialistas em Ciências Sociais que começaram, há alguns anos, a explorar esse domínio novo para eles - os corpos e suas doenças -, vêm mostrando que, em todas as sociedades, ordem biológica e ordem social se correspondem.

*Em todos os lugares e a cada época é o indivíduo que é doente, mas ele é doente aos olhos da sua sociedade, em função dela, e segundo as modalidades que ela fixa. O discurso do doente se elabora, portanto, no interior do próprio discurso das relações do indivíduo com o social. Esta é uma das descobertas que devemos a Michel Foucault*¹⁹.

¹⁷ Cf. TRONCA, Ítalo A. *As máscaras do medo: lepra e aids*. 2000, p. 23.

¹⁸ TRONCA, Ítalo A. "História e doença: a partitura oculta (a lepra em São Paulo, 1904-1940)". In: *Recordar Foucault: os textos do colóquio Foucault*. 1985, pp. 136 - 137.

¹⁹ *Ibidem*, p. 137.

Na perspectiva de Tronca, a doença é também uma realidade construída, e o doente é um personagem social. Essas reflexões foram tomadas como base fundamental na construção desta dissertação. Trata-se do único autor (salvo engano) que escreveu trabalhos específicos sobre a lepra no Brasil, na primeira metade do século XX. Entretanto, a história da medicina, da saúde e das doenças têm lugar na literatura brasileira desde a primeira publicação (1947) de *História Geral da Medicina brasileira*, de Lycurgo Santos Filho, republicado (dois volumes) em 1991. Obra pioneira e única na bibliografia nacional, pela impressionante soma de dados, pesquisas e informações que traz consigo, inclusive sobre a lepra e os leprosários no Brasil.

Foram também essenciais, para esclarecer melhor o contexto nacional de transformações na política médico-sanitária no Brasil, os estudos de diferentes áreas de conhecimento sobre saúde pública e saneamento no Brasil da primeira metade do século XX, muitos deles desenvolvidos em programas de pós-graduação na área de Saúde Coletiva²⁰. Neste momento, a Saúde Pública brasileira passa por um processo de institucionalização, tornando-se alvo das políticas de centralização e de constituição do Estado-nação, sendo, paulatinamente, incorporada como uma área de atividade estatal. Neste contexto, a lepra passa a ser encarada, pelo poder instituído, também como um problema de Saúde Pública, que precisa ser assumido pelo Estado.

Na historiografia mato-grossense existe uma grande lacuna no que diz respeito à história das doenças, tema ainda muito pouco (ou nada) explorado pelos historiadores²¹. E, quando se pensa na história da lepra em Mato Grosso, essa

²⁰ Destaco aqui, os textos que considero fundamentais para a compreensão deste período: MASSAKO, Iyda, *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*, 1994; RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim... inventário da saúde pública - 1880-1930*, 1993; HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*, 1998. BERTOLLI, FILHO Claudio. *História da saúde pública no Brasil*, 1996.

²¹ É importante assinalar que no Programa de Pós-Graduação em História (mestrado) da UFMT existem alguns trabalhos em andamento sobre a questão das doenças e da relação saúde/doença em Mato Grosso. Estes trabalhos tratam, em linhas gerais, das seguintes

lacuna torna-se maior ainda. O trabalho de Firmo Rodrigues - *Figuras e coisas de nossa terra* - no qual o autor faz alguns apontamentos históricos dos Hospitais de São João dos Lázaros e da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, é único e foi de grande valia para a construção das análises desenvolvidas nesta dissertação, principalmente para as questões discutidas no segundo capítulo. É um texto que contém várias informações acerca das duas instituições de caridade, que foram administradas por Rodrigues (via Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá) na década de 1920.

Fora do campo historiográfico, destacam-se os estudos sobre doenças e a relação saúde/doença produzidos no âmbito do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, através de seu Programa de Pós-Graduação. Sobre a lepra em Mato Grosso, tive acesso a uma monografia de especialização em Saúde Pública, intitulada *Relação entre condições de vida e hanseníase*. Este estudo teve uma importância significativa como fonte de informações e dados acerca da lepra e da sua relação com as más condições de vida da maioria da população mato-grossense para o período em questão.

Para melhor dar conta dos objetivos propostos, esta dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo, intitulado "O estigma da lepra: representações e práticas sociais na história da doença", apresenta-se um histórico da lepra, considerando as práticas e representações acerca da doença no mundo ocidental, desde os tempos bíblicos até o momento em que a doença foi praticamente erradicada na Europa (fins do século XVI e início do XVII) e passou a ser um sério problema sanitário para as populações da América. Enfatiza-se, também, a presença indissociável dos leprosários na história da doença, uma vez que lepra e leprosários são termos dependentes um do outro, e ambos têm uma história complexa e marcada pelo medo, pela rejeição, pelo abandono, pela segregação social e pelo o isolamento dos leprosos.

O segundo capítulo, intitulado "A trajetória da lepra em Mato Grosso: dos tempos coloniais ao limiar do século XX", traz uma visão panorâmica de como a sociedade mato-grossense lidou com a problemática da lepra no período colonial,

temáticas: Práticas de cura no período colonial; a varíola em Cuiabá, na segunda metade do século XIX; a sífilis na passagem do século XIX para o XX.

imperial e até inícios do século XX. Neste capítulo, enfatiza-se o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, suas origens e sua trajetória, marcada pelo abandono por parte do poder instituído, a partir do segundo quartel do século XIX até a primeira década do século XX. Sendo o único leprosário existente em Mato Grosso até o ano de 1941, o Hospital dos Lázaros apresentava-se como uma das raras alternativas de profilaxia da lepra nessa porção territorial, através da segregação social e do isolamento hospitalar dos leprosos.

O terceiro capítulo, intitulado "Caridade e profilaxia: a elite matogrossense e suas atitudes acerca dos leprosos", trata da caridade pública para com os leprosos em Mato Grosso. Mesmo num período em que a Saúde Pública estava sendo institucionalizada, saindo da esfera particular e religiosa para o controle do Estado, a responsabilidade pelos leprosos ainda era transferida, em grande medida, da ação do poder público para a sociedade civil. Tenta-se perceber como a sociedade, principalmente parcelas da elite, se organizou para enfrentar o perigo que representavam aqueles doentes à sociedade sadia. A caridade estava fortemente ligada à necessidade de profilaxia da lepra em Mato Grosso. Destaque foi dado, neste terceiro capítulo para as análises referentes à Sociedade Beneficente da Santa Casa de misericórdia de Cuiabá e à Comissão Feminina Pró-Lázaros, associações criadas com a finalidade de manter (pela via da caridade e da filantropia) os leprosos isolados no Hospital dos Lázaros, em nome da profilaxia da lepra.

No quarto capítulo "Lepra e saúde pública em Mato Grosso: pobreza, isolamento e profilaxia", discute-se as mudanças no campo da Saúde Pública, enfatizando a maior interferência do Estado nas questões sanitárias brasileiras. Tenta-se perceber as relações entre lepra e pobreza em Mato Grosso e em que medida a problemática da doença foi de fato assumida como objeto da Saúde Pública. Enfatiza-se que, embora a legislação sanitária tenha sido aperfeiçoada e ampliada (1938), seguindo parâmetros federais, sua aplicação efetiva estava longe de se concretizar em Mato Grosso.

Espera-se que as discussões e reflexões aqui apresentadas possam contribuir para o repensar acerca do preconceito e do estigma dispensados aos leprosos, pois somente a informação pode combater as atitudes de asco e de

repulsão que ainda hoje se fazem presentes na sociedade brasileira. Talvez seja esse o objetivo maior deste trabalho.

Capítulo I - O estigma da lepra: representações e práticas sociais na história da doença

As lutas de representações têm tanta importância como as lutas econômicas para compreender os mecanismos pelos quais um grupo impõe, ou tenta impor, a sua concepção do mundo social, os valores que são os seus, e o seu domínio.

Roger Chartier

Simetricamente, desde a origem da crônica, o historiador fez da doença uma das passagens obrigatórias de sua narrativa.

Jacques Revel e
Jean-Pierre Peter

Na idade Média, o leproso era alguém que, logo que descoberto, era expulso do espaço comum, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra à lepra dos outros. O mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão.

Michel Foucault

1. Um histórico da lepra

Antes do aparecimento do homem sobre a terra já havia doenças²². E se as doenças têm história²³, a da lepra é longa e marcada pelo medo, sofrimento, rejeição, segregação social e isolamento daqueles que tiveram a infelicidade de ser acometidos por esta moléstia.

Acredita-se que a lepra seja originária da Ásia, pois os registros mais antigos de uma doença semelhante à mesma vêm da China e da Índia, e datam do século VI a.C. Na China, um homem chamado Pai-Niu sofria de uma doença parecida com a lepra, que era conhecida na época como *lai, li e Ta Feng*. Várias outras denominações da moléstia foram percebidas nos escritos daqueles tempos remotos: *Da Feng e kustha*, também na China; *Susruth Samhita*, na Índia e assim por diante. Esperanças de que crânios e ossos de múmias egípcias pudessem revelar evidências mais antigas de lepra não foram consumadas; a evidência *paleopatológica* mais antiga da doença foi encontrada em múmias do século II a.C.²⁴.

A lepra, provavelmente, foi levada da Índia para a Europa no quarto século a.C., pelos soldados e seus prisioneiros que retornavam das guerras gregas de conquista empreendidas na Ásia por Alexandre o Grande. A primeira descrição de uma doença que inequivocamente se tratava de lepra foi feita por Aretaeus, na Grécia, cerca de 150 anos d.C. Ele denominou a estranha doença de elefantíase. Da Grécia, a lepra foi lentamente disseminando-se pela Europa, levada por soldados, comerciantes e colonizadores infectados²⁵.

²² Cf. LYONS, A. S., PETRUCCELLI, R. J. *História da medicina*. 1997, p. 19.

²³ Cf. LE GOFF, Jacques. (apres.) *As doenças têm história*. 1997.

²⁴ JOPLING, W. H., MACDOUGALL, A. C. *Manual de Hanseníase*. 1991, p. 05.

²⁵ *Ibidem*, p. 07. Veja-se também a esse respeito a monografia de especialização de MORAES, Maria Auxiliadora Maciel de. et. al. *Relação entre condições de vida e hanseníase*. 1990, pp. 14 - 15.

A lepra recebeu inúmeras designações diferentes no decorrer de sua longa história. Além daquelas já mencionadas existiram e existem várias outras: zaraath, mal de São Lázaro, morfêia, micobacteriose neurocutânea, mal de hansen e, atualmente, hanseníase.

No Antigo Testamento, a lepra era conhecida com a denominação de *zaraath* ou *carater*, que significava impureza²⁶. A relação da doença com impureza e castigo divino, a falta de conhecimento acerca da mesma, bem como o fato de ser uma doença contagiosa e incurável fez com que, durante séculos, permanecesse um terrível preconceito contra os leprosos mantendo-se, deste modo, a prática da segregação e do isolamento desses doentes do convívio social.

*A aversão que as inflamações crônicas da pele, dentre elas as lesões propriamente lepróticas, causavam nas pessoas sadias já houvera suscitado, inúmeras vezes ao longo da história, a expulsão de leprosos do convívio comunitário. Os sentimentos de asco e repulsão às manifestações da lepra foram sempre bastante comuns, assim como as agressões a esses doentes*²⁷.

A aversão coletiva que a lepra acerbava também pode ser percebida em algumas passagens bíblicas, em particular aquelas constantes nos capítulos 13 e 14 do terceiro livro do Antigo Testamento: o Levítico. De caráter normativo, o Levítico enumera um arsenal de regras relacionadas ao sacrifício de animais, aos alimentos considerados permitidos para ingestão pelos homens, relaciona leis religiosas, morais e penais que devem ser obedecidas, lembradas e cobradas no cotidiano das pessoas, descreve os hábitos sexuais tidos como lícitos ou ilícitos e

²⁶ MORAES, Maria Auxiliadora. et. al. op. cit., 1990, p 15.

²⁷ ANTUNES, José Leopoldo F. *Hospital: instituição e história social*. 1991, p. 77. Na atualidade, o preconceito com relação ao hanseniano ainda é um problema sério na sociedade brasileira; talvez devido à grande ignorância que ainda existe acerca do diagnóstico, dos modos de transmissão, do tratamento e da cura da doença. Cabe ressaltar, entretanto, que hoje a transmissão ocorre apenas quando a doença não está sendo tratada, pois uma quimioterapia eficaz torna os bacilos da lepra inviáveis em tempo relativamente curto. O perigo para outras pessoas, caso sejam suscetíveis à moléstia, advém não do paciente leproso em tratamento, mas sim dos casos não diagnosticados ou não tratados da doença. Mais informações científicas sobre a lepra, consultar o anexo I deste trabalho, escrito com base no trabalho de JOPLING, W. H., MACDOUGALL, A. C. op. cit., 1991.

determina prescrições especiais para os períodos do mênstruo e do puerpério, além de ensinar a reconhecer e a tratar os doentes com lepra²⁸.

No pensamento bíblico, as idéias de pecado, impureza, sujeira, doença, castigo e morte estão todas intimamente interligadas. O livro da Bíblia em que se pode perceber melhor essas idéias é o Levítico²⁹.

De acordo com este texto sagrado, a identificação da doença seria atributo de um sacerdote e seus sinais característicos seriam os tumores brancos ou manchas de cor branca ou avermelhada na pele. Os tumores que fossem resultantes da *praga da lepra* pareceriam mais profundos do que a pele e viriam acompanhados de pequenas intumescências vermelhas, também descritas como *carne viva, pústulas ou manchas lustrosas* e que causariam o branqueamento dos cabelos e demais pelos do corpo. A doença é descrita com detalhes e os escritos bíblicos também trazem informações de como diferenciar moléstias semelhantes, mas que não deveriam ser classificadas como lepra. O termo pejorativo *praga de lepra*, contido no Levítico, reforça a forte ligação da doença com a impureza e com os possíveis pecados cometidos pelo leproso. A lepra era uma *praga* que tornava o doente merecedor do castigo de Deus, revertido sob a forma de sofrimento, rejeição, isolamento e morte inevitável do *imundo*.

Após o exame do suposto doente e a minuciosa classificação feita pelo sacerdote, caso o suspeito fosse considerado leproso, estipulava-se uma terrível sentença e o mesmo seria declarado pecador e imundo. A segregação social e o isolamento seriam as medidas decretadas pela autoridade religiosa.

Quando no homem houver praga de lepra, será levado ao sacerdote. E o sacerdote o examinará; se há inchação branca na pele, a qual tornou o pêlo branco, e houver carne viva na inchação, é lepra inveterada na

²⁸ BÍBLIA SAGRADA. Traduzida para o português por João Ferreira de Almeida, revista e atualizada no Brasil, 2ª ed., São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993. Antigo Testamento, Levítico, caps. 13 - 14, pp. 116 - 122.

²⁹ MARTINS, Roberto de Andrade. *Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis*. 1997, p. 24.

*pele; portanto, o sacerdote o declarará imundo; não o encerrará, porque é imundo*³⁰.

As roupas do leproso seriam rasgadas, os seus cabelos *desgrenhados* e se aclamariam: *imundo!, imundo!*, para que todos soubessem que se tratava de homem pecador e infeliz, por estar acometido pela *praga da lepra maligna*. E os sadios e *limpos* dele deveriam se afastar. Seria considerado *imundo durante os dias em que a praga estiver nele; é imundo, habitará só; a sua habitação será fora do arraial*³¹.

Caso as manchas e os tumores da lepra regredissem até o total desaparecimento, a pessoa deveria ser submetida a um longo e complicado ritual de purificação, também dirigido por um sacerdote. Oblações, sacrifícios e períodos em estado de observação faziam parte do cerimonial religioso, cuja execução seria indispensável para a reintegração social do *sarado*.

*Aquele que tem de se purificar lavará as vestes, rapará todo o seu pêlo. Banhar-se-á com água e será limpo; depois entrará no arraial, porém ficará fora da sua tenda por sete dias*³².

A partir do oitavo dia o ritual da purificação continuaria com oferendas e mais sacrifícios por parte do interessado, tudo pela remissão da sua culpa, do seu pecado e da sua imundície. Vale ressaltar que as obrigações - no que concerne às oferendas - mudavam de acordo com a condição social do devedor a ser purificado: os reconhecidamente pobres poderiam ser poupados - em nome da caridade divina - de certas cobranças que extrapolassem as suas possibilidades materiais.

No texto sagrado, a lepra aparece tão relacionada ao sobrenatural, que em nenhum momento é tratada como uma doença incurável e adquirida através do contato material com outro leproso. Era vista como uma praga terrível, um castigo

³⁰ BÍBLIA SAGRADA. op. cit., p. 116.

³¹ Ibidem, p. 117. Sobre a expulsão dos leprosos do ambiente ocupado pelos sadios, consultar também o trabalho de TRONCA, Ítalo A. *As máscaras do medo: lepra e aids*. 2000, p. 68.

³² BÍBLIA SAGRADA. op. cit., p. 118.

que poderia ser perdoado por um Deus misericordioso, dependendo das oferendas, dos sacrifícios, do arrependimento, do comportamento moral e da abnegação do leproso. Nesses termos, a moléstia era tida como um mal reversível, podendo o doente ser reintegrado à comunidade após a sua cura divina.

Antunes problematiza um pouco mais as descrições e normatizações contidas no Levítico acerca da lepra, levantando vários questionamentos: será que os dados, as informações, as afirmações, enfim, o diagnóstico apresentado pelos sacerdotes sobre a doença pode ser considerado totalmente legítimo? Ou poderia ser fruto de incorreções ou talvez de alguma transposição de palavras? Eventuais erros de tradução ou de compilação de trechos bíblicos são perfeitamente possíveis, isto devido às dificuldades em se encontrar termos equivalentes às antigas e obscuras palavras hebraicas ou mesmo por interesses conjunturais em se reforçar determinados pontos de vista em detrimento de outros³³.

Solucionar as dúvidas supracitadas não é o objetivo deste trabalho. O importante neste momento é enfatizar que, independente de ser um legado da antiga organização social dos hebreus ou uma projeção intencional sobre o Antigo Testamento, as disposições do Levítico conseguiram passar à posteridade um acentuado e perverso estigma social acerca da lepra. O texto bíblico expressa a dolorosa associação entre a doença e a impureza, entre a lepra e o pecado, merecedor do castigo divino. E essa atitude mental foi bastante difundida durante a Idade Média, principalmente durante os séculos em que a moléstia teve maior prevalência naquela sociedade, tornando-se (como nos escritos bíblicos) uma *praga* entre a população européia daquele período.

*A lepra representou a grande praga, a sombra sobre todos os dias da humanidade medieval. O medo de todas as outras doenças, juntas, dificilmente se pode comparar ao terror da lepra. Nem mesmo a Peste Negra, no século XIV, ou o aparecimento da sífilis, ao final do século XV, produziram tanto pavor*³⁴.

Segundo Rosen, no início da Idade Média, durante os séculos VI e VII, a lepra começou a se espalhar rapidamente pela Europa, passando a ser um sério

³³ Sobre essas reflexões, consultar a obra de ANTUNES, José Leopoldo F. op. cit., p. 84.

³⁴ ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. 1994, p. 59.

problema social e sanitário e tornando-se endêmica, especialmente entre os pobres, nos séculos XIII e XIV. A moléstia assumiu proporções alarmantes em decorrência dos grandes deslocamentos populacionais resultantes das Cruzadas, pois ao retornar do Oriente os cruzados infectados traziam a doença e contribuíam com a sua disseminação e proliferação na Europa³⁵.

Não demorou para que a lepra passasse a ser vista e tratada como um grande problema coletivo de saúde na Europa medieval. Como os médicos daquele período não tinham muito a oferecer no que concerne à prevenção e ao tratamento, a Igreja Católica assumiu a liderança do processo e dos encargos para combater a doença, valendo-se dos princípios orientadores e normatizadores encontrados no livro do Levítico - Antigo Testamento: pecado e impureza espiritual eram considerados como fatores principais que levavam ao contágio, e este era entendido como castigo divino pelas faltas cometidas pelo *infeliz*. *Essas pessoas deviam isolar-se do resto da comunidade até se submeterem a ritos de purificação*³⁶.

O Concílio de Lião, realizado em 583, estabelecia regras da Igreja Católica que deveriam ser aplicadas à prevenção da lepra. Dentre elas destacava-se a restrição da convivência dos leprosos com as pessoas sadias, restando a eles a triste pena da segregação e do isolamento social. Essas medidas preventivas foram seguidas e aperfeiçoadas por vários outros concílios posteriores e vigoraram por todo o período medieval³⁷.

Decidir se um indivíduo era ou não leproso era tarefa confiada a uma comissão que, no início da Idade Média, era composta por um bispo, vários clérigos e um leproso considerado *especialista* em matéria de lepra. Mais tarde, essa comissão permitiu a inclusão participativa de eminentes médicos e também de alguns barbeiros citadinos. Se, após avaliação feita pela comissão, o indivíduo fosse considerado leproso, prosseguia-se o ritual do isolamento.

³⁵ Ibidem, p. 59.

³⁶ Ibidem, p. 59.

³⁷ Ibidem, p. 60.

O isolamento dos leprosos tinha regras muito minuciosas e precisas. A realização do serviço funerário, com a participação da vítima, simbolizava a terrível exclusão da sociedade humana. O leproso vinha vestido com uma mortalha, lia-se a missa solene para os mortos, jogava-se terra sobre o doente; então os padres o conduziam, acompanhado de parentes, amigos e vizinhos, até uma choupana, ou um leprosário, fora dos limites da comunidade³⁸.

Por ser a lepra uma doença contagiosa e incurável, o leproso era considerado morto para o mundo e deveria se comprometer publicamente e religiosamente a agir como tal. Deveria usar traje característico para identificar-se como portador do *terrível mal*, seria obrigado a anunciar sua aproximação por meio de uma corneta, de um guizo ou de um badalo de sino; estava, ainda, rigorosamente proibido de aparecer nos mercados públicos e de entrar em hospedarias ou tavernas. Visto como uma ameaça, o leproso era expulso dos espaços ocupados pelos *sadios*.

Um leproso representava uma ameaça. Assim, a comunidade, no intuito de proteger seus membros sadios, o expulsava. Sendo a doença incurável, ele se tornava um proscrito para o resto da vida. Muito antes de receber a bênção da morte física, já se o destituía de seus direitos civis e se o considerava, para a sociedade, morto³⁹.

A atitude mental de compreensão da lepra como sendo efeito da impureza humana, da reprovação divina e da punição pelo pecado - herdeira dos escritos bíblicos - não deixou de trazer sérias complicações e dúvidas aos representantes da Igreja católica medieval, pois a eles era incômodo aceitar o fato de que também estavam sujeitos ao contágio. E, não raras vezes, as autoridades religiosas e os "soldados de cristo" (os cruzados) foram acometidos pela moléstia. Isso provocou inúmeros questionamentos no interior do clero e fora dele.

Ao contrário do que se teria desejado, a lepra parecia não saber diferenciar as pessoas que atingiria de acordo com seus defeitos e qualidades, sua devoção ou devassidão. Até os membros do clero, mesmo não tendo se dedicado

³⁸ Ibidem, p. 60.

³⁹ ROSEN, George. op. cit., 1997, pp. 58 – 61.

*ao cuidado daqueles enfermos, não estavam imunes à moléstia e por vezes contraíam-na. Havia outros, que após terem sido enviados com todas as bênçãos até a Terra Santa, para combater os "infiéis", retornavam portando a terrível enfermidade, transmitindo-a aos cristãos*⁴⁰.

Os cruzados enfrentavam toda sorte de adversidades em suas peregrinações: viagens extenuantes, várias batalhas travadas em nome da fé, fome, falta de abrigo seguro e o contato inevitável com pessoas doentes. Todas essas vicissitudes e privações provocavam uma debilitação física que os predispunham à lepra. Além disso, no Oriente estavam os focos de difusão da doença e, ao retornarem à Europa, os "soldados de Cristo" contribuía fortemente para com a disseminação da enfermidade em seu meio. Em cada retorno, os expedicionários traziam formas diferenciadas e - talvez mais severas - da doença, piorando a situação dos cristãos daquele período. Nesse sentido, segundo Antunes, seja por não conseguir administrar um possível sentimento de culpa ou de responsabilidade pelo acirramento da doença na Europa medieval, seja para tentar proteger a cristandade da forte ameaça do contágio, os eclesiásticos resolveram, a partir do século XII, tomar os leprosos por objeto de sua caridade. E, mesmo sem deixar de taxá-los como impuros e pecadores, a Igreja passou a ponderar que os doentes de lepra também eram dignos de serem assistidos e amparados pela piedade cristã⁴¹.

Na Idade Média, a tradição cristã torna-se depositária de uma dupla imagem acerca do leproso: a do estigma da impureza e do castigo divino pelos pecados cometidos pelos homens (bastante discutida até o momento) e a da doença vista como via de redenção, de martírio terreno para se alcançar a salvação supra terrena. Considerando essas duas formas de encarar a moléstia, passava-se a acreditar que a lepra tanto podia acometer rebeldes, ladrões e mentirosos, como castigo pelas suas faltas, como podia atingir os justos e fiéis, com a finalidade de testar a solidez da sua fé em Deus e nas escrituras sagradas.

⁴⁰ ANTUNES, José Leopoldo F. op. cit., p. 85.

⁴¹ Ibidem, pp. 85 - 86.

Com a história de Job, o justo atingido na carne, o mal físico aceite com submissão reveste-se de um outro significado: uma via de redenção, e não o castigo manifesto do pecado. O Evangelho segundo S. Lucas mostra o pobre Lázaro morrendo coberto de úlceras, depois acolhido por Abraão; na Idade Média, ele é imagem de um pobre leproso, sofrendo na terra e chamado à glória do paraíso⁴².

A lepra - encarada como via de redenção - serviu para justificar e explicar os casos de contágio que apareceram entre os membros da Igreja Católica medieval. Para os servos de Deus que a contraíam, a moléstia apresentava-se como uma provação de fé e de persistência religiosa, onde o sofrimento, o isolamento e a rejeição seriam recompensados posteriormente com a glória divina.

Também na Idade Média, em algumas regiões, a lepra conferia às suas vítimas um estatuto jurídico perverso e estigmatizante: ao se referir ao *infeliz*, depois do nome, todos deveriam mencionar o termo "leproso". O doente estava sujeito à interdições de toda sorte, principalmente às de ordem sanitária. Além das proibições e privações já mencionadas acima, os leprosos - por decisão do direito canônico - também estavam proibidos de exercer o sacerdócio e alguns leprosários tratavam de separar homens e mulheres, proibindo-lhes os relacionamentos sexuais e, conseqüentemente, a procriação.

⁴² BÉNIAC, François. O medo da lepra. In: LE GOFF, Jacques. (apres.) *As doenças têm história*. 1997, pp. 133 - 134. A relação construída entre São Lázaro e os leprosos está presente no imaginário cristão, originário da parábola bíblica *O rico e o mendigo*, onde aparece um homem chamado Lázaro coberto de chagas e identificado, portanto, com os leprosos. Lázaro tornou-se santo para os católicos devido a sua vida de extrema pobreza, martírio e doença. Patrono dos mendigos, dos pobres sofredores e dos leprosos, São Lázaro teve sua legenda tomada como inspiração para a Igreja Católica afirmar a imagem do leproso a caminho da redenção e da salvação da alma e, portanto, merecedor dos cuidados e da caridade cristã enquanto vida ele tivesse. BÍBLIA SAGRADA. op. cit. 1993, Novo Testamento, Lucas, pp. 96 - 97, cap. 16, versículos 19 a 31. Veja-se também a esse respeito ANTUNES, José L. F. op. cit., pp. 86 - 87.

Se alguém for encontrado a fornicar, que seja expulso da companhia dos seus irmãos e seja preso e posto a pão e água - prevê o regulamento da leprosaria de Meaux.

No total, estas normas têm em comum o denominador da proibição [para os leprosos] de contactar com a população saudável e de morar nos aglomerados⁴³.

Na sociedade cristã medieval, caracterizada pela renúncia sexual e pela condenação religiosa dos prazeres terrenos, acreditava-se, também, que a lepra estava relacionada aos pecados da carne, às inúmeras tentações incontroláveis das pessoas pervertidas, que eram facilmente tomadas pelo ardor sexual. No corpo refletia-se a podridão da alma, corrompida pelos desejos sexuais impuros, pelo adultério ou pela promiscuidade.

O leproso era, só por sua aparência corporal, um pecador. Desagradara a Deus e seu pecado purgava através dos poros. Todos acreditavam, também, que os leprosos eram devorados pelo ardor sexual. Era preciso isolar esses bodes. Portanto, a lepra, mal a que não se sabia tratar, parecia, como a Aids pôde sê-lo na atualidade, o signo distintivo do desvio sexual⁴⁴.

Ao analisar uma narrativa fictícia da segunda metade do século XIX, Ítalo Tronca afirma que o escritor Michener, inspirando-se nos horrores de Molokai (leprosário construído na península de Kalawao - Hawaii), revitalizou um antigo tema da alegoria cristã, ao explorar a associação entre a lepra e a luxúria.

Segundo essa tradição, que remonta aos tempos bíblicos, o doente de lepra seria possuído por desejos lúbricos, que se expressariam por meio da devassidão, da orgia sexual representada como algo consubstancial ao próprio mal que o acomete⁴⁵.

A lepra, o desejo de fornicção incontido e a luxúria caminham juntos na narrativa citada e interpretada por Tronca. No decorrer da sua longa história, a moléstia quase sempre aparece relacionada a um forte significado moral, que não

⁴³ BÉNIAC, Françoise. op. cit., pp. 136 - 137.

⁴⁴ DUBY, Georges. *Ano 1000, ano 2000: na pista de nossos medos*. 1999, p. 91.

⁴⁵ TRONCA, Ítalo A. op. cit., p. 65.

se encerrou na Idade Média: São *sobrevivências culturais* ainda *vivas no século XX, expressando-se por meio de alegorias.*

Entre os temas organizadores da idéia de doença, o da sexualidade é, sem dúvida, o mais obsessivo, do ponto de vista alegórico. Descrevendo um movimento similar a um "eterno retorno" através dos tempos e das culturas, articula-se de variadas maneiras com outros temas geradores de representações sobre a doença. Assim, a sexualidade estará quase sempre presente, [...] nos 'lugares do mal'⁴⁶.

A lepra, portanto, carregou consigo, entre outros, o estigma do desvio sexual, do desejo demoníaco, da sexualidade satanizada, congênita, que se confunde com a própria natureza da doença. Nesses termos, uma história da lepra é também uma história do entrelaçamento entre a moléstia biológica, a tradição da religiosidade cristã e a sexualidade instintiva e pervertida, que invade e se apodera dos corpos deformados e pecaminosos dos leprosos.

Encarados com benevolência ou rejeitados pela impureza, pelos possíveis pecados cometidos ou pelas acusações de devassidão, os leprosos tinham um triste destino comum: eram separados do convívio com as pessoas sãs, segregados socialmente, expulsos de suas cidades, vilas e até mesmo de suas próprias casas. Sendo, portanto, obrigados a viver isolados em cabanas, casas pias de recolhimento mantidas pela Igreja, colônias afastadas, leprosários, etc.

A partir da segunda metade do século XIII, contudo, a lepra já estava em refluxo na Europa Ocidental. Depois de ter acometido até Balduíno III, um rei de Jerusalém, morto em 1183, a moléstia tornava-se cada vez menos freqüente entre as camadas mais favorecidas da sociedade. Os leprosários existentes nos campos começaram a entrar em decadência no decurso do século XV e até por volta da segunda metade do século XVI a lepra quase que desaparecera por completo na Europa, tornando-se sobretudo uma doença tropical⁴⁷.

É bastante curiosa essa drástica redução da lepra na Europa Ocidental entre os anos de 1250 e 1550, apesar da não existência de qualquer tratamento eficaz

⁴⁶ Ibidem, p. 76.

⁴⁷ BÉNIAC, Françoise. op. cit., p. 128.

para a moléstia. Segundo Bénéjac, a regressão acentuada da doença talvez tenha sido resultado da crise demográfica européia acarretada pela peste negra. Primeiro, muitos leprosos tiveram suas mortes antecipadas pelo flagelo da peste. Segundo, as pessoas que sobreviveram à peste puderam se alimentar melhor e, ao desfrutar de melhores condições de vida, adquiriram uma maior resistência às doenças contagiosas. Resta ainda outra questão: por que antes da peste negra (1250 - 1347) a lepra já apresentava acentuadas taxas de regressão, em pleno período de superpovoamento na Europa? Existem algumas hipóteses sobre este problema, porém nada de esclarecedor⁴⁸.

De fato, inúmeras incertezas, dúvidas e enganos permanecem e acompanham a lepra no decorrer de sua longa história. Diagnosticar a doença representava um triste e perverso dilema nos tempos medievais. Os leigos, os religiosos e até mesmo os médicos evocavam sob a denominação de lepra um conjunto enorme de afecções dermatológicas. O confuso diagnóstico limitava-se, mais ou menos, ao exame das mãos e do rosto sendo, portanto, bastante impreciso e duvidoso. Por outro lado, os doentes procuravam ao máximo dissimular os sinais da moléstia, pois tinham muito medo da rejeição social e do isolamento a que estariam sujeitos caso o resultado do "exame" fosse positivo.

Ao longo da Idade Média, o nome "lepra" era aplicado não apenas à doença que hoje em dia conhecemos como tal, mas também a uma grande variedade de enfermidades cutâneas, muitas das quais não eram contagiosas⁴⁹.

Antunes também escreveu a esse respeito:

Durante toda a Idade Média, acreditaram-se leprosos, e se submeteram indiferentemente a essa pecha, os doentes cujos estados mórbidos seriam posteriormente identificados como hanseníase, psoríase, sarna, tinha, vitiligo, câncer de pele e complicações da sífilis ou da tuberculose⁵⁰.

⁴⁸ Ibidem, p. 130.

⁴⁹ LYONS, A. S., PETRUCCELLI, R. J. op. cit., p. 345.

⁵⁰ ANTUNES, José Leopoldo F. op. cit., p. 89.

Ainda sobre os fatores que concorreram para o declínio da lepra na Europa Ocidental, Antunes destaca o fim das Cruzadas e a interrupção das rotas orientais de transmissão da doença como fatores que colaboraram para diminuir a incidência de novos casos; o florescimento das cidades durante a época do renascimento, proporcionando melhorias sociais que podem ter revigorado as defesas naturais dos indivíduos à moléstia, obstando sua propagação. É possível também que benfeitorias arquitetônicas tenham resultado na diminuição do número de moradores por residência dificultando, deste modo, o contágio. O autor também não descarta que naquele período a Europa assistiu a grandes calamidades públicas, como a fome e as epidemias de peste, que atingiram a maioria das cidades européias, dizimando elevadas parcelas da população, inclusive de leprosos. Esses flagelos encontravam condições propícias para se alastrarem no interior dos leprosários, em geral mal administrados, esquecidos pelas autoridades governamentais e religiosas e superpovoados por pessoas subnutridas. A morte repentina e avassaladora, trazida pela peste negra e por outras vicissitudes, deixou muitos leprosários medievais praticamente - ou totalmente - vazios⁵¹.

A partir do século XIII, no campo e em cada cidade da Europa Ocidental, a lepra foi regredindo com maior ou menor intensidade até vir a desaparecer completamente na maioria das regiões. No final do século XVI e início do XVII, a moléstia já era tida pelos europeus como um mal dos trópicos, um sério problema sanitário da América.

Pesquisas recentes esclarecem que a lepra é mais prevalente nas regiões tropicais e subtropicais, mas também ocorre como uma doença endêmica - embora menos comumente - em regiões temperadas, tais como o litoral do mediterrâneo, Austrália e América do Norte. O último caso de lepra na Grã-Bretanha foi registrado em 1798. Na Europa Setentrional e Ocidental, a lepra é atualmente uma doença importada, mas na Europa Meridional a moléstia tem persistido até os dias atuais como um problema menor de saúde, porém de difícil erradicação. Casos de

⁵¹ Ibidem, p. 92. Sobre os leprosários, ver o item seguinte deste capítulo.

lepra na Sibéria e na Escandinava no século XIX derrubaram a idéia comumente aceita de que a doença precisa de um clima quente para proliferar⁵².

Em suma, desde os tempos mais remotos, a lepra se faz presente como uma doença contagiosa, mortal e aterrorizante. No mundo antigo, hebreus, gregos e romanos conheceram a lepra. No período medieval, durante os séculos VI e VII, a enfermidade começou a se espalhar pela Europa, tornando-se um sério problema social e sanitário. Passou pela Idade Moderna, provocando pânico, isolamento e a morte de inúmeras pessoas e chegou até os dias atuais quando, mesmo depois de encontrada a cura, ainda é um problema a ser pensado criteriosamente pela sociedade como um todo.

Seria difícil refletir sobre a problemática da lepra - e dos leprosos - sem fazer alusão - ainda que brevemente - a um sentimento tão marcante nessa história: o medo. Como compreender o estigma, a rejeição, o preconceito, a segregação social e o isolamento hospitalar dos leprosos na Europa Ocidental, no Brasil e, por último, em Mato Grosso sem considerar a atuação e a presença onipresente do medo? Pode-se dizer que o medo esteve permeando cada um desses sentimentos e alimentando a maioria (se não todas) das representações e práticas sociais que compuseram essa longa e amedrontadora história da lepra⁵³.

Desde os tempos bíblicos (do Levítico), lembrando aqui das reflexões desenvolvidas ao longo deste capítulo, que a lepra e o medo caminham juntos, de "braços dados". O leproso provocava um medo tão forte nas pessoas, que a maioria dos indivíduos assumiam comportamentos muito parecidos - ou talvez idênticos - em relação aqueles doentes: segregá-los da sociedade, isolá-los em espaços distantes do ambiente ocupado pelos sadios, desterrá-los para bem longe, visando proteger a vida dos demais membros da comunidade.

O grande vilão dessa história da segregação social e do isolamento hospitalar não foi a lepra, nem o leproso. O responsável maior pelo sofrimento de muitos foi o medo, o pavor que os indivíduos tinham de ser acometidos pela moléstia e de se tornarem alvo privilegiado do poder que o medo tinha para mover

⁵² JOPLING, W. H., MACDOUGALL, A. C. op. cit., pp. 05 - 07.

⁵³ Sobre o medo, enquanto objeto de estudo do historiador, consultar o trabalho de DELUMEAU, Jean. *História do medo no ocidente: 1300 - 1800*. 1989.

as atitudes de asco, de preconceito e de rejeição das pessoas em relação ao leproso. De fato, não se pode construir a história de como as pessoas lidaram com a lepra e com os leprosos, num determinado tempo e espaço, desconsiderando a força que o medo assume nessa trama. E o medo permanece, acompanha a doença, ajudando a compor um imaginário social de longa duração, que obriga, ainda hoje, muitos hansenianos a viverem apartados.

Na atual conjuntura, os preconceitos, o medo, a rejeição, a segregação social e o isolamento ainda são marcantes na sociedade brasileira. E, nesta parte mais central da América do Sul, a lepra ainda se faz presente de forma extremamente acentuada. Como se verá posteriormente, muitas reclamações referentes a Lepra são encontradas nos documentos analisados para o período privilegiado nesta pesquisa (1924-1941). As autoridades governamentais e sanitárias advertiam, repetidas vezes, sobre o perigo que representava a doença para a sociedade como um todo, e frisavam que *muito ha que se fazer contra a Lepra no Estado [de Mato Grosso], onde é grande a incidência da doença*⁵⁴.

A maioria da população pouco ou nada sabia sobre a lepra, e essa falta de conhecimento e de informação contribuiu em muito com a permanência de práticas e representações que têm suas raízes num passado bastante remoto. Nesse sentido, Ítalo Tronca afirma haver ainda hoje uma *aura de mistério e magia que sempre envolveu a lepra, desde a Antigüidade*, e que persiste como que num *movimento de repetição da história, um imaginário de longa duração*⁵⁵. E esse mistério suscita vários questionamentos, como aqueles oportunamente elaborados por Maria Stella Bresciani, no prefácio do citado livro de Tronca:

*[...] estaria circunscrita à lepra, doença cujos registros bíblicos evocam uma ameaça várias vezes milenar, a incapacidade médica de expressar seu impossível controle total? Por que outras moléstias igualmente letais livraram seus portadores da pecha infamante? Seria o eterno fantasma do perigo do contágio - declarado sob controle pela linguagem médica - elemento suficiente para obrigar pessoas a viverem apartadas?*⁵⁶

⁵⁴ APMT. Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso.1940, p. 60.

⁵⁵ TRONCA, Ítalo A. op. cit., pp. 23 e 93.

⁵⁶ Ibidem, p. 12.

Se na atualidade ainda há um preconceito forte o suficiente para obrigar os leprosos a viverem afastados, para o período analisado neste trabalho, pode-se dizer que as atitudes de medo, de rejeição e de preconceitos de toda sorte em relação aqueles doentes resultavam, quase sempre, na segregação social e no inevitável isolamento nosocomial, que os afastavam do convívio com as pessoas sadias. Por isso mesmo, a história da lepra, desde os tempos mais remotos, está ligada à história das casas de recolhimento para leprosos, à história dos leprosários, focalizada a seguir.

2. Segregação, isolamento e vigilância: a função dos leprosários

Os leprosários cumpriram uma triste missão de vigilância sobre a vida urbana durante séculos, até o final da Idade Média, quando a lepra declinou rapidamente e foi substituída por outras epidemias. A atividade de controle público exercida por aqueles estabelecimentos anunciou uma forma inaudita de enfrentamento das doenças transmissíveis: a separação social dos doentes e sua retenção em instituições.

José Leopoldo Ferreira Antunes

A história da lepra, como procurou-se assinalar no item anterior, é marcada pelo medo, pelo preconceito, pela rejeição e pelas práticas da segregação e do isolamento social dos indivíduos acometidos pela moléstia. Segregar e isolar o leproso do ambiente ocupado pelos sadios foi uma prática bastante utilizada em diversos tipos de sociedades e em vários períodos históricos. O leproso era excluído do convívio social e o isolamento era posto em prática valendo-se dos mais variados locais: em cabanas, localizadas nos arredores dos acampamentos ou dos arraiais; em residências particulares, porém distantes do contato com os demais membros da família; em casas pias, mantidas pela Igreja Católica; em colônias de leprosos, visando uma convivência coletiva para os doentes, etc.

A partir do século IV d.C., com a ascensão do cristianismo na Europa Ocidental, vários estabelecimentos destinados ao cuidado e abrigo dos doentes - e outros necessitados - foram sendo fundados pelo clero, em nome dos preceitos da caridade cristã. Os fundamentos do cristianismo estavam fortemente associados à crença de que a assistência social aos desvalidos e aos desamparados era um importante expediente de salvação da alma, de remissão dos pecados. Nesse sentido, os Concílios de Nicéia, realizado no ano de 325, e o de Cartago, no ano de 398, foram os grandes precursores no que concerne ao estímulo e à

multiplicação dos muitos estabelecimentos de caridade que passaram a ser criados e difundidos na Europa a partir daquele momento.

São bastante conhecidas as disposições que, desde aquela época, eram reconhecidas como as sete tarefas da caridade cristã: alimentar os famintos, saciar a quem tem sede, hospedar os estrangeiros, agasalhar quem passa frio, cuidar dos enfermos, visitar os presos e sepultar os mortos⁵⁷.

Os atos de misericórdia em relação aos doentes e outros desvalidos eram movidos pela convicção de que os mesmos seriam revertidos ao cristão benevolente sob a forma da remissão dos pecados e do favorecimento de indulgências divinas. Seguindo os auspícios dessa mentalidade desenvolvida e incrementada pelo cristianismo, foram sendo criadas várias instituições, de diferentes tipos, com a finalidade de amparar os necessitados, as quais em poucos anos podiam ser encontradas por toda a Europa Ocidental. Dentre estas inúmeras instituições que começaram a ser criadas pelo clero estão os *Lobotrophia*, que eram asilos que acolhiam os inválidos e os leprosos. Talvez seja essa a primeira denominação dada aos leprosários. Acredita-se que a mais antiga instituição desse gênero tenha sido fundada antes de 350 d.C., por obra conjunta de um padre chamado Zótico (canonizado mais tarde) e de Santa Helena, mãe do imperador Constantino.

Os Lobotrophia recebiam doentes sem esperança de cura, procurando mitigar-lhes o sofrimento. Os portadores de afecções inespecíficas da pele, então reconhecidos pela alcunha comum de leproso, também eram recebidos em casas como essas, que acabavam cumprindo uma função indireta de proteção aos sãos, pois os eximia de um contato que lhes causava repulsão⁵⁸.

O acirramento da incidência da lepra na Europa, onde foi uma doença endêmica entre os séculos XI e XIV, influenciou enormemente no repensar acerca

⁵⁷ ANTUNES, José Leopoldo F. op. cit., pp. 39 - 40. (grifos meus).

⁵⁸ Ibidem, p. 41.

dos procedimentos de atenção à moléstia. Os sentimentos de asco e de repulsão à lepra não foram exclusivos desse período, porém com o aumento das manifestações da doença entre a população, as autoridades sanitárias e a sociedade em geral pressionavam e exigiam a instalação, nos arredores das cidades, de locais para isolamento e efetiva segregação social dos leprosos.

Os primeiros leprosários foram criados na Europa ainda no século XI, para logo em seguida se multiplicarem por todo o mundo ocidental. Em geral eram edifícios de pequenas dimensões; com capacidade para dez ou vinte pessoas. Em alguns casos, entretanto, chegavam a constituir autênticas comunidades independentes, onde os isolados sobreviviam trabalhando a terra na companhia de seus familiares e de outros doentes. A maioria desses leprosários impunha péssimas condições de vida aos neles excluídos, bem como rígidas normas carcerárias, para impedir as fugas e os contatos perniciosos dos leprosos com os indivíduos sadios⁵⁹.

Estima-se que o número de leprosários tenha chegado a quase dezenove mil no continente europeu durante todo o período medieval. A assistência prestada por esses estabelecimentos conjugava alguns raros cuidados de enfermagem com a absoluta ausência de tratamento médico, mesmo nos períodos em que a medicina já vinha sendo aplicada em outros dispensários⁶⁰.

O perfil hospitalar dos leprosários residiu no caráter piedoso e caridoso que movia seus mantenedores a dedicarem-se ao atendimento dos doentes neles isolados, bem como na aspiração profilática que representava a segregação social desses doentes. A atenção que a Igreja e seus seguidores despendiam aos leprosos era ambivalente em vários sentidos, pois reunia compaixão e perseguição, piedade e condenação, simpatia e discriminação. Nota-se que as atitudes da maioria dos cristãos, no sentido de auxiliar os leprosos, também estavam envoltas por um misto de aversão e de desprezo por aqueles doentes. Havia uma bondade egoísta latente em grande parte dos fiéis, que era apoiada na expectativa de receber indulgências pela concessão das esmolas⁶¹.

⁵⁹ Ibidem, pp. 78 - 79.

⁶⁰ Ibidem, p. 79.

⁶¹ Ibidem, pp. 90 - 91

A partir do século XV, os leprosários começaram a declinar na Europa. A redução da incidência da lepra - acarretada por fatores já expostos neste trabalho - levou à decadência e ao abandono de muitos leprosários. Vários outros foram convertidos em hospícios ou hospitais regulares, muitas vezes preservando os encargos do isolamento para doentes acometidos por outras moléstias contagiosas ou para a realização de quarentenas (os lazaretos).

*O fim dos leprosários não implicou o mesmo destino aos procedimentos da exclusão social e do asilamento de doentes enquanto métodos de prevenção das epidemias. Esses métodos continuaram a ser aplicados aos portadores de outras moléstias e consubstanciaram novas medidas com propósitos profiláticos, como a quarentena preventiva dos casos suspeitos de peste, dos comunicantes e virtuais portadores da moléstia*⁶².

É oportuno frisar que quando Antunes utiliza a frase *o fim dos leprosários* está se referindo especificamente à Europa Ocidental. Como já exposto anteriormente, ao declinar na Europa, a lepra já era um terrível problema social e sanitário na América. Trazida pelos colonizadores através das grandes navegações, pelos comerciantes à época do mercantilismo, pelos exploradores ávidos pelo enriquecimento no "Novo Mundo" ou pelos aventureiros de toda sorte que para cá se dirigiram, a lepra trouxe consigo o estigma da rejeição, do medo, da segregação social e do isolamento. Portanto, estas representações e práticas sociais acerca da doença e dos doentes também foram marcantes no Brasil e em Mato Grosso. O capítulo seguinte vai tratar especificamente dessas questões.

⁶² Ibidem, pp. 92 - 93.

Capítulo II - A trajetória da lepra em Mato Grosso: dos tempos coloniais ao limiar do século XX

O 'mal de Lázaro' inspirava terror. Evitava-se o doente, que era enxotado para fora das vilas e cidades, tal como, aliás, sucedia em todo mundo. E aquela triste figura de retórica, até hoje encontrada nos textos religiosos, que compara o pecado mortal à lepra da alma, mais contribuía para a generalização do horror à doença.

Lycurgo Santos Filho

Apresentação

A partir do século XVI, com a expansão ultramarina, colonizadores europeus, africanos escravizados, comerciantes e aventureiros de várias partes do planeta introduziram a lepra no "Novo Mundo". E no ano de 1600 foram feitas as primeiras notificações de casos de lepra no Brasil, mais especificamente na cidade do Rio de Janeiro. Logo depois outros focos da doença foram identificados na Bahia e no Pará. Apesar do governo colonial ter solicitado auxílio da metrópole portuguesa, nada foi feito naquela época para tentar amenizar as possibilidades de contágio e de propagação da doença⁶³.

Não há registros que comprovem a existência da lepra entre os indígenas antes da chegada dos portugueses ao Brasil, no entanto certos tropicalistas europeus persistem em situá-la na América em períodos anteriores ao contato dos índios com os brancos e com os negros. Santos Filho nega enfaticamente esta interpretação:

No concernente ao Brasil, um julgamento retrospectivo, alicerçado nos mais recuados depoimentos e narrações, concluirá, com muito viso de verdade, pela ausência da doença antes de 1500. Introduziram-na, então, os brancos e os negros⁶⁴.

Uma vez chegada ao Brasil, a lepra se alastrou de tal maneira que, no século XIX, foi considerada (pelas autoridades governamentais da época) endêmica em várias regiões, como Minas Gerais, Espírito Santo, Maranhão, São Paulo e Mato Grosso. O *mal de São Lázaro*, como também era identificada no Brasil, provocava terror e pânico nas pessoas. Evitava-se o doente, que era exortado para fora das vilas e cidades e, tal como ocorrera na antigüidade e na

⁶³ MORAES, Maria Auxiliadora Maciel de. et. al. *Relação entre condições de vida e hanseníase*. 1990, p. 16.

⁶⁴ SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. v. I, 1991, p. 188.

Idade Média, o leproso era taxado de pecador, impuro e portador de manchas no corpo e na alma⁶⁵.

Em princípios do século XVIII, alarmadas com a disseminação da lepra nas várias regiões brasileiras, as autoridades governamentais começaram a utilizar e a propagar (como forma de evitar o contágio) a segregação social e o isolamento dos morféticos⁶⁶ em pequenos hospitais situados nos arredores das povoações. Naquele período, entretanto, apenas as principais cidades brasileiras podiam contar com *lazaretos*⁶⁷, onde era ministrada uma precária assistência aos doentes neles abandonados. Na maioria das vezes, os leprosos embrenhavam-se nas matas, perambulavam pelas estradas ou viviam esmolando nos arredores das vilas e cidades⁶⁸.

No Brasil dos séculos XVIII - XIX, e até o XX (a exemplo do que ocorria na Idade Média), também foi geral a confusão entre a lepra e outras doenças cutâneas, como a filariose, a sífilis e uma grande variedade de outras dermatoses. Todos esses doentes eram alvo dos mesmos sentimentos de asco e de rejeição a que estavam sujeitas as pessoas acometidas pela lepra. Nesse sentido, nos hospitais de isolamento não eram encontrados somente leprosos, mas também várias pessoas portadoras de doenças "semelhantes" à lepra e que foram (a

⁶⁵ Ibidem, p. 188.

⁶⁶ Morféia era a designação mais usada para a lepra no Brasil dos séculos XVIII e XIX.

⁶⁷ O termo lazareto também é derivado do personagem bíblico Lázaro, e surgira no século XV para designar outro tipo de estabelecimento hospitalar, especialmente destinado a recolher e isolar pessoas vindas de cidades ou regiões onde grassava a peste bubônica, para dar tempo a que se manifestasse, ou não, os sintomas da doença que poderiam trazer latente. Ao se multiplicarem pela Europa, ante a grande propagação da peste, o termo "lazareto" passou a ser também utilizado para se referir, de modo retroativo, aos dispensários para leprosos. O uso indiferenciado dessas duas palavras - leprosários e lazaretos - é impróprio pois, apesar de os leprosários terem servido de modelo para a instalação dos lazaretos, um não pode ser reduzido ao outro; cada qual preservou características e atribuições funcionais distintas e autônomas, em períodos históricos diferentes. Os leprosários estavam destinados à exclusão social e ao recolhimento de uma classe específica de doentes já identificados enquanto tal; já os lazaretos estavam associados à realização de quarentenas preventivas para o controle dos fluxos migratórios e do comércio marítimo entre as cidades, em um período histórico posterior. Cf. ANTUNES, José L. F. op. cit., p. 87.

⁶⁸ SANTOS FILHO, Lycurgo. op. cit., v. I, p. 188

começar pelos físicos, médicos e cirurgiões da época), ignorantemente, tomadas como morféticas⁶⁹.

Em meio a uma população pouco esclarecida, insegura e envolvida pelo medo do contágio, inúmeras pessoas, que eram portadoras de outros males (muitas vezes não contagiosos e curáveis), foram tomadas como leprosas e acabaram sofrendo os traumas do abandono, da rejeição, da segregação social, do isolamento e até da morte, em instituições destinadas para esse fim.

Como já exposto acima, foi somente a partir do século XVIII que as autoridades governamentais passaram a utilizar o isolamento nosocomial como medida para se evitar o contágio e a proliferação da lepra nas várias regiões da Colônia. Desse modo, já em princípios daquele século, foram criados no Brasil os primeiros leprosários. As cidades do Rio de Janeiro, Salvador e Recife foram as pioneiras na construção destas instituições, então chamadas de *lazaretos*⁷⁰.

Nos *lazaretos*, os segregados recebiam uma assistência precária e desumana, ficando - na maioria das vezes - entregues a sua própria sorte. Os estabelecimentos eram mantidos à custa de esmolas, legados e de inúmeras outras doações em nome da caridade cristã e da busca de indulgências religiosas. As autoridades governamentais muitas vezes se eximiam das responsabilidades sobre os leprosários, faziam questão de frisar que eram casas de caridade e, portanto, deveriam sobreviver das doações feitas pela Igreja Católica, pelos seus fiéis e pela sociedade como um todo.

*Nos lazaretos, os recolhidos receberam alimentação, assistência médica - de natureza paliativa e, como é de se conceber, totalmente ineficaz - e assistência espiritual prodigalizada por abnegados religiosos. De capacidade bem limitada, mantinham-se eles à custa de esmolas, legados, e, às vezes, de dotação governamental*⁷¹.

⁶⁹ SANTOS FILHO, Lycurgo. op. cit., v. II, p. 189.

⁷⁰ No Brasil dos séculos XVIII, XIX e até princípios do XX o termo lazareto substitui o termo leprosário. Isso pode ser constatado nos documentos do período e até mesmo em alguns trabalhos mais recentes.

⁷¹ SANTOS FILHO, Lycurgo. op. cit., v. I, p.256.

A partir do início do século XIX, leprosários foram sendo paulatinamente edificados em algumas outras cidades brasileiras como São Paulo, Belém, São Luís e Cuiabá. Vale ressaltar que esses estabelecimentos de segregação social e de isolamento existiram em número insuficiente no Brasil, considerando a grande extensão territorial do país e o grande número de leprosos existente naquele período. Também deve -se considerar que os leprosários eram vistos como espaços de desespero, de infelicidade, de maus tratos e de abandono. Muitos deles foram considerados (pelos doentes e pela sociedade em geral) antecâmaras da morte. Diante dessa total falta de alternativas, a maioria dos doentes permanecia vagando pelas estradas e pelos arredores dos aglomerados urbanos, sem teto e sem amparo de qualquer espécie.

[...] *os lazaretos abrigaram e medicaram poucos pacientes no século XIX. As acomodações eram, de fato, exíguas, o tratamento ineficaz, a alimentação péssima, e, ao confinamento, ao isolamento, os leprosos preferiam viver livres, vagando pelas estradas e esmolando*⁷².

Na primeira metade do século XX no Brasil, o termo lazareto (até então utilizado para se referir aos leprosários) foi sendo substituído pela insígnia colônia de leprosos ou hospital-colônia. Naquele momento, o discurso médico e científico, os conceitos de civilização e progresso, a higienização e a moralização dos espaços urbanos tornaram-se preceitos básicos para a modernização e o desenvolvimento da sociedade brasileira⁷³. No bojo desses acontecimentos e mudanças, impôs-se a necessidade da construção de hospitais modernos de segregação social e de isolamento para os leprosos e outros portadores de doenças contagiosas e incuráveis, bem como para os doentes mentais. Mais tarde, os leprosários (ou os lazaretos dos séculos XVIII e XIX) cederiam lugar às *grandes, modernas e higiênicas* colônias de leprosos.

⁷² SANTOS FILHO, Lycurgo. op. cit. v. II, p. 465.

⁷³ Sobre estas questões, consultar os trabalhos de HERSCHMANN, Micael M., PEREIRA, Carlos Alberto M. (orgs). *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20 - 30*. 1994. RAGO, Luzia Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. 1985, pp. 163-206.

Apresentar uma breve trajetória da lepra e dos leprosários em Mato Grosso, desde os tempos coloniais até os primeiros anos do período republicano, é o objetivo deste capítulo. O Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, inaugurado no ano de 1816, é o eixo em torno do qual se refaz esta trajetória. Considera-se que, através de sua história, pode-se compreender melhor as representações e práticas sociais que constituem parte da história da moléstia na sociedade mato-grossense e seus desdobramentos no período que interessa mais diretamente a este estudo.

De fato, o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, a movimentação dos homens e mulheres mato-grossenses em torno do mesmo, de sua fundação e de sua manutenção ao longo dos anos, revela muito acerca das atitudes daquela sociedade face ao problema da lepra. E muitos daqueles procedimentos terão uma continuidade na primeira metade do século XX, período em que está inserido o recorte temporal privilegiado neste trabalho.

É importante ressaltar, ainda, que o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá foi o único local destinado a reclusão dos leprosos em Mato Grosso até o ano de 1941, quando foi inaugurada a Colônia de Leprosos de São Julião: um *novo e moderno* hospital de isolamento que, a partir daquele ano, receberia os leprosos de todo o Estado. A Colônia de Leprosos de São Julião foi utilizada, inclusive, para acolher os doentes que há muitos anos encontravam-se isolados no secular Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Essa remoção contribuiu decisivamente para o ocaso deste estabelecimento.

1. Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá: origens do isolamento hospitalar como medida profilática em Mato Grosso

Casa Pia de S. Lázaro foi a primitiva denominação do hospital, que consistia em um edifício ocupando os três lados de um retângulo, fechado na frente por um muro de 4 metros de altura.

Três portões davam entrada para o interior; um para a seção de mulheres, um para a seção de homens e outro para a capela. Nenhuma outra abertura havia para o exterior do prédio, que era dividido em cubículos numerados, cada um com uma porta que dava para espaçoso alpendre.

Firmo Rodrigues

Em Mato Grosso, a necessidade de leprosários era premente desde as primeiras décadas da colonização e povoamento dessa porção territorial, iniciados com a descoberta do ouro, em 1719. Alguns anos após criada a Capitania de Mato Grosso (1748) a lepra - ou morfêia como era denominada naquele período - já provocava medo e desespero na população e, principalmente, nas autoridades governamentais. No ano de 1773, o *Anal* de Vila Bela da Santíssima Trindade - capital de Mato Grosso naquele período, então dirigida pelo Capitão-General Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres - registra um caso de lepra e as medidas a serem tomadas pelas autoridades competentes:

Sendo certificado Sua Excellencia que o mal chamado de S. Lazaro, hum dos mais incuraveis e communicaveis, havia inficionado a hua Anna Ferreira [...] passou a ordem a Camara para que a fizesse recolher ao seu sitio, e que a mesma providenciasse em cazos semelhantes e

*frenquentes nesta capitania, para preservar os povos de contágio tão pernicioso*⁷⁴.

Antes, porém, do ano em que foi escrito o documento supracitado (1773), já se fazia presente a preocupação com a construção de lazaretos, destinados segregar e isolar os doentes acometidos pela lepra em Mato Grosso. Nesse sentido, Manoel Fernandes Guimarães, português que viveu em Vila Bela da Santíssima Trindade e que ali veio a falecer em 1755, deixou em testamento, como sua última vontade cristã, um legado para a construção de uma casa de caridade na vila de Cuiabá, destinada a acolher os portadores da moléstia conhecida como morfêia⁷⁵. Testemunho de sua preocupação em se preparar diligentemente para a morte e da sua grande devoção cristã, diante das apreensões face aos mistérios da passagem para o além, esse legado representava a metade do valor da herança desse português, que importava, no período, em cem mil cruzados⁷⁶.

Provavelmente pelo avultado da soma, o destino do legado tomou caminhos adversos ao recomendado e firmado em testamento por Manoel Fernandes Guimarães. Entre seu último desejo e a edificação da Casa Pia de São Lázaro permeia um período de sessenta e um anos. Mais afeitos aos interesses materiais e terrenos, alguns poderosos membros da elite mato-grossense não titubearam em apropriar-se do montante, dificultando que as autoridades locais dessem início a construção da almejada obra de caridade⁷⁷.

Quarenta e oito anos mais tarde, em 1803, o Capitão-General Caetano

⁷⁴ Anal de Villa Bella da Santissima Trindade, 1773. Apud. FREIRE, Gilberto. *Contribuição para uma Sociologia da Biografia - O exemplo de Luiz de Albuquerque, governador de Mato Grosso no fim do século XVIII*. Cuiabá: Fundação Cultural de Mato Grosso, 1978, p. 154.

⁷⁵ Cf. MENDONÇA, Estevão de. *Datas matogrossenses*. v. I, 1973, p. 164.

⁷⁶ Do livro de Registro de Ordens do govêrno desta Capitania, relativas a Administração e Polícia da Real Casa Pia de S. Lázaro, livro aberto a 9 de Outubro de 1815, pelo próprio Capitão general João Carlos. In: RODRIGUES, Firmo. *Figuras e Coisas de nossa terra*. v. II, 1969, p. 134. Não utilizei o documento original pelo fato de o mesmo (segundo informações obtidas no citado trabalho de Firmo Rodrigues), fazer parte do acervo da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá e, no período que desenvolvi a referida pesquisa, me foi negado pela administração da mesma Santa Casa o acesso àquele arquivo.

⁷⁷ Ibidem, pp. 130-131.

Pinto de Miranda Montenegro projetou a construção do hospital em Vila Bela da Santíssima Trindade, por ser ali à época a sede do governo e também devido a insalubridade e a constante manifestação de doenças naquela região. Chegou a pedir autorização oficial ao Ministro dos Negócios Ultramarinos para utilizar-se do legado deixado por Manoel Fernandes Guimarães, mas, tendo sido transferido no mesmo ano para o governo da Capitania de Pernambuco, não conseguiu concretizar seus planos⁷⁸.

Seu sucessor na administração da capitania, o Capitão-General Manoel Carlos de Abreu e Menezes, não cogitou sobre a construção do projetado hospital. Coube, portanto, ao Capitão-General João Carlos Augusto D'Oeynhausen e Gravenburg providenciar o Projeto para a construção da Casa Pia de São Lázaro⁷⁹ em Cuiabá, e não em Vila Bela da Santíssima Trindade, como ambicionaram alguns de seus antecessores⁸⁰.

D'Oeynhausen e Gravenburg foi o penúltimo Capitão-General a governar a Capitania de Mato Grosso antes da derrocada do regime colonial, tendo permanecido onze anos neste posto.

Tomou posse no dia 18 de novembro de 1807 e deixou o governo no dia 6 de janeiro de 1819. Nomeado por Carta Régia de 9 de junho de 1806, substituiu a 3ª Junta Governativa da Capitania de Mato Grosso. Segundo Firmo Rodrigues, ao ser transferido da Capitania do Ceará para Mato Grosso, Oeynhausen já trouxe consigo renome de um administrador criterioso e inteligente sendo, portanto, recebido pelos cuiabanos com *demonstrações de regozijo*. Foi considerado, por Rodrigues, um administrador extremamente competente, que realizou várias obras e inúmeras benfeitorias na Capitania de Mato Grosso, durante seu governo, entre elas a fundação do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá⁸¹.

⁷⁸ Cf. NASCIMENTO, Heleno B. *As origens do hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá (1755-1819)*. 1997, p. 14.

⁷⁹ Casa Pia de São Lázaro foi a primeira denominação dada ao Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá.

⁸⁰ Não obstante ter vivido e falecido em Vila Bela, no dia 4 de abril de 1755, Manoel Fernandes Guimarães desejava que o hospital de caridade - *uma casa de recolhimento para morféuticos* - fosse construído na vila de Cuiabá. Cf. MENDONÇA, Estevão. op. cit., v. I, 1973, p.164.

⁸¹ RODRIGUES, op. cit., pp. 122-123. Sobre a construção dessa visão, ligada a historiografia tradicional e comprometida com o enaltecimento do Capitão-General Oeynhausen, consultar

A lepra se alastrava rapidamente em Mato Grosso, principalmente entre os escravos e livres pobres, porém aterrorizava a população como um todo. Eas famílias da elite - que também não estavam livres da ameaça que representava a doença - pressionavam cada vez mais as autoridades governamentais para que o desejo de Manoel Fernandes Guimarães fosse colocado em prática o mais breve possível. A preocupação do Capitão-General João Carlos Augusto D'Oeynhausien e Gravenburg, no sentido de acelerar a construção do hospital, é evidente no Projeto que enviou, em 1814, ao príncipe regente Dom João VI, para que a edificação do hospício fosse urgentemente aprovada:

Trata-se pois de acudir ao mal que já tem mais vítimas e cuja espantosa propagação ameaça a população inteira do Cuiabá, por tantos canais, que é difícil e talvez impossível vedá-los, todos, a não se [sic] entregar á polícia o cuidado de vigiar sôbre os seus progressos. [...] Todo o pai de família tremerá, quando refletir por quantos modos se pode introduzir êste mal na sua família⁸².

Apesar da urgência, não foram poucas as dificuldades administrativas que o Capitão-General Oeynhausien teve que enfrentar para realizar o desejo do benemérito português.

O principal empecilho à realização do referido Projeto - como em parte já mencionado - foi que o montante do legado estava espalhado entre sessenta e nove devedores, pertencentes à elite mato-grossense, que se apropriaram do capital sob a forma de empréstimos. O Capitão-General Oeynhausien, sabedor da enorme dificuldade em receber o dinheiro a curto prazo, decidiu, então, responsabilizar a Real Fazenda pela dívida, assumindo, conseqüentemente, o direito de cobrança em juízo. Os devedores eram, em sua maioria, grandes fazendeiros ou grandes comerciantes residentes em Cuiabá e em localidades vizinhas. Por este motivo,

também os trabalhos de CORRÊA FILHO, Virgílio. *História de Mato Grosso*. 1994, pp. 437-440. MENDONÇA, Estevão de. *Datas matogrossenses*. v. II, 1973, p. 264. Opondo-se a essa visão e buscando interpretar as ações políticas do Capitão-General João Carlos Augusto D'Oeynhausien e Gravenburg de forma diferenciada: uma política reformista, populista e excludente, ver os trabalhos de VOLPATO, Luiza R. R. *A conquista da terra no universo da pobreza: formação da fronteira Oeste do Brasil, 1719-1819*. 1987, pp. 139-142. SIQUEIRA, Elizabeth M. et. alli. *O processo histórico de Mato Grosso*. 1990, p. 50.

João Carlos Augusto D'Oeynhausen e Gravenburg optou pela forma considerada por ele mais viável para que a Real Fazenda executasse a cobrança da dívida: o pagamento seria efetuado em espécie, ou seja, em gêneros alimentícios (plantações e criações) e em utensílios domésticos para usufruto dos internos que seriam segregados no projetado nosocômio⁸³.

O Projeto para aplicação dos juros vencidos pertencentes à herança de Manoel Fernandes Guimarães apresentado ao Príncipe Regente, datado de 12 de janeiro de 1814, foi aprovado por Carta Régia de 6 de junho daquele mesmo ano. Na carta, Dom João VI recomendava que a cobrança das dívidas referentes ao legado fossem executadas com moderação⁸⁴.

Uma vez aprovado o Projeto, João Carlos Augusto D'Oeynhausen e Gravenburg deu início à construção da Casa Pia de São Lázaro. Escolhido o local para a construção do nosocômio, imediatamente foi transferido para lá um certo número de doentes, que ali organizaram um arranchamento e passaram a utilizar o terreno doado ao hospital para o cultivo de gêneros alimentícios, bem como para a criação de pequenos animais domésticos. Esta remoção emergencial dos doentes, que foram encaminhados ao local designado para a construção do hospital, antes mesmo do início das obras, reforça o caráter de urgência assumido pelas autoridades governamentais para a retirada de todos os portadores de moléstias infecto-contagiosas do convívio social⁸⁵.

O legado de Manoel Fernandes Guimarães assume importância ímpar na história do primeiro leprosário de Mato Grosso: a Casa Pia de São Lázaro, inaugurada em 1816 e posteriormente denominada de Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. O português foi, sem sombra de dúvidas, um pioneiro, ao deixar metade da sua avultada herança para a futura criação de *uma casa de caridade* na vila de Cuiabá⁸⁶. Não obstante ter sido uma doação muito importante,

⁸² Do livro de registro de Ordens do govêrno desta Capitania, [...] op. cit., vol. II, 1969, p. 134.

⁸³ Ibidem, pp. 130 – 33.

⁸⁴ Nota-se, através da recomendação feita e como já afirmado anteriormente, que os devedores eram pessoas de grande prestígio e influência dentro e fora da Capitania de Mato Grosso. Cf. RODRIGUES, Firmo. op. cit. p. 136.

⁸⁵ Sobre essas reflexões, consultar o trabalho de NASCIMENTO, Heleno B. op. cit., pp. 16 - 17.

⁸⁶ . NDIHR-UFMT, Relatório do Presidente da Provincia de Matto Grosso o Capitão de Fragata Augusto Leverger, 1851, p. 39.

o legado de Manoel Fernandes Guimarães não foi o único na história das origens e da manutenção do hospital⁸⁷.

Vale lembrar que os pequenos donativos e esmolas, apesar de ignorados pela historiografia tradicional, sempre existiram e se apresentaram das mais variadas formas. Homens e mulheres comuns, das classes menos favorecidas da sociedade e até escravos aspiravam e tentavam, ao máximo, se aproximar dos costumes praticados e defendidos pelos poderosos.

Os vários legados deixados em testamento e outros inúmeros donativos que eram destinados às instituições de caridade estavam profundamente relacionados com a religiosidade e o misticismo que faziam parte do cotidiano da maioria dos homens e mulheres daquele período. Ricos e pobres procuravam seguir de perto as determinações da Igreja católica, assumindo, na prática, um comportamento baseado na crença religiosa e no sentimento de caridade. Como bem lembra Boris Fausto, Estado e Igreja católica foram as duas instituições encarregadas de organizar a colonização do Brasil:

*O ingresso na comunidade, o enquadramento nos padrões de uma vida decente, a partida sem pecado deste 'vale de lágrimas' dependiam de atos monopolizados pela Igreja: o batismo, a crisma, o casamento religioso, a confissão e a extrema-unção na hora da morte[...]*⁸⁸.

Mato Grosso não fugia à regra. Inserido no sistema colonial montado pela metrópole portuguesa, e colocado em prática por seus diversos agentes espalhados pela colônia, a Igreja católica estava presente no nascimento, na vida e na morte da maioria dos mato-grossenses.

É a partir deste universo religioso que se pode compreender e explicar melhor a importância dada pelas pessoas aos atos de caridade. No imaginário religioso do período, legar em testamento bens materiais para obras pias significava receber a recompensa em bens espirituais após a morte; e a caridade, sob forma de doações e esmolas durante a vida, representava um acúmulo de

⁸⁷ Seguindo os parâmetros da historiografia tradicional, Firmo Rodrigues, ao destacar as doações consideradas por ele como sendo as mais importantes no decorrer da história do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, o faz privilegiando aquelas de valor monetário mais significativo e o legado de Manoel Fernandes Guimarães, como seria de se esperar, ocupa o primeiro lugar em sua enumeração.

benefetórias que garantiriam uma vida melhor, mais feliz e mais próxima de Deus e da Igreja.

As doações mais avultadas eram prerrogativas de doadores que, obviamente, pertenciam às classes mais favorecidas da sociedade e, o fato, de serem vistos socialmente como pessoas caridosas e bondosas, elevava-lhes o prestígio e o *status*. Porém, os mais pobres, apesar de pouco ou quase nada possuírem, também legavam em testamento e/ou faziam doações em vida que, muitas vezes, extrapolavam suas verdadeiras possibilidades materiais. Tudo isso, para tentar “agradar” a Deus ou mesmo para satisfazer seus desejos pessoais de enaltecimento, em nome da caridade para com os "irmãos" que se encontravam em situação de extrema necessidade e de profunda infelicidade⁸⁹.

Em suma, entre os escravos, os livres pobres e entre os membros das classes mais abastadas da sociedade existia um intenso sentimento de caridade e de preocupação com a vida após a morte, com a salvação da alma.

Foi também em meio a este universo religioso que o Capitão-General João Carlos Augusto D'Oeynhausen e Gravenburg promoveu uma intensa campanha (valendo-se da religiosidade dos mato-grossenses), no sentido de angariar fundos que complementassem o dinheiro deixado, em testamento, por Manoel Fernandes Guimarães, para a construção do Hospital dos Lázaros de Cuiabá. Nomeou-se, dentre os oficiais das milícias e das ordenanças, o cargo de oficial esmoler⁹⁰. Oeynhausen determinou, ainda,

*que, todos os anos, no dia 11 de Fevereiro, dia de S. Lázaro, se pagasse pela Administração do Lazareto a esmola usual de cinco missas e um memento, sendo a primeira missa por alma de Manoel Fernandes Guimarães*⁹¹.

As pessoas designadas para servirem de agentes esmoleres, não apenas aceitavam prontamente a missão, como também sentiam-se honradas com tal função. Mesmo porque tal atribuição envolvia uma forte relação de poder, pois o

⁸⁸ FAUSTO, Boris. *História do Brasil*, 1995, p. 60.

⁸⁹ Cf. NASCIMENTO, Heleno B. op. cit., pp. 18 – 21.

⁹⁰ Os oficiais esmoleres tinham por missão sair as sextas feiras e aos sábados, angariando esmolares entre a população da Vila de Cuiabá e das localidades vizinhas.

⁹¹ RODRIGUES, Firmo. op. cit., p. 137.

simples fato de uma pessoa ter sido escolhida, mais que isso, ter sido nomeada pelo Capitão-General para assumir a função de agente esmoler já a colocava numa condição de preeminência na sociedade. Por outro lado, a função de agente esmoler, supostamente, era um trabalho agradável e fácil de ser realizado, visto que a população recebia e tratava os envolvidos com as obras de caridade como cristãos altruístas por excelência.

Os donativos eram de toda espécie: arroz, feijão, fumo, bois, utensílios domésticos e até escravos. Neste sentido, é ilustrativa a Carta de Doação de um escravo ao Hospital de Nossa Senhora da Conceição da Misericórdia de Cuiabá⁹² feita pelo Tenente Antonio Peixoto de Azevedo:

Ilmo. e Exmo. Sr. Achando-me em véspera de partida para o Estado do Pará, afim de conduzir negócios para esta Capitania, pelo rio Arinos, vejo-me em circunstância de não poder conduzir um escravo que tenho por nome Manoel, de nação Mina, por se achar com uma ferida em uma perna e porque, deixando o suplicante para se curar, o dito escravo pode acontecer, não só que lhe falte o trato preciso, mas também que as despesas que fizer, excedam ao valor do dito escravo, tenho tomado a resolução de oferecê-lo a V. Excia. para o Hospital da Misericórdia, onde melhor se poderá curar; o dito escravo acha-se no Pôrto Geral em casa de Pedro Ferreira, o qual eu possuo livre e desembargado⁹³.

Quando se analisa a Carta de Doação acima, percebe-se que o Tenente Antonio Peixoto de Azevedo, ao ter que partir para o Estado do Pará, e achando-se em difíceis condições por não poder conduzir em viagem um de seus escravos que se encontrava gravemente ferido e temendo, ainda, que as despesas com o tratamento do negro excedessem ao seu valor, resolveu doá-lo à uma instituição pia. Aproveitando e valendo-se, portanto, do sentimento de caridade, o Tenente Antonio Peixoto de Azevedo livrou-se da responsabilidade perante o tratamento do escravo e cumpriu, ao mesmo tempo, com as suas obrigações religiosas⁹⁴.

⁹² Atual Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá.

⁹³ Carta de Doação feita pelo Tenente Antonio Peixoto de Azevedo, datada de 27 de Setembro de 1817. In: RODRIGUES, op. cit., pp. 141-142.

⁹⁴ Não conseguimos comprovar se todos os escravos de propriedade dos hospitais de caridade foram adquiridos através de doações, porém sabemos, com base em pesquisas documentais, que as duas instituições pias de Cuiabá possuíam um certo número de escravos. E alguns, além de

Enfim, as inúmeras doações feitas pela população cuiabana, das localidades vizinhas e até de outras Capitânicas do Brasil, juntamente com o legado do português Manoel Fernandes Guimarães, garantiram a edificação da Casa Pia de São Lázaro e sua inauguração a 25 de abril de 1816.

Localizada distante da cidade⁹⁵, a Casa Pia de São Lázaro foi criada para receber os doentes do dito *mal de São Lázaro*, ou seja, os portadores das doenças consideradas pelas pessoas do período que compreende o século XVIII e XIX como *morphéas* contagiosas e incuráveis. Os doentes eram vistos e tratados como terríveis ameaças e a segregação social representava a forma mais confiável de prevenção, pois todos sabiam que a contaminação significava sofrimento, isolamento e morte.

Após a inauguração do nosocômio, João Carlos Augusto D'Oeynhausen e Gravenburg confirmou a existência de um saldo positivo (fruto do legado e das doações e angariações obtidas com a campanha em prol da caridade) que, além de garantir a manutenção da Casa Pia de São Lázaro, permitia ainda outras aplicações. Decidiu, então, iniciar a construção de um outro hospital: a do supra mencionado Hospital de Nossa Senhora da Conceição da Misericórdia de Cuiabá.

Em janeiro de 1817, o Capitão-General Oeynhausen designou um cabo da Companhia dos Dragões para percorrer, a cada mês, um distrito da Vila, na função de oficial esmoler. As doações recebidas com esta campanha serviriam de complementação dos recursos que seriam empregados na construção do Hospital de Nossa Senhora da Conceição da Misericórdia de Cuiabá. As obras deste hospital tiveram início em fevereiro daquele mesmo ano. E, desde então, a administração da Casa Pia de São Lázaro passou a ser denominada

trabalharem no Hospital de São João dos Lázaros e, principalmente, no Hospital de Nossa Senhora da Conceição da Misericórdia de Cuiabá, vez por outra vendiam (a mando da Administração dos hospitais) seus serviços a terceiros, com a finalidade de aumentar as rendas e ajudar na manutenção dos ditos estabelecimentos. Cf. NDIHR-UFMT, Discurso recitado pelo Exm. Presidente da Província de Mato Grosso, Antonio Pedro d'Alencastro, 1835, p.5.

⁹⁵ . "O edifício, devido á piedade do fallecido Manoel Fernandes Guimarães, demora-se a pouco mais de uma milha distante desta capital." NDIHR-UFMT, Relatório apresentado á Assemblêa Legislativa da Provincia de Matto Grosso pelo Presidente da mesma Provincia o Exm. Sr. Tenente-coronel Dr. Francisco José Cardozo Junior, 1872, p. 85. Justamente por ser um hospital para segregação de pessoas portadoras de doenças contagiosas e incuráveis, o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá foi construído, naquele período, a mais de dois quilômetros distante da Vila de Cuiabá.

"Administração dos Fundos", incumbida de governar os dois hospitais pios de Cuiabá⁹⁶.

A sociedade colonial mato-grossense era composta, em sua maioria, por escravos e por trabalhadores livres pobres, com pequenas posses ou totalmente despossuídos. Debilitados pelas difíceis condições de vida e por uma acirrada luta pela sobrevivência, estas pessoas compunham o maior número de vítimas acometidas pela lepra. Naquele universo, marcado pela insegurança social (característica de uma região de fronteira), pelas *correrias* de índios, pela violência urbana e rural e pela precariedade de socorros na área de saúde, a população ficava a mercê das várias epidemias, endemias e sezões que acometiam e matavam grande número de pessoas⁹⁷.

As elites também não estavam livres do ataque das doenças, pois sendo elas em sua maioria transmissíveis (no caso da lepra, também incurável) todas as pessoas estavam sujeitas ao contágio, ao isolamento e à morte. A significativa diferença estava nas melhores condições de vida e no fácil acesso às raras formas de prevenção e tratamento de que desfrutavam os extratos sociais privilegiados. Estes, tinham mais facilidade para sair da Capitania em busca de tratamento e de medicamentos nos centros mais avançados da Colônia ou, nos casos mais graves, buscavam assistência médica na Europa. Para os pobres, restavam os curandeiros, que se utilizavam de práticas e remédios caseiros, tais como: sangrias, purgas, gordura de pacú, raízes, plantas medicinais, etc⁹⁸.

De fato, a lepra, como também ocorria no período privilegiado neste trabalho, ameaçava a sociedade como um todo, mas o maior número de vítimas estava sempre entre as classes menos favorecidas da sociedade. A esse respeito, declarou, em 1815, o Capitão-General João Carlos Augusto D'Oeynhausens e Gravenburg, fundador do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá:

⁹⁶ Cf. NASCIMENTO, Heleno B. op. cit., pp. 23 – 24.

⁹⁷ Cf. VOLPATO, Luiza R. R. *A conquista da terra no universo da pobreza: formação da fronteira oeste do Brasil, 1719-1819*. 1987.

⁹⁸ Cf. MOURA, Carlos Francisco. *Médicos e cirurgiões em Mato Grosso no século XVIII e início do XIX*. 1981, s/p. e BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da saúde pública no Brasil*. 1996, pp. 5 - 7.

É a terrível molestia de que falo, a morfêa, mal funesto com que se tem familiarizado a tal ponto a classe mais infeliz, que ás vezes, os escravos buscam nela um titulo para sua liberdade⁹⁹.

É interessante notar, analisando a citação acima, que alguns escravos, devido aos maus tratos recebidos de seus senhores e a total falta de perspectiva de vida futura, chegavam ao ponto de buscarem na lepra uma das formas de se livrarem (através da concessão de uma carta de alforria) da opressão e da crueldade a que estavam sujeitos. Tomados pelo medo que provocavam as chamadas morfêas, os senhores de escravos não titubeavam em libertar e isolar um negro leproso.

Em suma, a lepra representou um grande tormento para a sociedade mato-grossense, desde o início da colonização portuguesa. Interessados em receber indulgências divinas neste mundo ou preocupados com a vida após a morte, com a salvação da alma e, principalmente, com a profilaxia que representava o isolamento nosocomial, muitos cristãos dedicaram-se, das mais variadas formas, às obras de caridade, principalmente no que concerne ao atendimento e amparo daqueles acometidos por moléstias contagiosas e incuráveis, entres eles os leprosos, que eram, em sua maioria, pertencentes às camadas menos favorecidas da sociedade.

O medo e as preocupações acerca da doença foram fatores marcantes no modo como a sociedade mato-grossense lidou com a lepra e os leprosos ao longo de sua história. As autoridades governamentais e sanitárias dessa região também defendiam e acreditavam piamente na segregação social e no isolamento hospitalar dos leprosos (e demais portadores de moléstias contagiosas e incuráveis) como sendo a estratégia profilática mais confiável para se livrar a sociedade do contágio e, portanto, deveria ser também a mais utilizada e difundida pelo poder instituído. Assim, o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá,

⁹⁹ Do livro de Registro de Ordens do govêrno desta Capitania, [...] op. cit., p. 134, (grifos meus). Sobre a sociedade mato-grossense e seu cotidiano de miséria, penúria, sofrimento e doença nos séculos XVIII e XIX, consultar os trabalhos de VOLPATO, Luiza R. R. *A conquista da terra no universo da pobreza: formação da fronteira oeste do Brasil, 1719-1819.*, 1987 e _____ *Cativos do sertão: vida cotidiana e escravidão em Cuiabá: 1850/1888.* 1993.

sendo o único espaço para o confinamento dos portadores de doenças contagiosas e incuráveis, assumiu uma importância ímpar para a sociedade que o constituiu, pois somente através dele se poderia concretizar o isolamento dos leprosos, como medida profilática em Mato Grosso.

Todavia, como se verá no item seguinte, a manutenção do Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá, após a emancipação política do Brasil, tornou-se um problema para os administradores da Província. Os doentes segregados da sociedade e ali isolados foram entregues a sua própria sorte, e o hospital relegado ao mais completo estado de abandono. Insuficientes, os recursos para este leprosário, obtidos através de esmolas, legados e outras doações movidas pelo sentimento de caridade existente na sociedade civil e pela necessidade de manter os doentes afastados do convívio social, jogaram o Hospital de São João dos Lázarus em uma situação extremamente precária ao longo de todo o século XIX, conforme se verá a seguir.

2. Lepra e abandono em Mato Grosso: a trajetória do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá durante o Império e inícios da Primeira República

Durante a pesquisa empírica, realizada para o desenvolvimento deste trabalho, as raras informações encontradas nas fontes documentais referentes ao século XIX, acabaram por comprometer um pouco a história do Hospital dos Lázaros de Cuiabá, no período que vai da sua inauguração até o final daquele século. Para tentar elucidar algumas questões relativas a essa grande lacuna existente durante o período Imperial, utiliza-se aqui como referência básica, conforme já apontado na introdução, os apontamentos históricos feitos por Firmo Rodrigues. Buscar-se-á, através dos seus escritos, complementando suas informações com aquelas que encontramos em alguns documentos oficiais, particularmente os relatórios dos presidentes da Província, evidenciar o abandono a que foram relegados o Hospital dos Lázaros e, em consequência, os leprosos e a própria questão da lepra.

No entanto, se as referências sobre a incidência da lepra em Mato Grosso, assim como sobre as medidas necessárias para se evitar a sua propagação não encontram grande espaço na documentação oficial da Província, a questão da saúde da população, não deixou de ser tratada nestes registros. Assim, embora não tenha um papel de destaque nas preocupações dos administradores imperiais¹⁰⁰, as questões sobre a assistência à saúde era um item permanente dos relatórios dos presidentes da Província, apresentando-se sob as rubricas *Hygiene Pública*, *Estabelecimentos Pios* ou *Caridade Pública*. Observa-se, ainda, que, a exemplo de outros aspectos, como a própria instrução pública, as atividades produtivas, os

¹⁰⁰ Este papel coube à Instrução Pública, que ocupou um espaço significativo nas estratégias das elites imperiais no sentido de inserir o Brasil no rol das sociedades civilizadas. Sobre esta questão em Mato Grosso, e o modo como aqui tomaram forma aquelas estratégias, consultar o trabalho de SIQUEIRA, Elisabeth Madureira. *Luzes e Sombras: modernidade e educação pública em Mato Grosso (1870-1889)*. 1999.

meios de comunicação, as cadeias e a colonização, as questões pertinentes à saúde da população foram focalizadas sob a ótica dos referenciais de *progresso e civilização*, especialmente após a segunda metade do século XIX.

Na opinião de Firmo Rodrigues, a transferência do Capitão-General Oeynhausen - *o grande protetor das Obras da Caridade em Cuiabá* - do governo da Capitania de Mato Grosso para a de São Paulo (1819) foi uma medida drástica para os dois hospitais de caridade de Cuiabá. Nas décadas seguintes à saída do referido Capitão-General, o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá enfrentou sérios problemas de abandono por parte dos seus sucessores no governo¹⁰¹.

Pode-se constatar esta situação lastimável, apontada por Firmo Rodrigues, nos documentos produzidos por uma comissão que, em 1828, por ordem da presidência da Província, foi encarregada de visitar as prisões e os estabelecimentos de caridade. Em visita ao Hospital dos Lázaros em 1831, os fiscais da comissão constataram a difícil situação em que se encontravam os leprosos ali isolados:

*No Hospital dos Lazaros achão-se quinze enfermos, duas mulheres, e treze homens; são assistidos diariamente com duas libras de carne fresca, com meia quarta de farinha, para oito dias, meia vara de fumo por mês. Os escravos da casa deitão lhe lenha hum dia de cada mês. Queixão-se esses infelises, que a lenha, a farinha e o fumo não lhes chega, clamão de fome, e dizem que se achão quasi nús, por que a tres annos receberão huma camiza, húa ciroula, e huma baeta, que já estão rotas*¹⁰².

Naquele mesmo ano, os fiscais da comissão pedem as autoridades governamentais que tomem providências, no sentido de melhorar a situação daqueles *desgraçados*:

A bem da humanidade exige á attenção da Camara sobre estes desgraçados, que soffrem a bem de

¹⁰¹ APMT. Relatório da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia. Apresentado ao Exmo. Sr. Presidente do Estado, 1924, p. 18.

¹⁰² APEMT. Cópia dos artigos da Comissão nomeada para visitar às prisões e os estabelecimentos públicos de caridade. Lata A, 1831, § 2º.

*suas molestias, a fome, e nudez, males estes, que as autoridades lhes podem melhorar. Entre elles existe hum bastantemente velho, que por ferido, e cego anda da Gatinha pela terra, e se vê como os mais, na dura necessidade de esperar pela carne, que lhe pertence, muitas veses até o meio dia! Que desgraça!*¹⁰³

No mesmo artigo, pode-se também sentir o atroz sofrimento dos leprosos confinados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Alguns, que provavelmente estavam ali há muitos anos, mais que esperar, desejavam ardentemente a morte:

*Huma das mulheres exclamou, presente a Comissão que desejava morrer, pois só assim findaria os males, e mizerias que soffre. A Comissão tendo em vista o [...] tanto padecimento, e ouvindo á Manoel Antonio Muniz, zelador do Hospital, hé de parecer que se deve dar a cada hum huma quarta de farinha para dez dias, huma vara de fumo por me (este lhes serve para lavarem as feridas, e não em vicio, que o gastão) meio alqueire de arros pilado, e meio dito de feijão para todos em hum mes; lenha em dous dias de cada neç, conduzida pelos escravos da mizericordia: duas enxadas, huma almocafre, e o conserto de huma alavanca, que existe; igualmente huma gamella em que se possão lavar. Hum delles, que ali habita de quinze annos, dice, que estes socorros se lhes dava no tempo, que governou esta Provincia o Marquez de Aracaty, fundador deste Estabelecimento*¹⁰⁴.

O discurso do abandono e do sofrimento também estava presente nos relatórios da comissão para o ano de 1834. Acrescentava-se, ainda, que o prédio do Hospital dos Lázaros encontrava-se em ruínas. Um paralelo entre a citação a seguir e a do ano de 1831, demonstra que no ano de 1834 havia um número menor de leprosos isolados no hospital, provavelmente resultado das fugas frequentes¹⁰⁵, devido ao estado de miséria enfrentado por aqueles doentes ali isolados.

¹⁰³ Ibidem, § 2º.

¹⁰⁴ Ibidem, § 2º.

¹⁰⁵ NDIHR/UFMT. Relatório apresentado pelo Presidente da Província de Mato Grosso, Augusto Leverger, 1851, p. 37.

O Hospital dos doentes Lazaros tem em si 12 doentes, sendo 9 homens e 3 mulheres; estes miseráveis em razão da dura fome que geralmente sofremos, acomodarão-se com a carne, farinha, e sal, que se lhe ministrava, [...] Este estabelecimento acha-se com grande necessidade de reparos, o telhado todo roto, por isso que precisa duas sacadas novas, ou tirar as velhas que existe, huma grade no portão da repartição das mulheres, embassar e cair as paredes de todo o edificio pelo estrago que lhe tem feito o tempo¹⁰⁶.

Ao abandono do Hospital de São João dos Lázaros e dos homens e mulheres que ali se achavam, somava-se o da Santa Casa de misericórdia, cuja situação ao longo do período imperial, de acordo com Firmo Rodrigues, não era muito diferente:

[...] até expirar o regimem dos presidentes da Província, isto é, durante longos anos, as instituições de caridade desta cidade arrastaram existência mais ou menos penosa, quasi equivalente a não existir; as enfermarias da Misericórdia eram consideradas a antecâmara da morte, para onde só os desgraçados ou os escravos eram conduzidos, não por vontade própria, mas resignados, como um condenado ao patíbulo¹⁰⁷.

Nos relatórios dos presidentes de província, o discurso sobre a precária situação destas instituições, condenadas a uma quase total decadência, também é recorrente durante todo o período imperial¹⁰⁸. Todavia, esta situação talvez não possa ser atribuída apenas aos problemas de uma província pobre como a de Mato Grosso, cujas despesas foram bancadas pelo Tesouro Nacional, devido à fragilidade de sua economia e à sua condição de fronteira, durante todo o período

¹⁰⁶ APEMT. Cópia dos artigos da Comissão nomeada para visitar às prisões e os estabelecimentos públicos de caridade. Lata A, 1834, § 1º.

¹⁰⁷ RODRIGUES, op. cit., pp. 144-145.

¹⁰⁸ NDIHR/UFMT. Discurso apresentado pelo Presidente de Província de Mato Grosso Antônio Pedro de Alencastro na Abertura [...]1835, p. 5. Relatório do Presidente de Província Estevão Ribeiro de Rezende, [...] 1840, p. 22. As reclamações também podem ser vistas, com bastante ênfase, nos relatórios dos Presidentes da Província de Mato Grosso para os anos de 1880, 1884, 1886 e 1888.

imperial¹⁰⁹. É preciso levar em conta também que situações como estas são expressões concretas do modo como a questão da saúde das populações era encarada naquele período, isto é, quase nos mesmos moldes daquilo que ocorria durante a vigência do regime colonial.

A Saúde Pública naqueles dois momentos da história do Brasil, como assinala Massako Iyda, apresentava-se como uma questão de domínio privado, familiar ou local. Em alguns momentos assumia um tipo de organização bastante precária e deficiente, através das Comissões de Homens Bons (na Colônia) ou os Probos (no Império), com funções filantrópicas e fiscalizadoras, nas quais os proprietários rurais participavam com o intuito de obter prestígio social. Além do mais, os recursos direcionados pelo poder instituído para o exercício da função sanitária eram mínimos¹¹⁰.

Nesse quadro geral de discussões entre doença e Saúde Pública em Mato Grosso, é importante voltar a enfatizar que, desde o período colonial e até fins do século XIX, a sociedade era composta, em sua maioria, por escravos (1888) e por trabalhadores livres pobres, vivendo em condições lastimáveis de exploração e de abandono por parte das elites dirigentes. Estava, portanto, entre esses extratos sociais "esquecidos" pelo poder instituído, o maior número de vítimas acometidas pela lepra e também por outras várias doenças que assolaram a Capitania e a Província de Mato Grosso.

Nas avaliações do quadro de salubridade da Província, pelo menos até meados do século XIX (antes que as epidemias de varíola e do cólera morbos a atingissem), pode-se perceber que são poucas as referências, nos documentos oficiais, à grandes problemas de saúde no seio da população. Todavia, a denúncia do estado de absoluta carência de médicos, instituições hospitalares e boticas na região, também se repetem ano a ano. Em 1837, por exemplo, um relatório presidencial dava conta da ocorrência de *febres* na cidade Mato Grosso (Vila Bela da Santíssima Trindade, capital de Mato Grosso no período colonial), ocasião em que morreram um *não pequeno número de pessoas sem [...] consolo e tratamento*, por falta de profissionais médicos na região:

¹⁰⁹ Cf. BORGES, Fernando Tadeu M. *Do extrativismo à pecuária: algumas observações sobre a história econômica de Mato Grosso (1870-1930)*. 1991.

*Em toda a Província existe apenas o Cirurgião-mor do Corpo de Ligeiros, que não podia abandonar o hospital do mesmo e a Santa Casa da Misericórdia. [...] Nem uma só botica existe na Província à exceptuar-se a pequena que possui o mesmo Cirurgião-mor [...]*¹¹⁰.

A situação de carência na área de saúde continua sendo registrada pelas autoridades imperiais até o final do regime. Contudo, os relatórios são também recorrentes no que tange ao levantamento das necessidades da Província nesta área e estas são apontadas em conformidade com os preceitos modernos de higiene e salubridade.

Assim, desde meados do século XIX, a cidade de Cuiabá, capital da Província, e centro hegemônico das relações econômicas, das manifestações sócio-culturais e das decisões político-administrativas - também foi palco privilegiado dos novos conceitos de civilização, de higienização, do discurso médico-científico e da moralização dos espaços urbanos em defesa do progresso e em nome da modernidade. Tais conceitos eram enaltecidos e exigidos pelo poder instituído, que representava a sociedade disciplinar que se desenvolveu no Brasil daquele período¹¹².

Valorizando e enaltecendo tais conceitos e assumindo como parâmetros a serem seguidos as grandes cidades européias, a elite mato-grossense - mais especificamente a cuiabana - tentava transformar a cidade de Cuiabá num ambiente disciplinado, higiênico, medicalizado e moralmente sadio¹¹³. Nesse sentido, os tidos como *vadios e turbulentos, loucos* e os portadores de doenças contagiosas e incuráveis, como a lepra deveriam ser segregados e isolados em hospitais apropriados para tal fim¹¹⁴.

¹¹⁰ IYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. 1994, pp. 23-32.

¹¹¹ NDIHR/UFMT. Discurso apresentado à Assembléia Legislativa da Província de Mato Grosso por Antônio Pimenta Bueno, [...] 1837, p. 10.

¹¹² Cf. VOLPATO, Luiza R. Ricci. op. cit., 1993, pp. 82-106.

¹¹³ Ibidem, pp. 88-95.

¹¹⁴ Sobre a segregação dos loucos em Cuiabá, consultar CANOVA, Loiva. *A loucura é uma loucura: as representações sobre o louco e a ordenação do espaço urbano em Cuiabá (1889 - 1931)*. 2000.

Os inspetores de higiene, os poucos médicos, os educadores e demais autoridades que para cá se dirigiam acreditavam que poderiam impor aqui os conceitos trazidos de outras regiões do país e da Europa. A cidade de Cuiabá deveria (no discurso médico e oficial) ser higienizada e transformada em um lugar de bem estar, onde conviviam as famílias honestas e de educação adequada, as famílias da elite. Defendia-se uma cidade medicalizada, com a desinfecção dos lugares públicos, a limpeza dos terrenos baldios, dos matadouros públicos e, principalmente, do Córrego da Prainha, que cruzava as principais ruas da cidade de Cuiabá.

Estes discursos, em especial no que diz respeito à higiene e prevenção de doenças, ganharam maior densidade após a Guerra da Tríplice Aliança contra o Paraguai (1865 - 1870), durante a qual ocorreu uma epidemia de varíola. A guerra contra os paraguaios - episódio do qual a Província de Mato Grosso foi palco privilegiado naquele período - contou com a terrível epidemia de varíola, que assolou a população cuiabana em 1867, para aumentar ainda mais o pânico e a insegurança social entre os diferentes segmentos sociais que viveram em Mato Grosso, mais especificamente em Cuiabá, naquele período.

A varíola foi um mal que atingiu a população cuiabana como um todo, mas o grande número de vítimas, segundo Volpato, também estava entre as classes menos favorecidas da sociedade. A guerra contra os paraguaios e as cheias do rio Cuiabá (1865) contribuíram em muito para a desestruturação na produção e no abastecimento de gêneros alimentícios na Província. A escassez de alimentos atingia primeiramente aos mais pobres. Estes, debilitados pelas difíceis condições de vida, pela miséria e pela fome, tornaram-se alvos fáceis para a doença¹¹⁵.

No entanto, a terrível experiência da epidemia de varíola não alterou significativamente a situação de abandono, *o quadro de misérias* a que, segundo Firmo Rodrigues, foram relegados, durante o século XIX, os dois hospitais de caridade de Mato Grosso¹¹⁶.

¹¹⁵ Cf. VOLPATO, Luiza R. Ricci. op. cit., 1993, pp. 80-81.

¹¹⁶ RODRIGUES, Firmo José. Op. cit. , 144-145. Segundo o autor, foi difícil reconstituir este quadro de abandono, *pois que o desleixo ou mão criminosa consumiu grande parte do arquivo da Santa Casa. Em 1867, foi a população de Cuiabá dizimada pela varíola e, sobre os serviços que então deveria ter prestado a Santa Casa, não encontramos referência alguma no arquivo.* Para

Em 1879, o presidente da Província de Mato Grosso, João José Pedrosa, pretendendo melhorar as condições lastimáveis em que se achavam a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, nomeou uma comissão com a finalidade de organizar uma irmandade que pudesse assumir a administração dos mesmos. Uma vez organizada essa irmandade, o seu regulamento foi submetido à aprovação da Assembléia Legislativa da Província de Mato Grosso, tendo sido adotada por lei n.º 532 de 19 de novembro daquele mesmo ano.

[...] e, em seguida, foi procedida a eleição da mesa administrativa que se compunha de: provedor, escrivão, tesoureiro, procuradores, irmão de mesa e mordomos.

Compreendia também essa associação uma classe de irmãs honorárias, dentre as quais eram escolhidas uma provedora, doze irmãs de mesa e quatro mordomas.

A irmandade ficou constituída com trezentos e quarenta membros e a escolha de provedor recaiu na pessoa do Desembargador Firmo José de Matos que foi, pode-se dizer a alma dêste movimento generoso em benefício das instituições fundadas com tanto zêlo pelo Capitão João C. A. de Oeynhausen¹¹⁷.

Durante os três anos de existência e de atuação da referida Irmandade, a situação da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, segundo Firmo Rodrigues, melhorou consideravelmente. Mas a partir de 1884, surgiram discórdias entre alguns sócios importantes da associação, *que tão bons serviços vinham prestando* e, como consequência, os recursos necessários à manutenção dos hospitais minguaram novamente. Por esses motivos, a lei provincial n.º 718, de 17 de setembro de 1886, fez voltar ao antigo regime de nomeação, pelo presidente de Província de Mato Grosso, do pessoal componente da mesa administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, desaparecendo, assim, a *tão estimada e relevante* irmandade. Firmo Rodrigues atribui a este fato a situação em que se encontrava o Hospital de São João dos Lázaros em 1887, *estava deserto: tinha sete enfermos apenas, 3 homens e 4 mulheres*¹¹⁸.

saber mais sobre a epidemia de varíola em Cuiabá, à época da Guerra do Paraguai, ver também MOUTINHO, Joaquim Ferreira. *Notícias sobre a Província de Matto Grosso*. 1869.

¹¹⁷ RODRIGUES, op. cit., pp. 145-146.

¹¹⁸ Ibidem, p. 146.

Em 1886, Mato Grosso foi assolado pela epidemia do cólera morbos e em 1890 pela epidemia de febre amarela. A situação era de pavor e de desespero e os hospitais de caridade, principalmente a Santa Casa de Misericórdia, tinham que assumir o ônus com o atendimento de um número de doentes muito superior às suas possibilidades materiais e a seus poucos recursos financeiros. Segundo Rodrigues, o regime republicano em nada melhorou a situação dos referidos hospitais, ao contrário, a situação de incertezas decorrentes da nova ordem política aumentava ainda mais a ausência do poder público nas atividades relacionadas às duas instituições de caridade.

Em suma, pode-se afirmar que, ao longo do período imperial, as preocupações com a lepra ficaram relegadas a segundo plano em Mato Grosso. Há uma relativa ausência de comentários e de informações acerca da moléstia nos documentos oficiais referentes aquele período histórico, além do que muitos documentos escritos, fontes e outros registros - como já afirmado anteriormente, com base nos escritos de Firmo Rodrigues - foram destruídos, *por mão criminosa*, no arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá.

A presença da varíola (1867); os problemas com a irmandade organizada para administrar os dois hospitais de caridade em 1879, porém extinta em 1886; o ataque epidêmico do cólera morbos (1886); as incertezas trazidas pelo regime republicano (1889); as dificuldades enfrentadas pela população com o surto de febre amarela (1890) foram fatores que contribuíram para um certo "esquecimento" da lepra por parte dos órgãos oficiais de Mato Grosso. Com a rejeição da moléstia a segundo plano, é oportuno afirmar que o Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá (juntamente com os leprosos nele isolados) também ficou, durante aquele longo período, a mercê do esquecimento e do abandono.

A lepra é uma moléstia particular em relação as outras doenças que assolaram o Brasil no século XIX e inícios do XX. Sobre aqueles males, havia um teoria que unificava e sintetizava a ação assistencial: administrativa, religiosa e médica, sobretudo nos tempos coloniais. Com o advento da medicina social, durante o Império, o objetivo principal das autoridades sanitárias, dos médicos, deixa de ser o doente e passa a ser as doenças, suas causas sociais e biológicas. Naquele contexto, o papel da assistência religiosa vai sendo paulatinamente

substituído pelo do médico, que politiza progressivamente os procedimentos em nome da proteção à saúde coletiva¹¹⁹.

Entretanto, no que concerne à lepra, diferentemente das outras doenças, essa teoria não existia, pois o seu conteúdo era muito mais simbólico do que científico. Visava, ao invés de curar, proporcionar uma assistência piedosa e caridosa à criaturas - portadoras de um mal que além de contagioso, também era incurável - já consideradas em trânsito sem retorno para a sepultura.¹²⁰ Essa particularidade da lepra, entre outras, permitiu que representações e práticas sociais acerca da doença (e dos seus portadores), originadas em tempos bastante remotos, permanecessem vivas até o período analisado neste trabalho. A caridade pública em benefício dos leprosos, a segregação social e o isolamento hospitalar daqueles doentes compõem parte desse imaginário de longa duração.

Ao iniciar-se o período republicano, num quadro de grande instabilidade social, econômica e política¹²¹, foi organizada pelo presidente de Província de Mato Grosso Manoel José Murtinho, em 1894, a Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá.¹²² Entretanto, em suas duas primeiras décadas de existência, a referida Sociedade Beneficente - devido as condições históricas supra mencionadas - pouco ou quase nada pôde fazer para melhorar a situação de abandono em que se encontrava a Santa Casa de Misericórdia e, principalmente, o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá.

A reincidência da varíola no estado de Mato Grosso, em 1907, provocando pânico generalizado na população, para grande preocupação das autoridades governamentais e médicas, demonstrou cabalmente aquela situação. O estado não dispunha, em pleno século XX, das mínimas condições para oferecer tratamento ao grande número de indigentes acometidos pela moléstia; restando

¹¹⁹ Cf. TRONCA, Ítalo A. "História e doença: a partitura oculta (a lepra em São Paulo, 1904 - 1940)". In: RIBEIRO, Renato Janine. (org.) *Recordar Foucault: os textos do colóquio Foucault*. 1985, pp. 138 - 139.

¹²⁰ Ibidem, pp. 138 - 139.

¹²¹ Sobre o assunto, consultar o trabalho de CORREA, Valmir Batista. *Coronéis e Bandidos em Mato Grosso: 1889 - 1943*. 1995.

¹²² Sobre esta Sociedade, ver o próximo capítulo.

para a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá a obrigatoriedade de receber e de tentar cuidar dos enfermos.

Nesse contexto das primeiras décadas do século XX, no que respeita ao enfrentamento do problema da lepra, que volta a ocupar um lugar de destaque (a partir da década de 1910) nas preocupações com a saúde da população, dirigentes políticos e autoridades médico-sanitárias, mais uma vez, apelarão para a caridade pública, ainda que o momento seja, também, marcado pela instituição do regime republicano e pela emergência de um novo parâmetro no que diz respeito à Saúde Pública no Brasil, que, paulatinamente, se institucionaliza, configurando-se como uma questão que vai afetar diretamente ao Estado.

O capítulo seguinte, analisa o modo como a sociedade mato-grossense lidou com a lepra naquele momento, em especial entre os primeiros anos da república e meados da década de 1920, considerando o entrelaçamento entre caridade e poder e focalizando, sobretudo, as atitudes das elites locais face à existência de um número considerável de leprosos nesta sociedade, ou à margem dela, ameaçando de contágio a população sadia, e face às estratégias de segregação social e de isolamento hospitalar daqueles doentes, como medida profilática em Mato Grosso.

Capítulo III - Caridade e profilaxia: as elites de Mato Grosso e suas atitudes acerca dos leprosos

Muito me agradaria si ao dispor me, leitores meus, para vos dirigir esta chonica, tivesse eu habilidade e tirocinio taes, capazes de arrancar de vossos corações uma chamma ardente de amor caridade, de amor chistão, em favor dos pobres infelizes, os degredados do Hospital dos Lazaros.

Revista A violeta, 1932.

Verdadeira reforma e inadiavel se impõe quanto ao serviço da hygiene: a saúde publica não pode continuar dessa forma, pois está completamente abandonada.

É preciso que se diga sem rebuças, a hygiene ainda está por se fazer em Matto -Grosso.

Relatório do Inspetor de hygiene, 1906.

Apresentação

Este capítulo tem como objetivo mais geral discutir como a sociedade mato-grossense - especialmente parcelas da elite - enfrentou a problemática da lepra e dos leprosos nas primeiras décadas do século XX, focalizando as ações caritativas e filantrópicas, que visavam assegurar o isolamento hospitalar dos leprosos e, com isso, garantir a profilaxia da doença em Mato Grosso. As ambigüidades presentes nas ações das autoridades governamentais e sanitárias estaduais, frente ao perigo que representava a doença para a sociedade mato-grossense como um todo, também serão analisadas neste capítulo.

Desde o primeiro quartel do século XIX até a primeira década do século XX, como se procurou demonstrar no capítulo anterior, as preocupações com a profilaxia da lepra, o isolamento hospitalar dos leprosos e, ainda, com as condições do Hospital São João dos Lázaros, o único estabelecimento destinado para este fim, foi relegado a um segundo plano pelas autoridades públicas de Mato Grosso. Todavia, a partir da década de 1910, a doença volta a figurar na documentação oficial como um grave problema de saúde que ameaçava a população mato-grossense e que, como tal, estava a exigir respostas das autoridades e, em especial, da sociedade.

A que se deve este renovado interesse por uma doença que nada tinha de novidade para as autoridades mato-grossenses, já que ela em momento algum deixou de se constituir em um grave problema de saúde a ser enfrentado em Mato Grosso? Embora seja possível, a partir dos discursos destas autoridades, supor que a lepra tenha se tornado mais visível e que sua incidência tenha aumentado nos primeiros anos do século XX, a resposta a essa questão deve ser buscada em um contexto mais amplo, que diz respeito ao lugar da saúde no debate sobre o diagnóstico dos males do Brasil e as formas de superá-los. Este debate ganha amplitude na nova configuração política inaugurada com a República, e é estimulado pela ocorrência de epidemias variadas, que assolaram várias cidades

brasileiras, em especial a capital do país, nas duas primeiras décadas do novo regime¹²³.

As primeiras décadas do novo regime foram marcadas por uma nova conjuntura social, econômica, política, cultural e ideológica, pautada nos ideais de ordem, progresso, civilização, modernização. Como assinala Galetti:

Cabia à República construir um novo tempo, modernizando as instituições políticas, a economia e a sociedade nacionais de modo a equiparar o Brasil aos avanços do progresso e da civilização exibidos por outras nações. Para a efetivação de tal projeto tornava-se fundamental homogeneizar o país, eliminar diferenças étnicas e culturais, reduzir as distâncias geográficas e históricas que ameaçavam desintegrá-lo como nação. Mais do que nunca a tarefa que se colocava era a de eliminar a fronteira entre barbárie e civilização no território nacional, auxiliada agora pela ciência e pela técnica modernas¹²⁴.

Entre os muitos aspectos que precisavam ser reformados e adequados à nova ordem e aos preceitos de *civilização* e *progresso*, estavam as doenças, em especial as chamadas epidemias urbanas e as doenças endêmicas dos sertões, que foram ganhando visibilidade com a interiorização das ações estatais (como a construção de ferrovias e linhas telegráficas, entre outras), implementadas nas primeiras décadas republicanas.

Nesse momento, a construção de uma identidade moderna e civilizada para a nação brasileira, no campo médico-sanitário como em outros, estava seriamente comprometida. Neste campo, a imagem negativa do Brasil como *um vasto hospital* - conforme assinalou, em 1916, o médico Miguel Pereira - mobilizava médicos, engenheiros e outros profissionais a elaborarem análises, onde se diagnosticavam os problemas e se indicavam suas soluções, visando alterar esta imagem. Entre estas soluções destacam-se os programas de saneamento do país,

¹²³ Cf. CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. 1996. LUCA, Tania Regina de. *A Revista do Brasil: um diagnóstico para a (N)ação*. 1999. SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. 1984.

¹²⁴ Galetti, Lylia da S. Guedes. *Nos Confinos da civilização: sertão, fronteira e identidade nas representações sobre Mato Grosso*. 2000, p. 223.

não só nas cidades mas, sobretudo, nos sertões, espaços vistos como completamente abandonados pelo poder público federal¹²⁵.

As várias iniciativas no sentido de sanear o Brasil, entre as quais se destacam as expedições sanitárias realizadas sob a direção de Oswaldo Cruz, levaram os estudiosos a caracterizar o período como *A era do saneamento*.

Em sua análise deste período, Hochmann resume a visão de médicos e outros profissionais que se envolveram neste movimento sanitarista. Para eles:

[...] o Brasil era um país doente, isto é, caracterizava-se pela onipresença de doenças endêmicas, contrapartida da ausência do Poder Público em grande parte do território nacional, para impedir a ação do micróbio da doença que pega. O nacionalismo do movimento sanitarista, apontado pela literatura, deve ser entendido, agora, como a descoberta da nação a partir da consciência da interdependência social promovida pela doença. O movimento sanitarista saturou a sociedade brasileira com uma interpretação sobre o Brasil a partir de dois eixos complementares que o definiram: o hospital e os sertões. O hospital indicava a (oni)presença da doença e sua difusão; os sertões significavam o abandono e a ausência da autoridade pública¹²⁶.

Projetava-se, então, sobre os sertões, o interior, os *grotões* do país, a idéia de um espaço doentio, povoado por populações atacadas pelo bócio, amarelão, doença de Chagas e lepra, entre outras. Esta idéia ganhou densidade nas primeiras décadas do século XX e, para alguns intelectuais brasileiros, boa parte dessa situação era devida ao descaso do Estado com a saúde de sua população; outros, a atribuíam preferencialmente à falta de instrução pública e ao isolamento do interior. Para outros, ainda, a precária situação de saúde nos sertões era devida à ignorância da maioria da população, pobre e mestiça, seu desconhecimento dos mínimos preceitos de higiene, sua preguiça e indolência¹²⁷.

Na década de 1920, os esforços empreendidos por médicos e sanitaristas, que defendiam uma intervenção direta dos poderes públicos na área da Saúde

¹²⁵ Cf. LUCA, Tania Regina de. *A Revista do Brasil: um diagnóstico para a (N)ação*. 1999. Em seu estudo, a autora analisa um conjunto de artigos sobre o tema, elaborados por médicos engajados nestes programas.

¹²⁶ HOCHMAN, Gilberto. op. cit., p. 79.

¹²⁷ Cf. LUCA, Tania Regina de. op. cit., 1999.

Pública começam a apresentar resultados mais substanciais¹²⁸. Em 1925, foi concluída e aprovada a Reforma sanitária no Estado de São Paulo, através de uma lei sanitária que serviria de base e de modelo para os encaminhamentos relacionados à saúde pública no restante do país. Mais conhecida como Reforma Paula Souza¹²⁹, essa política de saúde ganhou uma nova concepção, cujo o ponto central seria a educação sanitária do indivíduo.

O eixo dessa nova orientação deslocou-se do policiamento para a educação e as ações sanitárias transferiram-se da população em geral para o indivíduo em particular. Com isso, na prática sanitária, o policiar as coisas - habitação, água, esgoto, lixo - o vigiar a cidade ganhava um novo aliado - a persuasão do indivíduo, o uso das palavras para forjar no indivíduo a consciência sanitária, a prática sanitária definiu-se como policiar e persuadir¹³⁰.

Segundo Ribeiro, após a Reforma Sanitária de 1925, a antiga concepção mudou e adaptou a estrutura do Serviço Sanitário a uma nova maneira de ver os instrumentos da prática sanitária. A estrutura em funcionamento desde 1892-1896, com algumas poucas alterações que não comprometiam a concepção geral, cedeu lugar a um novo aparato sanitário. A velha estrutura consolidada por Emílio Ribas desmoronou-se pela ação reformadora do jovem médico Paula Souza, recém-chegado dos Estados Unidos, imbuído de novas idéias¹³¹.

Foi também com a Reforma Sanitária de 1925 que se criou uma inspetoria especial para atuar na construção e na organização das colônias para leprosos, a Inspetoria da Profilaxia da Lepra¹³².

Iyda acrescenta que foi através da Reforma Sanitária de 1925 que a Saúde Pública criou e impôs sua área de atuação e sua autoridade no aparelho estatal.

E a partir de então, incorporará, além do controle das doenças transmissíveis, a higiene do trabalho, do

¹²⁸ Esta questão será retomada no próximo capítulo, com ênfase para as décadas de 1920 e 1930.

¹²⁹ Geraldo Horácio Paula Souza era diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo naquele período e foi o promotor/articulador da referida Reforma Sanitária.

¹³⁰ RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim... Inventário da saúde pública, São Paulo - 1880-1930*. 1993, p. 246.

¹³¹ *Ibidem*, p. 247.

¹³² *Ibidem*, p. 252.

*alimento, do escolar, a lepra, a fiscalização domiciliar da medicina e da farmácia, ampliando, ainda mais, nas reformas de 1931 e 1938, para incluir a tuberculose, a sífilis e doenças venéreas, a assistência dentária e a febre amarela*¹³³.

Na Reforma Sanitária de 1925, a lepra assume papel privilegiado em detrimento de outras doenças contagiosas e incuráveis daquele período. Prova disso foi a criação de uma inspetoria especial só para cuidar das preocupações relacionadas à moléstia. A grande atenção dispensada à doença, ao menos no texto da nova lei sanitária, foi alvo de críticas por parte de alguns parlamentares, que julgavam que a lepra estava *na moda*, enquanto que a tuberculose - doença responsável pelo maior número de mortes no mesmo período - ficou relegada a segundo plano pela referida Reforma Sanitária¹³⁴.

As elites mato-grossense não ficaram alheias a este quadro nacional, relativo ao enfrentamento das questões da saúde pública no país, nem ignoraram as relações que então se estabeleciam entre a erradicação de doenças, em especial epidêmicas e endêmicas, e a construção de um Brasil moderno, sadio e civilizado¹³⁵.

Neste ponto, é importante assinalar que Mato Grosso era visto, a partir do *litoral civilizado*, já desde o século XIX e com mais força nas primeiras décadas do XX, como um *protótipo do sertão*. Assim,

*Para os dirigentes e intelectuais brasileiros que o enxergavam de fora, tendo como referência a realidade do processo de modernização do litoral, as concepções ocidentalistas de progresso e civilização e teorias sobre a inferioridade racial do mestiço, embora nem sempre concordando integralmente com elas, [Mato Grosso] se definia mais do que nunca como um grande e remoto sertão e, igualmente, como uma ainda longínqua fronteira do país, a reclamar a presença do Estado, da ciência e da técnica afim de ser incorporada à nação*¹³⁶.

¹³³ IYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. 1994, pp. 50-51. Em Mato Grosso, como veremos no próximo capítulo, uma Reforma Sanitária de grande vulto só vai acontecer no ano de 1938.

¹³⁴ Ibidem, p. 63.

¹³⁵ Cf. Galetti, Lylia, op. cit., 2000.

¹³⁶ Ibidem, p. 224

Além disso, é preciso frisar que as elites dirigentes e intelectuais de Mato Grosso compartilhavam destas apreciações sobre a sua terra natal e, do mesmo modo, também faziam coro às reivindicações, mudanças e reformas que eram propostas para colocar o País nos rumos do progresso e da civilização. E, neste sentido, estavam talvez ainda mais mobilizadas pelo mesmo anseio de progresso e civilização que impulsionava os intelectuais dos grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro¹³⁷. Deste modo, as ações do chamado movimento sanitaria e as reformas federais no âmbito da Saúde Pública logo se fizeram notar nas práticas das autoridades governamentais e sanitárias mato-grossenses.

Assim, nas primeiras décadas do século XX em Mato Grosso, as questões sanitárias e a profilaxia das doenças epidêmicas e endêmicas, entre estas a lepra, passaram a ocupar lugar de destaque nos discursos daquelas autoridades. No caso da lepra, isto ocorreu praticamente ao mesmo tempo em que a doença passava a se incluir, por decisão federal de 1911, entre aquelas cuja notificação se tornava compulsória em todo o território nacional¹³⁸.

Em 1922, organizou-se o Serviço de Profilaxia Rural em Mato Grosso (órgão criado pela Lei número 802, de 14 de agosto de 1918), e, segundo Firmo Rodrigues, apesar do exíguo número de doentes isolados no Hospital dos Lázaros de Cuiabá, as constantes inspeções domiciliares desenvolvidas por aquele serviço revelaram a existência de grande número de pessoas acometidas pela lepra no Estado. O número reduzido de leprosos isolados no hospital devia-se às suas lastimáveis condições de existência daquele estabelecimento naquele período¹³⁹.

Como se verá ao longo deste capítulo e do próximo, entre fins do século XIX e a década de 1930 do XX, ganham corpo, nas práticas e representações das autoridades sanitárias e dirigentes políticos mato-grossenses, bem como de

¹³⁷ Cf. Galetti, Lylia. op. cit. Ver principalmente a parte IV - "Terra Natal: Mato Grosso sob o olhar nativo".

¹³⁸ IYDA, Massako. op. cit., 1994, p. 62.

¹³⁹ APMT. Relatório da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia. Apresentado ao Exmo. Sr. Presidente do Estado, 1924, pp. 18-19. Vale esclarecer que Firmo Rodrigues, ao falar do *exiguo numero de doentes alli isolados* e também do *grande numero de individuos atacados d'aquela mal* no Estado de Mato Grosso, o faz sem oferecer, no documento citado, os dados numéricos que comprovassem as suas colocações.

parcelas significativas da sociedade local, uma insistente preocupação com a lepra e, especialmente, com o isolamento dos leprosos.

Assim, já a partir de 1912, a Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá (fundada em 1894) passou a receber um maior estímulo financeiro por parte do poder público estadual, melhorando, deste modo, a sorte daquele estabelecimento pio. Em 1919, ano de criação do Serviço de Profilaxia Rural pelo governo federal, A Sociedade Beneficente, então sob a administração do padre Manoel Gomes de Oliveira, ganha um novo impulso, conseguindo, através da caridade pública, importantes melhorias para a Santa Casa.

Contudo, o Hospital dos Lázaros, até o ano de 1922, permaneceu em completo estado de abandono, vindo a ser beneficiado somente a partir de 1923, já na administração de Firmo Rodrigues à frente da Sociedade Beneficente, quando as preocupações com a lepra e, conseqüentemente, com o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá passam a ocupar um lugar de destaque na sociedade mato-grossense.

Único estabelecimento destinado ao isolamento de leprosos no Estado de Mato Grosso, o Hospital encontrava-se completamente abandonado e os esforços se voltaram para a sua reconstrução. Os representantes do poder público alegavam falta de recursos para a sua manutenção e, ao mesmo tempo, lançavam sobre a sociedade o peso desta tarefa, apelando para a caridade cristã, a filantropia, o amor ao próximo e a si mesmo e, principalmente, objetivando uma profilaxia mais eficaz da terrível moléstia, cuja cura ainda era um mistério para a ciência.

Na *era do saneamento*, das reformas nos serviços sanitários, da *modernização* das formas de prevenção e de tratamento, da notificação obrigatória e do isolamento compulsório dos portadores de moléstias infecto-contagiosas, as atenções voltavam-se, também, para uma das mais antigas moléstias que afligem o homem: a lepra. Em Mato Grosso, o estigma, o preconceito, o medo e a rejeição também estavam "de volta", exigindo a segregação social e o isolamento hospitalar como única medida profilática capaz de amenizar o pânico e diminuir as possibilidades de disseminação da doença no Estado.

Contudo, mesmo no contexto das mudanças que estavam acontecendo no Brasil, e também em Mato Grosso, no campo da Saúde Pública, o problema dos

leprosos ainda era enfrentado pela sociedade mato-grossense, em larga medida, pela via da caridade e da filantropia. Assim, neste capítulo, privilegia-se essas ações pautadas na caridade pública e nas atitudes beneficentes, focalizando a Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá e a Comissão Feminina Pró-Lázarus.

1. Lepra, caridade e poder: A Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá

A Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, constituída a 25 de novembro de 1894, de accôrdo com a Resolução n. 69 de 3 de julho de 1894, e com o acto n. 555, de 22 de dezembro de 1894, do Governo do Estado, [...] terá por fim principal amparar aos indigentes doentes.

Estatutos da Sociedade Beneficente [...], 1932.

[...] todos os socios desempenharam os seus deveres relativos, com dedicação e interesse pela caridade, que é o fim principal desta Associação.

Relatório da Sociedade Beneficente [...], 1908.

Caridade cristã e filantrópica em favor *dos infelizes do hospital dos lázaros*, amor àqueles *pobres degredados*, solidariedade para com *os leprosos segregados naquele hospício a espera da morte*, piedade religiosa *dos que lá vivem separados dos seus e da sociedade*. Estas são frases recorrentes nos registros sobre a lepra, produzidos em Mato Grosso nas décadas de 1920-30. Nestes registros pode-se identificar uma imensa preocupação, principalmente por parte da elite mato-grossense, em angariar fundos, valendo-se da caridade, da beneficência social e do medo do contágio, para fazer frente ao objetivo de assegurar a segregação social dos leprosos e mantê-los isolados até a morte.

No Brasil do século XIX, segundo Santos Filho, a assistência aos doentes e demais necessitados não recebia recursos do poder público, eram, em sua maioria, administradas e sustentadas por entidades particulares. Esse modelo de assistência dividia-se em duas categorias: as associações que prestavam auxílio a todos os necessitados e que possuíam como modelo a Santa Casa de Misericórdia, e as que se ocupavam dos próprios sócios, tais como as Irmandades Religiosas, Ordens Terceiras e as Associações de Beneficência, de socorro mútuo, representadas, estas últimas, pelas Beneficências Portuguesas, com seus hospitais. Havia, ainda, associações beneficentes de ingleses, franceses e italianos, que chegaram a construir e manter grandes hospitais.

Sobre as Associações Beneficentes no Brasil do século XX, também escreveu Santos Filho:

As Associações Beneficentes e outras semelhantes, denominadas "caixas de socorro", "dispensários", "ligas" etc., proliferaram e contaram-se por centenas em todo o país, nas primeiras décadas do século XX. Quando não possuíam hospital, contribuía com somas em dinheiro para o pagamento das diárias dos associados doentes internados. E foi o atendimento médico-hospitalar oferecido pelos Institutos governamentais - reunidos no Instituto Nacional de Previdência Social - o responsável pelo esvaziamento e, mesmo, pelo desaparecimento da maior parte das Associações Beneficentes, nos dias que correm¹⁴⁰.

No que diz respeito especificamente à lepra, como visto anteriormente, a doença tem a sua história intimamente entrelaçada com as obras de caridade, desde pelo menos o século XII, quando a Igreja Católica tomou os leprosos por objeto da caridade cristã. Esmolas, doação de bens e valores em testamentos, além de variadas formas de arrecadação de recursos foram acionadas não apenas por piedade cristã com os leprosos mas, sobretudo, como forma de proteger os indivíduos sadios, garantindo que aqueles doentes permanecessem reclusos nos estabelecimentos de isolamento. Estas mesmas atitudes vigoraram também no Mato Grosso colonial, como visto no Capítulo II, quando as práticas beneficentes

¹⁴⁰ SANTO FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. v. II, 1991, p. 471.

eram movidas por uma preocupação muito mais voltada para o supra terreno, para as questões religiosas.

Mais de dois séculos depois, já nas primeiras décadas do século XX, ainda persistem muitas das representações e práticas que deram origem em Mato Grosso ao primeiro estabelecimento destinado à reclusão de leprosos. Porém, já se pode perceber um forte interesse voltado para o lado prático, racional e profilático no que diz respeito às obras de caridade direcionadas ao Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá.

Lembrando das reflexões desenvolvidas no segundo capítulo desta dissertação, no que diz respeito ao forte sentimento de religiosidade cristã (ainda presente na sociedade mato-grossense para o período em questão), os pobres também viam nas obras de caridade uma forma de conseguir indulgências divinas em vida ou de se facilitar a salvação da alma após a morte do corpo. Portanto, pode-se afirmar que a preocupação com as obras beneficentes, direcionadas aos leprosos, estava presente em todo o tecido social, pois as classes menos favorecidas da sociedade também tinham interesse em contribuir com a profilaxia da lepra em Mato Grosso, que se concretizava através do isolamento e da manutenção, no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, dos acometidos pela *terrível* moléstia. A esse respeito, torna-se interessante observar a citação abaixo:

Magnanimo tem sido sempre o nosso povo quando procurado para qualquer acto de beneficencia ou em favor das crianças pobres ou enfermos, ou para fins religiosos e philantropicos, qualquer que seja a iniciativa da obra.

Uma causa, porem, parece bem mais sympathica a qualquer classe social, porque a qualquer dellas que por ella se pede não nega, jamais, o seu concurso; nunca falha o seu obulo; nunca lhe é indifferente o seu pedido!

E esta causa, cara, entre as mais caras, ao coração benfazejo do povo, é a comiserção pela sorte dos enfermos do hospital dos Lázaros¹⁴¹.

Nas décadas de 1920 e 1930, vários tipos de associações, ligas, comissões

¹⁴¹ NDIHR/UFMT. Revista *A Violeta* - orgam do Gremio Literario "Julia Lopes", anno XVI, n.º 201, Cuiabá, 31 de outubro de 1932, p. 1. Chronica assinada por ARINAPI (Maria Dimpina Lobo). (grifos meus).

e sociedades foram criadas¹⁴² com a finalidade de promover e incentivar as mais variadas campanhas em prol das obras de caridade junto aos mato-grossenses, e os recursos angariados pelas mesmas deveriam servir, principalmente, para amenizar a situação em que se encontravam não apenas o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, como também à Santa Casa de Misericórdia, que continuava a ser um dos únicos estabelecimentos hospitalares do Estado.

Dentre aquelas várias organizações de caráter beneficente, destaca-se a Sociedade Beneficente da Santa de Misericórdia de Cuiabá, constituída em 1894. Ainda em 1921, o presidente do estado chamava a atenção para a importância de amparar esta Sociedade, em especial quanto a papel que representava na difícil tarefa de manter o Hospital São João dos Lázaros

*Acha-se também, como sabeis, a cargo da Sociedade Beneficente o Hospital de S. João dos Lázaros, para o qual a respectiva Directoria pede a atenção dos poderes publicos. É uma instituição que merece ser amparada, quer pela sua antigüidade tradicional quer, sobretudo pelo auxilio que poderá prestar ao Estado na solução do difficil problema dos leprosarios ainda em fóco entre os povos cultos*¹⁴³.

Coube à esta Sociedade Beneficente, durante décadas, administrar aqueles dois estabelecimentos de caridade que existiam em Mato Grosso. A partir de sua constituição, a maior parte das responsabilidades quanto à manutenção destes estabelecimentos deixam, oficialmente, de pertencer ao poder público estadual. Ela deveria promover e incentivar a caridade pública, através das mais diversas ações e campanhas junto à sociedade mato-grossense, com o objetivo de obter os

¹⁴² APMT. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, pelo Bel. Julio Strübing Müller, 1941, p. 34. Pode-se citar, entre outras, A Liga Feminina Pró-Lázaros, a Sociedade de Assistência aos Lázaros e defesa contra a Lepra e a Sociedade Cuiabana de Assistência aos Lázaros.

¹⁴³ APMT. Mensagem dirigida á Assembléa Legislativa, por D. Francisco Aquino Corrêa, Bispo de Prusiade, Presidente do Estado, 1921, p. 6. Vale ressaltar também que, a partir do mês de fevereiro de 1817, quando tiveram início as obras de construção do Hospital de Nossa Senhora da Conceição da Misericórdia - atual Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá -, a administração do já inaugurado (1816) Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá passou a ser denominada *Administração dos Fundos*, incumbida de governar os dois hospitais pios de Cuiabá. Cf. NASCIMENTO, Heleno B. op. cit., pp. 23-24. Portanto, desde aquele período que a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá passaram a ser administrados de forma conjunta.

recursos que garantiriam, principalmente, mas não exclusivamente, a manutenção do Hospital dos Lázaros de Cuiabá e a sobrevivência dos leprosos nele segregados.

Não exclusivamente porque, devido a negligência do poder público com relação às classes menos favorecidas e aos doentes de toda sorte, os recursos adquiridos pela Sociedade Beneficente, muitas vezes, tinham que ser aplicados na assistência pública de modo geral. A este respeito um Relatório desta entidade, assegura que os serviços prestados à população não eram apenas as de *um hospital de caridade, mas*

[...] de assistência pública, - pois, o Estado e o Município nenhuma organização de socorro público possuem - e, ainda, de defesa da sociedade contra o Mal de Hansen.

Os casos de ferimentos graves, accidental ou criminosamente produzidos, em geral terminam com o doente na Santa Casa, seja elle ou não indigente, desempenhando assim este estabelecimento as funções de Assistência Pública¹⁴⁴.

Ao analisar a citação acima, nota-se que em Mato Grosso, nos anos 1920, ainda não se tinha uma organização de saúde pública definida. Os termos *socorro público, Assistência Pública* demonstram bem essa característica não institucionalizada da saúde no Estado. A saúde pública não aparece como uma área específica, com recursos a ela destinados pelo poder público. Os poucos recursos destinados à saúde da população eram englobados pela insígnia *socorros públicos*, assumindo, ainda, um caráter filantrópico e emergencial. Sobre as questões de saúde pública no Brasil até o terceiro quartel do século XX, escreveu Massako Iyda:

As doenças e suas conseqüências são solucionadas predominantemente, fora do âmbito público, em nível privado, pelas famílias e entidades filantrópicas, [...]

Neste sentido, a Saúde Pública, como área específica de atuação, não se institucionaliza, apesar das tentativas de organização, e não se institucionaliza inclusive por ausência de uma feição própria, fundamentada num saber específico, combinando atividades assistenciais (sociais ou médicas) e

¹⁴⁴ APMT. Relatório da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuyabá, 1932, pp. 9 e 20.

fiscalizadoras. E apesar das leis, decretos, normas, ela não ganha muita expressão nas diversas Constituições desde 1824 até 1964, e, ainda, com alguns de seus aspectos incorporados à legislação trabalhista, após 1930¹⁴⁵.

A Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, além dos dois hospitais supra referidos que já mantinha, poderia

criar, em qualquer tempo, asylos para a infancia desamparada [sic] e para a velhice sem recursos, maternidade, hospício para alienados e outros estabelecimentos, ou secções dentro dos existentes, para attender aos multiplos aspectos dos soffrimentos humanos¹⁴⁶.

Os Estatutos da Sociedade Beneficente explicitavam que a finalidade da mesma era a de amparar os doentes indigentes, e que para isso contaria com os valiosos sentimentos de caridade e beneficência dos seus próprios sócios, como também de uma significativa e *piadosa* parcela da sociedade mato-grossense. Entretanto, os estabelecimentos pios sob sua administração também estavam autorizados a receber e atender enfermos *não indigentes, em quartos especiaes, mediante remuneração, que será prevista em seu regulamento interno¹⁴⁷*. A frase “em quartos especiais, mediante remuneração” deixa transparecer a diferença existente no atendimento dispensado àqueles que podiam pagar e àqueles tidos, pela Socieda de Beneficente, como indigentes.

A Sociedade Beneficente não fazia restrições quanto ao número de sócios para a sua composição; eles também poderiam ser de ambos os sexos. Sabendo-se que os sócios eram classificados de acordo com a quantia paga no momento do seu ingresso na Sociedade e também de conformidade com o valor da mensalidade, torna-se fácil compreender a total falta de impedimentos para se associar: quanto mais sócios, maior a quantia arrecadada pela Sociedade Beneficente. A esse respeito, escreveu Firmo José Rodrigues, vice-presidente em exercício da Sociedade Beneficente, 1924 :

¹⁴⁵ IYDA, Massako. op. cit., 1994, pp. 34-35.

¹⁴⁶ APMT. Estatutos da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá., 1932, Art. 2.

No intuito de interessar outras pessoas nesta Instituição fiz distribuir entre pessoas não associadas o relatório de 1923, acompanhado de attenciosa carta, solicitando a attenção dessas pessoas para o movimento de nossas casas de caridade e o auxilio daquellas que acceitassem ser incluidas nesta Associação.

Desse modo o numero de associados elevou-se no anno findo a 170¹⁴⁸.

De acordo com as contribuições pagas, os sócios poderiam ser considerados Efetivos (que poderiam pertencer às classes A ou B), Remidos, Beneméritos ou apenas Contribuintes. Os Estatutos estabeleciam e exigiam a manutenção de uma hierarquia rígida e amplamente direcionada pelas condições financeiras de cada associado.

Serão considerados socios:

§ 1º - Efetivos, as pessoas de ambos os sexos, maiores de 21 annos que pagarem 20\$000 de joia no acto da inscrição e a mensalidade de 5\$000 ou de 3\$000, conforme quizerem pertencer á classe a ou b, classes essas que têm indenticos os demais direitos e obrigações;

§ 2º - Remidos, as pessoas que pagarem a quantia de 500\$000 de uma só vez;

§ 3º - Benemeritos, as que fizerem doação de quantias não inferiores a 5:000\$000, ou prestarem serviços relevantes á sociedade, a juizo, neste ultimo caso, da Assembléa Geral;

§ 4º - Contribuintes, as pessoas menores de 21 annos que pagarem mensalmente a quantia de 2\$000¹⁴⁹.

Os Estatutos evidenciavam que para fazer parte do quadro social da Sociedade Beneficente era necessário que se tivesse um certo nível de renda e, dependendo da classificação almejada, o pretendente teria mesmo era que pertencer à elite mato-grossense. Percebe-se, ainda, a presença de uma forte relação de poder no que concerne à importância dada à diferença existente entre as classes A e B, na classificação dos sócios efetivos: mesmo estando sujeitos a direitos e obrigações idênticos, existiam aqueles que, sendo possuidores de

¹⁴⁷ Ibidem, Art. 4.

¹⁴⁸ APMT. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, 1924, p. 06.

melhores condições financeiras, poderiam optar pela classe A, pois ao pagar uma mensalidade de valor superior, automaticamente assumiriam uma posição de maior prestígio na Sociedade Beneficente e, conseqüentemente, na sociedade em geral.

Uma análise mais acurada do citado Artigo 6 permite considerar que a classificação dos sócios, estabelecida pelos Estatutos da Sociedade Beneficente, é uma real demonstração de que a beneficência e as obras de caridade em Mato Grosso no período em questão estavam entrelaçadas por uma relação de poder e de *status* social. Quanto melhor a condição financeira do *benemérito*, mais interessante seria a sua classificação no quadro social da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá.

Era dever de todos os sócios *zelar pelo nome da Sociedade, auxiliar no serviço de assistência aos necessitados e visitar constantemente os hospitais*. Os sócios efetivos, além dos deveres citados, estavam obrigados a comparecer às assembleias sob convocação; *aceitar e exercer com dedicação; salvo motivo justificado, cargos ou comissões para que fossem eleitos ou nomeados*. Em contrapartida, todos os sócios tinham o direito de serem tratados nos estabelecimentos da Sociedade Beneficente, *em quartos especiaes, caso viessem a necessitar desse auxilio*. Também era de direito dos sócios em geral, receber o funeral e o enterramento de qualquer pessoa de suas famílias por conta da Sociedade Beneficente, caso o indivíduo viesse a falecer nas dependências dos hospitais¹⁵⁰.

No que diz respeito aos direitos adquiridos pelos sócios da Sociedade Beneficente, pode-se dizer que a mesma acabava funcionando como um "plano de assistência médica particular". Os indivíduos se associavam, pagavam as mensalidades, cumpriam uma série de obrigações frente aos Estatutos da Sociedade e, na condição de sócios com seus deveres cumpridos, recebiam assistência médica diferenciada no hospital da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá e, se necessário, também no Hospital dos Lázaros. Nesse sentido, estar associado significava ter uma certa segurança social, numa sociedade onde o

¹⁴⁹ APMT. Estatutos da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá. 1932, Art. 6.

atendimento em instituições públicas era quase que impossível, visto que as autoridades governamentais não assumiam os problemas e carências sociais e de saúde como se fossem de responsabilidade do poder instituído.

As reflexões acima permitem fazer um paralelo interessante e curioso com os problemas sociais enfrentados atualmente em Mato Grosso e no Brasil pela maioria da população de baixa renda. O poder público cobra altos impostos, mas não repassa esses valores sob a forma de benefícios para a população. O acesso das camadas menos favorecidas da sociedade à saúde, por exemplo, é negado de forma lastimável e vergonhosa; resta, para aqueles que têm possibilidades materiais, pagar um plano de assistência médica particular. Nessas condições, a maioria da população permanece excluída de seus direitos sociais mais elementares, sobrevivendo entregue a sua própria sorte.

O pagamento rigoroso das mensalidades, dentro dos prazos preestabelecidos pelos Estatutos da Sociedade Beneficente, era condição essencial para o indivíduo permanecer associado e continuar gozando dos benefícios que a mesma oferecia. Assim, o sócio que, por algum motivo, deixasse de arcar com as suas obrigações mensais durante um ano, seria eliminado do quadro social e somente seria incluído novamente *mediante o pagamento de nova joia de inscrição*¹⁵¹.

O patrimônio da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá era constituído:

§ 1º - Dos bens, moveis e immoveis já existentes e dos que venha a Sociedade a adquirir por compra, doação ou por quaesquer outros titulos;

§ 2º - Da dívida activa devidamente inscrita;

*§ 3º - Dos legados e donativos superiores a 2:000\$000*¹⁵².

A dívida inscrita, que aparece na citação acima, me parece ter suas raízes ainda no século XVIII. As origens do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, como já mencionado no capítulo anterior, estão relacionadas com o legado deixado em testamento pelo português Manoel Fernandes Guimarães, no

¹⁵⁰ Ibidem, Art. 7, 8 e 9.

¹⁵¹ Ibidem, Art. 14 e 15.

¹⁵² Ibidem, Art. 16. (grifos meus).

ano de 1755. Esse legado foi apropriado por sessenta e nove devedores, membros da elite cuiabana, sob a forma de empréstimos. O Capitão-General João Carlos Augusto D'Oeynhausien e Gravenburg (fundador do Hospital dos Lázaros), sabedor da enorme dificuldade em receber o montante a curto prazo, decidiu, então, responsabilizar a Real Fazenda pela dívida. O pagamento da mesma deveria ser efetuado em espécie, ou seja, em gêneros alimentícios (plantações e criações) e em utensílios diversos para usufruto dos internos que seriam segregados no hospital dos Lázaros. Vale ressaltar que a Real Fazenda assumiu a dívida referente ao legado no ano de 1814¹⁵³.

Nos vários documentos e registros analisados referentes ao século XIX e, principalmente, naqueles relacionados ao período privilegiado neste trabalho, aparece uma cobrança, direcionada ao poder público, dos juros referentes à dívida inscrita que, por não ter sido quitada completamente, acabou se transformando em patrimônio da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá.

*Continúa em andamento o processo de liquidação da Dívida Inscripta da União para a Santa Casa, no valor de 76:697\$505, ouro, os juros dessa dívida vinham sendo pagos desde 1832, tendo sido suspenso o seu pagamento em 1924*¹⁵⁴.

As fontes de renda da Sociedade Beneficente, para custeio dos hospitais, conservação dos bens patrimoniais, *adquisição diversas e demais despesas administrativas* eram provenientes do rendimento do patrimônio social, das jóias e mensalidades pagas pelos sócios, das subvenções devidas pelos poderes públicos (quando recebidas), dos juros da dívida inscrita, das diárias dos pensionistas em tratamento nos hospitais, dos legados e dos vários tipos de donativos e esmolas, frutos da caridade individual, coletiva, de associações e até de empresas particulares.

O Snr. Antonio Tenuta, proprietario da Empreza Funeraria, tem fornecido gratuitamente caixões para

¹⁵³ Cf. NASCIMENTO, Heleno B. op. cit., pp. 15-16.

¹⁵⁴ APMT. Relatório da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuyabá, 1932, p.14. Relatório da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia, 1923, p. 27 e 1924, p. 31. Cita-se aqui apenas três, entre os vários documentos que fazem referência a dívida inscrita, devida pela União à administração da Santa Casa e do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, desde de 1814.

*todas as creanças que fallecem em nossos hospitaes. E, ultimamente, prometteu fazer o mesmo com relação aos enfermos fallecidos em São João dos Lazaros*¹⁵⁵.

A prática dos legados ainda era muito utilizada pelas pessoas que viveram e morreram no período em questão. Muitos homens e mulheres, que pertenciam à elite mato-grossense e até de outros Estados brasileiros, no momento da passagem para o além, deixaram em testamento valores significativos - dinheiro ou bens móveis e imóveis - para auxiliar os doentes necessitados que recorriam aos hospitais mantidos pela Sociedade Beneficente.

Tendo fallecido em 1922 o mato-grossense Dr. Francisco Murtinho (...) havia legado em seu testamento para a Santa Casa, a quantia de vinte e cinco contos e que também sua Exma. Snra., filha de Matto Grosso, pois nasceu em Corumba, não se furtaria a auxiliar, na medida de suas possibilidades a esta instituição.

*Constando também que o Snr. Albano do Couto falleceu no Rio de Janeiro deixando em testamento o legado de dois contos de réis para a Santa Casa*¹⁵⁶.

As reflexões supra referidas, acerca dos legados deixados em testamentos direcionados às instituições de caridade, trazem a luz novamente as origens do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá (analisadas no primeiro capítulo), que estiveram diretamente relacionadas ao legado, deixado em testamento (1755), pelo português Manoel Fernandes Guimarães, para a construção do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá.

A arrecadação da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, segundo a maioria dos indivíduos que estiveram a frente da sua administração, era quase sempre insuficiente para cobrir satisfatoriamente as despesas com os dois hospitais de caridade. As subvenções de responsabilidade do poder público estavam em constante atraso ou tendo seus valores sendo drasticamente reduzidos por certos governantes.

¹⁵⁵ APMT. Relatório da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, 1932, p. 18. Sobre outras fontes de renda da Sociedade Beneficente, consultar os Estatutos da Sociedade Beneficente da Santa Casa (...) op. cit., Art. 20.

¹⁵⁶ APMT. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, 1923, p. 10.

(...) tem sido cheio de embaraços o recebimento da subvenção de 15:000\$000, consignada no orçamento de despeza da União como auxilio a esta Santa Casa.

No decorrer de 1924 foi recebida a subvenção relativa a 1922, estando ainda em andamento os processos de pagamento das relativas a 1923 e 1924¹⁵⁷.

A redução ou suspensão do pagamento das subvenções federais, Estaduais ou municipais devidas a Sociedade Beneficente era um fato bastante comum e corriqueiro. Certos governantes, principalmente aqueles que ocuparam o poder após a chamada *Revolução de 1930*, simplesmente decidiam autoritariamente que as contribuições estavam extrapolando o orçamento público e deixavam de pagar ou diminuíam os valores pagos de forma aleatória.

A subvenção municipal éra de 12:000\$000 (doze contos de reis) annuaes. O digno Prefeito actual reduziu-a no anno findo a 6:000\$000 (seis contos de reis).

O governo revolucionario suspendeu o pagamento dos auxilios e com a creação da caixa de pensões, reduziu toda a sua contribuição em beneficio da nossa Santa Casa a 10:000\$000 (dez contos de reis) annuaes¹⁵⁸.

Deve-se acrescentar, entretanto, que os problemas enfrentados pela Sociedade Beneficente, no que concerne ao recebimento das rendas a que tinha direito, não passavam apenas pela esfera do poder público. Muitos sócios não efetuavam o pagamento das mensalidades de acordo com as normas estabelecidas nos Estatutos; outros atrasavam os pagamentos em demasia; e também existiam aqueles que se tornavam remissos a ponto de perderem os direitos de sócios, sendo excluídos do quadro social¹⁵⁹.

A arrecadação também ficava comprometida pelos desvios de renda, que ocorriam no momento do acerto de contas entre a Sociedade Beneficente e muitos daqueles que se dispunham a realizar festas, teatros, touradas, etc., em benefício da caridade. Para atrair muitas pessoas, os responsáveis pelos eventos usavam o

¹⁵⁷ APMT. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, 1924, p.12.

¹⁵⁸ APMT. Relatório da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuyabá, 1932, pp. 9-10.

¹⁵⁹ APMT. Relatório apresentado à mesa administrativa da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá - pelo seu Presidente Eloy Hardman, 1908 p. 19.

pretexto de beneficiar os doentes necessitados e acudidos nos hospitais mantidos pela Sociedade Beneficente. Porém, mesmo tendo conseguido grande sucesso com a presença do público em uma festa tida como beneficente - por exemplo - entregavam quantias insignificantes ao tesoureiro da Sociedade.

(...) não é raro companhias de diversões, que por aqui transitam, explorarem a caridade nunca desmentida do nosso povo, com espetáculos que dizem ser em benefício da Santa Casa.

Procurados depois os diretores d'essas companhias, entregam ao nosso thezoureiro quantias irrisórias, apesar da optima frequencia que conseguem essas festas de beneficio.

Penso que a Directoria da Santa Casa não deve consentir na continuação desse condemnavel expediente de extorquir dinheiro sob pretexto de beneficiar aos doentes dos nossos hospitaes, exigindo um entendimento previo com os promotores de festas em beneficio da Santa Casa¹⁶⁰.

A constante falta de recursos, devido, entre outros, aos vários fatores supra mencionados, fazia com que os administradores e demais associados da Sociedade Beneficente estivessem sempre criando novas estratégias, junto a sociedade mato-grossense, para tentar aumentar a arrecadação. Em uma dessas tentativas, Firmo José Rodrigues sugeriu, enfaticamente, que fosse instituído em Mato Grosso o *Imposto de Caridade*. Segundo ele, em outros

Estados e em muitos Municipios tem o poder legislativo auxiliado os estabelecimentos pios, creando impostos de caridade; assim é que, no Amazonas o commercio de castanha, de alcool, etc. foi tributado para aquelle fim e a renda produzida tem constituido valioso auxilio á Santa Casa de Manáos (...).

Seria, estamos certos, acceito com sympathia pelo publico, a adopção d'aquella medida pelos poderes legislativos do Estado e do Municipio, taxando suavemente, o fumo, cartas de jogar, o alcool, as entradas em theatros e cinemas, as corridas de touros, etc¹⁶¹.

¹⁶⁰ APMT. Relatório da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuyabá, 1932, p. 12.

¹⁶¹ APMT. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, 1924, p.12.

Para Firmo José Rodrigues, administrador da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, a solução para o problema da falta de recursos para os hospitais de caridade estava na criação de mais impostos. Ainda segundo Rodrigues, o *público* seria simpatizante do chamado *Imposto de Caridade*. Talvez porque o projeto de criação do referido imposto tivesse como proposta aplicar os recursos arrecadados em obras de caridade, no auxílio aos indigentes doentes, na diminuição do sofrimento dos leprosos segregados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Com o novo imposto, a sociedade - sendo obrigada a pagá-lo - assumiria mais uma vez o ônus com as despesas da Sociedade Beneficente; e o poder público novamente estaria se ausentando de assumir as suas responsabilidades.

A Sociedade Beneficente era administrada *por uma Directoria, composta de um Presidente, um 1º e um 2º Vice-Presidentes, um 1º e um 2º Secretários, um 1º e um 2º Thesoureiros e doze fiscaes, eleita por um biennio*. Os fiscais estavam incumbidos de visitar:

*diariamente, quando escalados, os hospitais da Sociedade, e uma vez por semana, o de São João dos Lázaros, inquirindo dos enfermos sobre o modo por que são tratados, se lhes são ministrados os remédios e dietas a tempo*¹⁶².

É sabido, porém, que os fiscais não cumpriam o dever de visitar os estabelecimentos pios com a frequência exigida pelas normas dos Estatutos da Sociedade Beneficente. São muitas as reclamações – principalmente em relação ao Hospital dos Lázaros – acerca do estado de completo abandono em que se encontravam os doentes indigentes que deveriam ser atendidos pela Santa Casa de Misericórdia e os *infelizes lazarentos* isolados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. A *grande distância* entre a cidade de Cuiabá e este último estabelecimento de caridade e a falta de transportes até ele eram justificativas comuns apresentadas pelos fiscais responsáveis pelas visitas para não terem que se aproximar dos leprosos isolados naquele nosocômio, à espera da morte¹⁶³.

¹⁶² APMT. Estatutos da Sociedade Beneficente da Santa Casa (...) op. cit., Art. 33.

¹⁶³ APMT. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, 1923, p. 05.

A eleição da nova Diretoria Administrativa e da nova Comissão Fiscal da Sociedade Beneficente era realizada através do voto secreto, na primeira quinzena do mês de dezembro do segundo ano de mandato da Diretoria anterior. Os sócios que não estivessem em dia com as suas mensalidades, não podiam votar nem ser votados¹⁶⁴. Impedir a participação política representava mais um instrumento que a Sociedade possuía para exigir dos associados que o pagamento das mensalidades estivesse sempre em dia.

Para a realização do serviço clínico, a Sociedade Beneficente dispunha de médicos, farmacêuticos, enfermeiros e ajudantes de enfermeiro, todos nomeados pela Diretoria Administrativa. Os médicos que prestavam serviços à Sociedade eram considerados sócios e, portanto, estavam isentos do pagamento de jóias (para o ingresso na mesma) e de mensalidades¹⁶⁵.

A administração interna dos serviços prestados pelos hospitais da Sociedade Beneficente era exercida, sempre que possível, por irmãos de Caridade, com as quais a Diretoria assinava contrato, respeitando as normas previstas nos Estatutos. Este Artigo evidencia a forte ligação ainda presente, no período em questão, entre a caridade e a religiosidade cristã. A forte religiosidade, a preocupação com o recebimento de indulgências neste mundo, com a vida após a morte, com a salvação da alma, fazia com que muitas pessoas doassem esmolas e contribuíssem com as associações beneficentes. Muitos deixavam em testamento valores significativos de seus bens para serem revertidos em obras de caridade. Essas representações e práticas eram comuns no cotidiano dos homens e mulheres que viveram no Brasil dos séculos XVIII, XIX e até da primeira metade do XX¹⁶⁶.

Os recursos provenientes da caridade individual, coletiva, de empresas privadas e das ligas femininas, entre outros fundos, eram, sem sombra de dúvidas, a principal fonte de renda da Sociedade Beneficente. Donativos diversos, legados, festas beneficentes, loterias, pedidos de esmolas, touradas, teatros,

¹⁶⁴ APMT. Estatutos da Sociedade Beneficente da Santa Casa (...) op. cit., Art. 41 e 47.

¹⁶⁵ Ibidem, Art. 49-51.

¹⁶⁶ Veja-se a esse respeito, os trabalhos de REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX.*, 1991, pp. 92-95. VOLPATO, Luiza Rios Ricci. *Entradas e Bandeiras.*, 1991, pp. 75-76. NASCIMENTO, Heleno B. op. cit., pp. 12-25.

comissões compostas para angariar fundos eram outras estratégias, incentivadas e promovidas pelos sócios para manter os hospitais em funcionamento pois, como já exposto acima, as subvenções e auxílios dos poderes públicos eram escassos e pouco confiáveis.

A omissão do poder público em relação aos doentes de lepra remonta ao período colonial. Os leprosos foram vítimas desse descaso de forma bastante acentuada na história da medicina brasileira, pois as preocupações acerca da lepra - bem como as responsabilidades com os *infelizes* acometidos por esta doença - sempre estiveram relacionadas às obras de caridade. Talvez mais ainda do que os outros doentes, os leprosos estiveram a mercê da boa vontade da sociedade civil, dependendo da caridade e da beneficência das pessoas para sobreviverem - ainda que de forma precária e desumana - isolados em hospitais de segregação social. A esse respeito, escreveu Santos Filho, referindo-se ao início do século XIX:

Neste período a assistência hospitalar marcou-se pelo signo da caridade. No Conjunto, a orientação visada foi a do socorro ao desvalido. E o governo, quer o reinol, quer o local, de modo geral foi o grande omissor. Deveu-se ao espírito caritativo do povo luso-brasileiro a execução de uma das 'obras corporais' da Misericórdia, a de 'curar os enfermos'¹⁶⁷.

Em Mato Grosso, a negligência das autoridades governamentais em relação aos leprosos e aos dois hospitais de Caridade, foi alvo de muitas críticas, não só dos administradores dos estabelecimentos de caridade, como também das pessoas que se mobilizavam para angariar fundos destinados à sua manutenção, como foi o caso de um grupo de mulheres da elite cuiabana:

*É de todos os países civilizados da atribuição dos governos a assistência aos doentes desamparados. E quem mais, senão estes a quem não se dá a permissão e o acolhimento para angariarem pessoalmente o necessário e para quem até as próprias portas das cidades são fechadas?*¹⁶⁸

¹⁶⁷ SANTO FILHO, Lycurgo. op. cit., v. I, 1991, p. 258.

¹⁶⁸ NDIHR/UFMT. Revista *A Violeta* - orgam do Gremio Literario "Julia Lopes", anno XVI, n.º 196, Cuiabá, 31 de Março de 1932, p. 2. Chronica assinada por ARINAPI (Maria Dimpina Lobo).

Estas mulheres destacaram-se na organização, no desenvolvimento e na execução dos mais variados projetos, destinados à arrecadação de recursos relacionados e direcionados àquelas instituições de caridade. O apelo lançado a elas pelas autoridades, que certamente se legitimava na construção do gênero feminino à época - fazia parte desta construção a idéia de que a mulher era naturalmente mais piedosa e mais caridosa que os homens - surtiu efeitos. Coube a elas, como se verá no próximo item, desempenhara um papel importante e eficaz, no que diz respeito às obras beneficentes em Mato Grosso, no período em questão.

2. Frutos da caridade: a Comissão Feminina PRO-LÁZAROS e a reinauguração do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá

Conforme em relatório anterior já expuz a V. Exc. é necessaria a remodelação da Sociedade organizada em virtude de decreto da Assembléia Legislativa e sancionada pelo presidente Murtinho em 3 de julho de 1894, de modo a interessar na mesma sociedade o elemento feminino.

Os hospitais de caridade vivem da caridade e para implorar a não ha melhor auxilio que o elemento feminino sempre mais habil para promover as chamadas festas de caridade.

Relatório da Sociedade Beneficente [...], 1923.

Em Mato Grosso, no período em questão, muitos leprosos de Cuiabá e também de outras cidades, vilas ou localidades rurais do Estado foram excluídos da sociedade e isolados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá.¹⁶⁹ A segregação social e o isolamento eram medidas profiláticas, consideradas pelas autoridades governamentais e sanitárias, como únicas e eficazes para o controle da lepra, doença contagiosa e ainda incurável naquele período.

A lepra aterrorizava a sociedade mato-grossense como um todo, por isso era de interesse primordial, principalmente para as elites, manter os leprosos afastados, isolados em um nosocômio para esse fim. Só o isolamento poderia

¹⁶⁹ APMT. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, 1923, p. 3.

evitar o contato dos doentes com as pessoas sadias, diminuindo as possibilidades de proliferação da enfermidade pelo Estado¹⁷⁰.

Isolar e garantir a precária sobrevivência dos leprosos segregados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá foi uma preocupação social constante em Mato Grosso. Contudo, como já exposto acima, o poder público não assumia os encargos referentes àqueles doentes. Deixava para a sociedade civil as responsabilidades de manter a estrutura física do hospital, bem como de assegurar a sobrevivência dos internos nele segregados.

A sociedade deveria garantir a sobrevivência dos *infelizes* em seu local de isolamento, para que os mesmos não se vissem obrigados (ou incentivados) a fugirem do nosocômio em busca de gêneros alimentícios - ou de qualquer outra espécie -, comprometendo, com a fuga, a população sadia, através dos possíveis e indesejáveis *contatos perniciosos*.

[...] quando vamos ao encontro dos pobres enfermos do S. João, estamos pagando a caridade que com seu recolhimento naquelle hospital isolado nos fizeram.

A nós, e não a elles, importa esse irremediavel degredo.

A elles, assaltados pelo traiçoeiro mal, orphãos de esperanças, desenganados para todo o sempre dos prazeres do mundo, que lhes importaria a penosa existência aqui ou acolá?

Somos nós que, obrigados pela lei da necessidade, exigimos o afastamento dos doentes; e porque o exigimos é justo, é de consciencia que estendamos sempre a nossa mão benfazeja áquelles que, irremediavelmente, sofrem o mais horrivel de todos os males, que para tal só bastaria o isolamento perpetuo e obrigatorio¹⁷¹.

A citação acima expressa muito bem que a preocupação maior de muitas das senhoras da elite mato-grossense não era apenas o recolhimento dos leprosos ao Hospital dos Lázaros de Cuiabá, mas, principalmente, mantê-los lá isolados até os últimos dias de suas vidas. Era necessário assegurar o mínimo necessário para a sobrevivência dos doentes isolados para que não fugissem do hospital.

¹⁷⁰ APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, pp. 33-34.

¹⁷¹ NDIHR/UFMT. Revista *A Violeta* - orgam do Gremio Literario "Julia Lopes", anno XVI, n.º 201, Cuiabá, 31 de outubro de 1932, p. 1. Chronica assinada por ARINAPI (Maria Dimpina Lobo).

Como os recursos do poder público, destinados aos dois hospitais de caridade: Santa Casa de Misericórdia e Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, eram escassos e pouco confiáveis, sobrava para a sociedade a tarefa de garantir, através das obras de caridade, a profilaxia da lepra em Mato Grosso, mantendo os leprosos isolados naquele nosocômio.

O Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, reinaugurado no ano de 1924, sempre esteve, desde as suas origens (conforme analisou-se no capítulo anterior), profundamente relacionado com as obras pias. Foi criado para ser um estabelecimento de caridade destinado ao recolhimento de pessoas acometidas pelo *terrível mal da morphéa*. E como tal, sua existência estava a mercê da *boa vontade* da sociedade civil mato-grossense. As autoridades governamentais, apoiando-se na condição primeira de o hospital ser uma instituição de caridade, aproveitavam para se eximir da responsabilidade financeira frente ao mesmo. Aos leprosos nele segregados, restava contar com os sentimentos da caridade cristã, convertidos em esmolas que, na maioria das vezes, garantia a precária manutenção daquele estabelecimento pio.

As preocupações e gastos abrangiam desde a aquisição de gêneros considerados de primeiras necessidades: alimentação, vestimentas, remédios, etc. até os inconvenientes mais complexos: providenciar o recolhimento compulsório dos leprosos ainda não segregados, impedir as tentativas de fuga daqueles já isolados, decidir sobre o destino das crianças nascidas no nosocômio, etc.

Destaque especial merece, também, neste sector profilático a Campanha de Solidariedade promovida êste ano, entre nós pela benemérita senhora D. Eunice Weaver, para a construção do preventório destinado aos filhos sadios de lázaros, que arrecadou, em pouco menos de um mês, a quantia superior a 500 contos¹⁷².

Movidas pelo sentimento de religiosidade, de caridade e, principalmente, pela necessidade profilática, um grupo de mulheres da elite mato-grossense também se mobilizou fortemente com o objetivo de assegurar que os leprosos

¹⁷² APMT. Relatório de Departamento de Saúde de Estado de Mato Grosso, 1940, p. 18. Eunice Weaver era presidente da Liga de Defesa à Lepra e, em 1940, liderou uma campanha visando a fundação de uma casa para filhos de leprosos em Mato Grosso. Cf. NADAF, Yasmim Jamil. *Sob o Signo de uma flor*. 1993, p. 129.

fossem (e permanecessem) isolados no Hospital dos Lázaros de Cuiabá, *em benefício e proveito da sociedade*¹⁷³.

Neste sentido, destaca-se o grupo de mulheres reunido em torno da revista *A Violeta*, cuja publicação, de responsabilidade do Grêmio Literário “Júlia Lopes”, iniciou-se em 1916¹⁷⁴. O tema da caridade, desde os primeiros números, ocupou um espaço importante nesta Revista e, dentro desta temática, a questão dos leprosos mereceu vários artigos, desde pelo menos 1916¹⁷⁵.

Na perspectiva destas mulheres, que assumiam a mesma visão das autoridades médico-sanitárias, era preciso impedir que os leprosos fugissem do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá e não ficassem vagando pelas ruas ou pelos arredores das vilas e cidades - colocando em risco a saúde e a vida de toda a sociedade. Para isso, seria necessário oferecer aos mesmos o mínimo de condições materiais necessárias à sobrevivência nas dependências daquela instituição já existente; ou, de preferência, construir um outro nosocômio, dotado *dos requisitos necessários a um hospital* de segregação e de isolamento social.

E foi com tal objetivo que aquelas mulheres, a maioria pertencentes à elite cuiabana, assumiram a missão de construir *um moderno lazareto*, que viria substituir o velho, arcaico e secular edifício do Hospital de São João dos Lázaros, que encontrava-se em ruínas e em completo estado de abandono¹⁷⁶. Em seus discursos, marcados por um forte apelo aos sentimentos caritativos e de solidariedade, encontram-se os ecos do secular imaginário sobre a lepra e também a reafirmação da medida de isolamento hospitalar como a única estratégia de defesa dos sadios contra a doença:

*Que é senão um degredo, muito embora suavizado
pela beneficiencia dos caridosos, a estada, irremediavel
até a morte, dos que lá vivem separados dos seus e da
sociedade, victimas que são de um mal até hoje incuravel.*

*O tuberculoso espera a morte certa e proxima,
cercado dos seus ou na maca do Hospital, mas o seu mal,*

¹⁷³ NDIHR/UFMT. Revista *A Violeta*, op. cit., 1932, p. 1.

¹⁷⁴ NADAF, Yasmim Jamil. op. cit., p. 23.

¹⁷⁵ Cf. NADAF, Y.J., op. cit., pp-127-130

¹⁷⁶ APMT. Relatório apresentando ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa (...), op. cit., 1924, p. 19.

contagioso embora, não é tão temido como o das pobres vítimas a que alludo.

O louco, desgraça lamentavel dos seus, pode muitas vezes encontrar o seu descanso como parte integrante do seu proprio mal.

O morphetico, o leproso, ao envez, são victimas de um mal que consome aos poucos, morosamente, mas que sepulta um corpo vivo num hospital onde, não fôra a caridade chistã e philantropica de muitos, poder-se-ia dizer que estavam segregados da humanidade para todo o sempre¹⁷⁷.

É importante assinalar que a criação de entidades como a Comissão Pró-Lázaros e outras ligas e associações destinadas a engajar a sociedade em atividades solidárias e caritativas, não só em relação aos leprosos, mas também aos loucos, aos doentes e desvalidos de uma maneira geral, não pode ser visto como um dado “específico” da sociedade cuiabana. Na década de 1910-1920, são inúmeras as associações deste tipo criadas em todo o Brasil, não só para tratar de problemas relativos à lepra, como também pertinentes à saúde pública de maneira geral, como foi o caso das Ligas Pró-Saneamento.

É neste contexto, e não como uma iniciativa individual, que Corina Novis Corrêa – esposa do Coronel Pedro Celestino Corrêa da Costa, Presidente do Estado de Mato Grosso no período de 22/01/1922 a 25/10/1924 – se coloca à frente do movimento destinado a incentivar a caridade pública em prol do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Nesta visita, segundo Relatório da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia, Dona Corina teve a oportunidade de observar o estado de abandono e desconforto a que estavam sujeitos os internos ali segregados.

Condoida pela situação em que se achavam, teve ella a lembrança de realizar uma transformação no mesmo hospital, conjugando esforços do povo com os dos governos do Estado e da União¹⁷⁸.

O documento oficial citado tenta demonstrar que Dona Corina Novis Corrêa assumiu a incumbência de realizar as obras de reconstrução do Hospital

¹⁷⁷ APMT. Relatório apresentando ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa (...), op. cit., 1924, p. 19.

dos Lázaros movida apenas pelo nobre sentimento de piedade e caridade para com os leprosos nele isolados e entregues a sua própria sorte. Entretanto, pode-se deduzir, analisando a comparação que Firmo Rodrigues faz acerca do número reduzido de doentes isolados e das terríveis condições de abandono pelas quais passava o hospital, que seria muito mais difícil segregar e manter os leprosos isolados com o nosocômio em tais condições materiais de existência. Portanto, a efetiva profilaxia da lepra em Mato Grosso dependia da urgente e indispensável construção de um novo hospital, que substituiria o antigo e decadente Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá.

Para a construção do *novo e moderno* hospital de isolamento, Dona Corina apelou para o *coração feminino* e, reunindo em sua residência um numeroso grupo de senhoras e senhoritas da elite mato-grossense, organizou uma comissão denominada de *Comissão 'PRO-LAZAROS'*, que daria início à *nobre e caridosa* tarefa de coletar esmolas, promover quermesses, organizar festas beneficentes, realizar loterias em favor dos lazarentos, etc.

Logo em seguida foi realizada uma kermesse de prendas no jardim Alencastro, produzindo a somma de 5:374\$000.

Em auxilio da Comissão vieram o Centro Matto-grossense de Letras e a Loja Maçonica ACACIA CUIABANA os quaes promoveram diversas festas em beneficio do hospital.

Foram distribuidas cem listas de subscrição entre cavalheiros e distintas senhoras cuja maior parte attendeu com solitudine a esse appello, produzindo taes listas a importancia de rs: 8:908\$000¹⁷⁹.

Contando com o *espírito nobre e caridoso* de pessoas *dignas e distintas* da sociedade mato-grossense, a comissão PRO-LÁZAROS conseguiu alcançar resultados bastante satisfatórios e, por não ter sido conseguida da União a verba necessária para a edificação de um novo, grande, moderno e bem equipado hospital, como era o desejo de Dona Corina Novis Corrêa, as associadas

¹⁷⁸ Ibidem, p. 19.

¹⁷⁹ Ibidem, pp. 19-20.

resolveram então, conforme permitia o dinheiro angariado, restaurar e ampliar o velho edifício do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá¹⁸⁰.

Segundo o projeto que a comissão PRO-LÁZAROS colocaria em prática, com os recursos adquiridos, poder-se-iam realizar as seguintes obras no edifício do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá:

- Na fachada: demolir parcialmente o muro da frente, levantar o portão entre pilares de tijolo com platibanda, abrir os espaços necessários para colocação de sete janelas, construir um passeio de tijolos e mudar o portão de entrada para a seção dos homens;
- Na seção das mulheres: demolir uma parede de catorze metros e construir novamente, ripar e retelhar os compartimentos, substituindo parte do encaibramento, abrir seis janelas, substituir os esteios da varanda por pilares, rebocar e caiar as paredes, ladrilhar com mosaicos, construir passeio de tijolos e construir privadas e banheiros.
- Na seção dos homens: reconstruir duas salas grandes, abrir catorze janelas nos alojamentos, colocar o portão de entrada, rebocar e caiar os compartimentos, construir privadas, banheiros, fazer passeio de tijolos, ladrilhar todos os compartimentos e a Capela, substituir caibros e ripas estragados, forrar o teto da Capela, fazer novo altar, levantar uma parede divisória com dez metros;
- Na casa do zelador: rebocar, caiar e ladrilhar a cozinha, construir um fogão com chapa de ferro, cinzeiro e chaminé, construir uma prateleira, fazer reboco, construir um depósito cimentado para água, colocar duas cancelas e fechar a frente com tela de arame;
- No edifício todo: fazer reboco, caiação e pintura a óleo nas portas, janelas e barrado;
- Na parte exterior do hospital: construir uma fossa higiênica, com tubo de descarga para o córrego mais próximo;
- No terreno: fechar uma parte com cerca de arame farpado e colocar duas cancelas¹⁸¹.

¹⁸⁰ Ibidem, pp. 20.

¹⁸¹ Ibidem, pp. 20-21.

Uma vez aprovado o referido projeto, iniciaram-se as obras de reconstrução do hospital. Enquanto aguardava a conclusão das mesmas, a Comissão PRO-LÁZAROS incumbiu várias senhoras da confecção de roupas e de providenciar os utensílios e os móveis necessários para o uso pelos doentes e também para a remodelação do serviço de *rancho*. Nesse sentido, foram adquiridos móveis essenciais, tais como: mesas de jantar, bancos para refeitório, bancos para o jardim, armários com prateleiras e uma estante para livros. A cada um dos leprosos foi distribuído um jogo de utensílios para o uso pessoal: bacia, pratos, tigela, talher, caneco, urinol e chaleiras. Também foram confeccionadas as seguintes peças de roupa: camisas, calças, ceroulas, lençóis, vestidos, lenços, guardanapos e foram adquiridos cobertores de lã e várias colchas brancas. Para o serviço do rancho foi feita a aquisição de uma bateria de cozinha e marmitas para condução da comida. Pelo presidente da loja maçônica de Cuiabá, foram oferecidas trinta camas de ferro, trinta colchões e trinta travesseiros. Afim de proporcionar aos doentes uma ocupação recreativa - e ao mesmo tempo útil - foi fechada, com cerca de arame farpado, uma parte das terras pertencentes ao hospital, para o plantio de frutas e legumes. E, ainda para facilitar o acesso de visitantes e dos fiscais, foi melhorada a estrada que *do alto do Areão vem ter a este local*¹⁸².

Com os melhoramentos realizados na cozinha do hospital e com a aquisição dos móveis e utensílios necessários à mesma, o serviço de rancho foi reorganizado em moldes diferentes: passou a ser dirigido pelo caseiro, findando-se, assim, o antigo sistema onde cada doente preparava sua própria refeição. Segundo Firmo José Rodrigues, com o antigo sistema, tornava-se difícil economizar os alimentos. Já o rancho geral, preparado pelo caseiro, possibilitava um maior controle e um melhor aproveitamento dos gêneros alimentícios doados ou produzidos no próprio hospital¹⁸³.

As obras de reconstrução do Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá foram concluídas em outubro de 1924. No dia 12 do mesmo mês, *afluiram ao*

¹⁸² Ibidem, pp. 22-25.

¹⁸³ APMT. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, 1923, p. 22.

hospital altas autoridades do Estado, muitas familias e cavalheiros para assistirem a solenidade de inauguração das obras de reconstrução do secular nosocômio. Entre as autoridades, marcaram presença o Coronel Pedro Celestino Corrêa da Costa, presidente do Estado de Mato Grosso; o Dr. Virgílio Alves Corrêa Filho, secretário geral do Estado e Dom Francisco de Aquino Corrêa, arcebispo metropolitano.

Após a bençã do altar e a celebração da missa o Exmo. Sr. Arcebispo fez allusiva allocução aos enfermos, e suas palavras, tão tocantes quanto confortadoras, puzeram em relevo a caridade christã daquellle acto e ennalteceram os sentimentos das dignissimas senhoras que concorreram para a realização de tão grande beneficio¹⁸⁴.

Logo em seguida, tomou a palavra o major e vice-presidente em exercício da Sociedade Beneficente da Santa Casa de misericórdia Firmo José Rodrigues, que fez uma rápida exposição de todos os melhoramentos que foram realizados pela Comissão PRÓ-LÁZAROS no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. A Comissão,

representada pela muito nobre cuiabana a Exma. Sra. D. Corina Novis Corrêa que, durante longos mezes, trabalhou com o mais generoso entusiasmo, efficaçmente auxiliada pelas senhoras de Cuiabá para a realização destas obras¹⁸⁵.

Firmo José Rodrigues declarou, ainda, que a administração da Sociedade Beneficente da Santa Casa e do Hospital dos Lázaros de Cuiabá encontrava-se imensamente satisfeita pela realização das obras de reconstrução desta última instituição de caridade. Melhoramentos esses que já há muito tempo eram desejados, mas que faltava-lhes os recursos necessários para colocá-los em prática¹⁸⁶.

Em Assembléia realizada no mês de novembro pelos sócios da Sociedade

¹⁸⁴ APMT. Relatório apresentando ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa (...), op. cit., 1924, p. 22.

¹⁸⁵ Ibidem, p. 23.

¹⁸⁶ Ibidem, p. 25.

Beneficente, ficou deliberada a inauguração do retrato da Exma. Sra. D. Corina Novis Corrêa, no salão principal do mesmo hospital, no dia de seu aniversário natalício; em homenagem e gratidão à digna promotora dos muitos e necessários benefícios em prol da caridade para com os leprosos segregados no secular Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá¹⁸⁷.

Vale ressaltar, entretanto, que também por questões de poder e de *status* social algumas pessoas da elite – destacando-se aí as *distintas Senhoras e Senhoritas da sociedade cuiabana*, naquele momento representadas na pessoa de D. Corina Novis Corrêa - procuravam se envolver, organizar e desenvolver obras de caridade, para serem homenageadas, prestigiadas, elogiadas ou simplesmente citadas como beneméritas e altruístas no quadro social.

O ano de 1924 foi, segundo Firmo José Rodrigues, um dos mais prósperos para o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, pois com as obras de reconstrução e de melhoramentos realizadas pela Comissão PRO-LÁZAROS, a instituição (que ainda não podia ser considerada modelar) passou a oferecer maior conforto aos doentes; e já não produzia *como antes a impressão de presidio correccional*¹⁸⁸.

Pode-se fazer, neste momento, um interessante paralelo entre as reflexões supra mencionadas, acerca da grande campanha promovida pela Comissão PRÓ-LÁZAROS, com a finalidade de angariar recursos para a reinauguração do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá e a também intensa campanha desenvolvida, no primeiro quartel do século XIX, pelo Capitão-General João Carlos Augusto D'Oeynhausien e Gravenburg, para a construção e inauguração do mesmo hospital. No sentido de angariar fundos que complementassem o legado deixado em testamento por Manoel Fernandes Guimarães (1755), para a construção do Hospital dos Lázaros, Oeynhausien nomeou várias pessoas ao cargo de oficiaismoler, estes (em nome da caridade cristã e valendo-se da religiosidade dos mato-grossenses daquele período) tinham por missão sair as sextas feiras e aos sábados angariando esmolas e donativos diversos entre a população da vila de Cuiabá e das localidades vizinhas. Acrescentados ao Legado de Manoel Fernandes

¹⁸⁷ Ibidem, p. 27.

¹⁸⁸ Ibidem, pp. 17 e 27.

Guimarães, os donativos e esmolas recebidos com essa campanha permitiram a construção e inauguração do Hospital de São João dos Lázaros e ainda a fundação do Hospital de Nossa Senhora da Conceição da Misericórdia, atual Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá¹⁸⁹.

O Capitão-General João Carlos Augusto D'Oeynhausien e Gravenburg e seus inúmeros oficiais esmoleres, Dona Corina Novis Corrêa e suas amigas senhoras da elite cuiabana; são personagens históricos diferentes, que viveram em espacialidades e temporalidades diferentes, mas com certas atitudes comuns acerca da caridade, da religiosidade cristã, da busca do prestígio social (através de seus atos ligados a beneficência) e, principalmente, do empenho profilático em manter e assegurar a sobrevivência dos leprosos segregados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, para que aqueles doentes - portadores de um *mal* contagioso e incurável - não colocassem em risco a vida e a saúde das *pessoas sadias*.

Foram várias as ligas femininas de proteção aos lázaros, as sociedades de assistência aos lázaros e defesa contra a lepra, também compostas por mulheres e outras associações femininas de caráter beneficente, relacionadas especificamente com o auxílio aos leprosos isolados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Além da Comissão PRÓ-LÁZAROS, destaca-se entre elas, a Liga Feminina Pró-Lázaros, criada em 1933,

*[...] com o exclusivo fim de auxiliar a Santa Casa, na obra de manutenção do Hospital S. João, onde são segregados, para proveito dos sãos, os infelizes doentes no Mal de Hansen*¹⁹⁰.

É interessante notar que os legados, donativos e esmolas que não eram adquiridos pelas ligas ou associações femininas apareciam, com raras exceções, direcionados à Santa Casa de Misericórdia e não ao Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Apesar dos dois hospitais de caridade estarem sujeitos a uma mesma administração, encabeçada pela Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia, percebe-se que os leprosos do Hospital dos Lázaros eram menos

¹⁸⁹ Cf. NASCIMENTO, Heleno B. op. cit., pp. 18-21.

¹⁹⁰ NDIHR/UFMT. Revista *A Violeta* - orgam do Gremio Literario "Julia Lopes", anno XVI, n.º 201, Cuiabá, 31 de outubro de 1932, p. 9.

prestigiados pelos sócios da referida Sociedade Beneficente.¹⁹¹ Talvez devido a essa omissão, as mulheres mato-grossenses tenham resolvido *assumir* a vanguarda nas obras de caridade: criando ligas, associações e comissões que eram direcionadas, exclusivamente, aos *lazarentos, aos pobres infelizes degredados do hospital dos Lazaros*¹⁹².

Em suma, os feitos da Comissão PRÓ-LÁZAROS garantiram a execução de importantes melhoramentos e reformas no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, que culminaram na reinauguração do mesmo, em 1924. Nas atividades beneficentes desenvolvidas para angariar fundos para tal reinauguração, destacou-se *o elemento feminino*: um certo número de mulheres pertencentes à elite cuiabana que, apelando para os sentimentos de religiosidade, de solidariedade humana, da caridade cristã e filantrópica, ainda bastante presentes entre os mato-grossenses para o período em questão, conseguiram (mesmo que precariamente) manter a estrutura física do hospital e a sobrevivência dos leprosos nele isolados.

Segregar os doentes do convívio social e conseguir mantê-los no nosocômio era tarefa árdua, mas que se convertia em uma das poucas medidas profiláticas encontradas para defender a sociedade do contágio e da morte. As autoridades governamentais se eximiam de assumir as responsabilidades sobre os dois hospitais pios de Mato Grosso: a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Coube à sociedade civil (através da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia De Cuiabá) assumir e pagar o ônus que representava a segregação e o isolamento das pessoas acometidas pela lepra em Mato Grosso, doença contagiosa e ainda incurável no período privilegiado neste trabalho.

Assim, os esforços no sentido de promover e garantir a segregação social e o isolamento dos leprosos, permaneceram durante todo o período aqui abordado, em grande medida dependente da caridade e do "espírito filantrópico" de alguns setores da elite mato-grossense. De fato, esta profilaxia ainda se concretizava no

¹⁹¹ Vale ressaltar que a maioria dos sócios que compunham a Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá eram do sexo masculino. Cf. APMT. Relatório apresentando ao Exmo. Sr. Presidente do Estado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa (...), op. cit., 1924, p. 41-44.

¹⁹² NDIHR/UFMT. Revista *A Violeta*, op. cit., 1932, p. 1.

antigo leprosário - o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Reinaugurado no ano de 1924, o edifício do Hospital dos Lázaros foi utilizado ininterruptamente até o ano de 1941, quando aconteceu a inauguração da *moderna* Colônia de Leprosos de São Julião que, a partir daquele ano, passou a receber os doentes que encontravam-se (ou aqueles que ainda seriam) isolados no secular nosocômio de São João dos Lázaros de Cuiabá.

Com sua construção iniciada em 1937, próxima à cidade de Campo Grande, no sul do antigo Estado de Mato Grosso¹⁹³, Colônia de Leprosos de São Julião significava, para as autoridades governamentais e sanitárias de Mato Grosso, um grande salto de modernização nas formas de prevenção da lepra e da segregação social e do isolamento hospitalar dos leprosos no Estado. Inaugurada em 1941, respondia aos anseios do poder instituído e da elite mato-grossense contar com um grande e moderno hospital de isolamento que, segundo eles, muito ajudaria na profilaxia da lepra, que se alastrava de forma aterrorizante e incontrolável pelo o sul do Estado¹⁹⁴.

A Colônia de Leprosos de São Julião teria condições de receber, além dos leprosos do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá (que para lá seriam transferidos) vários outros doentes que vagavam pelas vilas e cidades da parte sul do Estado de Mato Grosso. A inauguração desse hospital-colônia representou também o ocaso do Hospital dos Lázaros, que foi sendo esvaziado paulatinamente até a sua completa extinção na década de 1960.

Durante a construção do Leprosário de São Julião, e num contexto de reorganização da Saúde Pública no estado de Mato Grosso, o poder público, através das autoridades sanitárias, elabora um minucioso Regulamento Sanitário (1938), com vários artigos dedicados à profilaxia da lepra. No próximo capítulo, aborda-se algumas questões relativas à lepra como objeto de Saúde Pública em Mato Grosso e também ao dito Regulamento Sanitário de 1938, instrumento significativo de uma ação mais sistemática do poder público em relação à profilaxia da doença no Estado.

¹⁹³ APMT. Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, 1938, pp. 16-17.

¹⁹⁴ APMT. Mensagem apresentada á Assembléa Legislativa de Matto-Grosso, 1937, p. 18.

Capítulo IV - Lepra e Saúde Pública em Mato Grosso: pobreza, isolamento e profilaxia

As doenças transmissíveis, constituem preocupação máxima de uma organização de Saúde Pública.

Relatório do Departamento de Saúde [...], 1940, p. 57.

Os doentes de lepra verificados pelo serviço oficial serão encaminhados a dispensário ou isolados a juízo da autoridade sanitária.

O isolamento poderá ser domiciliário ou em hospital especializado, para doentes da lepra, dirigidos ou fiscalizados pelo serviço oficial.

Serviço de Profilaxia da Lepra, 1940, Art.10.

Na era pré-sulfona, a única medida aplicável de saúde pública era a da segregação compulsória dos portadores de lepra. Seu objetivo era o de isolar as fontes de infecção. Mas o seu valor era limitado porque aqueles com doença inicial e ativa (os casos contagiantes) escondiam o fato, evitando que fossem forçosamente removidos de seus lares.

Manual de Hanseníase, 1991, p. 153.

Apresentação:

As primeiras décadas do século XX são identificadas como um momento de transição, no que diz respeito às questões de Saúde Pública no Brasil. Iniciava-se, então, como visto no capítulo anterior, uma institucionalização da assistência à saúde no país, que era objeto de discussão política e de reivindicação por parte daqueles que atuavam no âmbito médico-sanitário brasileiro, os quais defendiam uma ação mais direta do Estado nas questões de Saúde Pública.

Segundo Gilberto Hochman, no Brasil, em princípios da década de 1920, ocorreu a primeira grande reforma nos serviços sanitários federais. Essa significativa modificação foi resultado de várias outras reformas ao longo do tempo, de um longo processo político, fortalecido a partir de fins da década de 1910, com as decisões sobre a criação e ampliação das agências federais para tratar dos problemas sanitários do país. Naquele período foi surgindo, em amplos setores das elites políticas, a consciência da existência de uma forte interdependência entre um país doente e um Estado ausente. O Brasil era um grande hospital, que necessitava de medidas sanitárias urgentes para sanar os problemas causados pelas inúmeras doenças que assolavam o país.

Concretamente isso significou a passagem da noção de responsabilidade puramente individual e local em assuntos de saúde para uma concepção mais coletiva e nacional.

Essa reforma implicaria unificação e centralização dos serviços de saúde pública, na esfera federal, alterando as relações entre estados e Governo federal estabelecidas pela Constituição, adaptando-as às exigências da natureza infecto-contagiosa da maior parte das doenças que assolavam o país¹⁹⁵.

Foram criados, entre outras agências federais, o Serviço de Profilaxia Rural (SPR), em 1919 e o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Através da criação do SPR cresceram, segundo Hochman, as pressões por ações governamentais mais efetivas na área de saneamento rural; e a criação do

¹⁹⁵ HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. 1998, pp. 91-147.

DNSP inaugurou uma nova etapa no desenvolvimento das políticas de saúde pública e de saneamento no Brasil.

Massako Iyda complementa a interpretação acima, afirmando que a descentralização política no Brasil da primeira República era meramente executiva, uma vez que os recursos das taxas de importação de selo e de consumo, estabelecidos pela Constituição de 1891, beneficiavam apenas os estados economicamente mais poderosos, encabeçados por São Paulo. Conseqüentemente, grande parte dos outros estados dependia do governo federal (como era o caso de Mato Grosso), não se concretizando, assim, os ideais republicanos de autonomia estadual¹⁹⁶.

Em virtude da crise econômica cafeeira, desde o início do século XX e agravada com a Primeira Guerra Mundial, foi possível a aceitação, após 1920, de uma maior interferência do governo federal inclusive nos estados economicamente mais prósperos. A partir daquele período é que se inicia o longo processo pelo qual a pobreza começa a ser identificada como incômoda (e até perigosa), associada à valorização do trabalho e a uma esfera de maior atuação do Estado no mercado de trabalho.

Ainda segundo Iyda, a grande questão, a partir da década de 1920, era organizar o mercado de trabalho, valorizando-o para a continuidade da ordem e do progresso e, conseqüentemente, combatendo os distúrbios, como a pobreza e a doença. É dentro deste quadro geral que à Saúde Pública caberá um novo papel.

Se até 1925, e assim o demonstram as reformas e a estrutura administrativa do Serviço Sanitário de 1891, 1896, 1911 e 1918, predominavam na organização institucional os hospitais de isolamento e de doenças mentais e os serviços laboratoriais, que eram bases fundamentais no controle de doenças específicas, a partir da década de 1920, o Serviço Sanitário começa a ampliar suas atividades, com a proteção à infância, a inspeção de amas de leite e a profilaxia em geral¹⁹⁷.

As décadas de 1920 e 1930 foram anos que, pelo menos para boa parte dos intelectuais brasileiros de então, buscou-se um rompimento definitivo com o provincialismo, com o formalismo e com a repetição das velhas fórmulas que não

¹⁹⁶ IYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. 1994, p. 48.

davam mais conta de explicar um cotidiano cada vez mais urbano e industrial. Os anos 20-30 foram períodos cruciais em termos da redefinição não apenas político-econômica, mas essencialmente cultural. Na busca de respostas para a construção do ideário de um Brasil "moderno", que ganha força a partir do período republicano, colocava-se, com ênfase pouco vista em outros momentos, a questão: "que país é esse?" Médicos, educadores, engenheiros, literatos, enfim, todos os intelectuais discutiam apaixonadamente o Brasil¹⁹⁸, seus problemas e as soluções que poderiam ou deveriam ser adotadas para se chegar ao ideal de um país moderno e civilizado, efetivamente pautado pelos parâmetros da ordem e do progresso.

Em 1937, momento crucial da década de 1930, acontece a I Semana Paulista de Medicina Legal e é instaurado o Estado Novo. No programa de governo defendido pelo novo regime - centralizador, autoritário e pautado na modernização e no progresso da Nação - os serviços sanitários passariam por uma ampla remodelação e a Saúde Pública deveria ser transformada em área privilegiada para as ações de controle por parte do governo federal.

Daí em diante entrava-se num novo momento da vida brasileira. A decretação do Estado Novo colocava a nu alguns aspectos fundamentais do modo como, no Brasil, se daria o processo de modernização. Autoritarismo, exclusão de amplos segmentos sociais, prevalência do Estado sobre a sociedade civil, fragilidade da noção de cidadania, tudo isto aliado a um tom fortemente ufanista que 'consolidava' uma aliança (nem sempre vantajosa para todas as partes) entre o Estado, o 'povo' e diferentes segmentos intelectuais¹⁹⁹.

Neste capítulo, considerando-se as mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais dos anos 20 - 30 e, nesse bojo de acontecimentos, também as relativas à saúde, busca-se identificar até que ponto a lepra foi efetivamente encarada como um problema de Saúde Pública, a ser enfrentado, prioritariamente, via intervenção das agências federais e estatais, deixando em segundo plano os apelos à caridade pública. Num segundo momento, tendo como referência o

¹⁹⁷ Ibidem, p. 50.

¹⁹⁸ HERSCHMANN, Micael M., PEREIRA, Carlos Alberto M. (orgs). *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20 - 30*. 1994, pp. 29-33.

Regulamento Sanitário de 1938, busca-se analisar a intervenção do poder público na área da saúde em Mato Grosso, com ênfase no que respeita à profilaxia da lepra e ao isolamento hospitalar dos leprosos. Nesse sentido, privilegia-se aqui duas questões principais: a relação de proximidade entre pobreza e lepra na sociedade mato-grossense e as discussões acerca da intervenção do Estado na Saúde Pública e na institucionalização dos serviços relativos à profilaxia da lepra (através do isolamento hospitalar), articulando as medidas federais e estaduais.

¹⁹⁹ Ibidem, pp. 36-37.

1. Lepra: uma doença dos pobres?

Más condições habitacionais e de higiene têm papel importante na disseminação da lepra, e as campanhas de controle da doença em países em desenvolvimento terão melhores chances de sucesso se realizadas num substrato de melhorias dos padrões gerais de vida.

Manual de Hanseníase,
1991 p. 156.

José Rivair Macedo afirma que corpos mal nutridos, de pessoas mal alimentadas, estão mais expostos às doenças, principalmente as contagiosas²⁰⁰. Portanto, refletir sobre a lepra em Mato Grosso no período em questão, é também discutir acerca das condições de vida e de saúde das camadas menos favorecidas da sociedade, evidenciado a correlação que existia (e ainda existe) entre más condições de vida, alimentação deficiente, habitações precárias e coletivas, falta de higiene e a grande disseminação da lepra entre as camadas menos favorecidas da sociedade mato-grossense daquele período. Em Seus escritos, Macedo acrescenta que:

Desde as mais antigas civilizações até os dias atuais, a doença se faz presente. Como ocorre nos dias de hoje, muitas enfermidades atingiam primeiro os mais

²⁰⁰ MACEDO, José Rivair. *Movimentos populares na Idade Média*. 1993, pp. 31-34. Ao discutir a forte relação entre pobreza, fome e doenças no período medieval, Macedo acrescenta que *em diferentes séculos e em diferentes situações, os pobres estiveram entregues à sua própria sorte*, muito mais suscetíveis às doenças, principalmente as contagiosas. Portanto, no período aqui analisado, a correlação entre miséria, fome e lepra também não pode ser ignorada, visto que esta é uma doença que depende, essencialmente, das defesas do organismo do hospedeiro para se manifestar dessa ou daquela forma, ou até mesmo para não se desenvolver. Sobre estas informações científicas, consultar também o Anexo I deste trabalho.

*pobres. A má alimentação, a falta de condições para combater os males físicos e mentais faziam com que a doença, um problema individual, se transformasse também (como hoje) num problema social*²⁰¹.

A proclamação da República, em 1889, foi embalada pelas idéias de modernizar o Brasil a todo custo e pelo lema positivista da ordem e do progresso. O novo regime deveria manter a ordem e cuidar para que o povo se tornasse suficientemente saudável e educado para alcançar o progresso nacional, através da dedicação e de muito trabalho. Nos primeiros anos da República, processo iniciado com a constituição de 1891, criou-se, no Brasil, as condições necessárias para o fortalecimento das oligarquias regionais. O funcionamento político da Primeira República pautou-se pelo *coronelismo*,

*ou seja, a dominação dos poderosos chefes políticos locais, em geral grandes proprietários, sobre a massa de eleitores que, pelos laços da dependência pessoal e do favor que atrelavam os trabalhadores despossuídos, transformava-os em sua clientela eleitoral*²⁰².

A situação dos pobres, dos trabalhadores, em quase nada mudou com o novo regime político instituído no Brasil em 1989. A busca do progresso (através da manutenção da ordem) e da modernização colocava a necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade - escravistas, até pouco antes - com o mundo capitalista civilizado. Os trabalhadores brasileiros deveriam ser redefinidos como *capital humano*, capazes de produzir a riqueza da nação. O Estado teria que interferir de forma mais definida nos assuntos sanitários, comprometendo-se em garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, garantir a defesa do projeto de modernização do país²⁰³.

Segundo Iyda, foi para essa "ordem e progresso" que passou a haver a necessidade de uma referência unificadora e identificadora em relação à saúde. A partir da República, tentou-se criar uma identidade social em torno da Nação, elemento constituinte da sociedade burguesa. Este mesmo processo ocorreu com a Saúde Pública: o Estado deveria tornar-se responsável pela saúde da população. A

²⁰¹ MACEDO, José Rivair. op. cit., 1993, p. 33.

²⁰² NEVES, Margarida de Souza. e HEIZER, Alda. *A ordem é o progresso: o Brasil de 1870 a 1910*. 1991, p. 69.

Saúde Pública saiu da alçada do senhor de escravo e das ordens religiosas para entrar na responsabilidade de uma entidade mais abstrata: o Estado²⁰⁴.

Paulatinamente, começou a ganhar forma no Brasil um novo campo do conhecimento, voltado para o estudo da preservação das doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. Definiu-se, assim uma área científica chamada de Saúde Pública. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área de saúde deveria ser global: não se limitaria às épocas de surto epidêmico, mas estenderia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade. Junto com essa "política de saúde" que deveria ser rapidamente implementada pelo governo, nasce também uma grande contradição: O Estado tentava desenvolver a Saúde Pública sem investir os recursos necessários em educação, alimentação, moradia, trabalho, etc., ou seja, sem uma preocupação com o social.

Historicamente, a política social tem sido o setor menos privilegiado pelas autoridades republicanas. E isso apesar de o trabalho de cada um dos cidadãos ser considerado a grande fonte geradora da riqueza nacional.

O compromisso governamental com as necessidades básicas da população tem sido relegado sempre a segundo plano, perpetuando um círculo tristemente vicioso: desamparado e sem participação decisiva nas decisões do governo, o trabalhador recebe salários baixos e vive mal, adoecendo com facilidade. Doente e mal alimentado, ele tem a sua vida produtiva abreviada, tornando muito mais difícil a superação da pobreza nacional²⁰⁵.

Essa triste contradição, entre o discurso das autoridades públicas e as suas práticas no que diz respeito aos problemas de saúde enfrentados pela maioria da população do Estado, era evidenciada em Mato Grosso já no início do século XX. Falava-se muito em salvaguardar a vida humana, promovendo a saúde do ser humano, pois este significava *capital valioso* em Mato Grosso, onde a população era escassa e o seu aumento difícil de se conseguir através do processo de

²⁰³ BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da saúde pública no Brasil*. 1996, p. 12.

²⁰⁴ IYDA, Massako. op. cit., 1994, p. 46.

²⁰⁵ Ibidem, p. 15.

imigração. Nesse sentido, escreveu o Presidente do Estado, Coronel Antonio Pedro Alves de Barros, à Assembléia Legislativa de Mato Grosso:

Sabeis bem que a vida humana representa por toda parte um capital precioso, confiado á guarda dos governos e que esse capital sobe de preço n'aquelles Estados, como o nosso, onde a população é escassa e o seu augmento é difficil de conseguir por meio de immigração.

*Em taes condições, deixar perder o valor de uma existencia que seja, pelo medo de onerar de mais os cofres publicos, é, quando não um crime, pelo menos um erro*²⁰⁶.

O citado Presidente de Estado era um grande defensor do direcionamento e da aplicação de maiores recursos nos serviços de Saúde Pública em Mato Grosso. Defendia a vida humana como um *capital valioso*, que não deveria ser esquecido e nem descuidado pelo governo, principalmente em Mato Grosso, onde era difícil recompor as perdas desse tipo de *capital*.

*Toda despeza feita em nome da hygiene é uma economia; nada é mais dispendioso que a molestia, a não ser a própria morte; para as sociedades não há desperdicio mais ruinoso do que o da vida humana*²⁰⁷.

Em seu discurso estava sempre presente a preocupação com a higiene e com a criação de *lazaretos ou hospitaes de isolamento para os atacados das differentes molestias contagiosas*. Defendia, ainda, já em 1901, a organização do Departamento de Saúde do Estado: *deveis habilitar o governo a, si não de uma só vez, ao menos paulatinamente ir organisando o departamento da saude publica*, fato que irá se concretizar em Mato Grosso, como veremos no item seguinte, apenas 37 anos mais tarde (1938).

Contraditoriamente ao discurso do trabalhador enquanto *capital precioso* - indispensável à construção da modernidade e ao alcance do tão sonhado progresso - as práticas de prevenção, de atendimento e de tratamento de saúde dispensadas à maioria da população mato-grossense eram lastimáveis, permitindo-se, deste modo, que as doenças provocassem a morte de grande número de pessoas em curto espaço de tempo.

²⁰⁶ APMT, Mensagem do Presidente do Estado de Matto-Grosso (...) 1901, p. 19.

²⁰⁷ Ibidem, p. 20.

*Consta também do mappa do obituario, 106 obitos [do total de 265 registrados] por molestias mal definidas ou ignoradas. Estes obitos são, na sua quasi totalidade, de pessoas fallecidas sem assistencia medica e constituem uma grande irregularidade que perturba sensivelmente as estatisticas*²⁰⁸.

Naquele universo de pobreza, má alimentação e com terríveis problemas de moradia, a lepra não matava como as outras inúmeras doenças que apareciam ou reapareciam no Estado²⁰⁹, porém disseminava-se assustadoramente entre as camadas menos favorecidas da sociedade, tornando-se um problema de Saúde Pública cada vez mais crônico e que amedrontava a sociedade como um todo, principalmente a elite. A moléstia consistia em um mal contagioso e incurável e de difícil solução para as autoridades governamentais mato-grossenses²¹⁰.

Essa triste contradição, entre o discurso das autoridades públicas e as suas práticas no que diz respeito aos problemas de saúde enfrentados pela maioria da população do Estado, era evidenciada em Mato Grosso já no início do século XX. Falava-se muito em salvaguardar a vida humana, promovendo a saúde do ser humano, pois este significava *capital valioso* em Mato Grosso, onde a população era escassa e o seu aumento difícil de se conseguir através do processo de imigração. Nesse sentido, escreveu o Presidente do Estado, Coronel Antonio Pedro Alves de Barros, à Assembléia Legislativa de Mato Grosso:

Sabeis bem que a vida humana representa por toda parte um capital precioso, confiado á guarda dos governos e que esse capital sobe de preço n'aquelles Estados, como o nosso, onde a população é escassa e o seu augmento é difficil de conseguir por meio de immigração.

*Em taes condições, deixar perder o valor de uma existencia que seja, pelo medo de onerar de mais os cofres publicos, é, quando não um crime, pelo menos um erro*²¹¹.

²⁰⁸ APMT. Relatório da Inspectoria de Hygiene Publica do Estado de Matto-Grosso, 1918, p. 11.

²⁰⁹ As causas de morte em lepra, na maioria dos doentes, são as mesmas do resto da população em geral. Veja-se mais sobre esse assunto no Anexo I deste trabalho.

²¹⁰ Sobre esses problemas sociais em Mato Grosso, relacionados às deficiências no campo da Saúde Pública e às preocupações da elite e do poder instituído com a ameaça constante representada pela lepra no Estado, cita-se aqui: APMT. Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, para os anos de 1940 e 1944.

²¹¹ APMT, Mensagem do Presidente do Estado de Matto-Grosso (...) 1901, p. 19.

O citado Presidente de Estado era um grande defensor do direcionamento e da aplicação de maiores recursos nos serviços de Saúde Pública em Mato Grosso. Defendia a vida humana como um *capital valioso*, que não deveria ser esquecido e nem descuidado pelo governo, principalmente em Mato Grosso, onde era difícil recompor as perdas desse tipo de *capital*.

*Toda despesa feita em nome da hygiene é uma economia; nada é mais dispendioso que a molestia, a não ser a própria morte; para as sociedades não há desperdício mais ruinoso do que o da vida humana*²¹².

Em seu discurso estava sempre presente a preocupação com a higiene e com a criação de *lazaretos ou hospitaes de isolamento para os atacados das diferentes molestias contagiosas*. Defendia, ainda, já em 1901, a organização do Departamento de Saúde do Estado: *deveis habilitar o governo a, si não de uma só vez, ao menos paulatinamente ir organisando o departamento da saude publica*, fato que irá se concretizar em Mato Grosso, como veremos no item seguinte, apenas 37 anos mais tarde (1938).

Para Ítalo Tronca, a atmosfera alegórica que envolve as narrativas em torno da lepra no Brasil assume um tom diferente daquele predominante nos EUA, nas primeiras décadas do século XX. Enquanto lá os discursos científicos e literários localizavam a doença no exterior, no estrangeiro, aqui, na primeira metade do século XX, médicos e ficcionistas colocam em foco as populações paupérrimas, perdidas nos *grotões rurais*: no interior de São Paulo, em Minas Gerais, Nordeste, Goiás e em Mato Grosso. A lepra era tida como um mal que só prosperava em ambientes de extrema carência, nos sertões longínquos e esquecidos pela civilização²¹³.

Ao analisar uma narrativa sobre as representações acerca da lepra e dos leprosos em Mato Grosso, produzida em 1917 e intitulada *Nos fundões de Mato Grosso*, Tronca afirma que por meio de certas linguagens acerca da lepra, como sendo uma doença que prevalecia nos *sertões carentes do país* e que precisava de uma grande atenção por parte do governo, deslocava-se, através de uma excessiva

²¹² Ibidem, p. 20.

²¹³ TRONCA, Ítalo. *As máscaras do medo: lepra e aids*. 2000, p. 97.

propagação da moléstia, o olhar da sociedade dos problemas maiores que deveriam ser enfrentados pelo poder instituído nos grandes centros urbanos, entre os quais a tuberculose, que matava vinte vezes mais que a lepra nas cidades, as péssimas condições de vida e de trabalho, a violência dos meios de controle sobre a população e outros vários problemas sociais que envolviam e penalizavam a maioria da população citadina no Brasil da primeira metade do século XX.

*Embora surgissem como um risco, ainda que remoto, à saúde pública, a lepra e suas vítimas prestavam-se sobretudo a uma função politicamente metafórica, manipulada para desviar a atenção das carências sociais e da responsabilidade das elites dirigentes*²¹⁴.

Utilizados ou não como pretexto para desviar a atenção dos problemas sociais brasileiros, a lepra e os leprosos, em Mato Grosso, estavam engendrados naquelas carências sociais, faziam parte delas e, pode-se dizer também, que eram resultado daquela situação de pobreza e desamparo social, na qual estava inserida a maioria da população pobre do Estado, principalmente das localidades mais afastadas da capital Cuiabá. Hoje, está comprovado que más condições de moradia e alimentação deficiente são fatores importantes para a disseminação da moléstia²¹⁵.

A maioria dos leprosos do interior do Estado de Mato Grosso não tinha acesso a qualquer tipo de atendimento hospitalar até o ano de 1941 (nem mesmo à possibilidade do isolamento nosocomial), uma vez que o Hospital de São João dos Lázaros localiza-se em Cuiabá e não tinha condições de receber uma quantidade elevada de doentes, devido às suas exíguas e precárias instalações. Nos vários documentos analisados para o desenvolvimento desta pesquisa, em nenhum momento constatou-se a existência de mais de 50 leprosos isolados no referido hospital. Veja-se como se encontrava o Hospital dos Lázaros, em 1929:

[...] informa em seu relatório o Director da Saúde que quando assumiu a chefia desse serviço, em 1927, encontrou isolados no Hospital de São João dos Lázaros apenas 23 doentes, e que, em 1929, esse numero se elevou

²¹⁴ Ibidem, p. 97.

²¹⁵ Maiores informações e esclarecimentos sobre estas questões, consultar o Anexo I deste trabalho e o trabalho de MORAES, Maria Auxiliadora Maciel de. et. al. *Relação entre condições de vida e hanseníase*. 1990.

*a 50, realizando assim uma obra de prophylaxia, digna de louvores e que lhe permite afirmar ser hoje Cuiabá uma das poucas capitaes de Estados ou talvez a única, com todos os seus leprosos devida e rigorosamente isolados, como exige a prophylaxia dessa enfermidade*²¹⁶.

Em contrapartida, na opinião da autoridade sanitária, a situação profilática dos leprosos do interior do Estado era lastimável e preocupante:

*No emtanto, fóra da Capital, affirma o Director de Saúde, essa horrivel dermatose está se espalhando de modo assustador, sendo seus principaes fócios Rondonopolis, Caceres, Ladario e Poconé, onde os doentes vivem em promiscuidade com as populações, disseminando livremente o mal*²¹⁷.

Em 1937 - ano em que teve início a construção da Colônia de Leprosos de São Julião - o Dr. Clineu da Costa Morães, Delegado de Saúde da circunscrição sanitária de Campo Grande (região sul do Estado), alertava os *Senhores Representantes do povo mattogrossense* que a lepra dia a dia se propagava pelo sul do Estado. Segundo o referido Delegado de Saúde, todos os municípios e todos os distritos já possuíam numerosos casos da doença. E

Sommam-se a essa grande legião dos já existentes, os vindos de outros Estados, principalmente de São Paulo e Minas e dos paizes visinhos especialmente do Paraguay.

*Cada vez mais se torna ameaçador o surto de tal endemia entre nós. Aqui, no sul, os clinicos que se dedicam a esse problema, o nosso maior problema social, calculam em mais de setecentos o numero de doentes e cerca de duzentos de Corumbá, que serão beneficiados com o Leprosario do Sul*²¹⁸.

Avaliar o número dos doentes em mais de 900, só na região sul do antigo Estado de Mato Grosso, talvez fosse um exagero para se conseguir mais rapidamente o início da construção da citada Colônia de Leprosos naquela região. Entretanto, ao afirmar que a lepra representava um sério problema social em Mato Grosso, a citação dá suporte às reflexões que vêm sendo desenvolvidas neste item,

²¹⁶ APMT. Mensagem apresentada á Assembléa Legislativa, pelo Dr. Annibal Toletto, [...] 1929, p. 48.

²¹⁷ Ibidem, p. 48.

acerca da existência de uma correlação preocupante, no período em questão, entre lepra e Saúde Pública, entre a moléstia e o estado de pobreza da maioria da população mato-grossense. Um grande número de pessoas acometidas pela doença demonstra que havia realmente uma grande disseminação da mesma entre as camadas menos favorecidas da sociedade.

Após a organização do Censo da lepra em Mato Grosso (1938), o Relatório do Departamento de Saúde, para o ano de 1940, apesar de apresentar números mais tímidos (354 doentes fichados no sul do Estado) em relação a previsão feita no ano de 1937, também confirmava a existência de um considerável número de leprosos vagando pelas ruas e pelos arredores das cidades e dos distritos do Estado. Naquele ano, o diretor do referido Departamento, o Dr. Hélio Ponce de Arruda, previa que a Colônia de Leprosos de São Julião - a ser inaugurada no ano seguinte (1941) - com capacidade para 300 doentes, já seria

*insuficiente para as nossas necessidades, pois já temos fichados, sem fazer o Censo na zona norte do Estado, 354 doentes, sendo provável a existência de mais de 500 doentes em nosso Estado*²¹⁹.

Em suma, a problemática da lepra, como questão de Saúde Pública em Mato Grosso, perdura por todo o período privilegiado neste trabalho. A doença (bem como os seus portadores) apresentava-se como um sério e complicado problema social para as autoridades governamentais. E, apesar de existir uma forte correlação entre a moléstia e a pobreza: más condições de moradia, alimentação deficiente, organismo debilitado pelas dificuldades e privações que sofriam as camadas menos favorecidas da sociedade, as elites também não estavam livres da ameaça que representava a doença, pois todos poderiam ser vítimas daquele mal, terrível por ser contagioso e incurável e talvez ainda mais aterrorizante pelo estigma da rejeição, que carregava consigo desde os tempos mais remotos.

²¹⁸ APMT. Mensagem apresentada á Assembléa Legislativa, pelo Cap. Manoel Ary da Silva Pires, [...], 1937, p. 46. (grifos meus).

²¹⁹ APMT. Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, 1940, p. 18. A população de Mato Grosso, pelo recenseamento geral de 1º de setembro de 1940, somou um total de 432.265 habitantes em todo o Estado. Cf. CORRÊA FILHO, Virgílio. *História de Mato Grosso*. 1994, pp. 637 - 638.

É oportuno destacar aqui, como ponto de reflexão, uma prática de isolamento efetivada no ano de 1938, no 6º Distrito Sanitário de Guajará-Mirim (interior do Estado de Mato Grosso), pelo chefe do posto de higiene:

Foram identificados numerosos focos de Lepra moradores à margem do rio Guaporé. Conforme determinação desse Departamento, irei reunil-os em uma ilha no rio Guaporé, juntamente com os quatro existentes nesta cidade, até a conclusão do leprosário de Cuyabá. Só assim poderemos evitar a disseminação do mal, que vae em proporção espantosa²²⁰.

A citação acima reativa na memória os escritos sobre o leprosário de Molokai (construído na península de Ka lawao - Havaí do século XIX), utilizados no primeiro capítulo deste trabalho, com base nas reflexões de Ítalo Tronca, para clarear as discussões desenvolvidas acerca da associação entre lepra e luxúria. Neste capítulo, o paralelo com aquela narrativa ajuda a elucidar as medidas profiláticas de isolamento - colocadas em prática em relação aos leprosos no Estado de Mato Grosso - e a suas fortes ligações com um imaginário passado, mas que permanece, que retorna o tempo todo no período privilegiado para as análises desenvolvidas neste trabalho.

Cercada por montanhas, penhascos e águas coloridas de topázio azul, a ilha-leprosário de Molokai, segundo Tronca, foi transformada num lugar de exílio sem retorno, onde os leprosos ou suspeitos de contaminação eram abandonados à própria sorte. Ali viveram personagens emblemáticas - reais ou literárias - que marcaram a história da doença na época contemporânea. A atitude da autoridade sanitária em Mato Grosso (1938), ao isolar os leprosos numa ilha do rio Guaporé, expressa o medo, os preconceitos, o estigma e necessidade premente de se livrar a sociedade do perigo que representava a doença no Estado. Representações e práticas sociais da primeira metade do século XX que permitem fazer um impressionante paralelo, até mesmo através do local escolhido para o isolamento (uma ilha), com as práticas de isolamento executadas no século XIX, num local tão distante do interior de Mato Grosso. Porém, uma distância encurtada por um

²²⁰ APMT. Relatório Apresentado pelo Dr. Virgílio Alves Corrêa Neto, Diretor Geral do Departamento de Saúde. 1938, s/p (anexos).

imaginário de longa duração, *que dissolve o tempo e os lugares convencionais da história, unindo-os numa concepção circular, marcada por um eterno retorno*²²¹.

Isolar os leprosos para proteger a sociedade do contágio. Esse era o lema defendido pelas elites dirigentes que viveram em Mato Grosso no período em questão. E as formas de isolamento vão assumir características distintas no Estado a partir da década de 1930, mais especificamente, com a Reforma dos serviços de saúde em Mato Grosso, incorporada e transformada em Lei Sanitária com a elaboração e aprovação do Regulamento Sanitário de 1938. São essas questões que serão desenvolvidas no próximo item deste capítulo.

²²¹ TRONCA, Ítalo. op. cit., pp. 99-100.

2. O Regulamento Sanitário de 1938: a institucionalização das formas de isolamento para os leprosos em Mato Grosso

Serão sujeitos a isolamento obrigatórios: a) - os casos confirmados de lepra pela autoridade sanitária considerados como contagiosos, compreendidos os doentes que eliminem bacilos; b) - os casos que, sob vigilância ou isolados em domicílio, não ofereçam, por suas condições de vida, ou por insubmissão as medidas sanitárias impostas, garantias e segurança para a saúde coletiva.

O isolamento deverá ser feito: a) - em estabelecimentos nosocomiais; b) - em domicílio.

Regulamento Sanitário[...],
1938, Arts. 144-145.

É evidente que a crença no contágio traz com ela a defesa das medidas que devem ser tomadas para prevenir a disseminação da doença. A resposta clássica ao contágio é isolar aqueles que pegaram a doença. Isso era verdadeiro nos tempos antigos com os leprosos (continuou verdadeiro na época contemporânea) [...].

Ítalo A. Tronca

Como já exposto no segundo capítulo, os primeiros leprosários surgiram no Brasil ainda no século XVIII, porém em apenas três das principais cidades brasileiras: Rio de Janeiro, Salvador e Recife. No primeiro quartel do século XIX,

as autoridades governamentais empenharam-se em construir leprosários em outras cidades brasileiras, destacando-se, naquele contexto, a inauguração do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, no ano de 1816.

Segundo Santos Filho, o número de leprosários era bastante reduzido para a grande extensão territorial brasileira e também para a quantidade elevada de leprosos que deveriam ser segregados naqueles estabelecimentos. Portanto, a maioria dos doentes sobrevivia vagando pelas ruas e pelos arredores das cidades e vilas, pedindo esmolas e valendo-se da caridade pública. No Brasil do século XVIII e do XIX, os *lazaretos* pouco cumpriram da sua função profilática de isolar os leprosos e, com isso, também falharam na função de defender a sociedade do contágio e da disseminação da lepra.

Ineficazes, até no intento de confinamento falharam os lazaretos. Exíguo foi o número de isolados, permanecendo a maioria esmolando pelas estradas no mais constritor dos espetáculos, sem teto e sem amparo de qualquer espécie²²².

No Brasil, a partir de 1910, a lepra começava a desvincular-se da esfera da Igreja Católica e das instituições de caridade²²³. Como já exposto no capítulo anterior, em 1911, a moléstia foi tornada de notificação compulsória e, a partir daquele momento, seria, paulatinamente, assumida pelo governo federal em parceria com os estados da federação. Em São Paulo - estado considerado como de vanguarda da nação - esse processo culminou, como já visto, na criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, pela Reforma Sanitária estadual de 1925.

Em Mato Grosso, como será analisado mais adiante, a Reforma Sanitária estadual somente veio a se concretizar em 1938, e o Serviço de Profilaxia da Lepra só foi instituído em 1940, quinze anos depois da criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo. Devido a construção da Colônia de Leprosos de São Julião (iniciada em 1937 e concluída em 1941), fazia-se necessário, inclusive para garantir o recebimento de verbas federais, a criação do Serviço de profilaxia da lepra em Mato Grosso.

Considerando que se acha em instalação a Colônia Agrícola de Campo-Grande, destinada ao

²²² SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. v. I, 1991, p. 256.

²²³ TRONCA, Ítalo. op. cit., p. 99.

internamento dos leprosos do Estado, construída pelo Governo da União, com doação, por parte do município de Campo-Grande, da área julgada precisa;

*Fica instituído o Serviço de Profilaxia da Lepra, com autonomia técnica e administrativa, subordinada à Diretoria Geral do Departamento de Saúde*²²⁴.

A partir de meados da década de 1910, considerando os novos rumos das políticas de saneamento no Brasil, o governo federal começou a perceber que era problemático para as entidades filantrópicas assumirem sozinhas os custos da assistência aos leprosos, necessitando sua incorporação como atividade estatal. Esta permitiria a obtenção de maiores recursos destinados à profilaxia da lepra: construção de colônias, asilos e instalação de leprosários regionais modelos e abriria, também, a possibilidade de contrair empréstimos para esse fim. Em 1926, a lei n.º 2.169 estabeleceu as medidas destinadas à profilaxia da lepra no país. Essa lei determinava a elevação ao dobro do imposto sobre consumo da aguardente, imposto esse que serviria para aumentar a arrecadação, objetivando cobrir o serviço de juros e amortização de empréstimos que seriam direcionados à profilaxia da lepra²²⁵.

O Estado assumiria a profilaxia da lepra, mas quem continuaria pagando por ela seria a sociedade civil, pois a maioria das responsabilidades e despesas foram repassadas a particulares, como auxílios e subvenções, sob a justificativa de uma necessária "descentralização" de poderes. Essa política do governo deu origem a movimentos civis que congregavam

*médicos e leigos, basicamente, e mulheres que se dedicam à filantropia, em associações ou ligas. Estas ligas (contra a lepra e tuberculose, e de proteção à infância), servindo-se da divulgação e propaganda, arrecadam recursos da população em geral, criam taxas de contribuição, buscam auxílios governamentais fundando sanatórios, leprosários ou casas de proteção aos órfãos*²²⁶.

É nesse quadro mais geral que Mato Grosso se inseria quando, em 1924, como já exposto no capítulo anterior, criava-se a Comissão Feminina Pró-Lázarus

²²⁴ APMT. Diário Oficial - Estado de Mato Grosso. Decreto-Lei n.º 379, de 4 de dezembro de 1940, Art. 1.

²²⁵ IYDA, Massako. op. cit., 1994, p. 63.

²²⁶ Ibidem, p. 61.

para - valendo-se da caridade pública - encaminhar as obras de reconstrução que culminaram na reinauguração do Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá, naquele mesmo ano.

O início da década de 1930 foi marcado pela perda da hegemonia dos estados brasileiros que eram grandes produtores de café. Após a Revolução de 30, e diante da crise econômica e política que vivia o país, inaugurava-se uma nova etapa da sociedade brasileira, que se caracterizaria pela centralização do poder, onde o governo federal ampliaria sua área de atuação e controle, inclusive nas questões de saúde²²⁷.

A partir da década de 1930, a Saúde Pública ocupa um maior espaço institucional e, por fortes pressões dos intelectuais e militares, ampliam-se os serviços já existentes e criam-se novos campos de atuação para as campanhas sanitárias no Brasil. Esta pressão resulta, também, na criação, em 1931, do Ministério da Educação e Saúde, como resultado de um dos raros esforços do Legislativo para reformar a administração. A Constituição de 1934, dispensou especial carinho à Saúde Pública, dando-lhe uma considerável importância como campo de responsabilidade do governo²²⁸.

A partir de 1938, quando se estabelece uma organização federal padrão para os serviços estaduais de saúde, que os centros de saúde passaram a ser implantados como órgãos polivalentes e distritais, executando atividades de controle de doenças transmissíveis agudas: lepra, tuberculose, doenças venéreas, etc. Os centros de saúde também estariam responsáveis pela proteção médico-sanitária da gestante e da criança, pelo saneamento e polícia sanitária das habitações, da higiene, do trabalho e da alimentação e exames periódicos de saúde, destinando-se, para tal fim, no mínimo 5 médicos e 5 enfermeiras ou visitadoras. As unidades que executavam as mesmas atividades em escala menor, com menor número de pessoal, eram classificadas como postos de higiene (PH). A ausência de visitadora sanitária relegava o posto à categoria de sobposto (SP).

²²⁷ Ibidem, p. 54.

²²⁸ Ibidem, p. 59.

Os postos especializados (PE) destinavam-se a uma atividade específica (bouba, tracoma), e os postos itinerantes (PI) eram móveis e independentes das unidades²²⁹.

As autoridades governamentais e sanitárias mato-grossenses, a partir do ano de 1938, passaram a seguir de perto os parâmetros ditados pela nova organização federal padrão, para a reorganização dos serviços sanitários estaduais. Iniciou-se no Estado a chamada *Reforma Sanitária Júlio Müller*²³⁰ que - através do seu *Regulamento Sanitário* - reorganizou, pelo menos teoricamente, *os serviços sanitários do Estado de Mato Grosso*, estabelecendo normas oficiais rígidas para a segregação e para o isolamento social dos doentes acometidos pela lepra.

*O acontecimento de maior vulto no ano 1938 e que fala eloquentemente da larga e patriótica visão da atual Intervenção Federal foi o início de execução da reforma sanitária. Disse e repito "início", pois obra de tamanho vulto e tão grande alcance social e econômico não se materializa em exíguo espaço de tempo de doze meses*²³¹.

A Reforma Sanitária Júlio Müller foi uma clara demonstração de que o Interventor Federal em Mato Grosso estava sintonizado com as reformas sanitárias federais, e que os auspícios de centralização do poder - inserindo, nessa política nacional, as questões relacionadas à Saúde Pública - não encontrariam resistência alguma no Estado, pelo contrário estavam sendo perfeitamente acatados pelo representante estadual do governo federal: o Interventor Júlio Strubing Müller.

Seguindo a conjuntura nacional, centralizadora, populista, autoritária e de tom ufanista, o referido Interventor federal criou um corpo de normas sanitárias a serem exigidas da população mato-grossense, expressas no Regulamento Sanitário de 1938, que dificilmente seria posto em prática, num Estado sem o mínimo de estrutura e com recursos financeiros tão minguados para fazer valer, na prática as exigências sanitárias legais, expressas no dito Regulamento. Nesse sentido, torna-se interessante analisar o que o Regulamento Sanitário de 1938 traziam de novo

²²⁹ Ibidem, p. 66.

²³⁰ Júlio Strubing Müller foi Interventor Federal em Mato Grosso durante todo o período denominado *Estado Novo*. Assumiu o governo do Estado em 1937 e saiu apenas no dia 08 de novembro de 1945.

²³¹ APMT. Relatório Apresentado Pelo Dr. Virgílio Alves Corrêa Neto, Diretor Geral do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, 1938, p. 2.

com relação ao isolamento dos leprosos como medida profilática em Mato Grosso e, melhor, até que ponto aquela lei sanitária teria condições práticas de ser executada, num Estado com tantas deficiências na área da Saúde Pública: falta de pessoal qualificado, estrutura física deficiente, vencimentos incompatíveis, que empurravam os poucos médicos para as clínicas particulares, etc.

De um modo geral as atividades dos postos de Higiene ainda são pouco satisfatórias.

Com raras exceções a maior deficiência reside no fator pessoal, em vista dos médicos, seduzidos pela clínica particular [...] Tecnicamente os Serviços de Saúde são incompatíveis com a clínica.

O regimen do tempo integral com vencimentos compensadores é, certamente, o único compatível com uma organização sanitária perfeita.

Mas, Senhor secretário, não é para a perfeição que eu tenho os olhos, quando venho prestar contas das atividades do nossos Postos de Higiene. A vastidão dos nossos problemas e o volume das nossas rendas, alijam-na para o terreno da utopia²³².

O Regulamento Sanitário de 1938, em seu artigo 1º, transformava a antiga Diretoria de Saúde Pública no Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, subordinado à Secretaria Geral do Estado e que concentrava a administração, coordenação e execução de todas as atividades relativas à saúde pública em Mato Grosso. O Departamento de Saúde também teria sob seu encargo a organização dos centros de estudos e de profilaxia específica da malária, da lepra e da doença de chagas²³³.

No que concerne à profilaxia da lepra, o Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso contava com vários artigos e dezenas de parágrafos que tratavam especificamente da identificação, da notificação obrigatória e do isolamento compulsório dos leprosos como medida profilática no Estado de Mato Grosso.

O processo de identificação do leproso poderia ser levado a cabo através de caso confirmado por exame de laboratório, quando, mesmo sem apresentar sintomas evidentes, a pessoa fosse considerada portadora do bacilo da lepra; ou pelo fato de o suposto doente apresentar sintomas característicos da enfermidade,

²³² APMT. Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, 1940, pp. 65-66.

ainda que os exames tivessem resultado negativo²³⁴. Uma vez identificado como portador do Bacilo de Hansen ou apenas como suspeito leproso, o indivíduo deveria ser obrigatoriamente notificado à autoridade sanitária.

É obrigatória a notificação, tão precoce quanto possível, dos casos confirmados ou suspeitos das seguintes doenças: Lepra e várias outras doenças transmissíveis.

O médico que atender a um caso suspeito ou confirmado de doença transmissível de notificação compulsória deverá, desde o começo, estabelecer o isolamento no próprio domicílio, antes mesmo de ter notificado o caso à autoridade sanitária²³⁵.

As preocupações com a lepra assumiam uma importância ímpar dentre as demais doenças transmissíveis de notificação compulsória em Mato Grosso, no período em questão. Nota-se, analisando citação acima, a ênfase que é dada à doença em detrimento das *várias outras doenças transmissíveis*, as quais nem os nomes são mencionados no documento oficial.

Estavam obrigatoriamente incumbidos de fazer a notificação compulsória das doenças transmissíveis: o médico que tinha examinado o caso; na falta deste o *chefe da família ou parente mais próximo que residir com o doente ou suspeito, e depois ao enfermeiro ou qualquer pessoa que acompanhe o doente ou dele esteja encarregado*²³⁶.

Os diretores ou responsáveis pelos estabelecimentos comerciais, indústrias, colégios, asilos, creches, policlínicas, etc. também estavam obrigados a fazerem a notificação. A obrigação se estendia ainda ao farmacêutico ou *droguista* que fornecesse medicamentos específicos para doença de notificação compulsória e aos responsáveis por laboratórios particulares que obtivessem resultados positivos em exames daquelas enfermidades. As notificações deveriam ser feitas por escrito, *ou por meio mais rápido*, à autoridade sanitária; deveriam indicar o nome completo do doente ou suspeito, idade, sexo, local de residência e a quanto tempo estava acometido pela doença²³⁷.

²³³ APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 1º.

²³⁴ Ibidem, Art. 140.

²³⁵ Ibidem, Art. 20.

²³⁶ Ibidem, Art. 80.

²³⁷ Ibidem, Art. 80.

Feita a notificação obrigatória do doente ou suspeito de ser portador de doença transmissível, o processo deveria ser averiguado por um especialista do serviço sanitário,

*fincando o doente desde logo sob vigilância em seu domicílio e sendo convidado si necessário, a comparecer ao serviço, a fim que sejam completados o competente registro e os exames que poderão ser assistidos pelo médico de sua confiança*²³⁸.

A vigilância e a perseguição estavam presentes em todo o tecido social, e a desobediência às normas estabelecidas estava sujeita à coerção e às penalidades previstas no Regulamento Sanitário. A chamada *autoridade sanitária* aparecia revertida de um imenso poder de polícia, vigilância, coerção e de aplicação das sanções e penalidades diversas.

*Será passível de multa aquela que, sendo a isso obrigado deixar de fazer a notificação ou quem fornecer indicação falsa ou incompleta, que embarace à autoridade sanitária a descoberta dos doentes, salvo si houver demonstração cabal de não ter havido má fé*²³⁹.

Em caso de remoção do doente afetado ou suspeito de estar acometido por doença de notificação compulsória de uma casa para outra ou - em casas de habitação coletiva - de um cômodo para outro, sem prévia autorização da autoridade sanitária, os chefes das famílias ou os responsáveis pelas residências onde houvesse a remoção do doente estariam sujeitos à multas. Se a remoção *clandestina* acontecesse com a autorização ou com o conhecimento do médico assistente, a ele caberiam as penalidades estabelecidas no Regulamento²⁴⁰.

As pessoas sob vigilância (doentes ou suspeitas de serem portadoras moléstias transmissíveis), que conseguissem permissão da autoridade sanitária para mudarem-se ou ausentarem-se de suas residências, deveriam fornecer ao funcionário encarregado da referida vigilância, indicações precisas acerca do seu novo destino, estando sujeitas à multas caso não o fizessem²⁴¹.

²³⁸ Ibidem, Art. 142.

²³⁹ Ibidem, Art. 80, § 2º.

²⁴⁰ Ibidem, Art. 80, § 4º e 5º.

²⁴¹ Ibidem, Art. 94.

As limitações não paravam por aí: nenhuma pessoa poderia, sem prévia autorização da autoridade sanitária, guardar, emprestar, dar ou transportar quaisquer objetos, utensílios ou roupas que tivessem servido ou sido usados pelo doente considerado contagiante. O lançamento de dejetos, excrementos e águas de lavagens provenientes de pessoas portadoras ou suspeitas de doença contagiosa somente poderia ser feito em *latrinas*, depois do tratamento indicado em instruções técnicas²⁴².

O caráter arbitrário e autoritário do Regulamento Sanitário de 1938 reporta-nos às reflexões de Michel Foucault, sobre a *medicina urbana, com seus métodos de vigilância, de hospitalização, etc.*, aperfeiçoada na Europa, na segunda metade do século XVIII, *do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII*. Só que a medicina não expulsaria, não excluiria mais, controlaria.

*O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixa, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos*²⁴³.

Caso fosse constatado, através dos exames, que o indivíduo era realmente portador de doença transmissível, seria feito o registro do doente em livro especialmente destinado para esse fim. Esse registro poderia ser feito em caráter confidencial, sempre que o doente assim o desejasse e, nestas circunstâncias, seriam inscritos na ficha apenas as iniciais do seu nome, porém, no livro supra mencionado, o nome deveria constar por extenso. Nas fichas de registros estariam consignados todos os dados clínicos, epidemiológicos e o resultado dos exames de laboratório; e, por último, seriam enviadas cópias dessas fichas às seções técnicas e ao estabelecimento hospitalar onde deveria ser internado ou (em caso de lepra) isolado o doente²⁴⁴.

²⁴² Ibidem, Arts. 92 e 93.

²⁴³ FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: _____ *Microfísica do poder*. 1979, p. 89.

²⁴⁴ APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 142.

Vale ressaltar, ainda, que para o reconhecimento dos casos de lepra, poderiam ser empregados e utilizados outros meios (além daqueles já relacionados acima), desde que fossem considerados necessários e *idoneos* pela autoridade sanitária, como, por exemplo, o exame sistemático e periódico das pessoas consideradas *comunicantes*²⁴⁵ dos leprosos.

*A autoridade sanitária procurará para êsse fim interessar todas organizações [públicas] ou privadas que possam vir a ter conhecimento de casos novos, solicitando a cooperação dos médicos encarregados, das inspeções de saúde nas repartições públicas, corporações armadas, escolas, associações desportivas, estabelecimentos comerciais, industriais e quaisquer outros de natureza coletiva e incentivando a pratica dos exames médicos periodicos*²⁴⁶.

Nos casos confirmados de lepra, o portador da moléstia seria segregado do convívio com as pessoas sadias. O isolamento dos leprosos poderia ser feito em hospitais de isolamento social ou em domicílios particulares. Neste último caso, o isolamento somente seria permitido com a anuência da autoridade sanitária competente e quando houvesse segurança com relação ao cumprimento rigoroso das medidas impostas, através de uma *possível vigilância assidua e eficaz*²⁴⁷.

No domicílio em que se effectuar isolamento, a autoridade sanitária affixará, em local visível, cartaz que instrúa o publico sob a existência e contagio da molestia e prohiba o acesso a qualquer pessoa não encarregada do doente ou do serviço.

*A autoridade sanitaria poderá colocar no domicilio vigilante permanente*²⁴⁸.

Identificar, com cartaz ou outro *aviso bem visível*, a residência que estivesse servindo como local de isolamento para pessoas portadoras de moléstias transmissíveis era exigência das autoridades sanitárias desde de 1936, com respaldo no Regulamento da Saúde Pública do Estado de Mato Grosso para aquele

²⁴⁵ Eram consideradas comunicantes todas as pessoas que convivessem ou tivessem convivido com os doentes de lepra. Cf. APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 140.

²⁴⁶ Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 143.

²⁴⁷ Ibidem, Arts. 145-146.

²⁴⁸ APMT. Gazeta Oficial - Estado de Matto-Grosso - Regulamento da Saúde Publica de Estado, 1936, Art. 187.

ano. Essa forma de expor o portador de doença contagiosa - principalmente o leproso - e seus familiares à execração pública, foi reforçada com a *Reforma Sanitária Júlio Müller*, através do Regulamento Sanitário de 1938²⁴⁹.

Pode-se verificar, nas citações acima, a presença de representações e práticas sociais direcionadas aos leprosos em Mato Grosso, no período aqui analisado, que têm suas raízes cravadas na Europa Ocidental, em plena Idade Média. Colocar avisos nas casas onde estivessem isolados os portadores de doenças contagiosas, para que os sadios não se aproximassem, assemelhava-se a certos comportamentos medievais, onde a sociedade (instruída pela Igreja Católica) exigia que os leprosos usassem trajes característicos para identificarem-se enquanto tal, que anunciassem sua aproximação por meio de uma matraca, de uma corneta, de um badalo de sino, etc. para que os sadios pudessem se resguardar²⁵⁰.

O forte estigma em relação à lepra não atingia somente o leproso, mas também seus familiares e demais pessoas que tivessem alguma relação de proximidade com o doente. Após identificado como portador da moléstia, o leproso e todos aqueles que estavam ao seu redor passariam à condição de suspeitos, seriam considerados perigosos para a sociedade *sadia*. A partir de então, deveriam ter seus passos e atitudes vigiados e controlados pelo poder disciplinar confiado, pelo poder instituído, à autoridade sanitária. Lembrando, novamente, das reflexões de Michel Foucault, agora acerca da disciplina:

*A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram, é conforme à regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares*²⁵¹.

²⁴⁹ APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 23.

²⁵⁰ Sobre estas questões, consultar os trabalhos de ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. 1994, p. 60. e ANTUNES, José Leopoldo F. *Hospital: instituição e história social*. 1991, pp. 80-81.

²⁵¹ FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: _____ *Microfísica do poder*. 1979, p. 106.

O isolamento domiciliar só seria permitido em prédio que não fosse de habitação coletiva, de comércio ou de indústria; e o leproso estaria obrigado a cumprir uma lista enorme de exigências prescritas pela autoridade sanitária:

- a) *alojar-se em compartimento separado providos de dormitórios, refeitórios e instalações sanitárias, defendidos das moscas e culicídeos pela proteção adequada das aberturas para o exterior ou para dependências destinadas a habitação de pessoas sãs;*
- b) *- manter rigoroso asseios nos aposentos;*
- c) *- nunca deixar expostas as lesões ulcerosas e incinerar o material usado nos curativos;*
- d) *- fazer a desinfecção concorrente das excreções e dejeções e respectivos recipientes;*
- e) *- dispor de utensílios próprios e só deles se servir;*
- f) *- ter para uso próprio e exclusivo roupas de corpo, cama e mesa, as quais devem ser conservadas em local apropriado, protegidas e submetidas, depois de usadas a práticas eficientes de desinfecção;*
- g) *- submeter a tratamento sistemático, orientado por médico especialista;*
- h) *- ter, quando necessário, a juízo da autoridade sanitária, enfermeiro ou empregado domestico privativo;*
- i) *- afastar do domicilio as crianças e menores de vinte e um anos e reduzir ao mínimo o contacto com pessoas sãs, de acordo com instruções da autoridade sanitária;*
- j) *- não receber visitas sem prévio consentimento da autoridade sanitária;*
- k) *- não frequentar lugares públicos ou residencias particulares, ausentando-se do domicilio somente com licença especial da autoridade sanitária;*
- l) *- não exercer profissão ou ofício que a juízo da autoridade sanitária o ponha em contacto direto ou indireto com pessoas sãs;*
- m) *- não mudar de residencia nem se ausentar da localidade sem prévia licença e guia especial da autoridade sanitária;*
- n) *- submeter-se a exames periódicos e as demais determinações da autoridade sanitária²⁵².*

Analisando a citação acima, chega-se facilmente a conclusão de que os leprosos pobres jamais ficariam isolados em seus domicílios. A falta de condições

²⁵² APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 146.

materiais não permitia que pessoas das camadas menos favorecidas da sociedade tivessem acesso a imóveis com cômodos particulares e estruturados para garantir o isolamento do doente em relação aos demais moradores. Nesse sentido, seria quase impossível, por exemplo, que o doente pobre e seus familiares cumprissem as exigências do item "a" do referido artigo. A maioria dos outros itens, relacionados na escala de exigências profundamente arbitrárias e repressoras do Regulamento Sanitário, também estava muito acima das possibilidades da população cuiabana pobre e, principalmente, do interior do Estado que, em sua maioria, era desprovida de recursos próprios e esquecida pelo poder público.

Julgo de grande eficiência a criação de postos de higiene itinerantes com o fim de socorrer as populações do interior, minadas pelas mais variadas endemias cujas causas são: defeito de educação e estado de sub-nutrição profunda, devido a um regime alimentar deficiente; e minguados recursos financeiros, o que nos obriga a olhar com maior atenção para sua sorte.

Outro problema é o da assistência médica que em Cuiabá se faz de modo relativamente escasso. Apenas a sala de banco da Santa Casa de Misericórdia presta assistência médica, contudo de modo deficiente porque não fornece os medicamentos²⁵³.

Os escassos recursos financeiros mantinham a maioria da população de Mato Grosso alijada da assistência médica, do acesso aos medicamentos e das mais elementares condições de saúde e de higiene. Sobreviviam com uma alimentação mínima e deficiente e em condições deploráveis de vida. Pergunta-se aqui: Como essa população poderia cumprir as exigências impostas pelo Regulamento Sanitário, no que concerne ao isolamento domiciliar? E pior, como conseguiria pagar as multas cobradas pelo não cumprimento das normas estabelecidas pela a autoridade sanitária? Em suma, o isolamento domiciliar em Mato Grosso tornava-se uma prerrogativa da elite; aos leprosos pobres restava apenas o isolamento hospitalar ou - na maioria das vezes - o não cumprimento das normas impostas pelo Regulamento Sanitário e cobradas pela autoridade sanitária.

As próprias autoridades sanitárias do Estado de Mato Grosso assumiam que a maioria da população não estava preparada, e nem tinha condições

²⁵³ APMT. Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, 1940, p.64.

materiais, para cumprir a risca o Regulamento Sanitário. Deste modo, a lei sanitária não poderia ser aplicada integralmente. Assim escreveu o *Engenheiro Sanitarista, Dr. Orlando Nigro*:

Não o apliquei, integralmente, [o Regulamento Sanitário] devido não estar o povo preparado para receber e cumprir a lei, como deve ser cumprida.

Nêste ano diminuámos o serviço de intimações devido termos no ano passado expedido 705 dos quais sómente umas 300 foram cumpridas²⁵⁴.

Segundo o Regulamento Sanitário de 1938, o isolamento hospitalar em Mato Grosso, poderia ser feito em sanatórios, em hospitais-colônias e em asilos. Esses estabelecimentos de isolamento receberiam, preferencialmente, os doentes domiciliados no Estado ou nos municípios onde fossem construídos. E a instalação dos mesmos deveria levar em conta sua localização conveniente (para que o poder público pudesse exercer uma fiscalização assídua), o baixo valor dos gastos com a sua construção, as facilidades de manutenção, o número e as condições sociais dos leprosos a serem isolados e, em última instância, as possibilidades e facilidades de aproveitamento do trabalho dos internos nas profissões a serem desempenhadas no nosocômio²⁵⁵.

O aproveitamento do trabalho dos próprios internos, no desempenho das atividades de manutenção do estabelecimento para isolamento de pessoas acometidas pela lepra, talvez fosse o item considerado mais importante pelas autoridades governamentais antes da construção dos mesmos. Sendo a lepra uma doença contagiosa e incurável, seria complicado conseguir e manter pessoas sadias trabalhando naqueles hospitais, pois o medo do contágio impedia que os indivíduos aceitassem tais ocupações, ainda que os rendimentos fossem compensativos. Para o governo, a execução dos trabalhos nos hospitais pelos próprios leprosos isolados era bastante interessante, além de significativamente econômico: gastava-se menos, pagando salários inferiores aos que seriam pagos às pessoas sãs (estas tinham direito a gratificações pelo contato direto ou indireto

²⁵⁴ Ibidem, pp. 51-52.

²⁵⁵ APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 149.

com os leprosos) e mantinha-se os doentes ocupados, para que não pensassem em fugas constantes.

Na administração dos leprosários o numero de pessoas sãs será limitado ao estritamente indispensavel, devendo nêles serem empregados tanto quanto possivel, os próprios doentes.

Os funcionários obrigados ao contácto prolongado com os doentes de lepra receberão uma gratificação de 50% sôbre os vencimentos correspondendes aos dos demais funcionários de igual categoria e os que tiverem menor contacto, 25%²⁵⁶.

Hospitais-colônias, sanatórios e asilos teriam finalidades diferenciadas, no que diz respeito ao isolamento dos leprosos em Mato Grosso no período em questão. Os sanatórios poderiam ser adotados, como medida profilática, para o isolamento de um número reduzido de doentes, ou seja, estaria destinado ao atendimento de pequenos focos locais de lepra; ou poderiam também ser instalados próximos de um hospital-colônia, para neles serem isolados aqueles leprosos que estivessem em melhores condições de saúde, aqueles nos quais a doença ainda não tinha atingido um estado crítico e muito avançado. Seria permitido, ainda, a criação de *sanatórios especiais, para doentes contribuintes, os quais seriam preferencialmente mantidos por particulares, mas submetidos à fiscalização das autoridades sanitárias*²⁵⁷.

Os Hospitais-colônias deveriam ser construídos em áreas grandes o suficiente para permitir o estabelecimento de uma vila de leprosos, com anexos e dependências necessários à administração e à sobrevivência dos doentes: casas, pavilhões, dormitórios, enfermarias, preventório, asilo, local de reclusão para loucos, criminosos e indisciplinados, veículos para transporte dos doentes, etc.; e deveriam contar, ainda, com terrenos destinados à plantação de gêneros alimentícios e até à criação de pequenos animais domésticos, para ocupação e ajuda na manutenção dos doentes isolados. A exemplo dos sanatórios, nos hospitais-colônias também haveria

²⁵⁶ APMT. Diário Oficial - Estado de Mato Grosso. Decreto-Lei N.º 379, de 4 de dezembro de 1940. Institue o Serviço de Profilaxia da Lepra. 1940, Arts. 22 e 30.

²⁵⁷ APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 150.

*acomodações especiais para contribuintes e será permitido aos doentes construir, a expensas próprias, dentro da respectiva área, habitação particular, desde que obdeçam às condições regulamentares*²⁵⁸.

O isolamento hospitalar, para aquelas pessoas que tinham melhores condições financeiras, poderia se tornar bem menos traumatizante e até certo ponto confortável. Caso fossem isolados em sanatórios na condição de *contribuintes*, ficariam em acomodações *especiais*, valendo-se de prerrogativas que os leprosos pobres ou indigentes (que não podiam contribuir com a manutenção do estabelecimento) jamais teriam acesso. Nos Hospitais-colônias, onde a área reservada ao estabelecimento deveria ser mais ampla, além das acomodações especiais, estaria facultado aqueles que tivessem condições financeiras, a construção de residência particular, de acordo com as suas possibilidades materiais e desejo de maior conforto e individualidade.

Os asilos para isolamento de leprosos poderiam ser instalados separados ou anexos aos hospitais-colônias. Estariam destinados exclusivamente à internação de doentes já inválidos, devido ao estágio avançado da moléstia em seus corpos²⁵⁹. Representavam a parte mais triste e agonizante das tentativas de profilaxia da lepra, através da segregação e do isolamento social dos leprosos. Enquanto que os sanatórios estavam destinados a receber os doentes em estágio inicial da doença, os asilos deveriam isolar aqueles leprosos já com a enfermidade em estado avançado, funcionando, estes últimos, como um local de grande sofrimento e solidão, uma antecâmara da morte.

Até o ano de 1941, o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá foi o único nosocômio destinado ao isolamento de leprosos em Mato Grosso. Os três diferentes tipos diferentes de estabelecimentos supra referidos: sanatórios, asilos e hospitais-colônias representaram, até aquele período, apenas escritos e promessas das autoridades governamentais e sanitárias, formalidades que nem se quer chegaram a sair das páginas dedicadas aos vários artigos contidos no Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, para o ano de 1938. Apenas no ano de 1941, que o governo Júlio Müller inaugurou a colônia de Leprosos de São Julião, um

²⁵⁸ Ibidem, Art. 151.

²⁵⁹ Ibidem, Art. 152.

estabelecimento de isolamento para leprosos que teria características aproximadas do tão propagado hospital-colônia²⁶⁰.

A convivência e as relações desenvolvidas no interior dos hospitais-colônias seriam determinadas e organizadas pelos diretores dos mesmos, seguindo um regimento interno, expedido pela seção técnica e respeitando as disposições do Regulamento Sanitário. Uma vez isolados, os leprosos seriam destituídos de todos os seus direitos civis, ficando a mercê da administração do estabelecimento e da autoridade sanitária competente. As normas e regras preestabelecidas deveriam ser rigidamente seguidas pelos internos, ficando os desobedientes sujeitos às penalidades previstas no Regulamento Sanitário ou às criadas e aperfeiçoadas pelas pessoas responsáveis pela administração daqueles hospitais-colônias.

O casamento entre doentes de lepra internados em hospitais-colônias somente poderia acontecer com o consentimento do diretor do estabelecimento, que deveria observar o estado de evolução da doença nos noivos e também capacidade de fornecer habitação conjunta para os mesmos no hospital, após o enlace matrimonial²⁶¹.

Os filhos de doentes com lepra, nascidos em hospitais-colônias, deveriam ser separados dos pais imediatamente após o nascimento, mesmo que apenas um dos progenitores estivesse acometido pela moléstia. Em hipótese alguma os bebês poderiam ser amamentados pela mãe ou por uma ama de leite que fossem leprosas ou que convivessem (ou tivessem convivido) com um doente de lepra. As crianças seriam mantidas até a adolescência em domicílio, sob vigilância, ou em preventórios especiais que, quando localizados na área do hospital-colônia, ficariam anexos à zona de habitação das pessoas sadias²⁶².

As pessoas da administração e outros empregados não acometidos pela lepra que convivessem nos hospitais-colônias deveriam residir em local distante e isolado dos locais de alojamento dos leprosos. E estes, apenas em casos especiais: mediante licença e condições fixadas pelo diretor do respectivo hospital, poderiam se ausentar do estabelecimento, somente podendo fazê-lo por tempo limitado e

²⁶⁰ Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, pelo Bel. Julio Strübing Müller, Interventor Federal em Mato Grosso, 1941-1942, p. 32.

²⁶¹ APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 153.

²⁶² *Ibidem*, Art. 153.

previamente determinado. Altas ou transferências de leprosos para outros estabelecimentos de isolamento estariam sujeitas à anuência da autoridade sanitária, ouvidos também os respectivos diretores, que deveriam emitir uma posição acerca das reais condições dos doentes a serem removidos ou transferidos para seus domicílios, onde, neste último caso, ficariam sob rígida vigilância da autoridade sanitária.

Os indivíduos que tiverem alta do isolamento domiciliário ou nosocomial permanecerão sob vigilância durante o prazo, nunca inferior a 5 anos, estabelecido pela autoridade sanitária, e serão obrigados a comparecer periodicamente aos locais de exame

Caso se verifique reaparecimento de sintomas suspeitos ou se torne o indivíduo novamente contagiante, deverá voltar ao regimen ditado neste regulamento para os suspeitos ou doentes²⁶³.

Os doentes com lepra, segundo exigências do Regulamento Sanitário de 1938, estariam completamente privados dos seus direitos de ir e vir na sociedade. Além dos impedimentos supra mencionados, também não tinham o direito de ser transferidos de um município para outro ou de um estado para outro, sem prévia anuência das autoridades sanitárias, tanto do local do qual estivessem saindo, quanto daquele para onde estivessem sendo destinados. Caso houvesse desobediência das referidas normas, poderiam ser reenviados ao estado ou município de sua residência ou procedência. Nesses termos, as empresas de transportes ou os particulares somente poderiam conduzir doentes com lepra quando observadas as condições estabelecidas pelas autoridades sanitárias, que para

esse fim fornecerá guia especial, acompanhado das respectivas instruções

Em caso de infração, serão os doentes reconduzidos ao domicilio ou local de procedencia, à custa de quem houver efetuado o transporte, sem prejuizo de outras penalidades determinadas em lei²⁶⁴.

Em suma, o preconceito, a falta de conhecimento e o medo da transmissão e da disseminação da lepra na sociedade levavam as autoridades sanitárias e

²⁶³ Ibidem, Arts. 153 e 157.

²⁶⁴ Ibidem, Art. 161.

outros responsáveis pela administração dos estabelecimentos de isolamento em Mato Grosso a assumirem posturas extremas, que eram definidas e exigidas como normas a serem seguidas pela sociedade como um todo.

A exemplo dos procedimentos arbitrários e autoritários assumidos pelo poder instituído (aqui representado pela *toda poderosa autoridade sanitária*), em nome da profilaxia da lepra em Mato Grosso, temos também, como regra a ser seguida no interior dos hospitais de isolamento, a proibição da circulação de moeda corrente entre os doentes isolados. Os diretores deveriam providenciar, necessariamente, a emissão de vales especiais, que regulassem as *trocax pecuniárias* no interior daqueles nosocômios.²⁶⁵ Atitudes desse tipo demonstravam a permanência, ainda no período em questão, de uma imensa falta de conhecimento, no que diz respeito as formas de transmissão e de disseminação da lepra.

O tratamento dispensado aos leprosos, no único hospital de isolamento de Mato Grosso: o Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá, era bastante precário e apresentava pouquíssimos resultados positivos para os leprosos nele isolados. Pensava-se apenas em diminuir as possibilidades de contágio dos doentes e em se evitar que a enfermidade se desenvolvesse, vindo a atingir estágios mais alarmantes.

A finalidade maior do isolamento no referido hospital não era a cura, haja vista que lepra ainda era uma moléstia incurável até o início da década de 1940 do século XX. A segregação e o isolamento social dos leprosos apresentava-se como medida profilática que, ao impedir o contato daqueles doentes com as pessoas não portadoras do Bacilo de Hansen, poderia também evitar a transmissão da doença e diminuir as possibilidades do seu alastramento na sociedade.

De fato, o Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá, como os hospitais que funcionavam na Europa, desde a Idade Média até o século XVIII, não era, de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar os leprosos nele isolados. O Hospital dos Lázarus guardava características muito próximas do hospital medieval que, segundo Michel Foucault, não era uma instituição médica,

²⁶⁵ Ibidem, Art. 153.

e a medicina era, naquela época, uma prática não hospitalar. Isso vai mudar a partir do século XVIII,

[...] quando se constituiu uma medicina hospitalar ou um hospital médico, terapêutico.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função do hospital. Dizia-se corretamente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir a sua própria salvação. Era um pessoal caritativo - religioso ou leigo - que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos a saúde geral da população²⁶⁶.

É impressionante como as reflexões de Foucault, contidas na citação acima, são extremamente elucidativas para várias das análises desenvolvidas neste trabalho, acerca do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Este conservou tais características assistenciais, de separação e de exclusão até a primeira metade do século XX. Daí a sua forte relação com as obras de caridade, com a necessidade que se tinha de acolher os pobres leprosos, para se livrar a sociedade do contato com a lepra, doença contagiosa, incurável e estigmatizante.

O Hospital dos Lázaros de Cuiabá foi, essencialmente, um morredouro, um local onde os doentes, desenganados por serem portadores de uma doença contagiosa e incurável, seriam isolados para esperar a morte certa, porém, na

maioria das vezes bastante demorada. E, como já exposto anteriormente, o hospital era um forte expediente para a prática da caridade social. Unia-se em torno do nosocômio, através das obras de caridade, a busca da salvação da alma e a necessidade profilática do isolamento daqueles leprosos pobres, considerados um perigo constante para a sociedade *sadia*.

Segundo o regulamento Sanitário de 1938, deveriam ser criados ainda vários *Dispensários* para doenças da pele em Mato Grosso, com a finalidade

*de para eles atrair os doentes, descobrir precocemente, os casos recentes, com manifestações cutâneas insipientes ou dissimuladas, e evitar a evolução superior da doença, sobretudo para as formas contagiantes*²⁶⁷.

Os chamados *Dispensários* também teriam por fim, entre outros, contribuir para o levantamento do censo da lepra no Estado de Mato Grosso; fazer a seleção dos casos da doença, para efeito de tratamento em ambulatório, vigilância sanitária e isolamento domiciliar ou nosocomial dos leprosos; tratar dos casos considerados pela autoridade sanitária como não contagiantes; fazer os vários tipos de exames existentes para tentar diagnosticar a moléstia e ainda promover a educação sanitária dos doentes, seja nos dispensários, seja nos seus domicílios.²⁶⁸

A educação sanitária da sociedade em geral era tema recorrente no Brasil das primeiras décadas do século XX, e muito mais enfaticamente a partir dos anos 30. Seu objetivo era convencer a população da necessidade de mudar hábitos tradicionais anti-higiênicos, que facilitavam a disseminação de doenças, principalmente as de caráter infecto-contagioso. Um dos recursos era a divulgação de cartazes e panfletos, elaborados pelo Ministério da Educação e Saúde e pelos serviços estaduais.

No entanto, grande parte dos brasileiros continuava analfabeta, sem poder beneficiar-se desse material. Por isso, desde 1938 as mensagens higienistas passaram a ser divulgadas pelas emissoras de rádio existentes em todos os estados.

A partir da instalação do Estado Novo, a administração sanitária buscou reforçar as campanhas de

²⁶⁶ FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: _____ *Microfísica do poder*. 1979, pp. 101-102.

²⁶⁷ APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 158.

²⁶⁸ *Ibidem*, Art. 158.

*educação popular, criando serviços especiais para a educação em saúde. [...] os funcionários deste setor elaboravam cartazes e folhetos que chamavam a atenção pelas ilustrações coloridas. Elas podiam ser entendidas mesmo pelas pessoas que não sabiam ler*²⁶⁹.

A partir de 1938, seguindo os diretrizes nacionais da instalação do Estado Novo, as autoridades sanitárias de Mato Grosso procuraram incentivar a propaganda e a educação sanitárias acerca da lepra no Estado, com o objetivo de instruir a população sobre o perigo que representava a terrível moléstia. Nesse sentido, todos deveriam obedecer ao programa de propaganda e educação sanitárias, elaborado por uma *Seção Técnica Sanitarista*. Na execução desse programa deveriam ser empregados os meios mais eficientes de divulgação das condições de contágio e de transmissão da doença, dos meios de prevenção aconselháveis e, ainda, dos perigos *do charlatanismo médico e farmacêutico*. Na campanha educativa, as autoridades sanitárias deveriam tentar envolver e interessar os responsáveis por escolas, quartéis, patronatos, asilos e outros estabelecimentos, *de modo que no ensino de higiene ministrado sejam incluídas noções elementares sobre epidemiologia da lepra e meios de evitar a doença*²⁷⁰.

Retoma-se aqui as reflexões desenvolvidas no segundo capítulo desse trabalho, acerca da caridade e da exclusão das autoridades governamentais no sentido de não assumir os encargos com a manutenção dos hospitais pios de Cuiabá e, conseqüentemente, com o isolamento dos leprosos em Mato Grosso. Mesmo com o início da chamada *Reforma Sanitária Júlio Muller*, através do Regulamento Sanitário de 1938 e da criação do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, não terminaram os incentivos e apelos, por parte do poder público estadual, à criação de associações privadas, ligas e sociedades beneficentes *destinadas a cooperar na luta contra a lepra*²⁷¹.

Pode-se dizer que a Reforma sanitária Júlio Müller - que deveria representar um avanço nas questões de Saúde Pública em Mato Grosso, no sentido de favorecer uma maior e melhor interferência e atuação do poder instituído nos

²⁶⁹ BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da saúde pública no Brasil*. 1996, pp. 34-35.

²⁷⁰ APMT. Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso, 1938, Art. 159.

²⁷¹ *Ibidem*, Art. 160. APMT. Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, 1940, p. 18.

problemas enfrentados pelas camadas menos favorecidas da sociedade - não saiu do papel. Muito pouco ou quase nada daquilo que pregava o Regulamento Sanitário de 1938, principalmente em relação ao isolamento dos leprosos como medida profilática no Estado, foi colocado em prática pelas autoridades sanitárias. A começar pela estrutura física, o Estado não contava, em 1938, com um hospital colônia para recolher os leprosos. No Estado, existia apenas o antigo Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá, um hospital de isolamento, como já explicitado anteriormente, completamente ultrapassado e distante de ser adequado às *novas e modernas* exigências contidas no Regulamento Sanitário.

Em Mato Grosso, o Serviço de Profilaxia da Lepra foi criado apenas em 1940. Este incorporou, com poucas alterações, os artigos do Regulamento Sanitário de 1938, que tratavam da profilaxia da lepra no Estado. No entanto, as medidas profiláticas referentes à lepra e ao isolamento dos leprosos contidas no referido Serviço de Profilaxia somente poderiam ser colocadas em prática a partir do ano de 1941, após a inauguração da Colônia de Leprosos de São Julião. Sobre essas discussões entre legislação sanitária e sua efetivação prática na Saúde Pública brasileira, bem escreveu Massako Iyda:

*A existência de uma legislação sanitária não efetiva sua aplicação, [...] porque a expedição de leis e normas para o estabelecimento de uma organização sanitária ocorre sem a implantação de uma estrutura administrativa sanitária adequada, fato este comum na Saúde Pública brasileira*²⁷².

No Brasil, em 1940, ocorre a introdução da quimioterapia no tratamento de doenças até então consideradas incuráveis pela medicina científica. Em 1941, acontece a I Conferência Nacional de Saúde, enfatizando a necessidade de expansão do número de leitos em hospitais gerais, sanatórios e outras melhorias no atendimento à população brasileira de baixa renda²⁷³. E naquele mesmo ano, começa-se a utilizar a sulfona no tratamento da lepra.

A partir daquele momento, a prática da segregação social e do isolamento compulsório dos leprosos começava (ou pelo menos deveria começar) a ser repensada pelas autoridades sanitárias. Fazia-se necessário acelerar e instituição

²⁷² IYDA, Massako. op. cit., 1994, p. 31.

do tratamento laboratorial, através de consultas periódicas e da distribuição dos medicamentos específicos (dragas para quimioterapias continuadas) aos doentes. Entretanto, o que se assiste até a década de 1990, no Brasil e em Mato Grosso, é a precária ação governamental no sentido de tentar controlar e erradicar a lepra, que ainda é endêmica em várias regiões do país e em vários municípios do Estado²⁷⁴.

Prevenir a lepra sempre foi a grande preocupação das sociedades ao longo da sua história. Até o período privilegiado neste trabalho, a profilaxia se dava através da segregação e do isolamento social daqueles que já tinham sido acometidos pela doença. Depois de 1941, com o início do uso da quimioterapia no tratamento da moléstia, essa mentalidade deveria ir se modificando, ainda que paulatinamente. Cabe uma pesquisa futura para confirmar ou não essa hipótese.

O que as autoridades governamentais demoraram a reconhecer - ou simplesmente ignoraram propositadamente - é que a prevenção da lepra se faz, mesmo na atualidade, entre outras medidas, com a melhoria das condições de vida e de higiene da população em geral, especialmente no que concerne à moradia, evitando-se, desta forma, o contato muito próximo entre os membros de uma mesma família. Uma boa alimentação também é indispensável para que o indivíduo esteja prevenido de quaisquer tipos de enfermidades; e no que diz respeito à lepra essa regra é essencial, pois um organismo forte e bem nutrido torna-se muito mais resistente à doença. Lembremos, ainda, de alguns outros fatores importantes na prevenção: educação, programas de conscientização e de informação, propaganda sanitária, compromisso social, empenho e vontade política do poder público e das autoridades sanitárias, apoio financeiro e infraestrutura adequada em número e qualidade. E não podemos esquecer de frisar que essas medidas devem ser pensadas no sentido de amenizar o estigma, a ignorância, o medo e o preconceito em relação à lepra (e aos leprosos), pois só assim os pouquíssimos programas de combate à lepra no Brasil e em Mato Grosso poderão ter sucesso no sentido de prevenir, controlar, tratar e - talvez a longo prazo - erradicar a doença.

²⁷³ Ibidem, pp. 74-75.

²⁷⁴ MORAES, Maria Auxiliadora Maciel de. et. al. *Relação entre condições de vida e hanseníase*. 1990, p. 4.

Considerações finais

Para que escrever a história, se não for para ajudar seus contemporâneos a ter confiança em seu futuro e a abordar com mais recursos as dificuldades que eles encontram cotidianamente? O historiador, por conseguinte, tem o dever de não se fechar no passado e de refletir sobre os problemas de seu tempo.

Georges Duby

Provocar certas reflexões acerca da lepra, dos leprosos, da segregação social e do isolamento hospitalar em Mato Grosso é, antes de mais, assumir o compromisso de analisar fragmentos do passado com o objetivo de contribuir para um maior e melhor entendimento sobre as manifestações da moléstia em nosso Estado na atualidade. O historiador, segundo Duby, tem o dever de olhar para o passado pensando na obrigação que tem de refletir sobre os problemas do seu tempo. Nesse sentido, as questões desenvolvidas neste trabalho foram levantadas acreditando na possibilidade prática de envolver agentes históricos do presente, para que possam, com o auxílio das discussões aqui apresentadas, repensar comportamentos carregados de preconceito e atitudes excludentes, que muitas vezes foram (e ainda são) direcionados às pessoas acometidas pela lepra, hoje mais conhecida como hanseníase.

Na atual conjuntura, a hanseníase ainda é uma doença bastante desconhecida. A ignorância das pessoas comuns - e mesmo dos cientistas - acerca dessa enfermidade contribuiu (e contribui), sobremaneira, para aumentar o preconceito e o estigma em relação aos leprosos de ontem, aos hansenianos de hoje e aos morféticos de anteontem, fortalecendo, assim, os sentimentos de repulsão e de rejeição, que respaldaram (e respaldam) às atitudes de segregação e de isolamento social desses doentes.

Procurou-se também, nesta dissertação, realizar um breve levantamento de informações e de análises que buscaram abranger desde as origens da lepra; como ela foi pensada na Antigüidade; os problemas e os medos que a doença provocou nas pessoas que viveram nos tempos medievais; o seu declínio na Europa; a sua chegada e rápida disseminação no Brasil; e, por último, as preocupações e os tormentos que a moléstia provocou na sociedade mato-grossense, que viveu nos séculos XVIII e XIX, analisando as práticas e representações sociais acerca da doença no período entre os anos de 1924 a 1941. Na atualidade, a hanseníase ainda se apresenta como um 'fantasma' a ser 'caçado' pelo poder instituído, um problema social, principalmente entre as camadas menos favorecidas da sociedade mato-grossense. Para muitos hansenianos, a doença ainda é um perigo que amedronta e deve ser camuflado, através de um exílio voluntário, para tentar livrar-se do estigma que a cerca.

Buscou-se analisar, ainda, aspectos dos espaços construídos pela sociedade para isolar os leprosos, para afastá-los do ambiente ocupado pelos sadios, enfatizando o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, inaugurado em 1816. O leproso, por ser portador de uma doença contagiosa e incurável, deveria ser afastado e isolado, deveria esperar a morte em locais onde não oferecesse perigo à sociedade. Nos dias de hoje, ainda se pode perceber fortes reverberações dessa mentalidade construída e consolidada em torno da segregação dos leprosos pois, mesmo sendo uma doença curável há mais de meio século, a rejeição e o preconceito social (originários de tempos bastante remotos) ainda estão presentes no modo de pensar e de agir de muitas pessoas. A prática do isolamento (hoje talvez mais voluntário que compulsório) ainda é vista como alternativa de se evitar a doença. Prova disso temos hoje, no Brasil, o Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), que tem como principal objetivo *acabar com os preconceitos seculares que acompanham a doença*.

Constituindo-se numa entidade civil e sem fins lucrativos, fundada em 6 de junho de 1981, o MORHAN pretende (valendo-se do trabalho voluntário de homens e mulheres), entre outros objetivos, ajudar na cura, reabilitação e reintegração social das pessoas portadoras de hanseníase. Essa entidade - e seus fins - reporta-nos às reflexões desenvolvidas no terceiro capítulo desta dissertação, acerca da caridade pública, incentivada pela elite mato-grossense, com o objetivo de garantir a sobrevivência dos leprosos no Hospital dos Lázaros de Cuiabá e, ao mesmo tempo, manter aqueles doentes afastados do convívio social. Se na primeira metade do século XX, a sociedade acabava por assumir, em grande medida, os encargos com a profilaxia da lepra em Mato Grosso, que deveriam ser de responsabilidade do poder instituído, na atual conjuntura, entidades como o MORHAN, ainda que com objetivos distintos, também estão assumindo encargos relacionados aos hansenianos que deveriam ser assumidos pelo poder público.

As décadas de 20 e 30 de século XX no Brasil, como analisado nos capítulos terceiro e quarto desta dissertação, foram anos de transformações e agitações na economia, política, sociedade e cultura. Naquele contexto, as questões de Saúde Pública foram repensadas pelas autoridades governamentais e sanitárias, bem como as formas de se lidar com a lepra e com os leprosos no

Brasil e em Mato Grosso. Entretanto, em meio as mudanças institucionais, o imaginário em torno da doença apresentava mais continuidades e permanências do que mudanças ou rupturas. Muitas das representações e práticas sociais que acompanharam a moléstia durante séculos ainda marcavam presença no período privilegiado para a construção desta dissertação. Lembrando aqui das reflexões de Ítalo Tronca, percebe-se, ainda, neste trabalho, imagens recuperadas de antigas representações, persistências pouco explicáveis na linguagem da medicina, elementos do imaginário falando mais alto e condenando pessoas ao isolamento voluntário ou compulsório, *um movimento de repetição da história, um imaginário de longa duração.*

Em pleno século XXI, homens e mulheres ainda sofrem com as marcas estigmatizantes da lepra. A moléstia ainda aparece como um sério problema de Saúde Pública no Brasil e em Mato Grosso, revelando-se como uma questão social, que envolve a todos, mas que salta aos olhos entre as camadas menos favorecidas da sociedade. A grande incidência da hanseníase entre as populações de baixa renda, reafirma haver, ainda nos dias atuais, uma íntima e triste correlação entre pobreza e doença. Más condições de moradia, alimentação deficiente e um organismo fraco e debilitado são fatores essenciais para o desenvolvimento do *M. leprae*.

Os leprosários do passado - incluindo o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá - foram considerados pelos próprios leprosos e também pela sociedade em geral como espaços de desespero, de sofrimento, de isolamento e de abandono por parte das autoridades governamentais. As pessoas neles segregadas estavam entregues a sua própria sorte, restando-lhes, muitas vezes, a fuga como forma de resistir aos maus tratos e à rejeição a que estavam sujeitas. Portanto, aqueles estabelecimentos muito pouco ou em nada contribuíram para diminuir a incidência da lepra no decorrer da sua história. Eram, na prática, locais de sofrimento e de martírio e não espaços para prevenção e tratamento.

Em 1941 (baliza que encerram-se as análises desenvolvidas neste trabalho), foi inaugurada, no antigo Estado Mato Grosso, a Colônia de Leprosos de São Julião, que sobrevive até os dias atuais. Cabe aqui um último questionamento: se os leprosários do passado tiveram um perfil problemático,

longe alcancarem os resultados profiláticos esperados, porque ainda hoje, no início século XXI e a mais de meio século de encontrada a cura para lepra, instituições desse tipo ainda persistem? Quais as suas principais características e funções sociais no presente?

Concluir um trabalho não significa solucionar e responder todos os questionamentos em torno do tema analisado. Esta dissertação não foi construída buscando encontrar verdades ou certezas. Trata-se apenas de algumas reflexões sobre a problemática da lepra na sociedade mato-grossense entre os anos de 1924 e 1941. Resume-se num ponto de partida para enfrentar novos desafios e para instigar futuras reflexões. Muitas das questões aqui suscitadas poderão ser analisadas posteriormente.

Fontes e referências bibliográficas

Fontes manuscritas, impressas e microfilmadas

APMT/DOCUMENTOS AVULSOS - Cópia dos artigos da Comissão nomeada em conformidade com o Art.º. 56 no § 2º da lei de 1º de outubro de 1828, para visitar as prisões e os estabelecimentos públicos de caridade. Cuiabá, 22 de abril de 1831, Lata A, 1831.

Cópia dos artigos da Comissão nomeada em conformidade com o Art.º. 56 no § 2º da lei de 1º de outubro de 1828, para visitar as prisões e os estabelecimentos públicos de caridade. Cuiabá, 22 fevereiro de 1834, Lata A, 1834.

APMT/JORNAIS - Diário oficial - Estado de Mato Grosso. Ano LI. Cuiabá, sábado, 7 de dezembro de 1940 - N.º 8470. Decreto-Lei N.º 379, de 4 de dezembro de 1940. Institue o Serviço de Profilaxia da Lepra. Pelo Bel. Julio Strubing Muller. Interventor Federal.

Gazeta Official do Estado de Matto-Grosso. Anno XLIII – 44º da Republica – N.º 6469 – Cuiabá, Quinta – Feira, 21 de Julho de 1932. Estatutos da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericordia de Cuiabá.

Gazeta Official - Estado de Matto-Grosso - Estados Unidos do Brasil. Anno XLVII - 48º da República - N.º 7353. Cuyabá - Terça-Feria, 15 de dezembro de 1936. Regulamento da Saúde Publica do Estado, Pelo Dr. Mario Corrêa da Costa, Governador do Estado - Decreto N.º 84 - 28 de novembro de 1936.

APMT/MENSAGENS - Mensagem do Presidente de Estado Antonio Pedro Alves de Barros aos Senhores Membros da Assembléa Legislativa do Estado. Cuyabá, 3 de Fevereiro de 1.900.

_____ Mensagem do Presidente do Estado de Matto-Grosso Coronel Antonio Pedro Alves de Barros à Assembléa Legislativa em 2 de Fevereiro de 1.901. Cuyabá, Typographia official, 1.901.

_____ Mensagem dirigida á Assembléa Legislativa, Ao instalar-se a sua 1ª Sessão Ordinaria da 12ª Legislatura. Em 7 de setembro de 1921. Por D. Francisco de Aquino Corrêa. Bispo de Prusiade, Presidente do Estado.

_____ Mensagem dirigida á Assembléa Legislativa, em 13 de maio de 1926, Pelo Sr. Dr. Mario Corrêa da Costa, Presidente do Estado de Matto-Grosso.

_____ Mensagem apresentada pelo Presidente do Estado de Matto-Grosso, Dr. Mario Corrêa, á Assembléa legislativa e lida na abertura da 3ª Sessão Ordinária da 14ª Legislatura, 13 de maio de 1929.

_____ Mensagem Apresentada á Assembléa Legislativa, pelo Dr. Aníbal Toledo, presidente do Estado de Matto-Grosso, e lida na abertura da 1ª Sessão ordinária de sua 15ª legislatura, Cuiabá, 13 de maio de 1930.

_____ Mensagem Apresentada á Assembléa legislativa, pelo Cap. Manoel Ary da Silva Pires, Interventor Federal do Estado de Matto-Grosso, e lida na abertura da 3ª sessão ordinária da sua 1ª Legislatura. Cuiabá, 13 de junho de 1937.

APMT/REGULAMENTOS - Regulamento Sanitário do Estado de Mato Grosso – Edição de 1962. Decreto Nº 171 de 7 de Junho de 1938. Reorganiza os Serviços Sanitários de Mato Grosso e dá outras providencias.

APMT/RELATÓRIOS - Relatorio apresentado ao Exmo. Sr. Coronel Vice Presidente do Estado, Pedro Leite Osorio pelo Inspector de Hygiene, referente ao anno de 1906. Em Cuyabá, 15 de Abril de 1906.

_____ Relatorio da Inspectoria de Hygiene Publica do Estado de Matto-Grosso referente ao anno de 1918. Dirigido ao Exm.º Snr.º Dr. Secretario do Interior, Justiça e Fazenda. Cuyabá, 29 de Março de 1919.

_____ Relatorio apresentado à mesa administrativa da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, pelo seu Presidente Eloy Hardman, com relação ao anno de 1908. Em Cuyabá, 21 de Abril de 1909.

_____ Relatorio da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuyabá apresentado ao Exm.º Snr. Dr. Leonidas Anthero de Mattos, relativo ao anno de 1932, pelo 1º Vice-presidente em exercicio: Engº Fenelon Muller. Em Cuyabá, 1º de janeiro de 1933.

_____ Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso ao Exmo. Sr. Dr. João Ponce de Arruda. DD. Secretário Geral do Estado, pelo Dr. Hélio Ponce de Arruda, 1940.

_____ Relatório do Departamento de Saúde de Estado de Mato Grosso, pelo Diretor Geral Dr. Hélio Ponce de Arruda, 1944.

_____ Relatório apresentado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá (Estado de Mato-Grosso) ao Exmo. Sr. Presidente do Estado relativo ao Anno de 1923. Em Cuiabá, 24 de Abril de 1924.

_____ Relatório apresentado pela Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá (Estado de Mato-Grosso) ao Exmo. Sr. Presidente do Estado relativo ao Anno de 1924. Em Cuiabá, 12 de Abril de 1925.

_____ Relatório apresentado pela presidente da Liga Feminina Pró-Lázarus, Olga de Mattos Huguenev. 1937.

_____ Relatório Apresentado Pelo Dr. Virgílio Alves Corrêa Neto, Diretor Geral do Departamento de Saúde. Movimento do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso no ano de 1938. Cuiabá - MT, março de 1939.

_____ Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getulio Vargas, Presidente da Republica, pelo Bel Julio Strubing Muller, Interventor Federal em Mato Grosso, 1939 - 1940.

_____ Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getulio Vargas, Presidente da Republica, pelo Bel Julio Strubing Muller, Interventor Federal em Mato Grosso, 1941 - 1942.

NDIHR/UFMT - DUSCURSOS - Discurso Recitado pelo Exm. Presidente da Provincia de Matto Grosso, Antonio Pedro d'Alencastro, na Abertura da Primeira sessão ordinaria da Assembléa Legislativa Provincial, em 3 de Julho de 1835. Cuiaba. na Typographia Provincial - 1845.

_____ Discurso Recitado pelo Exm. Presidente da Provincia de Matto Grosso, José Antonio Pimenta Boeno, na abertura da Primeira sessão da segunda Legislatura da Assembléa Provincial, em o dia 1º de Março de 1838. Typ. Provincial de Cuiaba - 1845.

NDIHR/UFMT - RELATÓRIOS - Relatório do Presidente da Provincia de Mato Grosso o Capitão de Fragata Augusto Leverger na Abertura da sessão ordinaria da Assmbléa Legislativa Provincial em 10 de Maio de 1851. Cuiaba, Typ. do Echo Cuiabano, 1852.

_____ Relatório apresentado á Assemblêa Legislativa da Provincia de Matto-Grosso em 4 de Outubro de 1872, pelo Presidente da mesma Provincia o Exm. Sr. Tenente-Coronel Dr. Francisco José Cardozo junior, Rio de Janeiro: Typ. do Apostolo, 1873.

NDIHR/UFMT - REVISTAS - A Violeta - orgam do Gremio Literario 'Julia Lopes'. Anno XVI. Cuiabá, 31 de março de 1932. N.º 196.

_____ A Violeta - orgam do Gremio Literario 'Julia Lopes'. Anno XVI. Cuiabá, 31 de outubro de 1932, N.º 201.

_____ A Violeta - orgam do Gremio Literario 'Julia Lopes'. Anno XVII, Cuiabá, 31 de março de 1933, N.º 204.

Referências bibliográficas

- ALEIXO, Lúcia Helena Gaeta. *Mato Grosso: trabalho escravo e trabalho livre (1850 - 1888)*. Brasília: Ministério da Fazenda, Departamento de Administração, Divisão e Documentação, 1984.
- _____. *Vozes no Silêncio: subordinação, resistência e trabalho em Mato Grosso (1888 - 1930)*. Cuiabá: Editora da UFMT, 1995.
- ALVES, Paulo César. RABELO, Miriam Cristina. (orgs.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/ Ed. Relume Dumará, 1998.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
- _____. *Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870 - 1930)*. São Paulo: UNESP, 1999.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996. (História em movimento).
- BORGES, Fernando Tadeu M. *Do extrativismo à pecuária: algumas observações sobre a história econômica de Mato Grosso (1870-1930)*. Cuiabá, s/ed. 1991.
- BOUTIER, Jean e JULIA, Dominique (orgs.). *Passados recompostos - campos e canteiros da história*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/Ed. FGV, 1998.
- BURKE, Peter (org.) *A escrita da história - novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1992.
- CANOVA, Loiva. *A loucura é uma loucura: as representações sobre o louco e a ordenação do espaço urbano em Cuiabá (1889 - 1931)*. Cuiabá/MT, 2000. (Monografia de Especialização) Departamento de História da Universidade Federal de Mato Grosso.
- CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. (3ª Ed.). Petrópolis/RJ: Vozes, 1998.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

- CHARTIER, Roger. *A história cultural: entre práticas e representações*. Lisboa/Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S. A., 1990.
- CORBIN, Alain. *Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII E XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- CORRÊA, Valmir Batista. *Coronéis e bandidos em Mato Grosso 1889 - 1943*. Campo Grande/MS: Editora da UFMS, 1995.
- CORRÊA FILHO, Virgílio. *História de Mato Grosso*. Várzea Grande/MT: Edição da Fundação Júlio Campos, 1994. (Coleção memórias históricas vol. 4).
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. (3ª Ed.), Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- COSTA E SILVA, Paulo Pitaluga. *Governantes de Mato Grosso*. Edição do Arquivo Público do Estado de Mato Grosso, Cuiabá: Policromos, 1993.
- DELUMEAU, Jean. *História do medo no ocidente: 1300 - 1800*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- DUBY, Georges. *Ano 1000, ano 2000: na pista de nossos medos*. São Paulo: Editora UNESP/Imprensa Oficial do Estado, 1999.
- FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. (2ª Ed.), São Paulo: EDUSP/ Fundação do Desenvolvimento Nacional, 1995.
- FERRO, Marc. *A história vigiada*. São Paulo: Martins Fontes, 1989. (Coleção o homem e a história).
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. (11ª Ed.), Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- _____ *História da loucura na idade clássica*. (6ª Ed.) São Paulo: Perspectiva, 1999.
- _____ *O nascimento da clínica*. (5ª Ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- _____ *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. (16ª Ed.). Petrópolis/RJ: Vozes, 1997.
- GALETTI, Lylia da Silva Guedes. *Nos confins da civilização: sertão, fronteira e identidade nas representações sobre Mato Grosso*. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

- GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- _____. *Mitos, emblemas e sinais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- HERSCHMANN, Micael M. e PEREIRA, Carlos Alberto Messeder. (orgs.) *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20 - 30*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ ANPOCS, 1998.
- IYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: UNESP, 1994.
- JOPLING, W. H. McDOUGALL A. C. *Manual de hanseníase*. (4ª Ed.), Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu Editora, 1991.
- LANDMANN, Jayme. *Evitando a saúde e promovendo a doença*. (4ª Ed.), Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1986.
- LYONS, Albert S. e PETRUCCELLI, R. J. *História da medicina*. São Paulo: Editora Manole, 1997.
- LE GOFF, Jacques. *A história nova*. (4ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- _____. *As doenças têm história*. (2ª Ed.) Lisboa/Portugal: Terramar, 1997.
- _____. *História e memória*. Campinas/São Paulo: Editora da Unicamp, 1994. (Coleção Repertórios).
- LUCA, Tania Regina de. *A Revista do Brasil: um diagnóstico para a (N)ação*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.
- MACEDO, José Rivair. *Movimentos populares na Idade Média*. São Paulo: Moderna, 1993.
- MARTINS, Roberto de Andrade. *Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis*. (2ª Ed.), São Paulo: Moderna, 1997. (Coleção Polêmica).
- MENDONÇA, Estevão de. *Datas Matogrossenses*. (2ª Ed.), Goiânia - GO: Rio Bonito, vols. I e II, 1973.
- MORAES, Maria Auxiliadora Maciel de. et. al. *Relação entre condições de vida e hanseníase*. Cuiabá - MT, 1990. (Monografia de Especialização em Saúde

Pública) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde; Núcleo de Desenvolvimento em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso.

- MOURA, Carlos Francisco. *Médicos e cirurgiões em Mato Grosso no século XVIII e início do XIX*. Cuiabá/MT: UFMT, 1981.
- MOUTINHO, Joaquim Ferreira. *Noticias sobre a Provincia de Matto Grosso, seguida dum roteiro da viagem de sua capital a São Paulo*. São Paulo: Typografia Henrique Schoeder, 1869.
- NADAF, Yasmin Jamil. *Sob o signo de uma flor: estudo da revista A Violeta, publicação do Grêmio Literário Julia Lopes - 1916 a 1950 -*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1993.
- NASCIMENTO, Heleno Braz do. *As origens do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá (1755-1819)*. Cuiabá/MT, 1997. (Monografia de graduação) Departamento de História da Universidade Federal de Mato Grosso.
- _____. *Lepra e leprosários: medo, exclusão social e isolamento hospitalar em Mato Grosso (1894 - 1941)*. Cuiabá/MT, 2000. (Monografia de Especialização) Departamento de História da Universidade Federal de Mato Grosso.
- NEVES, Margarida de Souza. e HEIZER, Alda. *A ordem é o progresso: o Brasil de 1870 a 1910*. São Paulo: Atual, 1991. (Coleção História em documentos).
- RAGO, Luzia Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.
- RÉMOND, René (org.). *Por uma história política*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/ Ed. FGV, 1996.
- REVEL, Jacques. e PETER, Jean-Pierre. "O corpo: o homem doente e sua história". In: LE GOFF, Jacques. e NORA, Pierre. (orgs) *História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.
- RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim... inventário da saúde pública. São Paulo - 1890-1930*. São Paulo: UNESP, 1993.
- RODRIGUES, Firmo. *Figuras e coisas de nossa terra*. Cuiabá/ MT: Escola Técnica Federal de Mato Grosso, vol. II, 1969.
- ROSAS, Roberta Janner. *Do paraíso ao grande hospital: dois olhares da ciência sobre o sertão (Goiás - 1892 e 1912)*. Brasília, 1996. Dissertação (Mestrado em História) - Departamento de História da Universidade de Brasília.

- ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. (2ª Ed.), São Paulo: Hucitec/UNESP/ABRASCO, 1994.
- SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/ EDUSP, vols. I e II, 1991.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- SIQUEIRA, Elisabeth Madureira. *Luzes e Sombras: modernidade e educação pública em Mato Grosso (1870-1889)*. Cuiabá - MT, 1999. Tese (Doutorado em Educação) - Instituto de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso.
- SIQUEIRA, Elisabeth Madureira. et. al. *O processo histórico de Mato Grosso*. UFMT, Cuiabá: Guaicurus, 1990.
- SPÍNOLA, Aracy Witt de Pinho. et. alli. (coords.) *Pesquisa social em saúde*. São Paulo: Cortez, 1992.
- TRONCA, Ítalo A. *As máscaras do medo: lepra e aids*. São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.
- _____ "História e doença: a partitura oculta (a lepra em São Paulo, 1904 - 1940)" In: RIBEIRO, Renato Janine. *Recordar Foucault: os textos do colóquio Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- VAINFAS, Ronaldo. "História das mentalidades e história cultural". In: CARDOSO, Ciro Flamarion. e VAINFAS, Ronaldo. (orgs.). *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- VIEIRA, Maria do Pilar Araújo. et. alli. *A pesquisa em história*. (2ª Ed.), São Paulo: Ática, 1991. (Série Princípios).
- VIGARELLO, Georges. *O limpo e o sujo: uma história da higiene corporal*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- VOLPATO, Luiza Rios Ricci. *A conquista da terra no universo da pobreza: formação da fronteira oeste do Brasil 1719 - 1819*. São Paulo: Hucitec, Brasília - DF: INL, 1987.
- _____ *Cativos do sertão: vida cotidiana e escravidão em Cuiabá 1850/1888*. São Paulo: Marco Zero; Cuiabá - MT: EdUFMT, 1993.

_____ *Entradas e bandeiras*. (3^a Ed.), São Paulo: Global, 1991.

Anexos

Anexo I - Sobre a lepra: Considerações gerais

A lepra (Doença de Hansen, Hanseníase) é uma doença crônica causada pelo Mycobacterium leprae (M. leprae), infecciosa em alguns casos, e afetando o sistema nervoso periférico, a pele e alguns outros tecidos.

Manual de Hanseníase,
1991, p. 1.

A lepra é uma doença causada por uma micobactéria ácido-resistente chamada *Mycobacterium leprae* (M. leprae), a qual é obrigatoriamente intracelular, ou seja, ela não pode viver senão no interior das células. É encontrada em vários tipos de células, mais comumente no interior dos macrófagos, mas também nas células dos nervos, nas células musculares, células endoteliais dos vasos sanguíneos, melanócitos da pele e condrócitos de cartilagem, para citar as mais importantes. É uma espécie de cepa única que, com uso de microscópio e após coloração, se assemelha ao bacilo da tuberculose²⁷⁵.

Existem diferentes tipos de lepra. As formas de classificação apresentadas e analisadas no *manual de Hanseníase* utilizado como base para este trabalho são: a Lepra Tuberculóide, a Lepra Bordeline, a Lepra Lepromatosa e a Lepra Indeterminada. Analisar cada uma delas em particular não é objetivo deste ensaio, porém vale ressaltar que esses vários tipos de lepra também apresentam aspectos

²⁷⁵ JOPLING, W. H., MACDOUGALL, A. C. *Manual de Hanseníase*. 1991, p. 11.

clínicos diferenciados, divisões e até subdivisões no interior de uma mesma classificação.

Se pudesse ser provado que os diferentes tipos de lepra são devidos a peculiaridades do agente que infecta cada indivíduo, então a lepra não estaria atraindo o interesse de imunologistas em todo mundo. Entretanto, bacilos da lepra obtidos de pacientes portadores de diferentes tipos da doença, e vivendo em diferentes partes do mundo, produzem alterações histopatológicas idênticas quando transmitidos para os coxins plantares de camundongos. Isto é fortemente sugestivo de que a lepra humana é produzida por um tipo de bacilo e que padrões clínicos da doença são determinados por diferentes respostas do hospedeiro, isto é, por fatores imunológicos do mesmo²⁷⁶.

O *M. leprae* foi descoberto pelo médico e botânico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen, em 1873, e suas observações foram publicadas em 1874. Nesse sentido, o bacilo de Hansen é uma das mais antigas bactérias patogênicas conhecidas que atingem o homem. Até os dias atuais ela tem desafiado as pesquisas e as várias tentativas para conseguir seu cultivo em meios artificiais. Todas as tentativas de infectar voluntários também têm falhado; e somente a partir de 1960 foram desenvolvidas técnicas para transmissão do bacilo da lepra aos animais²⁷⁷.

O conhecimento existente sobre a cadeia epidemiológica de transmissão da lepra é ainda bastante incompleto. As dúvidas são muitas, principalmente no que diz respeito às propriedades biológicas do bacilo de Hansen e as referentes ao modo de transmissão e ao fenômeno de suscetibilidade e de resistência das pessoas expostas ao risco de adquirir a moléstia.

As vias de eliminação do bacilo pelo hospedeiro e as vias de penetração no indivíduo susceptível tem sido alvo de muitos estudos, apontando principalmente as vias respiratórias como a porta de entrada e saída dos bacilos. Entretanto, não há provas conclusivas de que a transmissão seja exclusivamente respiratória, pois alguns

²⁷⁶ Ibidem, p. 73.

²⁷⁷ Ibidem, p. 16.

*pesquisadores continuam estudos sobre a transmissão pela via cutânea, mucosa digestiva, secreções humanas etc*²⁷⁸.

Podem ser consideradas três possíveis rotas de transmissão: a pele, o tubo gastrointestinal e as vias aéreas. Sejam quais forem as rotas de entrada no corpo humano, somente uma parte das pessoas infectadas apresenta sinais da lepra após o período usual de incubação, que é de três a cinco anos²⁷⁹. Exames em pessoas que tiveram contato com leprosos algumas vezes mostraram a presença de um único bacilo na pele, no nervo ou no músculo, sem que os sinais da moléstia tenham se desenvolvido durante as revisões subseqüentes. Já em caso de hospedeiro suscetível, o tipo de lepra que se desenvolverá é determinado pelo modo com que as células de defesa responderão ao desafio da resistência. O primeiro local para estes testes são os nervos periféricos, pois os bacilos da lepra têm predileção pelo tecido neural e, seja qual for a rota de entrada para os nervos, o órgão-alvo é a célula de Schwann (célula responsável pela limpeza dos nervos). Nesse sentido, uma vez que os bacilos foram englobados pelas células de Schwann, seu destino seguinte - bem como o tipo de lepra que se desenvolverá - vai depender da resistência do indivíduo infectado²⁸⁰.

Os bacilos de Hansen não só têm predileção pelos nervos como também são as únicas bactérias capazes de penetrá-los. Suspeita-se que essa penetração é conseguida através dos vasos sangüíneos endoneurais. O endoneuro é a fina camada de tecido que envolve as células de Schwann e os axônios. Os nervos invadidos pelos bacilos podem ser dérmicos (cutâneos) ou troncos nervosos, sendo que as regiões mais vulneráveis são aquelas onde os nervos estão mais sujeitos a traumatismos²⁸¹.

²⁷⁸ MORAES, Maria Auxiliadora Maciel de. et. al. *Relação entre condições de vida e hanseníase*. 1990, p. 9.

²⁷⁹ Mas há relatos de variações de seis anos e até de várias décadas para o aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas da lepra em determinados indivíduos. Cf. MORAES, Maria Auxiliadora. et. al. op. cit. 1990, p. 10.

²⁸⁰ JOPLING, W. H., MACDOUGALL, A. C. op. cit. 1991, p. 16.

²⁸¹ *Ibidem*, p. 17.

O grau de disseminação da lepra em uma determinada comunidade depende da proporção de pessoas susceptíveis e da oportunidade de contato com o *M. leprae*. Os adultos são relativamente menos susceptíveis ao bacilo de Hansen.

Esse ponto de vista é apoiado em dois fatores: primeiro, todas as tentativas de inocular voluntários falharam e, segundo, a incidência de lepra conjugal - lepra adquirida do parceiro matrimonial - é somente de 5%. Já as crianças são mais susceptíveis pois, onde elas correm algum risco pela presença da lepra, quase 60% das mesmas desenvolvem a moléstia na infância ou no início da idade adulta. Até recentemente acreditava-se que o bacilo da lepra não atravessava a placenta, mas agora já existem evidências para se acreditar que a transmissão transplacentária do *M. leprae* pode ocorrer como um evento raro²⁸².

Mulheres já infectadas pelo *M. leprae*, porém ainda no período de incubação da lepra, mostrarão sinais evidentes da doença na gravidez e no início do puerpério. Se a doença já estiver estabelecida, ela apresentará uma piora durante a gravidez, causando uma exacerbação da moléstia. Os bebês de mães leprosas têm peso menor e crescem mais lentamente do que os bebês de mães sadias. Esses bebês correm o risco de contrair a doença da mãe, se esta for portadora de lepra lepromatosa não tratada; de um possível foco oculto de infecção no lar ou entre parentes; de outros pacientes, se tiver nascido em um leprosário.

A lepra não pode mais ser considerada uma doença exclusiva dos seres humanos, pois há relatos da doença adquirida naturalmente em tatu, chimpanzé e no macaco mangabey. Por esta razão, a lepra também tem sido rotulada como zoonose. Há um relato da moléstia se desenvolvendo em cinco criadores de tatus no Texas, todos naturais da região e sem nenhuma história de contato conhecido com a lepra²⁸³.

A mais provável fonte de infecção para outras pessoas ou para os animais susceptíveis ao contágio são os seres humanos que abrigam o *M. leprae* no trato respiratório superior, especialmente no nariz. Estes provavelmente constituem cerca de 20% de todos os pacientes leprosos. Deve-se ressaltar, entretanto, que a

²⁸² Ibidem, p. 1.

²⁸³ Ibidem, p. 4.

transmissão ocorre apenas quando a doença não está sendo tratada, pois uma quimioterapia eficaz torna os bacilos da lepra inviáveis em tempo relativamente curto. O perigo para outras pessoas - caso sejam susceptíveis - advém não do paciente leproso em tratamento, mas sim dos casos não diagnosticados da doença²⁸⁴.

Más condições de moradia e alimentação deficiente são fatores importantes na disseminação da lepra, pois uma superpopulação doméstica, particularmente noturna, fornece as condições ideais para a infecção, seja por gotículas, seja pelo contato cutâneo, ainda mais contando com a subnutrição, que também reduz a imunidade celular das pessoas à doença.

Deve-se notar que Hansen, o descobridor do bacilo da lepra, foi aos Estados Unidos em 1888 para ver se poderia encontrar a doença nos descendentes dos noruegueses que tinham emigrado da Noruega para evitar a segregação. Como não encontrasse nenhum caso nessas famílias, foi de opinião de que estava em grande parte ligado às boas condições de vida e moradia dos mesmos²⁸⁵.

O fator mais marcante no que concerne à lepra é a enorme variação das maneiras com que a moléstia pode acometer diferentes pessoas. Em algumas, a doença compromete somente um nervo periférico (mononeurite) ou produz uma única mancha que persiste indefinidamente ou desaparece por conta própria; enquanto que em outras pessoas provoca inúmeros nódulos e outros tipos de lesões cutâneas, associadas com polineurite e danos a órgãos vitais do corpo como os olhos, a laringe, os testículos e até os ossos. Todos os tipos possíveis e imagináveis de variações podem ocorrer entre estas duas extremidades. A explicação se baseia no estado imunológico do indivíduo afetado, na resistência que o organismo de cada pessoa apresenta em relação a moléstia²⁸⁶.

No que tange às manifestações cutâneas, os pacientes podem apresentar máculas, pápulas, nódulos ou combinações dos três tipos. As máculas geralmente são as que primeiro aparecem. As lesões cutâneas são múltiplas, com uma

²⁸⁴ Ibidem, p. 4.

²⁸⁵ Ibidem, p. 4

²⁸⁶ Ibidem, p. 24.

distribuição bilateral e simétrica. Embora a face, os braços, as nádegas e as pernas sejam as partes do corpo mais acometidas, o tronco também pode estar comprometido. Certas regiões da pele que possuem temperaturas mais quentes são invariavelmente poupadas, como as axilas, as virilhas, o períneo e o couro cabeludo; de acordo com regra geral, o bacilo da lepra prefere partes da pele com temperaturas mais frias. Todos os raros relatos de lesões leprosas desenvolvidas em couro cabeludo se referem ao couro cabeludo calvo, por ser este de temperatura cutânea mais fria do que a do piloso²⁸⁷.

Além da pele e dos nervos, outros tecidos podem ser acometidos pela lepra: unhas das mãos e dos pés, nariz, boca, faringe, laringe, traquéia, olhos, ossos, testículos, rins, músculos, fígado e baço, apenas para citar os mais importantes. As lesões renais da lepra lepromatosa podem resultar em insuficiência renal crônica, que pode levar à morte por uremia ou por hipertensão. Entretanto, as causas de morte em lepra, na grande maioria dos doentes, são as mesmas do resto da população em geral. O efeito das drogas utilizadas no tratamento dos leprosos podem reduzir, em alguns casos, a mortalidade causada por alguma outra enfermidade; como também podem aumentar a mortalidade pelos efeitos colaterais. É notável o aumento das mortes por suicídio entre os doentes de lepra, isto devido ao preconceito, rejeição, segregação e isolamento social a que estão sujeitos na convivência em sociedade²⁸⁸.

A estimativa oficial mais recente totaliza 11,5 milhões de casos de lepra no mundo inteiro²⁸⁹. A maior concentração da doença está em áreas tropicais e equatoriais, em sua maioria, nas regiões subdesenvolvidas e com problemas de concentração exagerada da renda nacional nas mãos de poucas pessoas; onde a grande massa populacional vive em condições deploráveis de vida e de saúde. A lepra, em algumas dessas regiões, assume proporções alarmantes de hiperendemicidade²⁹⁰.

²⁸⁷ Ibidem, p. 26.

²⁸⁸ Ibidem, p. 38.

²⁸⁹ Ibidem, p. 5.

²⁹⁰ MORAES, Maria Auxiliadora. et. al. op. cit. 1990, p. 2

Os continentes africano e asiático apresentam os maiores índices mundiais de prevalência da lepra. Na América do Sul encontra-se 3% do total mundial de doentes, sendo que o Brasil é responsável por 85% dos casos do Continente Americano, ocupando o 2º lugar mundial em número de casos da moléstia, sendo superado apenas pela Índia, cuja população é bem superior à do Brasil. A Amazônia e o Centro-Oeste apresentam as mais altas taxas de incidência de lepra do país.

[...] o Ministério da Saúde, em início de 1990, considerou o Estado de Mato Grosso, juntamente com alguns outros Estados do país como área de emergência e de priorização à ações para o controle da hanseníase²⁹¹.

Na década de 1940, mais especificamente no ano de 1941, começa-se a utilizar a sulfona no tratamento da lepra. A partir daquele momento a prática da segregação social e do isolamento compulsório dos leprosos começa a ser repensada pelas autoridades sanitárias. Fazia-se necessário acelerar a instituição do tratamento laboratorial, através de consultas periódicas e da distribuição dos medicamentos específicos (drogas para quimioterapias continuadas) aos doentes. Entretanto, o que se assiste até o momento no Brasil e em Mato Grosso, é a precária ação governamental no sentido de tentar controlar e erradicar a lepra, que ainda é endêmica em várias regiões do país e em vários municípios do Estado²⁹².

Prevenir a lepra, sem sombras de dúvida, é melhor do que o tratá-la. E a prevenção da moléstia se faz, entre outras medidas, com a melhoria das condições de vida e de higiene da população em geral, especialmente no que concerne à moradia, evitando-se, desta forma, o contato muito próximo entre os membros de uma mesma família. Uma boa alimentação também é indispensável para que o indivíduo esteja prevenido de quaisquer tipos de enfermidades; e no que diz respeito à lepra essa regra é essencial, pois um organismo forte e bem nutrido torna-se muito mais resistente à doença. Lembremos, ainda, de alguns outros fatores importantes na prevenção: educação, programas de conscientização e de informação, propaganda sanitária, compromisso social, empenho e vontade

²⁹¹ Ibidem, p. 4.

²⁹² Ibidem, pp. 17 -18.

política das autoridades governamentais e sanitárias, apoio financeiro e infraestrutura adequada em número e qualidade. E não podemos esquecer de frisar que essas medidas devem ser pensadas no sentido de amenizar o estigma, a ignorância, o medo e o preconceito em relação à lepra (e aos leprosos), pois só assim os pouquíssimos programas de combate à lepra no Brasil e em Mato Grosso poderão ter sucesso no sentido de prevenir, controlar, tratar e - talvez a longo - prazo - erradicar a doença.

Anexo II - *Acta da inauguração das obras de reconstrução do Hospital dos Lazaros, realizada pela commissão PRO LAZAROS composta de senhoras da elite de Cuiabá, sob a presidencia da Exma. Sra. D. Corina Novis Corrêa.*

Aos doze dias do mez de Outubro do anno de mil novecentos e vinte e quatro, pelas sete e meia horas da manhã, no recinto deste hospital, achando-se presentes diversas autoridades grande numero de pessoas gradas e representantes da Administração da Santa Casa de Misericordia, teve logar a solemnidade da inauguração das obras de reconstrução e melhoramentos do secular Hospital de S. João dos Lazaros, solemnidade iniciada com a bençam do edificio e do novo altar, celebrando-se na Capella uma missa em açção de graças pela realização de taes melhoramentos, em beneficio dos infelizes isolados neste hospital.

Em seguida o Major Presidente da Santa Casa fez aos presente uma rapida exposição de tudo quanto fora feito pela referida Commissão, neste momento representada pela muito nobre cuiabana a Exma. Sra. D. Corina Novis Corrêa que, durante longos mezes, trabalhou com o mais generoso entusiasmo, afficazmente auxiliada pelas senhoras de Cuiabá para a realização destas obras.

Dentro dos recursos pecuniarios angariados pela commissão, por meio de Kermesses, leilões de prendas, listas de subscrições, funcções de cinema, concertos musicaes, etc. foram feitas as seguintes obras: procedeu-se a demolição de uma parte da antiga fachada, sombria e apavorante dos tempos coloniaes, para dar o actual aspecto; os diversos alojamentos que mais pareciam cubiculos de galés, foram convenientemente modificados com a collocação de vinte e uma janellas, reboco e caiação das paredes, pintura das portas, janellas e barrado; todo o hospital foi ladrilhado de mosaicos de cimento; foram construidos quatro privadas e dois banheiros; foram reconstruidas duas salas grandes das quaes restavam apenas os alicerces.

Infelizmente deu-se um desastre ao ser demolida uma antiga parede de taipa, inesperadamente esta parede ruiu e esmagou um operário pedreiro.

Foi construída uma fossa higienica junto ás privadas e na parte externa do edificio.

O antigo altar foi substituído por outro sendo a Capella forrada e ladrilhada.

Afim de ser possível o organização de um serviço de rancho regular foi concertada a cosinha da casa do encarregado, dotando -a de um fogão com chapa de ferro e um deposito de cimento para agua.

Foram adquiridos os moveis mais essenciaes taes como: mesas de jantar, bancos para o refeitório, bancos para o jardim, armarios com prateleiras para utensilios e uma estante para livros.

A cada um dos enfermos foi distribuído um jogo de utensilios: bacia, pratos, tijela, talher, caneco, ourinol e chaleirinhas.

Também foram confeccionadas as seguintes peças de roupa: camisas, calças, ceroulas, lençoes, vestidos, lenços, guardanapos, politots e adquiridos cobertores de lã e colchas brancas.

Para o serviço de rancho foi feita a aquisição de uma bateria de cosinha e marmitas para conducção de comida.

Pelo presidente da Loja Maçonica desta cidade foram offerecidas 30 camas de ferro, trinta conlchões e trinta travesseiros.

Afim de proporcionar aos doentes uma occupação recreativa ao mesmo tempo que útil foi fechada com cerca de arame farpado uma parte das terras pertencentes ao hospital, para o plantio de fruxtas e lugumes.

E, ainda para facilitar o acesso de visitantes foi concertada a estrada que do alto do Areão vem ter a este local.

Taes são as obras levadas a effeito pela Commissão "PRO LAZAROS".

Em seguida declarou o Sr. Major Firmo Rodrigues que a Administração da Santa Casa sentia-se satisfeita por ver realizada a obra que ella tanto desejava, mas para cuja execução faltavam-lhe recursos sufficientes e agradeceu, em nome da Commissão "PRO LAZAROS" as pessoas que se dignaram comparecer a esta solemnidade.

E, para todo o tempo constar, lavrou-se a presente acta que vae assignada por muitas das pessoas presentes.(Assignados) -+ Francisco, Arcebispo Metropolitano - Corina Novis Corrêa - Padre Hermenegildo Carrá, Inspector da Missão Salesiana - Padre João Crippa - Dr. Alberto Novis, Inspector de Hygiene - João P. - Francisco Bartholomeu de Mello - Maria Benedicta de Mello - Nair Alves de Magalhães - Madre Francisca Lang - Irmã Maria Silvia Lanna - Violeta Monteiro de Almeida - Paulo Corrêa da Costa - Catharina Monteiro Cuiabano - Antonio Pio Viera - João Vieira de Azevedo - Dr. Armando de Souza - Marcolina Pereira de Souza - Major Quirino Ferreira da Silva - Antonio C. F. da Costa e Silva - Benedicta Alves Rodrigues - Luiz Raymundo de Almeida - Deográcio Felix de Oliveira - Luigi Taborelli - Francisco Mechi - Aristides T. de Arruda - Manoel do Bom Despacho - Maria Benedicta Rodrigues - Izabel Alves Rodrigues - Hygino Paulo de Cerqueira - Firmo José Rodrigues.²⁹³

²⁹³ APMT. Relatório da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, 1924, pp. 22 - 25