

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Programa de Pós-Graduação em História**

Heleno Braz do Nascimento

**POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO À LEPROSA/HANSENÍASE EM MATO  
GROSSO: do São João dos Lázaros de Cuiabá ao São Julião de Campo Grande  
(1938-1970)**

Belo Horizonte  
2024

Heleno Braz do Nascimento

**POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO À LEPROSA/HANSENÍASE EM MATO  
GROSSO: do São João dos Lázaros de Cuiabá ao São Julião de Campo Grande  
(1938-1970)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em História.

Orientadora: Profa. Dra. Anny Jackeline Torres Silveira

Belo Horizonte

2024

112.109 Nascimento, Heleno Braz do.  
N241p Políticas de enfrentamento à lepra/hanseníase em Mato  
2024 Grosso [manuscrito] : do São João dos Lázarus de Cuiabá ao  
São Julião de Campo Grande (1938-1970) / Heleno Braz do  
Nascimento. - 2024.  
329 f. : il.  
Orientadora: Anny Jackeline Torres Silveira.  
  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
Inclui bibliografia.  
  
1.História – Teses. 2. Hanseníase – Teses. 3. Hanseníase –  
Hospitais – Teses. 4. Doenças – História – Teses. 5. Ciência –  
História – Teses. I. Silveira, Anny Jackeline Torres.  
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de  
Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

### FOLHA DE APROVAÇÃO

**"Políticas de enfrentamento à lepra/hanseníase em Mato Grosso: do São João dos Lázaros de Cuiabá ao São Julião de Campo Grande (1938-1970)"**

**Heleno Braz do Nascimento**

Tese aprovada pela banca examinadora constituída pelos Professores:

Profa. Dra. Anny Jackeline Torres Silveira - Orientadora  
UFMG

Profa. Dra. Laurinda Rosa Maciel  
Fiocruz

Profa. Dra. Leicy Francisca da Silva  
UEG

Profa. Dra. Rita de Cássia Marques  
UFMG

Profa. Dra. Zilda Maria Menezes Lima  
UECE

Belo Horizonte, 16 de abril de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Anny Jackeline Torres da Silveira, Usuário Externo**, em 19/04/2024, às 20:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leicy Francisca da Silva, Usuário Externo**, em 23/04/2024, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Laurinda Rosa Maciel, Usuária Externa**, em 25/04/2024, às 10:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rita de Cassia Marques, Cidadã**, em 25/04/2024, às 11:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zilda Maria Menezes Lima, Usuária Externa**, em 09/05/2024, às 08:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3154531** e o código CRC **AA6E4B0B**.

Para Ana, Lylia e Mariano  
(*in memoriam*)

## AGRADECIMENTOS

A realização desta tese foi tarefa que envolveu a colaboração direta e indireta de muitas pessoas e instituições, sem as quais a mesma não teria sido concretizada. Manifesto minha gratidão a todas/os que, direta ou indiretamente, marcaram presença neste percurso formativo e, de forma particular:

À Profa. Dra. Anny Jackeline Torres Silveira, minha orientadora e parceira intelectual durante os últimos cinco anos dedicados a esta pesquisa de doutorado. Muitíssimo obrigado pela orientação responsável, crítica, competente, criativa e generosa. Aprendi muito com os nossos diálogos!

À Profa. Dra. Leicy Francisca da Silva, minha vizinha das queridas terras goianas, agradeço pelas trocas intelectuais, ideias e ideais em comum, desde 2014, quando nos conhecemos naquele congresso de história em Jataí/GO. Foi ali que decidi retomar minhas pesquisas sobre o tema da lepra e do isolamento nosocomial de leprosos em Mato Grosso. Muito obrigado por aceitar o convite para estar conosco no momento da defesa, debatendo e contribuindo com este trabalho;

À Profa. Dra. Laurinda Rosa Maciel, pelas muitas contribuições a esta pesquisa, desde quando tive o privilégio de conhecê-la naquela jornada de pós-graduação na Casa de Oswaldo Cruz, em 2013, no Rio de Janeiro/RJ. Agradeço também pela sua participação no exame de qualificação, pelo o envio, via Correios, do texto impresso e encadernado com as suas contribuições, por ter aceitado o convite para participar e contribuir no momento da defesa e pelo acolhimento e doçura com que sempre me tratou;

À Profa. Dra. Rita de Cássia Marques, pelo aprendizado oportunizado em diversos momentos, em especial na disciplina “Uma história da saúde pública no Brasil”, ofertada em conjunto com outras professoras da UFMG e da Fiocruz Minas. Foi uma delícia estar com você naquele grupo, e em tantos outros encontros, simpósios... Sorrímos, discutimos, refletimos e, sobretudo, aprendemos demais. Obrigado também pelas recomendações no momento do exame de qualificação e por ter aceitado o convite para participar e contribuir com este estudo na banca de defesa;

À Profa. Dra. Zilda Maria Menezes Lima, pela longa trajetória de aprendizagens compartilhadas sobre o tema da lepra/hanseníase e suas instituições. Estivemos juntos em Jataí/GO, Fortaleza/CE, Vitória/ES e em tantos outros lugares e momentos maravilhosos. Agradeço também pelas contribuições no exame de qualificação e por ter aceitado participar e discutir sobre este trabalho na banca de defesa;

À Profa. Dra. Yara Nogueira Monteiro, por tão gentilmente aceitar compor a banca de defesa, como suplente.

À Profa. Dra. Loiva Canova, minha querida professora nos tempos em que fui estudante e pesquisador na UFMT, agradeço pela leitura atenta do texto antes do exame de qualificação. Seu olhar acurado para a história de Mato Grosso foi

imprescindível para que eu pudesse fazer ajustes importantes à época, e também para esta versão da tese;

À Lenilde Ramos, poeta, escritora, jornalista, musicista, cantora, sanfoneira, compositora [...] e membro da Academia Sul-Mato-Grossense de Letras. Sem a sua participação, parceria e generosidade esta pesquisa não teria sido possível, pelo menos da forma com que se apresenta nesta tese. Obrigado por tudo e por tanto, em especial pelas nossas longas conversas, via celular/whatsapp e pessoalmente, em Campo Grande/MS, Chapada dos Guimarães/MT, entre outros lugares, e também pelas fontes e registros sobre o São Julião que você escarafunchou e me disponibilizou;

Ao Maurício, secretário do PPGHIS da UFMG, pelo empenho e dedicação em resolver TODAS as demandas sobre o andamento do curso que solicitei a ele. Meus sinceros agradecimentos;

À Irmã Silvia Vecellio, pela acolhida no São Julião desde a primeira vez que lá estive, em 2002, e também por ser uma das pessoas mais importantes dessa narrativa histórica;

Ao Carlos Augusto Melke, atual presidente da Diretoria Executiva da Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos (AARH), por ter aberto as portas do Hospital São Julião para que eu pudesse desenvolver esta pesquisa. Isso demonstra sua grande preocupação com a preservação da memória e história da instituição;

À Heloísa (Helô), da Assessoria de Comunicação do São Julião, pela preciosa contribuição na escolha dos retratos inseridos nesta tese, pela elaboração do convite para a defesa e por todo o resto;

À Danilva, Joana (Joaninha) e Rafael, primas e primo muito queridos, que me receberam tão bem em Campo Grande todas as vezes que fui pesquisar nos arquivos e acervos da *Cidade Morena*. Meus afetuosos agradecimentos;

Ao Carlos Roberto Ferreira (Carlinhos), pelas décadas de amizade. Você também é parte desta história;

Ao Huener Silva Gonçalves, meu colega de curso, presença constante em minha trajetória acadêmica. Nesse percurso, aprendi bastante com você camarada;

À Luana (Luaníssima), coleguíssima do doutorado, agradeço pelos inúmeros momentos de alegria e diversão que compartilhamos em BH, sempre recheados por boas trocas intelectuais e psicológicas;

À Elizabeth, colega da história que tive a sorte de conhecer em nossos estudos na UFMG e Fiocruz Minas, agradeço pelas convicções políticas em comum e, sobretudo, pelos momentos especiais vivenciados nos diversos espaços da capital mineira. Agradeço também à Jaqueline, por fazer parte dessa história tão linda;

À Cibele, minha querida colega das terras mineiras, agradeço pela acolhida em sua casa logo que nos conhecemos na UFMG e na Fiocruz Minas. Festas, bares, cervejas, manifestações populares, discussões teóricas e muito mais;

À Carla (Carlinha), colega do doutorado e das manifestações “Fora Bolsonaro” em Belo Horizonte, agradeço pela sua atuação firme, competente e corajosa em prol das nossas demandas na representação discente do PPGHIS da UFMG. Amo seu engajamento político!

Ao Herbert Gler, colega do doutorado, agradeço pela companhia nas manifestações nas ruas e praças de BH e pelas andanças em busca de conhecer lugares e pessoas novas na capital mineira;

Às servidoras e servidores do NDIHR/UFMT e do IMPL/MT, agradeço pelo acesso à documentação daqueles importantes acervos históricos;

À Hemeroteca da Fundação Biblioteca Nacional, agradeço por disponibilizar as fontes digitalizadas, sobretudo os jornais, tão imprescindíveis à realização desta pesquisa;

Ao Governo de Mato Grosso, através da Secretaria de Estado de Educação (Seduc/MT), agradeço pela concessão da licença para qualificação profissional;

À Prefeitura de Várzea Grande, através da Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer (Smecel/VG), agradeço pela concessão da licença para qualificação profissional, pela prorrogação desta e pela liberação da minha licença prêmio no momento em que mais precisei para me dedicar a esta pesquisa;

Aos professores, funcionários e estudantes da imensa e diversa Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), campus da Pampulha, Belo Horizonte/MG, pela contribuição, de maneira transformadora, positiva e prazerosa, à minha vida acadêmica, pessoal e profissional. Salve a universidade pública brasileira!

A história é a mestra da vida, ela é, em última análise, a experiência acumulada pelo tempo afora, e a lepra, questão complexa e árdua, muitas vezes desalentadora, não prescinde dessa experiência.

(Dr. Flavio Maurano, 1950, p. 15)

Senhor, ninguém me aceita.  
Todas as hospedarias estão fechadas para mim.  
Todas as portas se fecham ante minha presença...  
Sou leproso.

(Lino Villachá, janeiro de 1976, p. 17)

Quem sou eu?

Um menino que aos doze anos ficou doente e foi internado num leprosário em estado avançado.

Nem sabia da gravidade do seu mal: foi até uma felicidade poder brincar com outros meninos, caçando, pescando, brincando de Tarzan no córrego Botas...

Vinte e cinco anos depois, em sucessivas cirurgias, perdera os pés, as mãos se paralisaram, uma perna amputada...

A impossibilidade de poder usar perna mecânica e uma cadeira de rodas que passou a ser suas pernas. Mas porque sempre encontrou uma maneira de sentir-se útil aos outros e, porque, sobretudo porque ama e é amado, é imensa e entusiasticamente feliz.

Quem sou eu então?

Um galho decepado pela tempestade que rebrotou no pé do tronco para estar presente na primavera...

Quem seria eu?

Quem seria eu se tivesse as pernas, se tivesse as mãos, se fosse perfeito, se não precisasse arrastar-se pelo chão?

Eu seria o OUTRO que precisaria urgentemente saber que um galho arrancado pode brotar ao pé do tronco outra vez, ainda a tempo...

Quem sou eu?

Um galho, todos os galhos arrancados que renasceram ao pé do tronco ainda a tempo da primavera...

Eis aqui minha flor...

Por isso é preciso que a semente deste entusiasmo voe; que a semente desta fé em Deus (que trago presa nas mãos em garra) seja levada pelo vento, pelos pássaros, pelo vento voando como semente de capim e brote em todos os campos para dar vida a novas vidas.

É preciso que o sorriso que agora sorrio vá adiante sorrindo... e que a dor e a tristeza sejam folhas mortas prostradas aos meus pés... como minhas lágrimas.

(Lino Villachá, junho de 1976, p. 11-13)

## RESUMO

Esta tese analisa um conjunto de políticas de enfrentamento à lepra/hanseníase em Mato Grosso, focalizando na trajetória do Hospital São Julião no período entre 1938 e 1970, com o propósito de responder à seguinte questão principal: como o “magnífico” asilo-colônia, inaugurado no dia 5 de agosto de 1941, em consonância com a agenda sanitária de combate à doença defendida pelo Estado brasileiro e autoridades médicas do período, acabou se transformando em um “depósito de doentes” durante a década de 1960, especialmente após o golpe militar de 1964 no Brasil? Sua preocupação central é dar visibilidade às transformações que marcaram a história do leprosário nas políticas de controle e combate à lepra/hanseníase em Mato Grosso no período em questão. Para tanto, investiga, com base em jornais, revistas, legislação, regulamentos, documentos administrativos, entrevistas e obras literárias, os diferentes caminhos trilhados pelo São Julião no desenvolvimento e execução de políticas de isolamento, prevenção, tratamento e cura de pessoas acometidas pela doença no Estado. Nesse percurso, a instituição asilar transita por momentos que vão da esperança à desesperança; de “moderno” asilo-colônia à “cidade-fantasma”, local abandonado pelo poder público, marcado por várias formas de violência e habitado por indivíduos estigmatizados e “esquecidos” pela sociedade mato-grossense. A partir de 1970, ano em que ocorreu a transferência da administração do então sanatório-colônia do governo estadual para a Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos (AARH), o grupo de voluntários da Operação Mato Grosso (OMG), sob a liderança da Irmã Silvia Vecellio, iniciou um importante processo de mudanças nos rumos do leprocômio, que veio a se tornar o atual Hospital São Julião, referência em assistência, prevenção, tratamento, cura e reabilitação de pessoas acometidas pela hanseníase.

Palavras-chave: lepra; hanseníase; São João dos Lázaros de Cuiabá; São Julião de Campo Grande; asilo-colônia; sanatório-colônia; hospital; história de Mato Grosso; história da saúde e das doenças.

## ABSTRACT

This thesis analyzes a set of policies to combat leprosy/hansen's disease in Mato Grosso, focusing on the trajectory of Hospital São Julião in the period between 1938 and 1970, with the purpose of answering the following main question: how did the “magnificent” asylum-colony, registered on August 5, 1941, in line with the health agenda to combat the disease defended by the Brazilian State and medical authorities of the period, it ended up becoming a “patient deposit” during the 1960s, especially after the military coup 1964 in Brazil? Its central concern is to give visibility to the transformations that marked the history of the leper colony in the policies to control and combat leprosy/hansen's disease in Mato Grosso during the period in question. To do so, investigate, based on newspapers, magazines, legislation, regulations, administrative documents, interviews and literary works, the different paths taken by São Julião in the development and execution of isolation, prevention, treatment and cure policies for people affected by the disease without a state. Along this path, an asylum institution goes through moments that range from hope to hopelessness; from a “modern” asylum colony to a “ghost town”, a place abandoned by public authorities, marked by various forms of violence and inhabited by individuals stigmatized and “forgotten” by Mato Grosso society. From 1970 onwards, the year in which the administration of the then sanatorium-colony was transferred from the state government to the Association for Aid and Recovery of Leprosy Patients (AARH), the group of volunteers from Operation Mato Grosso (OMG), under the leadership of Sister Silvia Vecellio, began an important process of change in the rumors about leprosy, which became the current Hospital São Julião, a reference in assistance, prevention, treatment, cure and rehabilitation of people affected by hansen's disease.

Keywords: leprosy; hansen's disease; São João dos Lázaros de Cuiabá; São Julião de Campo Grande; asylum colony; sanatorium-colony; hospital; history of Mato Grosso; history of health and disease.

## RIEPILOGO

Questa tesi analizza una serie di politiche per combattere la lebbra/hanseníase nel Mato Grosso, concentrandosi sul percorso dell'Ospedale São Julião nel periodo tra il 1938 e il 1970, con lo scopo di rispondere alla seguente domanda principale: come hanno fatto i “magnifici” colonia di asilo, Inaugurata il 5 agosto 1941, in linea con l'agenda sanitaria di lotta alle malattie difesa dallo Stato brasiliano e dalle autorità mediche dell'epoca, finì per diventare un “deposito malato” negli anni '60, soprattutto dopo il colpo di stato militare del 1964 in Brasile? La sua preoccupazione centrale è quella di dare visibilità alle trasformazioni che hanno segnato la storia del lebbrosario nelle politiche di controllo e contrasto alla lebbra/hanseníase nel Mato Grosso durante il periodo in questione. A tal fine, indaga, sulla base di giornali, riviste, legislazione, regolamenti, documenti amministrativi, interviste e opere letterarie, i diversi percorsi intrapresi da São Julião nello sviluppo e nell'attuazione di politiche di isolamento, prevenzione, trattamento e cura delle persone affette da la malattia. Lungo questo percorso, l'istituzione dell'asilo attraversa momenti che vanno dalla speranza alla disperazione; da una “moderna” colonia di rifugiati a una “città fantasma”, un luogo abbandonato dalle autorità pubbliche, segnato da varie forme di violenza e abitato da individui stigmatizzati e “dimenticati” dalla società del Mato Grosso. Dal 1970 in poi, anno in cui l'amministrazione dell'allora colonia-sanatorio venne trasferita dal governo statale all'Associazione per l'Aiuto e il Recupero dei Lebbrosi (AARH), il gruppo di volontari dell'Operazione Mato Grosso (OMG), sotto la guida guida di Suor Silvia Vecellio, iniziò un importante processo di cambiamento nella direzione del lebbrosario, che divenne l'attuale Ospedale São Julião, un riferimento nell'assistenza, prevenzione, trattamento, cura e riabilitazione delle persone colpite dalla hanseníase.

Parole chiave: lebbra; hanseníase; São João dos Lázaros de Cuiabá; São Julião de Campo Grande; colonia di asilo; colonia-sanatorio; Ospedale; storia del Mato Grosso; storia di salute e malattia.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Selo: “Hospital São Julião: primeiro hospital rumo ao lixo zero do Brasil”, 2023.....	27
Figura 2 - Convite Aniversário do Hospital São Julião, 82 anos, 1941-2023.....	28
Figura 3 - Hospital de São João dos Lázaros, “moradia de um interno”, 1938.....	57
Figura 4 - Hospital de São João dos Lázaros, “portão geral”, 1938.....	62
Figura 5 - Hospital de São João dos Lázaros, antes de sua reforma e ampliação, 1939.....	70
Figura 6 - Hospital de São João dos Lázaros, após sua reinauguração, 1939.....	70
Figura 7 - Hospital de São João dos Lázaros, “doentes internos”, 1938.....	71
Figura 8 - “Pela Saúde Pública”, publicação do jornal <i>O Matto-Grosso</i> , 1930.....	82
Figura 9 - Sede da Antiga <i>Diretoria de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso</i> , 1938.....	100
Figura 10 - Sede Provisória do <i>Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso</i> , 1938.....	100
Figura 11 - “Saúde Pública em Mato Grosso”, publicação do jornal <i>O Estado de Mato Grosso</i> , 1939.....	121
Figura 12 - Chegada de Eunice Weaver em Cuiabá, 1941.....	131
Figura 13 - Desembarque de Getúlio Vargas em Campo Grande, 1941.....	136
Figura 14 - Baile realizado em homenagem a Getúlio Vargas, 1941.....	139
Figura 15 - Baile do Palácio, oferecido a Getúlio Vargas, 1941.....	140
Figura 16 - “Saúde Pública em Marcha”, reportagem de 1941.....	141
Figura 17 - “O que é a Colônia S. Julião de Campo Grande”, reportagem de 1944.....	146
Figura 18 - Conclusão de “O que é a Colônia S. Julião de Campo Grande”.....	147
Figura 19 - Residência do Diretor do Asilo-Colônia São Julião, década de 1940....	149
Figura 20 - Educandário Getúlio Vargas, Campo Grande, Mato Grosso, década de 1940.....	153

Figura 21 - Internos do Hospital dos Lázaros de Cuiabá, 1945.....	162
Figura 22 - O Parlatório do São Julião, década de 1940.....	178
Figura 23 - Placa existente no Hospital São Julião atualmente, no local onde ficava o edifício do antigo parlatório.....	178
Figura 24 - O Parlatório, após a derrubada dos muros do edifício, década de 1970.....	182
Figura 25 - Ernesto de Arruda, interno do São Julião.....	230
Figura 26 - “Secretaria da Saúde Comemorou Dia Mundial dos Leprosos”, reportagem de 1963.....	265
Figura 27 - Reunião para tratar do envio de voluntários da OMG ao São Julião, Milão/Itália, 1969.....	293
Figura 28 - Grupo dos primeiros voluntários da OMG a chegar ao São Julião, 1970.....	294

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHSJ – Acervo do Hospital São Julião  
AARH – Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos  
ACBM – Acervo da Casa Barão de Melgaço  
APMT – Arquivo Público de Mato Grosso  
CNCL – Campanha Nacional contra a Lepra  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
COC – Casa do Oswaldo Cruz  
DAD/COC – Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz  
DFS – Delegacia Federal de Saúde  
DNL – Divisão Nacional de Lepra  
DNS – Departamento Nacional de Saúde  
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública  
DSE/MT – Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso  
DTNs – Doenças Tropicais Negligenciadas  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FISI – Fundo Internacional de Socorro à Infância  
FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública  
FUSMAT – Fundação de Saúde de Mato Grosso  
IMPL/MT – Instituto Memória do Poder Legislativo de Mato Grosso  
IOC – Instituto Oswaldo Cruz  
LACEN/MT – Laboratório Central de Mato Grosso  
MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública  
MORHAN – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase  
NDIHR/UFMT – Núcleo de Documentação e Informação Histórica Regional da UFMT  
OASI – Ora Amici Sempre Insieme  
ODS – Objetivo de Desenvolvimento Sustentável  
OMG – Operação Mato Grosso  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PISD – Plano Integrado de Saúde de Dourados  
PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica  
PPGHIS – Programa de Pós-Graduação em História

SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPL – Serviço de Profilaxia da Lepra

SPR – Serviço de Profilaxia Rural

SUS – Sistema Único de Saúde

UECE – Universidade Estadual do Ceará

UEG – Universidade Estadual de Goiás

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>O tema, o objeto e o problema de pesquisa.....</b>	<b>18</b>
<b>Teoria e historiografia.....</b>	<b>35</b>
<b>Metodologia e fontes.....</b>	<b>42</b>
<b>A pesquisa no contexto da pandemia de Covid-19.....</b>	<b>47</b>
<b>Estrutura da tese.....</b>	<b>50</b>
<b>1 PANORAMA DO COMBATE À LEPROA EM MATO GROSSO: interfaces entre a doença e a saúde pública no século XIX e primeiras décadas do XX.....</b>	<b>53</b>
<b>1.1 De Casa Pia de São Lázaro a Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá: veredas da primeira instituição de isolamento de leprosos de Mato Grosso.....</b>	<b>56</b>
1.1.1 <i>A Comissão Feminina Pró-Lázaros</i> e a reinauguração do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá (1924).....	67
<b>1.2 Lepra e Saúde Pública em Mato Grosso: o isolamento compulsório de leprosos no contexto da “era do saneamento”.....</b>	<b>74</b>
1.2.1 A constituição dos serviços de saúde pública em Mato Grosso.....	78
1.2.2 “Sanitation Over All”: Mato Grosso e o contexto médico-sanitário das primeiras décadas do século XX.....	84
1.2.3 A institucionalização do isolamento compulsório de leprosos como medida profilática em Mato Grosso.....	95
<b>2 DE ASILO-COLÔNIA A SANATÓRIO: o lugar do São Julião na profilaxia da lepra em Mato Grosso (1941-1951).....</b>	<b>124</b>
<b>2.1 Em <i>Marcha para o Oeste</i>: o São Julião e o combate à lepra na agenda sanitária do Estado Novo (1941-1945).....</b>	<b>126</b>
<b>2.2 Do ufanismo à decadência: retratos do São Julião pela imprensa e pela memória dos internos.....</b>	<b>154</b>
<b>2.3 Viver e sobreviver ao isolamento: memórias e experiências dos internos.....</b>	<b>171</b>
<b>2.4 Frutos da Sulfonoterapia: o advento da “cura” para a lepra e a concessão das primeiras “altas”.....</b>	<b>183</b>
2.4.1 A sulfonoterapia no São Julião.....	191

<b>3 DE SANATÓRIO-COLÔNIA A HOSPITAL: o percurso do São Julião no cenário de “desmonte” do modelo isolacionista (1952-1970).....</b>	<b>213</b>
<b>3.1 A federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra de Mato Grosso (1952/56).....</b>	<b>215</b>
<b>3.2 O papel reservado ao São Julião nas agendas profiláticas instituídas pela Campanha Nacional contra a Lepra (1959) e o Decreto nº 968/1962.....</b>	<b>240</b>
<b>3.3 Tempos de Transição: do abandono do poder público à administração da AARH (1964/1970).....</b>	<b>262</b>
3.3.1 A transição para o Hospital São Julião: da chegada da Irmã Silvia à administração da AARH.....	280
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>299</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>307</b>

## INTRODUÇÃO

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

(Jacques Revel & Jean-Pierre Peter, 1995, p. 142)

[...] saúde e doença não são apenas pontos de encontro entre sociedade, cultura, medicina e política, mas também ferramentas analíticas para se compreender a complexidade da experiência histórica.

(Gilberto Hochman & Diego Armus, 2004, p. 25)

### O tema, o objeto e o problema de pesquisa

A partir do final da década de 1920, historiadores franceses da *Escola dos Annales* passaram a tratar, de modo mais sistemático e rigoroso, de temáticas relevantes que envolvem diferentes sociedades humanas, mas que tradicionalmente ficaram desprezadas e/ou tangenciadas pelos estudos históricos. A vida cotidiana, o amor, a sexualidade, a morte (e as atitudes que ela provoca), as mentalidades, os fenômenos religiosos, as prostitutas, os pobres, dentre tantas outras possibilidades de investigações e interpretações, foram abarcadas por essa corrente historiográfica. A partir desse emaranhado de novas abordagens e metodologias, nas últimas décadas do século XX, despontaram estudos que passaram a privilegiar a medicina, as instituições, a saúde, a doença, o doente, o corpo sofredor e a experiência do adoecimento como objetos de análise, não apenas do campo da História, mas da Antropologia, Sociologia e Filosofia, enfatizando o caráter multidisciplinar desses estudos e pesquisas (Le Goff, 1997, 1998; Revel & Peter, 1995; Reis, 2000).

Sendo assim, desde o final da década de 1980, a literatura histórica sobre eventos, experiências e respostas individuais e coletivas, acompanhadas de intervenções estatais, ao adoecimento, ao sofrimento, à segregação social e à morte, tem crescido em quantidade, qualidade, originalidade e diversidade temática, temporal e espacial. Nesse sentido, as análises sobre ciência, saúde, medicina e doenças em perspectiva histórica - e suas abordagens teóricas e metodológicas - vêm se tornando cada vez mais sofisticadas e diversificadas. O reconhecimento da importância da inserção das dinâmicas locais e regionais aos circuitos nacionais e globais também se tornou um motor relevante, e mais recente,

de renovação intelectual do próprio campo da história e da historiografia (Teixeira, Pimenta & Hochman, 2018).

Ao abordar da historicidade das doenças, Le Goff (1997) questiona se é fácil, mesmo hoje, estabelecer uma fronteira entre o saber científico - acompanhado por uma prática médica que não para de alcançar grandes avanços e vitórias - e as crenças inveteradas na eficácia da magia (orações ou ervas) e nos mágicos, bruxas, milagreiros e curandeiros de toda espécie? Tal indagação evidencia a enorme complexidade que se apresenta ao historiador e tantos outros cientistas sociais e das humanidades quando se elege a medicina, as doenças, a saúde e suas instituições como objeto de investigação.

Ainda de acordo com o historiador francês, o corpo doente e sofredor, espaço privilegiado dos fantasmas individuais mediatizados pela família, o meio e o Estado (gestor cada vez mais poderoso da saúde), transformar-se-ia, a partir da década de 1960, em objeto privilegiado dos historiadores. Assim, a história das doenças, e suas implicações sociais, políticas, econômicas, culturais e religiosas, é também a história da dor, do sofrimento, da segregação, do abandono social e da morte, é “uma história dramática”, que revela, através dos tempos, dentre tantas outras, uma doença emblemática, capaz de unir o horror do contágio e dos sintomas ao pavor do estigma, do preconceito, da solidão, de um sentimento de culpabilidade e repulsa individual e coletivo: a lepra (Le Goff, 1997, p. 7-8).

Lepra, uma doença que, dependendo da temporalidade, espacialidade e do contexto sociocultural a que pertence, assume várias outras nomenclaturas: mal de São Lázaro (ou simplesmente mal de Lázaro), morféia, mal funesto, bacilose, dermatose ou mal de Hansen, hanseníase. Enfermidade cuja trajetória está profundamente marcada por um “eterno retorno” (Tronca, 1985, 2000), que, desde os tempos mais remotos, contribui para reforçar a permanência do medo, preconceito, estigma, rejeição, segregação, isolamento, abandono e, muitas vezes, o esquecimento dos acometidos por ela em espaços de reclusão criados para apartá-los do convívio social. Portanto, a lepra, o leproso e os leprosários pertencem à história e, não apenas “à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos”, mas “também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades”. Destacando que, a partir da Idade Média, “o jogo da doença e da saúde joga-se

cada vez menos na casa do doente e cada vez mais no palácio da doença, o hospital” (Le Goff, 1997, p. 8).

Nas mais variadas sociedades e períodos históricos, o leproso, o “morfético”, o “lazarento”, o “infeliz”, o “morto vivo”, dentre tantas outras alcunhas escolhidas para designar o doente, era posto para fora das comunidades, vilas e cidades e impedido de se aproximar da “população sadia”. Com o intuito de manter o acometido pelo “terrível mal” afastado, a coletividade valia-se de leprosários, casas piás, lazaretos, sanatórios, leprocômios, asilos-colônias, hospitais e diversos outros espaços de exclusão, reclusão e confinamento (Nascimento, 1997, 2000, 2001).

Destarte, boa parte da história da lepra está indissociavelmente ligada à história dos espaços criados para recolher e isolar os indivíduos acometidos por ela, os leprosários. Instituições disciplinares que, durante séculos, cumpriram a triste missão de segregar, vigiar e controlar as vivências cotidianas de homens e mulheres apartados do convívio familiar e social e esquecidos naqueles estabelecimentos. Pessoas que tiveram suas vidas radicalmente transformadas pela experiência traumática do adoecimento e que, nas primeiras décadas do século XX, passaram a ser internadas compulsoriamente, pela via da legalidade e do uso do poder de polícia, em asilos-colônias criados para esse fim. Personagens históricos que se tornaram vítimas privilegiadas do arbítrio de autoridades governamentais e médico-sanitárias, respaldadas no discurso científico da profilaxia da doença e da redução das possibilidades de contágio, em defesa da saúde e do bem estar públicos. É nesse contexto sanitário mais geral que se insere as medidas e ações profiláticas de controle e combate à lepra/hanseníase<sup>1</sup> que levaram à aprovação, construção e inauguração do Asilo-Colônia São Julião<sup>2</sup> em Mato Grosso.

---

<sup>1</sup> Apoiando-se em uma história sociocultural da lepra e da hanseníase, Curi (2010) desenvolve e defende sua tese de doutorado argumentando que lepra e hanseníase são doenças diferentes, que as duas não se correspondem, não se equivalem, uma vez que a hanseníase não é um novo nome para a velha lepra, pois cada uma delas pertence a contextos históricos e a épocas diferentes. Cada uma tem a sua história, porque estão ligadas a momentos históricos distintos. Sendo assim, na redação desta tese, optei por utilizar as duas nomenclaturas para tratar da mesma enfermidade biológica.

<sup>2</sup> Inaugurado em 5 de agosto de 1941, para segregação, isolamento, tratamento e vigilância social de doentes de lepra, o então asilo-colônia pertencia a parte sul do território do antigo estado de Mato Grosso (MT), cuja divisão (através da lei complementar n°. 31, de 11 de outubro de 1977) criou um novo estado: o Mato Grosso do Sul (MS), com a capital em Campo Grande, cidade onde atualmente fica localizado o Hospital São Julião.

Esta tese se debruça sobre um conjunto de políticas de enfrentamento à lepra/hanseníase em Mato Grosso, entre os anos de 1938 e 1970, focalizando na trajetória do Hospital São Julião nesse contexto profilático. O propósito é o de responder à seguinte questão: como o “magnífico” asilo-colônia, criado em consonância com a agenda de controle e combate à doença defendida pelo Estado brasileiro e autoridades médicas do período, acabou se transformando em um “depósito de doentes” durante a década de 1960, sobretudo após o golpe militar de 1964 no Brasil? Sua preocupação central é dar visibilidade às transformações que marcaram a história da instituição asilar em Mato Grosso no período em questão.

Sobre a definição das balizas temporais, a inicial se justifica por ter sido o ano de aprovação da *Reforma Sanitária Júlio Müller*<sup>3</sup> e do *Regulamento Sanitário de 1938* em Mato Grosso e a final foi escolhida devido à transferência da administração do então sanatório-colônia do poder público estadual à *Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos* (AARH)<sup>4</sup>, em novembro de 1970. Nesse recorte temporal, priorizei o período em que o São Julião permaneceu sob a administração dos governos estadual (1941-1951), federal (1952-1956) e estadual novamente (1957-1970). É importante frisar que as análises desenvolvidas nesta tese não se limitam exclusivamente ao período 1938-1970. Com o objetivo de melhor fundamentar as questões aqui abordadas, o primeiro capítulo traça um panorama da lepra e do isolamento institucional de leprosos em Mato Grosso durante o século XIX e nas primeiras décadas no XX, com destaque para a trajetória do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá e a constituição e institucionalização dos serviços de saúde pública no Estado naquele período.

Conforme Curi (2010), o termo “hanseníase” começou a ser discutido e legitimado no meio médico em fins da década de 1960, no estado de São Paulo, por iniciativa do hansenólogo Abraão Rotberg. A partir de 1976, passou a ser adotado

---

<sup>3</sup> Júlio Strubing Müller foi interventor federal em Mato Grosso durante todo o período do Estado Novo. Assumiu o governo estadual no dia 4 de outubro de 1937 e saiu em 8 de novembro de 1945.

<sup>4</sup> Entidade civil, sem fins lucrativos, fundada em 26 de outubro de 1970, inscrita no Conselho Nacional de Serviço Social e reconhecida pelos governos federal, estadual e municipal por seu caráter filantrópico e de utilidade pública. Tem como objetivo o atendimento integral dos seus assistidos, possibilitando a reabilitação e reintegração social dos mesmos. Foi criada para assumir administrativamente o então Sanatório-Colônia São Julião, contando com o apoio de pessoas e empresas de Mato Grosso do Sul, de outros estados brasileiros e de benfeitores italianos. Para garantir a continuidade de suas obras, a AARH tem como principais fontes de recursos os projetos sob sua gestão, convênios e doações, além de parcerias sociais. Informações retiradas da cartilha “Ação Social: realidade transformada, caminho de solidariedade” e da página eletrônica do Hospital São Julião na Internet: [http://www.saojuliao.org.br/public\\_html/br/aarh.htm](http://www.saojuliao.org.br/public_html/br/aarh.htm). Acesso em: 6 set. 2021.

e divulgado também em âmbito nacional, através de políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Mas foi a Lei Federal nº 9.010, de 29 de março de 1995, aprovada pelo Congresso Nacional, que regulamentou a matéria e proibiu a utilização do termo “lepra” (e seus derivados) no Brasil, oficializando sua substituição definitiva pelo termo “hanseníase”. Diante disso, e considerando a preocupação de olhar para a lepra e o São Julião no passado relacionando-os com as questões que giram em torno da hanseníase e do hospital no presente, na redação desta tese, optei por utilizar as duas nomenclaturas e seus derivados.

Minhas pesquisas sobre a história da lepra/hanseníase e das instituições criadas para isolar os acometidos pela doença do convívio social em Mato Grosso tiveram início ainda no curso de graduação em história da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Em 1994, por exigência curricular da disciplina *Antropologia Social I*, fui a campo realizar algumas entrevistas com antigos moradores do então bairro São João dos Lázaros, localizado na periferia de Cuiabá, capital do Estado. E foi por meio daqueles depoimentos que soube da existência de uma instituição de isolamento social para doentes de lepra naquela espacialidade: o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, cuja denominação homônima foi transferida ao bairro após a sua desativação, em fins da década de 1950 e princípios dos anos 1960. As circunstâncias que levaram ao ocaso e ao processo de fechamento do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá ainda carecem de novas pesquisas.

No ano seguinte, fui aprovado no processo seletivo para bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), convênio CNPq/UFMT, para participar de um projeto de pesquisa desenvolvido no Departamento de História da UFMT<sup>5</sup>. Como bolsista, tive meus primeiros contatos com as fontes e registros históricos em acervos e arquivos de Cuiabá/MT, iniciando minhas atividades de pesquisa sobre a história da lepra em Mato Grosso e da trajetória institucional do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, que, ao final de dois anos de atuação no projeto, resultaram em uma monografia de conclusão da graduação<sup>6</sup> no curso de história da UFMT, em 1997. Ampliada e aprofundada, esta pesquisa também

---

<sup>5</sup> Intitulado **A Transformação do Espaço Urbano de Cuiabá: as medidas profiláticas do discurso moral (1840-1940)**.

<sup>6</sup> Intitulada **As Origens do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá (1755-1819)**.

resultou na monografia de especialização<sup>7</sup> em história, concluída em 2000, na mesma universidade.

Em 1997, iniciei minhas atividades de docência na educação básica, em escola pública estadual, e tendo sido aprovado em processo seletivo para professor do ensino superior, em 1998 comecei ministrar aulas, como professor substituto, no Departamento de História da UFMT. A trajetória docente me oportunizou discutir a pesquisa que vinha desenvolvendo com alunos da rede pública estadual de ensino e do curso de Serviço Social da UFMT, onde ministrei uma disciplina oferecida pelo Departamento de História. Nesse rico e instigante processo de ensino e aprendizagens, conheci alguns estudantes da educação básica acometidos pela hanseníase e também tive acesso a informações de alunas do curso de Serviço Social acerca de problemas cotidianos, por elas vivenciados em suas atividades de estágio, relacionados à grande incidência da doença em Mato Grosso. Diante de tais experiências, pude perceber que fortes preconceitos, informações desencontradas, estigma e rejeição aos doentes ainda rondavam a hanseníase nos anos finais do século XX. Fatores estes que contribuíram para reafirmar minha intenção de continuar estudando e pesquisando a história da lepra/hanseníase e de suas instituições de isolamento em Mato Grosso.

A criação do curso de mestrado em história na UFMT e minha aprovação no processo seletivo para a primeira turma, com início das atividades no primeiro semestre de 1999, oportunizaram a continuidade da pesquisa sobre o tema da lepra e do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, resultando na dissertação de mestrado<sup>8</sup> defendida em abril de 2001.

Durante as visitas feitas ao São Julião (a partir de 2002), com o propósito de delimitar melhor a temática e o objeto de estudo deste trabalho, dialoguei bastante com Amilton Fernandes Alvarenga, então administrador do hospital, e com Lenilde Ramos<sup>9</sup> sobre os caminhos - e encruzilhadas - percorridos pela instituição desde sua

---

<sup>7</sup> Intitulada **Lepra e Leprosários**: medo, exclusão social e isolamento hospitalar em Mato Grosso (1894-1941).

<sup>8</sup> Intitulada **A Lepra em Mato Grosso**: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924-1941).

<sup>9</sup> Jornalista, cantora, poeta, produtora cultural e escritora, Lenilde Ramos nasceu em Campo Grande/MS e atualmente é membro da Academia Sul-Mato-Grossense de Letras. Publicou, em 2011, pela editora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (com prefácio do historiador Walmir Batista Corrêa), a primeira edição do livro intitulado **História sem nome: lembranças de uma menina quase gêmea**, que reconstitui, através da memória e da literatura, traços de suas vivências cotidianas no então Sanatório-Colônia São Julião desde o início da década de 1970.

inauguração, em 1941. Foram momentos bastante proveitosos em que eles me apresentaram pessoas importantes para a reconstituição das memórias e da trama histórica sobre a trajetória do São Julião. Mostraram-me fotos antigas de internos, a estrutura do edifício (velhos e novos pavilhões) e enfatizaram as grandes transformações pelas quais passou o estabelecimento em seus pouco mais de 80 anos de existência, “fruto de muito trabalho, comprometimento, solidariedade, dedicação e competência da Irmã Silvia<sup>10</sup>”, que assumiu a administração do então sanatório-colônia, em 1970.

A partir do início da década de 1970, na visão de ambos, grandes obras de benfeitorias foram sendo executadas em prol da recuperação física e social do São Julião. O hospital passou a contar com uma poderosa e diversificada rede de assistência, ancorada em várias ações solidárias e beneficentes (de cunho caritativo e filantrópico) e no trabalho voluntário de muitos mato-grossenses, brasileiros e estrangeiros, em especial italianos. Ainda segundo Amilton e Lenilde, esse quadro contribuiu de forma decisiva para que o “antigo e abandonado” sanatório-colônia se transformasse no “moderno e científico” hospital da atualidade. Equipado com laboratórios de alta tecnologia, hoje o São Julião é referência em prevenção, tratamento e cura da hanseníase, cuidado e reabilitação dos acometidos e afetados pela doença em Mato Grosso do Sul, Região Centro-Oeste, Brasil e América Latina. Além das especialidades em dermatologia, ortopedia, fisioterapia, pediatria, oftalmologia, oncologia, ginecologia, urologia e vascular, o complexo hospitalar ainda presta vários outros serviços de saúde “com qualidade e excelência” à sociedade sul-mato-grossense e de estados vizinhos.

Como exigência do processo seletivo para ingresso no curso de doutorado (2019), a banca examinadora do PPGH/UFMG aprovou uma primeira versão do projeto de pesquisa, intitulado *Memória e Cotidiano no Asilo-Colônia e Hospital São*

---

<sup>10</sup> Silvia Vecellio nasceu em Auronzo, Itália, no dia 19 de agosto de 1931. Formou-se em magistério e ingressou na vida religiosa aos 24 anos de idade. Graduiu-se em Meio de Comunicação Social, com especialização em Educação Cinematográfica, em Veneza. Posteriormente, também realizou cursos de teologia na Universidade Franciscana, em Petrópolis/RJ. Chegou ao Brasil em 1959 e nos anos seguintes passou a atuar como missionária no tradicional Colégio Nossa Senhora Auxiliadora, em Campo Grande/MT, período em que manteve contato com filhos de portadores do mal de Hansen no Educandário Getúlio Vargas, passando a assisti-los com doações de vestuários, alimentação e brinquedos. Em 1964, teve seu primeiro contato com os pacientes do São Julião e nunca mais se afastou do hospital. A partir de 1970, assumiu a administração do então sanatório-colônia e atualmente ainda reside e atua ativamente na diretoria (como presidente de honra) da AARRH. Cf. VECELLIO, Silvia. **Silvia Vecellio**. Entrevista de História Oral, 27 maio 2002. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2002, p. 3.

*Julião: uma história da lepra e da hanseníase em Mato Grosso (1941-1977)*, cuja problemática foi repensada e modificada por meio das leituras, reflexões e discussões desenvolvidas nas disciplinas cursadas e nos encontros de orientação, estudos e debates. Destaco que tais atividades acadêmicas resultaram em efetivas e relevantes contribuições ao desenvolvimento da pesquisa e à redação deste trabalho.

A partir de março de 2020, a pandemia de Covid-19 mudou completamente os rumos da pesquisa. Em meio às restrições impostas pelas autoridades governamentais e sanitárias<sup>11</sup>, ficou difícil dar continuidade ao estudo da forma que havia projetado. As medidas de biossegurança e distanciamento social resultaram no fechamento das instituições de pesquisa em arquivos e acervos e isso me obrigou a repensar objetivos, metodologias, abordagem do tema, entre outras questões relacionadas ao desenvolvimento do trabalho.

Conforme Reis (2000), a definição de um objeto de estudo e sua localização no tempo e no espaço resultam de nossas observações e percepções cotidianas. Portanto, indagações, problemas e hipóteses de pesquisa estão pautados em nossas vivências, inquietações, interesses e escolhas no presente, ou seja, o historiador escolhe seus objetos de estudo no passado e os interroga a partir da sua experiência no presente. E foi refletindo sobre essa constatação teórica, que reafirmei minha escolha por continuar estudando o tema da lepra/hanseníase e suas instituições nosocomiais em Mato Grosso, me dedicando, mais especificamente, em analisar os caminhos trilhados pelo São Julião no enfrentamento à doença entre as décadas de 1930 e 1970.

“Hospital São Julião: reabilitando vidas”, este é o *slogan* utilizado pela administração da instituição para representar a rotina clínica e terapêutica do hospital na atualidade. Durante muito tempo, permaneceu a seguinte expressão: “São Julião: caminho de solidariedade, realidade transformada”, que buscava sintetizar as mudanças promovidas pelo grupo de voluntários, em especial os

---

<sup>11</sup> Tais restrições tinham como objetivo conter o avanço do contágio e a rápida propagação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e da doença causada pela sua infecção: a Covid-19. Em pouco tempo, a enfermidade tornou-se um grave problema de saúde pública e de emergência sanitária global, situação que levou a OMS a caracterizá-la como pandemia a partir de 11 de março de 2020 (Marques, Silveira & Pimenta, 2020). Sobre as condições da pesquisa no cenário da pandemia, ver a penúltima seção desta introdução.

italianos da *Operação Mato Grosso* (OMG<sup>12</sup>), sob a liderança da Irmã Silvia, que assumiu a administração do então sanatório-colônia, por intermédio da AARH, em novembro de 1970 (Mato Grosso, Decreto nº 1.364 [...], 1970, *on-line*; São Julião, 2022, *on-line*).

Localizado em uma área de aproximadamente 240 hectares, na Região Urbana do Segredo, o Hospital São Julião está localizado a 15 quilômetros do centro de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul. Compõem o seu complexo hospitalar casas e pavilhões construídos nas décadas de 30 e 40 do século XX e novos edifícios planejados a partir de 1970, a exemplo do Centro Cirúrgico Francesco Caniato, o Centro de Convenções Günther Hans e a Unidade de Internação Fenegró, setor responsável pelo tratamento da hanseníase e de outras doenças infectocontagiosas (São Julião, 2022, *on-line*).

Como dito anteriormente, hoje o Hospital São Julião é um centro de referência em tratamento de hanseníase com projeção nacional e internacional. E também se destaca no atendimento de uma grande demanda ambulatorial de outras doenças e especialidades, com relevância na área de oftalmologia. Possui 105 leitos clínicos, emprega 560 funcionários e conta o reconhecimento do Ministério da Saúde pela excelência no atendimento de pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por sua qualidade na prestação de serviços à comunidade. Mais recentemente, foi agraciado com o prêmio de qualidade hospitalar na região Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul, 2021, *on-line*; Coldnews, 2021, *on-line*) e, em outubro de 2023, recebeu o selo: “São Julião: primeiro hospital rumo ao lixo zero do Brasil”, concedido pelo *Instituto Lixo Zero Brasil*, por ter alcançado o índice de 82% de desvio de aterro e incineração dos resíduos sólidos produzidos, fruto do desenvolvimento da campanha “Hospital São Julião Rumo ao Lixo Zero” (São Julião é reconhecido [...], 2023, *on-line*).

---

<sup>12</sup> Denominação dada às ações de solidariedade desenvolvidas por voluntários italianos vinculados à Associação OASI (Ora Amici Sempre Insieme) com sede em Turim, na Itália.

Figura 1 - Selo: "Hospital São Julião: primeiro hospital rumo ao lixo zero do Brasil", 2023.



Fonte: Instituto Lixo Zero Brasil, 2023, *on-line*.

Em 5 de agosto de 2023, o Hospital São Julião completou 82 anos de existência, data celebrada com a realização da tradicional festa de aniversário da instituição. Ao contrário do que ocorrera em 2020 e 2021, quando a comemoração não teve como ser realizada por conta do distanciamento social imposto pela pandemia de Covid-19, a partir de 2022, a confraternização voltou a reunir pacientes, ex-pacientes, alunos da Escola Estadual Padre Franco Delpiano (que funciona nas dependências do hospital), autoridades políticas e religiosas, empresários, benfeitores, franciscanos, moradores dos bairros que se formaram em torno do hospital ao longo do tempo, entre outros convidados.

Figura 2 - Convite Aniversário do Hospital São Julião, 82 anos, 1941-2023.



Fonte: Acervo pessoal do autor, 2023.

No período privilegiado nesta narrativa, lepra, leproso e leprosário se constituíam em termos interdependentes, que se entrelaçam nas teias desta investigação histórica. Nesse sentido, a trajetória São Julião está indissociavelmente ligada à história da lepra/hanseníase e do cotidiano das pessoas acometidas e afetadas pela enfermidade em Mato Grosso à época.

Buscar relacionar o estudo das vivências passadas com as contradições e problemas que envolvem o doente, a doença e as agendas de enfrentamento ao agravo no presente, constitui um dos objetivos mais instigantes deste trabalho. Esse comportamento curioso e inquieto suscita diversos questionamentos, que poderão ser identificados pelo leitor no desenrolar da tese, a começar por esta parte introdutória.

“Por que a hanseníase ainda persiste como problema de saúde pública no Brasil?” (Rocha, 2022, *on-line*). Esta é a pergunta/título de uma reportagem publicada na página eletrônica da CNN Brasil, no dia 30 de janeiro de 2022, dia nacional de prevenção e combate à hanseníase. A notícia trata, dentre outras questões, da dificuldade dos médicos em identificar os sintomas e diagnosticar a doença precocemente, situação que provoca atrasos no início do tratamento, podendo levar ao surgimento de sequelas e incapacidades físicas nos pacientes, principalmente nas mãos, pés e olhos. Ressalta, ainda, a grande importância do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), criado em 1981, na promoção de atividades de conscientização e na luta contra o estigma e o preconceito, com foco na construção de políticas públicas eficazes para o atendimento das pessoas acometidas e afetadas pela doença.

A matéria evidencia que há uma forte correlação entre a condição de doença tropical negligenciada<sup>13</sup> da hanseníase e sua endemicidade junto às populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica. As desigualdades do mundo capitalista e os baixos investimentos em pesquisas científicas por empresas farmacêuticas também são fatores que favorecem o diagnóstico e o tratamento tardios da doença, contribuindo para perpetuá-la como um grave problema de saúde pública em várias regiões brasileiras (Rocha, 2022, *on-line*).

---

<sup>13</sup> Importante destacar que esse conceito permeia toda a escrita deste trabalho. Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a hanseníase está classificada entre as chamadas Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs), um grupo diverso de enfermidades transmissíveis que afetam populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica, sobretudo em países em desenvolvimento localizados nos continentes asiático, africano e americano. Muitas possuem, a exemplo da lepra/hanseníase, uma longa história, integrando a experiência humana por vários séculos, sendo, na maioria das vezes, crônicas e debilitantes. Algumas delas marcaram presença em amplas regiões do planeta, tendo sido gradualmente controladas por meio da melhoria das condições de sobrevivência e higiene da população em alguns desses países. Proliferam-se em ambientes caracterizados pela falta de saneamento básico, carência nutricional, ausência de acesso à saúde, atendimento médico e tratamentos adequados, entre outros problemas e dificuldades (Silveira, 2017; Fonseca, 2022; Gonçalves, 2024).

Para o pesquisador Milton Ozório, do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), estudos epidemiológicos demonstram que a maioria das pessoas que desenvolve hanseníase com mais frequência são aquelas com baixo nível de escolaridade, salários menores e condições de vida precárias: falta de saneamento básico e água tratada, moradias coletivas e insalubres, deficiência alimentar, entre outros níveis de pobreza e miséria. Portanto, a persistência da doença como problema de saúde pública no Brasil “pode ser explicada, em parte, pelos determinantes sociais da saúde”, que, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS),

[...] reúne fatores não médicos que influenciam a saúde humana, incluindo as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem. Os determinantes perpassam os sistemas econômicos, as políticas públicas e sociais e as agendas de desenvolvimento (Rocha, 2022, *on-line*).

O Brasil destaca-se como o segundo país do planeta em casos absolutos de hanseníase, atrás apenas da Índia. Em 2022, Mato Grosso apresentou a maior taxa de detecção geral de casos novos da doença por 100.000 habitantes (56,76), permanecendo na 1ª posição entre os estados brasileiros. Nesse cenário, Goiás ocupava a 9ª posição, o Distrito Federal a 21ª e o Mato Grosso do Sul a 14ª, situação relativamente confortável se confrontada com os dados epidemiológicos da região Centro-Oeste, que também permanecia na 1ª posição entre as regiões brasileiras naquele ano (Brasil, Boletim [...], 2023, *on-line*).

Entre 2012 e 2021, a taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes no Brasil apresentou uma redução de aproximadamente 50,0%, passando de 17,17 em 2012 para 8,59 em 2021. Diante desses resultados, o parâmetro de endemidade do país mudou de alto para médio e todas as regiões também apresentaram redução de casos no mesmo período (Brasil, Boletim [...], 2023, *on-line*). No entanto, entre 2013 e 2020, o Centro-Oeste ocupou a 1ª posição entre as regiões brasileiras e, nos últimos 12 anos (2010 a 2021), Mato Grosso liderou (com folga) as outras unidades da federação em números de casos novos de hanseníase no Brasil, enquanto o Mato Grosso do Sul apresentou resultados bem menos expressivos, em média 2 a 13 vezes menores que os do seu vizinho do norte (Brasil, Boletim [...], 2022, *on-line*). Não localizei referências que explicassem essa diferença entre Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Talvez este último desenvolva políticas públicas de prevenção e tratamento mais efetivas e eficazes, inclusive no

âmbito do Hospital São Julião. Mas esta é uma, entre tantas outras hipóteses que podem ser problematizadas em pesquisas futuras.

Considerando dados epidemiológicos da última década (2012-2022), 2020 e 2021 foram os anos que apresentaram maiores quedas nas taxas de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes e em números absolutos da doença no Brasil e em Mato Grosso. Essa situação pode estar relacionada à redução de busca ativa, de diagnósticos e à subnotificação de casos de hanseníase, consequências diretas da sobrecarga de trabalho imposta aos profissionais de saúde, das restrições e medidas sanitárias de biossegurança, dentre outros protocolos e problemas cotidianos vivenciados durante a pandemia de Covid-19 (Brasil, 2022, 2023; Rocha, 2022, *on-line*).

Mato Grosso é um estado com economia forte, baseada no agronegócio e na pecuária, produzidos em larga escala para atender às exigências do mercado internacional (*commodities*). Condição esta que o classifica entre os estados mais ricos da federação e reforça a estreita e perversa correlação existente entre concentração de riqueza, desigualdades socioeconômicas, bolsões de pobreza, vulnerabilidades, carência de investimentos em saúde pública e a grande incidência de hanseníase - e outras Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) - nessa porção territorial.

Conforme exposto, há mais de uma década que o estado de Mato Grosso apresenta nível hiperendêmico para casos de hanseníase, permanecendo na incômoda primeira posição entre as unidades da federação, com as maiores taxas de prevalência e incidência da doença no país (Tavares, 2021). Representantes de governos costumam simplificar essas análises epidemiológicas, afirmando que o poder público, através da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), tem feito a “lição de casa”, indo ao encontro dos acometidos pela doença na capital e no interior, ou seja, realizado busca ativa de novos casos. Enfatizam, portanto, que a eficácia do trabalho executado explicaria a hiperendemia hanseníase em território mato-grossense. Entretanto, essa matemática não é tão simples assim, pois, se realmente houvesse diagnóstico precoce, tratamento eficiente e a consequente cura da doença, a primeira posição do Estado no *ranking* epidemiológico nacional já teria sido revertida. Esses dados e indicadores também carecem de pesquisas específicas, com foco nos condicionantes sociais e econômicos que envolvem essa questão.

A situação epidemiológica analisada, que caracteriza a hiperendemia de hanseníase como um grave e persistente problema de saúde pública em Mato Grosso, acaba por contrastar com a história de avanços e conquistas pela AARH, a partir da década de 1970, em benefício da reestruturação física e social do São Julião. Como mencionado, o sucesso obtido nas ações de acolhimento, prevenção, tratamento e cura da hanseníase marcam presença no cotidiano do hospital até os dias atuais. Desde a divisão do antigo estado de Mato Grosso (1977), o então sanatório-colônia passou a pertencer ao Mato Grosso do Sul, estado cujos avanços no enfrentamento à endemia de hanseníase resultam em dados e indicadores epidemiológicos um pouco mais animadores que aqueles divulgados sobre o Mato Grosso. Haveria alguma relação entre a trajetória do São Julião e os números da doença nos dois estados atualmente? Esta também seria mais uma indagação para instigar pesquisadores a realizarem novas investigações sobre o tema, privilegiando períodos mais recentes da história do hospital.

A hanseníase é uma doença infecciosa, transmissível e de evolução lenta e progressiva (crônica). Caracterizada por um longo período de incubação (média de 5 anos ou mais), sendo que em alguns casos pode demorar décadas para se manifestar e ser percebida. Seu agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), um bacilo que afeta principalmente os nervos periféricos, pele, rosto, olhos, mãos e pés. A doença atinge pessoas de ambos os sexos e todas as faixas etárias e, quando não diagnosticada e tratada corretamente, pode provocar graves comprometimentos neurológicos, levando a quadros de deformidades e incapacidades físicas (Brasil, Boletim [...], 2022, 2023, *on-line*).

Segundo a *Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030: “Rumo à zero hanseníase”*, da OMS, a principal forma de infecção pelo *M. leprae* é a transmissão por meio de gotículas do nariz e boca durante o contato próximo e prolongado com doentes não tratados, sendo que o diagnóstico é basicamente clínico. A ocorrência de hanseníase também “está frequentemente relacionada às condições socioeconômicas precárias”. Assim, pobreza e miséria, somadas às más condições de vida, moradia e alimentação enfrentadas pelas camadas sociais menos favorecidas, contribuem, de maneira decisiva, para tornar a doença um grave e persistente problema de saúde pública em países da Ásia, África e Américas, com destaque para a Indonésia, Índia e Brasil (OMS, 2021).

Conforme Alves, *et al.* (2021), os danos neurais causados pela hanseníase podem levar à perda sensitiva, amiotrofia, feridas e deformidades na face, mãos e pés, que, em alguns casos, são irreversíveis. Tais complicações podem ocorrer antes do diagnóstico, durante a terapia multidroga ou após o tratamento (recidiva), e são acentuadas por fatores como a falta de orientação e informação, vulnerabilidades socioeconômicas, carência de efetivas políticas de saúde pública para o enfrentamento da doença e o diagnóstico e tratamento tardios que, somados ao forte estigma, discriminação, preconceito e segregação social, desassossegam o cotidiano das pessoas acometidas pela doença ao longo do tempo.

A *Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030* traz mudanças significativas na abordagem ao enfrentamento à enfermidade no mundo. Enquanto as estratégias anteriores estavam direcionadas à eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, tendo obtido avanços significativos na redução da carga global da doença nas últimas três décadas, a nova estratégia centraliza esforços para a interrupção da transmissão e a eliminação dos casos autóctones, cuja visão de longo prazo é atingir o nível zero de hanseníase: zero infecção e doença, zero incapacidade, zero estigma e discriminação (OMS, 2021). Para alcançar metas e objetivos tão ambiciosos, a hanseníase encontra-se inserida na agenda sanitária internacional. Assim, dentre os compromissos mundialmente assumidos, desde o ano de 2017, a doença está contemplada no 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), que visa promover o bem-estar e uma vida saudável às populações de todas as regiões geográficas da terra (Brasil, Boletim [...], 2022, *on-line*).

Na contemporaneidade, a hanseníase ainda permanece rodeada de silêncios (Monteiro, 2019) e representa um desafio ao crescimento econômico sustentável e aos índices de desenvolvimento humano de algumas nações. De comportamento insidioso, a doença “projeta-se em espaços de profundas desigualdades sociais: a voz do excluído se cala, atormentada por precárias condições de saúde e de vida”. Como afirmado, a doença pode provocar incapacidades funcionais permanentes, reforçando, deste modo, um ciclo preocupante e vicioso, marcado pelo estigma milenar, discriminação, preconceito e exclusão social. “É o mercado da doença que insiste em ignorar as mazelas típicas da pobreza” (Mato Grosso, 2018, p. 7).

Destarte, torna-se imprescindível a divulgação e facilitação do acesso a informações seguras e confiáveis sobre diagnóstico, prevenção, tratamento e cura

da hanseníase, com o propósito de superar o estigma, a discriminação, os preconceitos e as atitudes segregadoras, frutos do pavor que a doença ainda provoca na atualidade. Como costuma ocorrer com outras DTNs, os obstáculos “para chegarmos à zero hanseníase” (principal meta da *Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030*) ainda são muitos e as conquistas caminham a passos lentos.

Os estudos epidemiológicos e as discussões atuais em torno da hanseníase reforçam que a história da doença e das instituições criadas para recolher e apartar os acometidos por ela do convívio social, além de tortuosa e difícil, não raro esteve profundamente marcada pelas más condições sanitárias, de vida, moradia, alimentação e nutrição das camadas sociais menos favorecidas, resultantes da pobreza e miséria da maioria, desigualdades de toda sorte, concentração de riqueza, dentre outros problemas e entraves sociais, econômicos, políticos, culturais e até religiosos.

A produção e divulgação de conhecimentos históricos relativos ao estigma, discriminação, preconceitos, exclusão e às experiências vivenciadas nas instituições de isolamento social dos acometidos pela lepra/hanseníase ao longo do tempo, em conjunto com as pesquisas científicas acerca da doença produzidas ao longo do tempo - informações sobre diagnóstico, tratamento e cura - são fundamentais na tentativa de alcançar as referidas metas. E essa importância se justifica na medida em que permitem orientar as tomadas de decisões, com um olhar mais crítico aos sistemas que concentram os dados e indicadores epidemiológicos, de forma a identificar inconsistências que interfiram na implementação, desenvolvimento e qualidade das políticas públicas de saúde direcionadas aos acometidos por essa moléstia tão silenciosa/silenciada, com alto potencial incapacitante e ainda bastante estigmatizada.

Entretanto, é oportuno ressaltar que para a eliminação da hanseníase no Brasil e em Mato Grosso, torna-se imperativo que a população encontre maneiras de cobrar dos governos para que avancem nas agendas sanitárias de enfrentamento à doença, em conjunto com a melhoria das condições socioeconômicas dos grupos sociais mais vulneráveis. Devemos partir dos protocolos formais à prática de saúde pública, das estratégias (global, nacional, estadual e municipal) às atividades operacionalizadas na realidade das unidades de saúde e das comunidades, enfim,

da legislação e dos planos construídos e aprovados em gabinetes burocráticos ao cotidiano social das periferias.

Em um país marcado por profundas desigualdades (sociais, econômicas, de raça, gênero, entre outras) como o Brasil, as características epidemiológicas da hanseníase, sua evolução crônica e seu alto potencial incapacitante, somados aos aspectos socioculturais e seus impactos biopsicossociais, reafirmam a sua condição endêmica (e/ou hiperendêmica) em várias regiões do país na atualidade. Caracterizada como um dos principais problemas de saúde pública a ser enfrentado pelos brasileiros, a doença incomoda, pressiona e exige uma maior e melhor intervenção do Estado, rápidas soluções dos dirigentes políticos, envolvimento e comprometimento das autoridades médico-sanitárias, de organizações não governamentais e da sociedade civil em geral.

Por todo o exposto, é importante destacar que os pesquisadores que privilegiam estudos sobre medicina, saúde e doença em perspectiva histórica e, mais especificamente, acerca de temas ligados às instituições, à lepra/hanseníase e às pessoas acometidas pela enfermidade como objeto de investigação<sup>14</sup> têm muito a contribuir com o debate, reflexões e, principalmente, com a redução do forte estigma, preconceitos e rejeição social que ainda persistem na atualidade. São representações e práticas individuais e coletivas ancoradas em um imaginário sociocultural “recorrente e de longa duração”, marcado por um “um eterno retorno”<sup>15</sup>, que teima em acompanhar a história da hanseníase e de cidadãos e cidadãs acometidos e afetados por ela, saltando aos olhos nas análises epidemiológicas do estado de Mato Grosso e do Brasil.

## Teoria e historiografia

Investigações sobre temáticas que envolvem as complexas relações entre medicina, saúde/doença e suas instituições como objetos de reflexão em

---

<sup>14</sup> A necessidade contínua de investimentos globais e nacionais em pesquisas e na produção de conhecimentos sobre essa enfermidade (e suas implicações econômicas, políticas e socioculturais) é tida como essencial pela OMS para se atingir a meta zero de hanseníase, estipulada na **Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030**: “Rumo à zero hanseníase” (2021, p. 6 e 11).

<sup>15</sup> Ítalo Tronca utiliza em suas análises o conceito de imaginário recorrente e de longa duração (carregado de representações estigmatizantes) que acompanha a história da lepra/hanseníase ao longo do tempo, repercutindo e alimentando práticas sociais milenares, que obrigavam os acometidos pela moléstia a viverem afastados da família e da sociedade, isolados em espaços criados em benefício - e por exigência - dos sãos (Tronca, 1985, 2000).

perspectiva histórica passaram a compor um campo de estudos consolidado na historiografia contemporânea. Tais interpretações resultam de importantes “esforços de renovação da tradicional história da medicina” que evidenciam, dentre tantos novos temas caros às ciências humanas e sociais, a revelação da doença como objeto de análise. Essas abordagens são fruto de uma grande fragmentação dos estudos históricos, “agora muito mais profícuos em recortes temáticos do que em visões abrangentes do passado” (Armus, 2011, p. 7).

Na visão de Silveira & Nascimento (2004, p. 13-14), entre os distintos grupos sociais “existem diferenças marcantes no sofrer ou no modo de reagir às doenças” e há “uma historicidade nas doenças ligada a todos os acontecimentos do ser humano”. Portanto, as enfermidades, quando analisadas como fenômenos socioculturais, contribuem para “revelar a história”, uma vez que também são construções, cuja existência resulta de diversos elementos: científicos, sociais, econômicos, políticos e culturais, “temporal e espacialmente estudados”. Assim, “diferentes grupos, a cada época, dão significado e sentido específicos à entidade fisiopatológica chamada doença”.

Destarte, estudar a história da lepra/hanseníase e das instituições utilizadas para isolar, tratar e curar os acometidos pela doença pode revelar uma imensa e complexa gama de problemas de pesquisa. Tais abordagens possibilitam investigações e conhecimentos acerca de estruturas, rupturas, continuidades, dinâmicas e transformações sociais; processos de constituição de imaginários, identidades individuais e coletivas e seus impactos no cotidiano dos doentes; permanências e mudanças culturais; representações e práticas sociais que podem resultar em narrativas históricas sobre trajetórias de indivíduos que vivenciaram a experiência do medo e outras implicações sociais provocadas pela endemia de lepra/hanseníase em distintas temporalidades e espacialidades; estudos sobre narrativas de homens e mulheres afetados por uma moléstia marcada por um estigma milenar (bíblico), que não raras vezes contribuiu para torná-los alvos privilegiados da exclusão, reclusão e abandono em instituições destinadas ao isolamento social desses indivíduos, entre outras possibilidades.

No Brasil, a produção historiográfica sobre a história da saúde e das doenças também cresceu significativamente<sup>16</sup>. E, se cada vez mais as investigações comprovam que *As doenças têm história* (Le Goff, 1997), a história da lepra/hanseníase e suas instituições se destaca pela quantidade e qualidade de trabalhos produzidos e publicados nas últimas décadas, em vários estados e regiões do país<sup>17</sup>.

É notório o aumento de monografias, dissertações e teses defendidas, de artigos e livros publicados, simpósios temáticos, mesas redondas, colóquios, dentre outros trabalhos acadêmicos que privilegiam a historicidade das doenças como objetos de estudo. Na esteira desse crescimento, considero que as pesquisas específicas sobre a lepra/hanseníase e suas instituições, produzidas em várias regiões do Brasil, são frutos de um grande debate teórico acerca da história, da prática historiográfica, de seus territórios - que a *Nova História* muito contribuiu para ampliar - e de suas fronteiras, que não devem ser entendidas como barreiras, “mas interfaces com as outras ciências sociais, fronteiras permeáveis, submetidas a fluxos e refluxos, onde se elabora a boa terra de uma interdisciplinaridade verdadeira, [...]” (Le Goff, 1998, p. 6).

Analisar representações e práticas sociais acerca da lepra/hanseníase em Mato Grosso significa buscar perceber como tais sociedades viveram, classificaram, delimitaram e se posicionaram de várias maneiras em relação aos doentes e às instituições de segregação social. Diante disso, também não descarto as noções privilegiadas pelo modelo de história cultural defendido por Chartier (1990, p. 16), para quem 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” e, obviamente, muitas encruzilhadas, que nos instigam a buscar compreender como as práticas sociais (complexas, múltiplas, diferenciadas) constroem o mundo como representação.

---

<sup>16</sup> Sobre tal amplitude e diversidade de pesquisas, compostas por autores e trabalhos brasileiros e de outros países, cito, como exemplo, o livro organizado por Gilberto Hochman e Diego Armus: **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe, 2004.

<sup>17</sup> A respeito dessa vasta produção historiográfica, acrescento os 12 volumes da coletânea **Uma história brasileira das doenças**, que há duas décadas reúne trabalhos de pesquisadores de várias instituições e centros de pesquisa brasileiros e internacionais, com estudos e pesquisas de grande relevância para o crescimento e fortalecimento da história das doenças, incluindo as investigações sobre a lepra/hanseníase e suas instituições nosocomiais.

Ao considerar a noção de pluralidade exposta acima, entendo que as práticas e representações eram forjadas a partir do lugar, da posição social que cada indivíduo ocupava na sociedade mato-grossense e brasileira para o período aqui analisado. A segregação, o abandono e a rejeição dispensados aos doentes de lepra também podem ser analisados como resultado de percepções do social que não são, de forma alguma, neutras e que, portanto, produzem estratégias de convivência e sobrevivência, resistências, práticas sociais e 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”. Por conseguinte, uma investigação acerca das práticas e representações que nortearam a história da lepra/hanseníase e do Asilo-Colônia e Hospital São Julião em Mato Grosso, “supõe-nas como estando sempre colocadas num campo de concorrências e de competições cujos desafios se enunciam em termos de poder e de dominação” (Chartier, 1990, p. 17).

Ao refletir acerca das preocupações teóricas da *História Nova* e do modelo de *História Cultural* defendido por Chartier para analisar temáticas ligadas às instituições, à doença, ao cotidiano, à memória, às representações, à exclusão social e ao isolamento de leprosos, não me distancio também das discussões elencadas por Boutier & Julia (1998), relacionadas à *História Política* e à *História Cultural*. Segundo estes autores, uma “nova ambição ‘totalizante’ veio à luz recentemente, a partir do político ou do cultural”. No caso do político, pretende-se fazer deste uma nova chave para a totalidade que permitiria “uma recomposição do desígnio de uma história total” e autorizaria a construção de um novo paradigma. Sobre o cultural, o retorno à totalidade “inscrever-se-ia na esfera das práticas e das produções culturais”. Portanto, o político e o cultural “repousam numa lógica semelhante: fundar um novo paradigma buscando a instância ao mesmo tempo mais central e mais englobante” (Boutier & Julia, 1998, p. 47)

Reitero aqui a importância do clássico *Às doenças têm história*, no qual Le Goff (1997) faz uma apresentação que muito contribui para o entendimento do lugar privilegiado que passou a ocupar o tema das doenças (e seus impactos sociais, econômicos, políticos e culturais) nos trabalhos de história a partir da década de 60 do século XX. A partir de então, o imaginário sociocultural constituído em torno das moléstias, os corpos sofredores, o medo, a vida cotidiana nos hospitais e as

relações entre o homem e a doença se transformaram em objetos privilegiados de investigação pela comunidade de historiadores.

Na coletânea, também é importante ressaltar, pela grande relevância ao estudo da trajetória do São Julião em Mato Grosso, os trabalhos “O medo da lepra” e “Documento: a lepra hoje”, ambos assinados por Françoise Béniac; “A vida cotidiana nos hospitais da Idade Média”, de Annie Saunier; “Os doentes imaginários”, de Jacques Léonard e “O homem e a doença”, de autoria de Jean-Charles Sournia. São textos que exploram uma visão focada no estigma, sofrimento e discriminação social dos doentes de lepra, porém muito importantes como subsídios teóricos para ajudar a pensar esta história do São Julião.

Como bem demonstra Béniac (1997), privilegiar o Hospital São Julião como objeto de pesquisa significa também refletir sobre a forte presença do medo nessa trama, movendo e potencializando ações e interpretações acerca da lepra/hanseníase e dos acometidos por ela ao longo do tempo. Como compreender o estigma, a rejeição, o preconceito, a segregação social e o isolamento nosocomial dos leprosos na Europa Ocidental e no Brasil, com destaque para as especificidades de Mato Grosso, sem considerar a experiência intrigante do medo nessas narrativas? Os comportamentos, ações e reações de grupos de indivíduos que viveram no período aqui analisado estavam fortemente entrelaçados pelo pavor que os acometidos pelo mal de Hansen provocavam nos “sãos”. Sentimentos tidos como “combustíveis” para a maioria (se não todas) as práticas sociais que compõem a história do São Julião no enfrentamento à lepra/hanseníase em Mato Grosso<sup>18</sup>.

E esse medo persistente e incontrolável tem acompanhado a trajetória da lepra e do leproso através dos tempos, ajudando a compor o citado imaginário sociocultural “recorrente e de longa duração”, alimentado por um “eterno retorno”, que ainda assombra homens e mulheres na atualidade e resulta em atitudes preconceituosas que, não raro, também contribuem para afastar muitos acometidos e afetados pela hanseníase do direito a uma convivência social plena e cidadã.

Para refletir sobre o conceito de imaginário social, carregado de representações estigmatizantes, na história da lepra/hanseníase e suas instituições asilares, são imprescindíveis os trabalhos de Evelyne Patlagean, Michel Vovelle e Philippe Ariès, intitulados, respectivamente: “A história do Imaginário”, “A história e a

---

<sup>18</sup> Sobre o medo, enquanto objeto de estudo do historiador, consultar também os trabalhos de Delumeau (1989), Duby (1999) e Monteiro & Carneiro (2012).

longa duração” e “A história das mentalidades”, que integram a citada coletânea *História Nova*, dirigida por Jacques Le Goff. Destaco também o livro “Imaginário e História”, organizado por Cléria Botêlho da Costa & Maria Salete Kern Machado e os citados textos de Ítalo Tronca, que tratam de maneira mais aprofundada do conceito de “imaginário recorrente e de longa duração”, desse “eterno retorno” na história da enfermidade ao longo do tempo, intitulados: “História e doença: a partitura oculta (a lepra em São Paulo – 1904-1940)” e “As máscaras do medo: lepra e aids”. Especificamente sobre o imaginário e a perpetuação dos medos na história da lepra/hanseníase, ressalto a importância do artigo de Yara Monteiro, intitulado “Imaginário sobre a lepra e a perpetuação dos medos”, publicado na citada coletânea *As Doenças e os Medos Sociais* (2012).

Os conceitos de imaginário e de estigma permeiam todo o texto deste trabalho. Aparecem entrelaçados nas teias da trama histórica do São Julião no enfrentamento à lepra/hanseníase em Mato Grosso. O estigma que se constituiu em torno da doença ao longo dos séculos tem alimentado o imaginário sociocultural carregado de representações e práticas sociais segregadoras, das quais os doentes foram (e ainda são) vítimas no meio social. Portanto, trata-se de sobrevivências culturais ainda vivas no período aqui privilegiado, “expressando-se por meio de alegorias”, movendo e potencializando comportamentos e atitudes sociais que complexificam o conjunto de narrativas analisadas nesta tese (Tronca, 1985, 2000).

O imaginário pode ser simultaneamente entendido como materialidade e ficção, como significação que os homens conferem ao mundo. “É o perfume da flor”. Espelha o tempo, a sociedade e a cultura em que foi produzido, canta o espírito de sua época. Representa uma forma de conhecimento do mundo que faz explodir as estruturas fixas do pensamento, estimulando a imaginação, a criatividade e os sentimentos. Possibilita o entendimento daquilo que está por trás dos sons das palavras, dos olhares distantes e dos gestos. Enfim, o imaginário estimula viagens nas trilhas do devaneio, interfere e transforma o cotidiano, o real, o concreto (Costa & Machado, 1999).

O conceito de estigma proposto por Goffman (1975) é permeado pela presença física entre o indivíduo estigmatizado, o leproso, e o considerado “normal”, o são. É a condição do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena. Os normais constroem uma teoria sobre o estigma, uma ideologia para

explicar a inferioridade das pessoas estigmatizadas e para ter controle do perigo que elas representam, acreditando que alguém com um estigma não é verdadeiramente humano. Desse modo, o estigma é fruto de um processo socialmente construído, ou seja, tem sempre a sociedade como participante no seu processo de formação. É a sociedade que estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. O autor esclarece, ainda, que o estigma, ou processo de estigmatização, opera por meio de atributos socialmente conhecidos, que marcam certos indivíduos/grupos depreciativamente. É nesse sentido que o estigma povoa o imaginário social associado à lepra e ao leproso ao longo do tempo.

Além dos trabalhos comentados, para problematizar o objeto de estudo em pauta, assume posição de grande relevância as reflexões de Michel Foucault, contidas em “O nascimento da medicina social” e o “Nascimento do Hospital”, pertencentes à coletânea *Microfísica do Poder*. Sobre a história dos hospitais e leprosários no ocidente cristão e o discurso médico no Brasil dos séculos XIX e XX, discutidos no 1º capítulo, são indispensáveis as obras de José Antunes: *Hospital: instituição e história social* e *Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*.

Nos últimos anos, a história da lepra/hanseníase e das instituições de isolamento social de leprosos também tem sido contemplada em vários trabalhos publicados em diversas regiões do Brasil, entre os quais destaco o livro *Nos Poros da Civilização: leprosos e leprólogos na cidade confinada (Santa Catarina – 1936-1952)*, do historiador Rafael Vaz. Valendo-se de um conjunto documental e de metodologias que também respaldam as reflexões propostas nesta investigação, o referido trabalho trata do destino (Colônia Santa Teresa) das pessoas acometidas pela lepra no estado de Santa Catarina na primeira metade do século XX. O livro *Estigma e Isolamento Social: lepra, saber médico e políticas públicas no Brasil*, de Cidinalva Neris, aborda, através de histórias de vida de egressos, como a lepra foi alçada à condição de problema social e defendida, por meio de práticas, discursos e representações, como uma doença perigosa e uma ameaça à saúde pública entre os anos de 1930 e 1960. A análise desenvolvida pela autora justifica a adoção do isolamento compulsório na Colônia do Bonfim (São Luís/MA) como medida profilática e política pública de combate à lepra em benefício da coletividade.

Por fim, enfatizo a publicação e o lançamento (2019) do livro *História da Hanseníase no Brasil: silêncios e segregação*, organizado pela historiadora Yara Monteiro. Trata-se de leitura obrigatória para pesquisadores que lidam com a história da lepra/hanseníase e das instituições utilizadas como espaços de isolamento social, tratamento e cura das pessoas acometidas pela doença. Trabalho científico de fôlego, fruto de um esforço acadêmico inédito e grandioso, onde a organizadora reúne pesquisas de vários estudiosos das cinco regiões brasileiras, configurando-se numa importante contribuição à história e historiografia sobre a temática dentro e fora do país.

### Metodologia e fontes

[...] reconstruir mundos é uma das tarefas essenciais do historiador, e ele não a empreende pelo estranho impulso de escarafunchar arquivos e farejar papel embolorado – mas para conversar com os mortos. Fazendo perguntas aos documentos e prestando atenção às respostas, pode-se ter o privilégio de auscultar almas mortas e avaliar as sociedades por elas habitadas. Se rompermos todo o contato com mundos perdidos, estaremos condenados a um presente bidimensional e limitado pelo tempo: achataremos nosso próprio mundo.

(Robert Darnton, 1987, p. 7)

A maré da vida trouxe este monstro invisível que me persegue, noite e dia, reduzindo-me a farrapo humano. Quando o quis afastar, esmagou-me as mãos, quando quis correr, ceifou-me as pernas... Cercou-me os caminhos, mas sempre encontrei uma brecha por onde passar com o que me resta e, ainda que eu seja neste mar de sofrimento apenas uma concha no fundo, farei desta dor uma pérola para o mundo. Não quero gritar, não amaldiçoarei quem me humilhou, ou quem teve pena de mim. Meus amigos são a minha força. E a luz de Deus cobre-me de graça e me enriquece de amor e fé, por isso me sinto completo mesmo faltando-me tudo...

(*Íntegro*, Lino Villachá<sup>19</sup>, 1991)

Quando estive pela primeira vez no Hospital São Julião (2002), a Irmã Silvia Vecellio foi quem me recebeu nas dependências da instituição. Foi um encontro marcado por uma longa, rica e entusiasmada conversa. Ela, valendo-se da experiência e da memória, pautadas em suas vivências de quase quatro décadas no

---

<sup>19</sup> Doente de lepra, escritor, poeta, cronista, funcionário e paciente do São Julião, Lino Villachá foi internado no antigo asilo-colônia em 1951 (com 12 anos de idade), faleceu e foi sepultado nas dependências do hospital em 1994, deixando um legado escrito preciosíssimo para a reconstituição da história da instituição.

cotidiano do São Julião. Eu, apoiando-me no aprendizado ao longo das pesquisas realizadas. Na ocasião, ela me presenteou com seis livros: cinco de autoria de Lino Villachá e outro escrito em sua homenagem<sup>20</sup>. Momento em que também a presenteei com uma cópia da minha dissertação de mestrado. Foram trocas históricas importantíssimas para a definição do objeto de estudo que resultou na elaboração deste trabalho.

A história, enquanto “conhecimento dos homens no tempo” tem como propósito unir o estudo dos mortos ao dos vivos. Para Reis (2000), esse retorno ao passado, sempre estimulado e guiado pelo presente, faz parte de um “método regressivo” que sustenta a história-problema. Temática, essa história possibilita ao historiador eleger, a partir das tensões vividas no presente, os temas que lhe interessam, problematizando-os e tratando-os no passado, com o objetivo de trazer ao presente informações que o esclareçam acerca das experiências vividas.

Os registros históricos não falam por si, precisam ser sistematizados e interpretados pelo historiador, com base em suas escolhas metodológicas e em seus objetos de estudo. Portanto, lidar com a pesquisa histórica significa identificar, analisar, interpretar e sistematizar fontes, registros, vestígios que, numa perspectiva multidisciplinar, aparecem sob os mais variados tipos: orais e escritos, imagens, objetos diversos, poemas, músicas, literaturas, pinturas, fotografias, entre outros.

O termo registro se refere a uma variedade muito grande de manifestações do ser humano que evidencia a ampliação do foco de atenção do historiador interessado em recuperar a trajetória dos homens vivendo as várias dimensões do social (Vieira, Peixoto & Khoury, 1991, p. 13).

Dentre os mais variados tipos de registros e vestígios históricos possíveis ao ofício do historiador, neste estudo, priorizei o *Regulamento Sanitário de 1938*, documento base para a discussão realizada no 1º capítulo, sobre da *Reforma Sanitária Júlio Müller* e seus desdobramentos nas políticas públicas adotadas pelos serviços de profilaxia da lepra em Mato Grosso.

Também compõem essa relação de fontes os relatórios e mensagens de governadores de estado para o período em questão, relatórios e imagens produzidos no governo de 7 anos do interventor federal Júlio Müller em Mato

---

<sup>20</sup> Ver a citação completa na seção *Referências*.

Grosso, relatórios dos diretores do Departamento de Saúde de Mato Grosso, jornais e periódicos que circulavam no período, decretos federais e estaduais que dispõem sobre políticas públicas de saúde e higiene, revistas femininas que tratam das instituições de caridade e sociedades/ligas/associações “de amparo e defesa dos lázaros”, dentre outros documentos administrativos e registros históricos disponibilizados em arquivos e acervos de Cuiabá/MT e Campo Grande/MS.

Esse conjunto de fontes foi “escarafunchado” na página eletrônica da Hemeroteca da Fundação Biblioteca Nacional (BNDigital), no Arquivo Público de Mato Grosso (APMT), no Núcleo de Documentação e Informação Histórica Regional da Universidade Federal de Mato Grosso (NDIHR/UFMT), no acervo da Casa Barão de Melgaço (ACBM), no Instituto de Memória do Poder Legislativo de Mato Grosso (IMPL/MT), localizados em Cuiabá, e no Acervo do Hospital São Julião (AHSJ) em Campo Grande.

Os poemas, crônicas, cartas, saudações e reflexões que compõem os mencionados livros de autoria de Lino Villachá (e os escritos em sua homenagem) retratam os mais de 40 anos das vivências e anotações deste personagem emblemático para a história do São Julião. Nessa seara, também destaco o citado livro de memórias produzido por Lenilde Ramos e o livro intitulado *Confissões para o Esquecimento*, de autoria de Gomes & Rocha (2006), fruto de entrevistas realizadas entre os anos de 2002 e 2006 com Íria, Ernesto e Felício, pacientes que foram internados no São Julião nas décadas de 1940, 1950 e 1960, respectivamente, e que permaneceram no espaço colonial pelo resto de suas vidas. Trata-se de referências riquíssimas - campo de pesquisa profícuo e atraente para os historiadores que compartilham do interesse pelas complexas relações entre história e literatura<sup>21</sup> - que, uma vez confrontadas com outros registros históricos, possibilitaram reconstituir parte desta narrativa histórica sobre o lugar do São Julião no combate à endemia de lepra em Mato Grosso no período em questão.

Ao visitar a editora da FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, adquiri alguns livros e DVDs que versam sobre instituições de isolamento para doentes de lepra/hanseníase no Brasil. Ocasão em que também tive a oportunidade de conhecer o Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (DAD-COC) e acessar informações importantes sobre o tema. E foi também

---

<sup>21</sup> Para enriquecer estas reflexões, consultar o livro **História em cousas miúdas**: capítulos de história social da crônica no Brasil, organizado por Neves, Chalhoub & Pereira (2005).

naquele momento que a historiadora e pesquisadora Dra. Laurinda Rosa Maciel me presenteou com importantes materiais de pesquisa, entre os quais o *Catálogo de História Oral, Memória e história da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)*, que passou a compor o conjunto de fontes e metodologias para realização deste estudo.

No catálogo, encontrei entrevistas com o médico cuiabano Benedito Vieira de Figueiredo, contratado pela Divisão Nacional de Lepra (DNL) para trabalhar na Campanha Nacional contra a Lepra (CNCL) em Mato Grosso na década de 1960, e com a Irmã Silvia, que, conforme mencionado, está há mais de 50 anos na administração do Hospital São Julião. Personagens que tive oportunidade de conhecer durante os estudos realizados em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, e cujos depoimentos e experiências também se converteram em valiosas fontes de pesquisa para o desenvolvimento desta investigação histórica, especialmente o 3º capítulo.

Nos últimos anos, o número de trabalhos e publicações que recorrem à memória dos enfermos como fonte de pesquisas e que abordam a doença como fenômeno sociocultural, em perspectiva histórica, aumentou consideravelmente. Prova disso está no volume 5 da coletânea *Uma história brasileira das doenças*, organizada por Franco, Nascimento & Silveira (2015). O primeiro artigo, de autoria de Diego Armus, intitulado “Qué hacer con los recuerdos de un enfermo? Memoria individual en historia socio-cultural de la enfermedad”, apresenta uma reflexão valorosa sobre as possibilidades e limitações que os pesquisadores se deparam ao privilegiar as lembranças de enfermos como fontes de pesquisa histórica.

No segundo capítulo da coletânea, intitulado “Em busca de Muiraquitã: uma reflexão sobre a literatura como fonte para estudos históricos de doenças”, Robert Wegner trata do uso da literatura como fonte de pesquisa para o historiador que trabalha com a história das doenças e oferece uma grande contribuição metodológica que utiliza a literatura como fonte histórica, abordagem também empregada neste estudo. Os capítulos 7, 8 e 9 são dedicados à história da lepra/hanseníase, nos quais os autores apresentam diversas metodologias de como trabalhar com as fontes documentais na construção de trabalhos históricos sobre essa misteriosa e instigante doença. Tais metodologias e abordagens também foram bastante caras ao desenvolvimento desta pesquisa.

No capítulo 7, intitulado “As altas e o problema social dos egressos” Carolina Cahu traça, a partir de artigos de jornais da década de 1950, o percurso de egressos do hospital de Mirueira, espaço de isolamento de leprosos no estado de Pernambuco. Juliane Serres trata, no capítulo 8, intitulado “Passados que existem quando narrados: lepra, memória e esquecimento”, da experiência dos doentes de lepra no Rio Grande do Sul, durante as primeiras décadas do século XX, focalizando no período pós 1940, quando foi criado o Hospital-Colônia Itapuã, primeiro leprosário do Estado. Para estudar sobre os homens e mulheres acometidos pela doença, a autora elege duas tipologias de fontes: a memória construída por eles, através dos registros da História Oral, e os prontuários médicos. As memórias de pacientes egressos também são privilegiadas como fontes no capítulo 9, de autoria de Gisafran Jucá & Zilda Lima, intitulado “Memórias de hansenianos cearenses: outras histórias”, onde são estudadas algumas imagens construídas a respeito dos espaços de isolamento, mostrando que os indivíduos burlavam a ordem estabelecida e traçavam histórias e experiências (fugas, amores, bebedeiras, aventuras) que escapavam às regras no interior das duas colônias cearenses analisadas: Antonio Justa, na cidade de Maracanaú, e a de Antonio Diogo, em Redenção.

No livro intitulado *Hanseníase: a voz dos que sofreram isolamento compulsório*, organizado por Dilene Nascimento & Vera Regina Marques, os/as autores/as também lançaram mão da metodologia da história oral para acessar as experiências, concepções e trajetórias dos doentes de hanseníase que foram isolados compulsoriamente em diversos leprosários, de várias regiões do Brasil. A coletânea apresenta novas interpretações sobre uma doença secular, a partir de relatos daqueles que efetivamente viveram a experiência da lepra/hanseníase e do estigma por ela produzido.

Retomo aqui as reflexões teórico-metodológicas de José Carlos Reis (2000), que, ao tratar da história-problema, reconhece a impossibilidade de o historiador narrar os fatos históricos tal como aconteceram. Ele escolhe seus objetos de estudo no passado e os interpreta - livre de julgamentos - a partir do presente. Seleciona, interroga, conceitua, analisa, sintetiza e conclui, reconhecendo que não há história sem teoria. Continuo, agora com Michel de Certeau (2011), afirmando que o historiador explicita seus pressupostos e conceitos, seus problemas e hipóteses, seus documentos e as técnicas utilizadas em suas pesquisas, sobretudo, a partir do lugar social e institucional de ele que fala, no presente.

Como dito anteriormente, com o fechamento dos acervos para consulta presencial em 2020 e 2021, passei a priorizar o conjunto de fontes disponível em meios eletrônicos, como os jornais e revistas da Hemeroteca da Fundação Biblioteca Nacional. Nesse cenário, os trabalhos literários e as entrevistas realizadas por outros pesquisadores também passaram a figurar entre as poucas alternativas de pesquisa possíveis naqueles tempos impactados pela pandemia de Covid-19.

### **A pesquisa no contexto da pandemia de Covid-19**

Noite de quinta-feira, 19 de março de 2020, a assessoria de imprensa da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) noticiava na página eletrônica da instituição o registro do primeiro caso confirmado de Covid-19 em território mato-grossense. Após o paciente testar positivo para o novo coronavírus (através de exame realizado em um laboratório particular de Cuiabá/MT), uma nova amostra foi coletada e analisada pelo Laboratório Central do Estado (Lacen/MT), que confirmou oficialmente o diagnóstico da doença, causada por um vírus ainda pouco estudado pela ciência, estranho às autoridades sanitárias e profissionais de saúde e que representava uma grande incógnita à sociedade em geral (SES confirma [...], 2020, *on-line*).

Enfermidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), a Covid-19 foi caracterizada como pandemia pela OMS em 11 de março de 2020. Com o intuito de conter a rápida propagação do vírus e da doença, várias restrições e medidas de biossegurança passaram a ser aprovadas, legalizadas e exigidas pelas agências internacionais de saúde e pelas autoridades governamentais e sanitárias dos países atingidos (Marques, Silveira & Pimenta, 2020).

Em poucos meses, a Covid-19 transformou radicalmente a vida de pessoas e instituições de vários países e regiões do planeta. O distanciamento obrigatório entre as pessoas, valendo-se do isolamento social e domiciliar, e o desenvolvimento da maioria das atividades de forma remota (à distância) foram as principais medidas adotadas para se tentar diminuir a expansão da pandemia.

O novo coronavírus surgiu na China, mas rapidamente atravessou as fronteiras do país asiático e chegou à Europa, provocando pavor e muitas mortes na Itália, Espanha, França, entre outros países do ocidente. Na sequência, se espalhou por várias regiões do planeta e chegou ao Brasil, alterando drasticamente as

relações sociais, econômicas, políticas e culturais das populações atingidas pela pandemia em ritmo acelerado. Doença impactante, a Covid-19 se tornou objeto de estudo privilegiado de cientistas e pesquisadores das mais variadas áreas do conhecimento, especialmente de historiadores que se dedicam à história da medicina, das políticas de salubridade pública e das complexas relações entre saúde e doença e suas instituições (Marques, Silveira & Pimenta, 2020).

“Pandemia: COVID: Brasil é tido como 'colônia de leprosos'; vizinhos fecham fronteiras”. Esse foi o título da notícia publicada na edição do jornal *Estado de Minas* de 14 de março de 2021, fazendo referência ao avanço acelerado e descontrolado de casos de Covid-19 em território brasileiro. Foco de tensão pelo alto índice de mortes e com a vacinação em ritmo lento, o país enfrentava a sua pior fase desde o início da pandemia, tornando-se motivo de preocupação mundial pela ameaça de contágio, principalmente às nações fronteiriças.

A metáfora utilizada pelo jornal mineiro remonta ao imaginário sociocultural que acompanha a história da lepra há séculos. Ao comparar o Brasil às antigas colônias de leprosos, cuja principal função era colocar em prática as políticas públicas de segregação e isolamento obrigatório de leprosos (vítimas de forte estigma, preconceito e discriminação social), a reportagem ressalta o caos que a pandemia de Covid-19 havia imposto à maioria dos estados e municípios brasileiros nas duas primeiras semanas do mês de março de 2021, enfatizando a consequente necessidade de isolar o país e sua população do resto do mundo.

Diante da grande ameaça de contágio e proliferação do novo coronavírus, autoridades da OMS expressavam o perigo representado pelo Brasil à saúde pública mundial. Como medida preventiva, governantes latino-americanos e de várias outras nações passaram a proibir a entrada de brasileiros em seus territórios (Pandemia: Covid: Brasil [...], 2021, *on-line*), adotando políticas isolacionistas semelhantes ao tratamento dispensado às pessoas acometidas pela lepra/hanseníase no período privilegiado neste estudo. É oportuno ressaltar que tais comportamentos e atitudes segregadoras remontam a representações e práticas sociais estigmatizantes que foram sendo constituídas ao longo da história da enfermidade.

Em 19 de março de 2021, exatamente um ano após a confirmação do primeiro caso de Covid-19 em Mato Grosso, a cidade de Chapada do Guimarães/MT decretou situação de calamidade pública por falta de leitos para atender pacientes com sintomas graves da doença. Todas as enfermarias do município estavam

lotadas e não havia leitos de UTI disponíveis nas redes pública e privada de saúde em todo o Estado. Ainda segundo o decreto municipal, tratava-se de situação de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional, decorrente da pandemia de Covid-19 e de seus impactos socioeconômicos e financeiros em Mato Grosso e, mais especificamente, em Chapada dos Guimarães (Prefeitura decreta [...], 2021, *on-line*).

Como era de se esperar, o contexto de pandemia também transformou radicalmente a vida das pessoas, criando novos hábitos e estabelecendo rotinas profissionais e acadêmicas ditadas pelas várias medidas sanitárias de biossegurança que foram sendo legalizadas e incorporadas ao cotidiano. Escolas, universidades, arquivos e demais instituições de ensino e pesquisa fecharam suas portas. Tal situação de excepcionalidade obrigou a realização da maioria das atividades de forma remota, de acordo com as condições, possibilidades e limites de cada órgão, empresa ou entidade.

Diante da implementação das medidas obrigatórias de distanciamento social e isolamento domiciliar, o desenvolvimento desta pesquisa ficou bastante prejudicado. As entrevistas e a coleta de depoimentos tiveram que ser adiadas e a falta de acesso a um conjunto significativo de fontes documentais atrasou o desenvolvimento do trabalho, uma vez que muitas instituições ainda não disponibilizam seus acervos para consulta via internet. O NDIHR/UFMT e o IMPL/MT voltaram a receber pesquisadores para consulta presencial a partir de abril de 2022, entretanto, até o presente momento, o APMT ainda está fechado por conta de uma reforma em seu edifício. Diante de tais circunstâncias, fui obrigado a repensar os tipos de fontes, o recorte temporal, enfim, reorganizar todo o trabalho.

Medo, insegurança, turbulências, restrições, incertezas, atrasos..., este foi o cenário enfrentado para o desenvolvimento da pesquisa enquanto a pandemia de Covid-19 persistiu em Mato Grosso, no Brasil e em vários outros países e regiões do planeta.

Investigar a trajetória do Hospital São Julião no enfrentamento à lepra em Mato Grosso em um recorte temporal do século XX, vivenciando o cotidiano de distanciamento social e isolamento domiciliar em tempos de pandemia de Covid-19, não foi tarefa fácil. Dessa experiência, marcada por adversidades e situações isolacionistas em temporalidades e espacialidades distintas, emergiram semelhanças intrigantes (porém desafiadoras) entre o objeto de estudo no passado

e as condições de realização da pesquisa no presente. Essa situação evidenciou, sobretudo, a força das transformações e dos impactos sociais, econômicos, políticos e culturais provocados pela doença, quando analisada em perspectiva histórica.

### **Estrutura da tese**

Para dar conta dos objetivos propostos, esta tese encontra-se dividida em três capítulos, com suas respectivas seções, sendo que no início de cada um deles escrevo uma breve introdução, onde apresento ao leitor as principais questões trabalhadas e como estas foram problematizadas durante a redação do capítulo. No primeiro, intitulado “Panorama do Combate à Lepra em Mato Grosso: interfaces entre a doença e a saúde pública no século XIX e primeiras décadas do XX”, abordo, em linhas gerais, o isolamento nosocomial de leprosos em Mato Grosso no período em questão, que acintosamente extrapola o recorte temporal privilegiado neste trabalho, focalizando no primeiro momento da institucionalização do isolamento de doentes de lepra no Estado, a partir das origens (1755), inauguração (1816) e reinauguração (1924) do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Em seguida, problematizo as correlações existentes entre as políticas e ações de controle e combate à lepra em Mato Grosso e os problemas sanitários discutidos em nível nacional, evidenciando o processo de constituição e institucionalização da saúde pública no âmbito estadual, ocorrido a partir dos anos finais do século XIX até as décadas de 1930/40. Nesse cenário de mudanças, mereceu destaque especial o conjunto de normas saneadoras instituído em Mato Grosso por meio da aprovação da *Reforma Sanitária Júlio Müller* e da publicação do *Regulamento Sanitário de 1938*. O objetivo aqui não é aprofundar no estudo das políticas sanitárias nacionais, mas refletir sobre a dimensão que as medidas e ações de enfrentamento à lepra, com ênfase no isolamento obrigatório dos acometidos pela doença, repercutiram na agenda de saúde pública estadual.

No segundo capítulo, intitulado “De Asilo-Colônia a Sanatório: o lugar do São Julião na profilaxia da lepra em Mato Grosso (1941-1951)”, analiso os caminhos percorridos pelo Asilo-Colônia São Julião a partir da sua inauguração (1941) até a federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra de Mato Grosso (1951), ano em que também, por decisão legal do governo da União, passou a ser denominado

Sanatório-Colônia São Julião. Durante esse percurso, começo contextualizando a inauguração do São Julião como parte integrante das ações do governo estadonovista em Mato Grosso, desenvolvidas no âmbito do programa *Marcha para o Oeste*<sup>22</sup>. Na sequência, analiso as dificuldades orçamentárias, administrativas e de infraestrutura enfrentadas pelo leprosário nos primeiros anos da “República Populista” (iniciada em 1946), período marcado por grande instabilidade na nova configuração política estadual. No estudo dessas dificuldades, abro um espaço para as memórias do isolamento, experiências cotidianas, vivências e sociabilidades de pacientes internados, com destaque para o papel desempenhado pelo emblemático edifício do parlatório no asilo-colônia daquele tempo. A introdução da sulfonoterapia na rotina clínica do São Julião (1947), a concessão das primeiras “altas” a doentes de lepra isolados no estabelecimento (1950) e o contexto de aprovação da lei federal (1951) que instituiu a mudança no nome dessas instituições, de asilos-colônias para sanatórios-colônias, também figuram entre as temáticas estudadas no segundo capítulo.

No terceiro e último capítulo, intitulado “De Sanatório-Colônia a Hospital: o percurso do São Julião no cenário de “desmonte” do modelo isolacionista (1952-1970)”, investigo os rumos da instituição no contexto do chamado “otimismo sanitário”, durante as décadas de 1950/60, focalizando, respectivamente, no convênio de federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra (SPL) de Mato Grosso (1952-1956), na criação e implantação da Campanha Nacional contra a Lepra (1954/59) e na publicação do Decreto Federal nº 968/1962, que oficializou o término do isolamento compulsório de doentes de lepra no Brasil. Também estudo o ápice da situação de abandono pelo poder público (federal e estadual) dos pacientes segregados no então sanatório-colônia a partir de meados da década de 1960, após a instauração do regime militar no Brasil, contemplando as mudanças políticas e institucionais iniciadas com os trabalhos desenvolvidos pela Irmã Silvia (a partir de 1964) e reforçadas pela atuação dos voluntários da OMG, a partir de 1970. Concluo o 3º e último capítulo, discutindo o contexto histórico que levou à transferência da administração do Sanatório-Colônia São Julião do governo estadual para a AARH, efetivada através do Decreto Estadual nº 1.364, de 20 de novembro de 1970.

---

<sup>22</sup> Denominação dada ao projeto desenvolvido por Getúlio Vargas durante a ditadura do Estado Novo, que tinha como objetivo promover o “desenvolvimento populacional e a integração econômica” das regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil. Ver 1ª seção do 2º capítulo.

Escolher o São Julião como objeto de estudo é, antes de tudo, assumir o compromisso de analisar fragmentos do passado com o objetivo de contribuir para o maior e melhor entendimento sobre as manifestações da hanseníase e das pessoas acometidas pela doença na atualidade. Nesse sentido, esta pesquisa encontra respaldo na possibilidade prática de envolver agentes históricos do presente, para que possam repensar comportamentos carregados de preconceitos e atitudes discriminatórias que foram direcionados às pessoas acometidas pela lepra no passado e que ainda persistem em torno da atual hanseníase. Em última instância, esta tese pretende contribuir com a historiografia sobre a lepra/hanseníase em Mato Grosso e suas instituições nosocomiais, produzindo e divulgando conteúdos históricos relevantes para a sociedade que sustenta a universidade, a educação e a saúde pública em nosso país. Considero essa possibilidade a principal e mais importante justificativa do trabalho ora introduzido.

Por fim, o que se assiste até os dias atuais é uma precária ação governamental no sentido de controlar a hanseníase no Brasil, que ainda é uma doença endêmica em várias regiões do país. Conforme analisado, Mato Grosso ocupa o primeiro lugar entre os estados brasileiros em casos da doença, sendo considerado um território hiperendêmico. Tais estatísticas pressionam o poder público a implementar políticas e ações sociais e de saúde mais efetivas e eficazes para mudar essa realidade e alertam a sociedade para o grave e incômodo problema de saúde pública que a hanseníase ainda representa em nosso Estado.

## 1 PANORAMA DO COMBATE À LEPROSA EM MATO GROSSO: interfaces entre a doença e a saúde pública no século XIX e primeiras décadas do XX

São Julião – ontem e hoje

Antes de existir São Julião, havia em Cuiabá um pequeno leprosário - o 'São João dos Lázaros' - onde se refugiavam ou eram recolhidos pela saúde pública os doentes de lepra do Estado. Porém, não era o Serviço de Saúde Pública e nem, obviamente, eles próprios que se mantinham: eram umas senhoras da sociedade cuiabana que forneciam-lhes, periodicamente, comida, algumas roupas, etc. Nada mais que isso; nem mesmo assistência médica podiam ter.

(Lino Villachá, 1976, p. 75)

### SAÚDE PÚBLICA EM MATO GROSSO

Sua reforma – O que temos conseguido – Falta ainda melhor ajustamento – Confronto que nos lisonjeia, mas não nos satisfaz – Três grandes problemas em resolução: Tuberculose - Lepra - Fogo Selvagem – Uma satisfação aos Municípios sobre a taxa de 5% – O Estado deve sentir o problema de Saúde Pública como um imperativo vital.

DR. HELIO PONCE DE ARRUDA

(do D. S. E.)

(Jornal *O Estado de Mato Grosso*, 1939, *on-line*)

No segundo decênio do século XIX, Mato Grosso já contava com um espaço de segregação e isolamento social de pessoas acometidas pela lepra: a Casa Pia de São Lázaro de Cuiabá<sup>23</sup>, cujas origens remontam ao legado deixado em testamento por Manoel Fernandes Guimarães, no ano de 1755. Inaugurada em 25 de abril de 1816, pelo Capitão-General João Carlos Augusto D'Oeynhausen e Gravenburg (que esteve à frente do governo da Capitania de Mato Grosso entre os anos de 1807 e 1819), a Casa Pia foi construída e mantida, em sua maioria, com recursos oriundos da sociedade civil, através do referido legado e de diversas outras doações e ações de cunho voluntário, caritativo e filantrópico. O nosocômio foi o primeiro e único estabelecimento destinado ao recolhimento de leprosos em Mato Grosso até a inauguração do Asilo-Colônia São Julião, em 1941 (Nascimento, 2019, p. 247-267).

Foi no transcorrer do século XIX que a Casa Pia de São Lázaro recebeu a nova denominação de Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, período em que

---

<sup>23</sup> Primeira denominação do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. As chamadas “Casas de Lázaro”, como ficaram conhecidas muitas instituições de atendimento aos leprosos, emprestavam esse título de um personagem bíblico tradicionalmente associado à lepra, que passava fome, não tinha abrigo e padecia às portas de um homem rico. Patrono dos mendigos e dos leprosos, dos “lazarentos” em geral, São Lázaro tornou-se inspiração para o cuidado e atenção que a Igreja Católica deveria despender com a manutenção dos leprosários (Antunes, 1991, p. 87).

também amargou um longo processo de abandono por parte das autoridades governamentais e sanitárias do Estado. Reinaugurado em 12 de outubro de 1924, o antigo “lazareto”<sup>24</sup> passou a compartilhar com o Asilo-Colônia São Julião, a partir de 1941, ano da inauguração deste último, a função de recolher, isolar e tratar os portadores do mal de Hansen em Mato Grosso. Essa coexistência perdurou até a total desativação da primeira instituição, ocorrida, conforme assinalado na introdução, entre fins da década de 1950 e inícios dos anos 1960.

“Saúde Pública em Mato Grosso”, foi o título escolhido para a matéria publicada na edição de lançamento do jornal *O Estado de Mato Grosso* de 27 de agosto de 1939. Nela, o médico Hélio Ponce de Arruda – representando o Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso (DSE/MT) – afirmava ser a lepra, junto com a tuberculose e o fogo selvagem, um dos três grandes problemas de saúde pública “em resolução” pelas autoridades governamentais e médico-sanitárias do Estado (Arruda, 1939, *on-line*). O discurso de Ponce de Arruda representava bem a importância conferida às medidas profiláticas, com ênfase na prática social do isolamento compulsório dos leprosos, que estavam sendo criadas e aprovadas para fortalecer as ações de combate e controle da endemia leprótica naquele contexto de reformas dos serviços de saúde e saneamento.

O gestor do DSE/MT também ressaltou que a *Reforma Sanitária Júlio Müller*, tornada lei através do regulamento sanitário instituído pelo decreto estadual nº 171, de 7 de junho de 1938, ainda requeria de “melhor ajustamento”, e que a saúde pública deveria ser sentida como um imperativo vital pelo poder público e sociedade mato-grossenses. Mesmo com a contribuição financeira de 5% sobre a arrecadação de tributos dos municípios, pouco se tinha conseguido avançar no campo sanitário, considerado por ele, como de extrema importância à tão desejada modernização e o progresso civilizacional do “vastíssimo” território mato-grossense no período em

---

<sup>24</sup> O termo “lazareto” também é derivado do personagem bíblico Lázaro, e surgiu 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 manifestassem (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, às gafarias e 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 (Antunes 1991, p. 87).

questão, cujo espaço geográfico somava também o atual estado de Mato Grosso do Sul/MS e parte do atual estado de Rondônia/RO.

Com o propósito de abordar, em linhas gerais, o isolamento nosocomial de leprosos em Mato Grosso entre o século XIX e as primeiras décadas do XX, o presente capítulo prioriza um extenso período que extrapola o recorte temporal privilegiado neste trabalho. As questões privilegiadas aqui são: como se deu o processo de implementação do isolamento nosocomial de leprosos em Mato Grosso no período em questão? Qual o papel reservado ao Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá nas agendas sanitárias de combate à endemia leprótica instituídas pelo Estado e defendidas pela sociedade, sobretudo parcelas das elites locais? Como dirigentes políticos e autoridades médico-sanitárias se mobilizaram para enfrentar o perigo representado pela doença naquela época?

Buscando responder a essas indagações, as análises deste capítulo foram organizadas e divididas em duas seções. Na primeira, intitulada “De Casa Pia de São Lázaro a Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá: veredas da primeira instituição de isolamento de leprosos de Mato Grosso”, abordo o primeiro momento da institucionalização do isolamento de doentes de lepra no Estado, a partir das origens (1755), inauguração (1816) e reinauguração (1924) do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Na segunda, intitulada “Lepra e Saúde Pública em Mato Grosso: o isolamento compulsório de leprosos no contexto da *era do saneamento*”, problematizo as correlações existentes entre as políticas e ações de combate à endemia de lepra em Mato Grosso e os problemas sanitários discutidos em nível nacional, focalizando o processo de constituição e institucionalização da saúde pública no âmbito estadual, ocorrido a partir dos anos finais do século XIX até as décadas de 1930/40. Nesse cenário de mudanças, mereceu destaque especial o conjunto de normas saneadoras instituído em Mato Grosso por meio da aprovação da *Reforma Sanitária Júlio Müller* e da publicação do *Regulamento Sanitário de 1938*. O objetivo aqui não é aprofundar no estudo das políticas sanitárias nacionais, mas refletir sobre a dimensão que as medidas e ações de enfrentamento à lepra, com ênfase no isolamento obrigatório dos acometidos pela doença, repercutiram na agenda de saúde pública estadual.

Assim, na seção seguinte, discuto, brevemente, a complexa trajetória das instituições de recolhimento de leprosos na Europa Ocidental e no Brasil, focalizando as precárias condições sanitárias que levaram a lepra, os doentes e o

Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá a se constituírem como graves problemas de saúde pública em Mato Grosso.

A ameaça representada pela endemia leprótica incomodava profundamente os segmentos sociais mais abastados da população cuiabana e mato-grossense, sobretudo as autoridades governamentais e médico-sanitárias. Devido à carência de dotações orçamentárias, constantemente assinalada nos discursos dos dirigentes políticos, o Hospital dos Lázaros fora construído, inaugurado e mantido, em grande medida, com recursos oriundos da caridade pública, de legados deixados em testamentos e do trabalho voluntário. Sociedades, associações, ligas, comissões, entre outras organizações femininas, se encarregavam de promover diversas ações e eventos beneficentes, em especial campanhas filantrópicas, com o propósito de assegurar a prática do isolamento institucional de leprosos no Estado, tida como a principal medida profilática de combate à doença naquele período.

### **1.1 De Casa Pia de São Lázaro a Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá: veredas da primeira instituição de isolamento de leprosos de 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 espaço alpendre.

Esses cubículos eram escuros e não tinham a ventilação conveniente; mais pareciam cubículos destinados à retenção de criminosos.

(Firmo Rodrigues, v. 2, 1969, p. 154)

Conforme analisado, segregar o leproso do ambiente ocupado pelos sadios foi uma prática bastante utilizada em diversos tipos de sociedades e períodos históricos. Os doentes eram excluídos do convívio social e o isolamento era concretizado valendo-se dos mais variados locais e estabelecimentos, que receberam diferentes denominações ao longo do tempo: cabanas, localizadas nos arredores dos acampamentos ou arraiais; residências particulares, porém distantes do contato com os demais membros da família; casas pias, lazaretos e hospitais, mantidos pela caridade pública (na maioria das vezes intermediada pela Igreja

Católica); asilos-colônias, colônias de leprosos e sanatórios-colônias, visando uma convivência comunitária mais ampla para os segregados; leprosários, leprocômios, dentre outros espaços de apartamento, reclusão, tratamento e vigilância social dos indivíduos acometidos pela doença (Nascimento, 1997, 2000, 2001, 2019).

Figura 3 - Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, “moradia de um interno”, 1938.



Fonte: APMT, Relatório [...], 1939, p. 14.

A partir do século IV, com a ascensão do cristianismo na Europa Ocidental, vários estabelecimentos destinados ao cuidado e abrigo de doentes passaram a ser criados pelo clero, por obra da caridade cristã. Os fundamentos do cristianismo estavam fortemente associados à crença de que a assistência social aos doentes, desvalidos e desamparados era um importante expediente de salvação da alma, de remissão dos pecados. Diante disso, os concílios de Nicéia (realizado no ano de 325) e o de Cartago (em 398) foram os grandes precursores do estímulo e da multiplicação das diversas instituições beneficentes que passaram a ser criadas e difundidas na Europa a partir daquele período. Sobre a caridade em benefício dos doentes na Europa Medieval, assim escreveu José Leopoldo Ferreira Antunes:

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 mortos (Antunes, 1991, p. 40, grifos meus).

Os atos de misericórdia em relação aos doentes e outros desvalidos eram motivados pela convicção de que os mesmos seriam revertidos ao cristão benevolente sob a forma de remissão dos pecados e do favorecimento de indulgências divinas, servindo, portanto, como poderoso expediente religioso de salvação da alma. Acreditava-se em vários tipos de recompensas celestiais, que poderiam ser alcançadas ainda em vida ou após a morte do benfeitor. Seguindo os auspícios dessa mentalidade (desenvolvida e estimulada pelo cristianismo medieval), foram sendo criadas várias instituições, de diferentes tipos, com a finalidade de amparar os pobres, velhos, órfãos, desvalidos, doentes e outros necessitados, as quais em poucas décadas podiam ser encontradas por toda a Europa Ocidental (Nascimento, 1997, 2001).

Durante a Idade Moderna, os hospitais preservaram seu caráter de estabelecimentos de assistência social, voltados, entretanto, não mais apenas à realização das vocações religiosas e piedosas, mas a outras obrigações tidas como de interesse coletivo: albergar pobres e doentes desprovidos de recursos para arcar com as despesas de um tratamento regular e buscar conter grupos populacionais considerados como potencialmente perigosos a (cada vez mais crescente) vida nas cidades: mendigos, imigrantes e portadores de moléstias repulsivas ou contagiosas. O desenvolvimento e aplicação das práticas médicas leigas ainda não eram uma realidade nos hospitais daquele período (Antunes, 1991).

Dentre as inúmeras instituições que foram sendo criadas pelo clero estão os “Lobotrophia”, que eram asilos que tinham por finalidade acolher os inválidos e os leprosos. Talvez seja essa a primeira denominação dada aos leprosários. Estudos revelam que o mais antigo estabelecimento desse gênero tenha sido fundado antes do ano 350, 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 repulsão (Antunes, 1991, p. 41, grifos meus).

De acordo com Nascimento (2001), o acirramento da incidência de lepra na Europa (onde foi endêmica entre os séculos XI e XIV) modificou enormemente não

apenas os comportamentos e atitudes sociais acerca do leproso (que sempre fora objeto de execração pública), mas também dos acometidos por outras enfermidades que apresentassem inflamações crônicas na pele ou características e sintomas semelhantes. Os sentimentos de asco, repulsão e agressão ao doente de lepra não foram exclusivos desse período, porém, devido ao aumento de manifestações da doença entre a população, autoridades sanitárias e sociedade em geral passaram a pressionar e exigir dos governantes a instalação de espaços de isolamento e de efetiva segregação comunitária para esses indivíduos. Lembrando que a localização dessas instituições deveria ser sempre projetada fora dos limites dos arraiais, vilas e cidades.

Os primeiros leprosários foram criados na Europa cristã 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 dessas instituições impunha péssimas condições de vida às pessoas nelas excluídas, bem como rígidas normas carcerárias, com o intuito de impedir as fugas e os “contatos perniciosos” dos doentes com os “indivíduos sadios”. 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 dispensários (Nascimento, 2001).

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 o isolamento desses indivíduos. A atenção que representantes da Igreja Católica e seus seguidores despendiam aos leprosos era ambivalente em vários sentidos, pois reunia compaixão e perseguição, piedade e condenação, simpatia e discriminação. As atitudes da maioria dos cristãos, no sentido de auxiliar os leprosos, também estavam envoltas por um misto de aversão e desprezo por aqueles doentes. Havia uma “bondade egoísta” latente em grande parte dos fiéis, que era apoiada na expectativa

de se livrar do perigo do contágio e de receber indulgências pela concessão das esmolas (Antunes, 1991).

Ainda segundo Antunes (1991), 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 na Europa Ocidental e foi substituída por outras enfermidades, a atividade de controle público exercida por aqueles estabelecimentos anunciou uma forma inaudita de enfrentamento às doenças transmissíveis: a separação social do doente e sua retenção em instituições criadas para esse fim.

A partir do século XV, os leprosários começaram a declinar no continente europeu. A redução da incidência da lepra levou à decadência e ao abandono de muitos desses espaços de segregação e reclusão. 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. Ao declinar no antigo continente, a lepra já era um 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, por negros escravizados trazidos da África ou por aventureiros de toda sorte que para cá se dirigiram, a moléstia trouxe consigo também o estigma, o medo e a discriminação social em desfavor das pessoas acometidas por ela (Nascimento, 2001).

Segundo Lycurgo Santos Filho, ainda que certos tropicalistas europeus insistissem em situar a lepra na América em períodos anteriores à chegada de brancos e negros, não há registros que comprovem a existência da enfermidade entre as populações indígenas que viviam no continente americano antes do contato com outros povos. Ao tratar da lepra no Brasil, o estudioso da história da medicina nega enfaticamente tal interpretação e afirma que:

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 negros (Santos Filho, 1991, v. 1, p. 188).

As primeiras notificações de casos de lepra no Brasil foram feitas no ano de 1600, mais especificamente na cidade do Rio de Janeiro. Rapidamente outros focos

da doença foram identificados na Bahia e no Pará. A partir do século XVIII, o poder instituído (com anuência da Igreja Católica e valendo-se da caridade pública e de outras ações assistenciais) passou a implementar o isolamento nosocomial como medida de se evitar o contágio e a proliferação da lepra nos territórios coloniais, criando, paulatinamente, os primeiros lazaretos<sup>25</sup> em algumas cidades brasileiras. Rio de Janeiro, Salvador e Recife foram os centros urbanos pioneiros na construção daquelas instituições (Nascimento, 2001).

Nos lazaretos, os internos recebiam assistência precária e desumana, ficando na maioria das vezes entregues à própria sorte. Tais estabelecimentos eram mantidos à custa de esmolas, legados e outras doações em nome da caridade cristã, da busca de indulgências religiosas e prestígio social. Não raras vezes, as autoridades governamentais se eximiam das responsabilidades com a manutenção daquelas instituições, pois faziam questão de frisar que eram casas de caridade e, portanto, deveriam sobreviver de doações feitas pela Igreja Católica, pelos fiéis e pela sociedade civil em geral. Sobre o cotidiano nos lazaretos brasileiros, assim se posicionou Santos Filho:

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 (Santos Filho, 1991, v. 1, p. 256, grifos meus).

No século XIX, a lepra se alastrou de tal maneira que foi considerada endêmica em várias regiões do país, como Minas Gerais, Espírito Santo, Maranhão, São Paulo e Mato Grosso. O “mal de São Lázaro” (como também era identificada no Brasil à época) provocava pânico nas pessoas e, tal como ocorrera na Antiguidade e na Idade Média, evitava-se o doente, que era exortado para fora das vilas e cidades e isolado em pequenos lazaretos que foram sendo paulatinamente edificadas nos arredores de algumas capitais brasileiras (Nascimento, 2001).

Para Santos Filho, aqueles estabelecimentos de apartamento social existiram em número insuficiente no Brasil do período, considerando sua grande extensão territorial e o elevado número de leprosos registrado pelos estudiosos. Deve-se

---

<sup>25</sup> Designação que, mesmo de maneira imprópria, acabou por substituir o termo leprosário no Brasil dos séculos XVIII, XIX e até princípios do XX.

acrescentar, ainda, que os lazaretos eram descritos como espaços de desespero, infelicidade, maus tratos e abandono. Muitos deles foram considerados “antecâmaras da morte”. Diante disso, 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 (Santos Filho, 1991, v. 2, p. 465, grifos meus).

Foi nesse contexto que, conforme mencionado, o capitão-general Oeynhausén promoveu a construção e inauguração, em Cuiabá (principal cidade da capitania de Mato Grosso à época), da Casa Pia de São Lázaro, cujo principal objetivo seria garantir o afastamento social das pessoas acometidas pela morfêia<sup>26</sup>, evitando, deste modo, o avanço do contágio e a proliferação da “terrível moléstia” pelas vilas e cidades do “vasto” território mato-grossense (Nascimento, 2019).

Figura 4 - Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, “portão geral”, 1938.



Fonte: APMT, Relatório [...], 1939, p. 14.

<sup>26</sup> Essa era a denominação mais utilizada para se referir à lepra no Brasil e em Mato Grosso nos séculos XVIII e XIX.

O Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá tem suas origens diretamente ligadas ao sentimento de religiosidade cristã e à caridade e filantropia<sup>27</sup> de muitos beneméritos residentes em Mato Grosso (e até em outras capitâneas da América Portuguesa), mas principalmente ao testamento de Manoel Fernandes Guimarães. Português que viveu em Vila Bela da Santíssima Trindade, primeira capital de Mato Grosso, e que ali veio a falecer, em 1755, legando, como sua última vontade cristã, metade do “avultado” valor de sua herança para a construção de uma “casa de caridade na vila de Cuiabá”, destinada ao recolhimento dos “morféticos” que “vagavam pelas matas e arredores” dos centros urbanos da Capitania de Mato Grosso (Mendonça, v. 1, 1973, p. 164).

Em Mato Grosso, a necessidade de leprosários era premente desde as primeiras décadas da colonização e povoamento desta porção territorial, iniciados com a descoberta do ouro, em 1719. Alguns anos depois de criada a Capitania (1748) a morfêia já provocava medo e desespero na população, que pressionava as autoridades governamentais a tomarem providências para afastar dos doentes do convívio social. Nesse sentido, os Anais de Vila Bela da Santíssima Trindade (capital e sede do governo do Capitão-General Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres) registraram, no ano de 1773, um caso de lepra e as medidas a serem tomadas pelas autoridades competentes:

Sendo certificado Sua Excelência que o mal chamado de S. Lázaro, um dos mais incuráveis e comunicáveis, havia infeccionado uma Anna Ferreira [...] passou a ordem à Câmara para que a fizesse recolher ao seu sítio, e que o mesmo fosse providenciado em casos semelhantes e frequentes nesta Capitania, para preservar os povos de contágio tão pernicioso (Anais de Vila Bela [...], 1773 *apud* Freyre, 1978, p. 154).

Antes mesmo do período em que foi escrito o documento, já havia grande preocupação com o aumento indiscriminado de casos lepra na Capitania e, conseqüentemente, com a necessidade de criação de lazaretos. Prova disso é o mencionado legado deixado em testamento pelo português Manoel Fernandes Guimarães, em 1755. Testemunho de sua preocupação em se preparar

---

<sup>27</sup> Os conceitos de caridade e filantropia não são sinônimos. A filantropia se difere da caridade por estar desvinculada de qualquer vestígio de piedade e ter subjacente a ela a ideia de utilidade social. Nesse sentido, a caridade reflete o temor a Deus, a realização dos dez mandamentos - ajudar o próximo – uma atitude de resignação diante da pobreza; enquanto a filantropia caracteriza-se como uma virtude laicizada, é uma ação refletida, continuada e não isolada (Sanglard, 2010).

diligentemente para a morte e de sua grande devoção cristã diante das apreensões face aos mistérios da passagem para o além, esse legado representava metade do valor líquido da herança do abastado doador, que importava, no período, em cem mil cruzados. 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 perdura um período de 61 anos. Segundo algumas interpretações, mais afeitos aos interesses materiais e terrenos, alguns membros da elite mato-grossense não titubearam em apropriar-se do montante, dificultando que as autoridades locais dessem início à construção da almejada obra de caridade em Cuiabá (Rodrigues, v. 2, 1969).

Em contrapartida, a lepra se alastrava rapidamente pela capitania de Mato Grosso, principalmente entre os escravos e livres pobres, porém aterrorizava a população como um todo. Nesse cenário de grande instabilidade sanitária, as famílias abastadas - 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. Diante disso, a preocupação do capitão-general João Carlos Augusto D'Oeynhausen e Gravenburg, no sentido de acelerar a construção da Casa Pia de São Lázaro, fica evidente no projeto que enviou, em 1814, ao príncipe regente Dom João VI, para que a edificação da casa pia 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 ser entregar à polícia o cuidado de vigiar sobre os seus progressos. É a terrível moléstia de que falo, a morféia, mal funesto com que se tem familiarizado a tal ponto a classe mais infeliz, que, às vezes, os escravos buscam nela um título para sua liberdade. Todo pai de família tremerá, quando refletir por quantos modos se pode introduzir este mal na sua família (Rodrigues, v. 2, 1969, p. 134).

Apesar da urgência, não foram poucas as dificuldades que Oeynhausen teve que enfrentar para realizar o desejo do benemérito português. O principal empecilho à realização do projeto foi que o montante do legado estava espalhado entre 69 devedores pertencentes à elite mato-grossense, que se apropriaram do capital sob a forma de empréstimos. Sabedor da enorme dificuldade em receber o dinheiro em

curto prazo, o governante decidiu 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 esse motivo o capitão-general 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 na Casa Pia de São Lázaro (Rodrigues, v. 2, 1969).

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 pela 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 moderação (Rodrigues, v. 2, 1969, p. 136). Tal recomendação reafirma que os devedores eram pessoas de grande prestígio e influência dentro e fora da Capitania de Mato Grosso.

Uma vez aprovado o projeto, Oeynhausien deu início à construção da Casa Pia de São Lázaro. Escolhido o local, imediatamente para lá foi transferido certo número de leprosos, que ali organizaram um arranchamento e passaram a utilizar o terreno doado ao hospital para o cultivo de gêneros alimentícios e a criação de pequenos animais domésticos. Esta remoção emergencial dos doentes, encaminhados ao espaço designado antes mesmo do início das obras, reforça o caráter de urgência assumido pelas autoridades governamentais para a retirada dos “morféticos” do convívio social (Nascimento, 2001).

Localizada nos arredores da cidade, a Casa Pia de São Lázaro foi construída a mais ou menos dois quilômetros distante da vila de Cuiabá<sup>28</sup>. O estabelecimento tinha como propósito receber os doentes do dito “mal de São Lázaro”, livrando a sociedade da presença incômoda daqueles indivíduos, vistos e tratados como terríveis ameaças. A segregação representava a forma mais confiável de prevenção à moléstia, pois a população tinha convicção de que o contágio significaria sofrimento, rejeição, isolamento e abandono social, até mesmo por parte da família. A inauguração da Casa Pia fora marcada...

---

<sup>28</sup> "O edifício, devido á piedade do falecido Manoel Fernandes Guimarães, demora-se a pouco mais de uma milha distante desta capital" (NDIHR/UFMT, Relatório [...], 1872, p. 85).

[...] pela maior pompa de que naquela época poderiam revestir-se as solenidades em Cuiabá. Antes que para aquele local fossem transferidos os morféticos realizaram-se no edifício do hospital, baile, teatro, cantos e, no pátio, folguedos populares, os quais se prolongaram até o raiar da manhã do dia seguinte (APMT, Relatório [...], 1925, p. 18).

Passados oito dias da festa de inauguração, em 3 de maio de 1816, foram transferidos à Casa Pia 33 morféticos que até então se encontravam “alojados em ranchos de palha, no lugar denominado Banana” (APMT, Relatório [...], 1925, p. 18). É importante destacar que antes mesmo da existência da instituição asilar, um grupo de leprosos já estava reunido em outro espaço de exclusão, sobrevivendo precariamente, em moradias improvisadas, por exigência do distanciamento obrigatório e da discriminação social impostos aos indivíduos acometidos pela moléstia.

Segundo Firmo Rodrigues, a decisão política da Coroa Portuguesa de transferir o capitão-general João Carlos Augusto D'Oeynhausen e Gravenburg do governo da capitania de Mato Grosso para a de São Paulo (1819) teve drásticas consequências para a história da Casa Pia de São Lázaro de Cuiabá. Nas décadas seguintes à saída do administrador, o estabelecimento passou a enfrentar graves dificuldades financeiras, ocasionadas por longos períodos de abandono e descaso por parte dos seus sucessores no governo. E, após a emancipação política do Brasil (1822), em pouco tempo, o recorrente discurso da falta e/ou insuficiência de dotações orçamentárias para a manutenção da Casa Pia teria contribuído para precarizar a assistência social prestada aos doentes nela isolados, obrigando-os a viver em situação de grande “penúria” (APMT, Relatório [...], 1925, p. 18).

Não se sabe ao certo a partir de quando (mas provavelmente para homenagear o seu fundador) a Casa Pia de São Lázaro passou a se chamar Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Entretanto, a simples mudança de denominação não seria suficiente para amenizar a condição de abandono e esquecimento (com exceção de alguns melhoramentos que, segundo Firmo Rodrigues, foram realizados em 1848 e 1908) a que fora relegado o único leprosário existente em Mato Grosso durante todo o século XIX até inícios da década de 1920 (APMT, Relatório [...], 1925, p. 18-19).

Foi na gestão de Firmo Rodrigues à frente da *Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá*<sup>29</sup>, que as preocupações com a manutenção e o funcionamento do Hospital de São João dos Lázaros passaram a ocupar um lugar de destaque nos discursos e ações de algumas “senhoras e senhoritas” da elite mato-grossense.

Como vimos, a lepra tem sua história intimamente ligada às obras de caridade, desde pelo menos o século XII, quando a Igreja Católica tomou os leprosos e os leprosários por objeto da piedade cristã. Esmolas, legados deixados em testamentos, doações de bens e valores, dentre outras formas de arrecadação de recursos foram acionadas não apenas em nome da caridade e benevolência aos leprosos, mas, sobretudo, como estratégia de proteção à “população sadia”, garantindo que os doentes permanecessem reclusos nos estabelecimentos de segregação e isolamento comunitário. Essas representações e práticas sociais também vigoraram em Mato Grosso no período colonial, durante o Império, na Primeira República, no transcorrer do século XX e, podemos afirmar com certa tranquilidade, que ainda povoa o imaginário social na contemporaneidade, quando essas crenças religiosas resultavam (e resultam) em atitudes beneficentes, com o propósito de receber indulgências em vida ou por preocupações relacionadas à continuidade da experiência espiritual após a morte, à salvação da alma. Essa mentalidade, marcada pela forte religiosidade cristã, se converteria na principal mola propulsora para a execução do projeto de reforma e ampliação que resultou na reinauguração do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, em 12 de outubro de 1924, objeto de análise da seção seguinte.

### 1.1.1 A Comissão Feminina Pró-Lázaros e a reinauguração do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá (1924)

Nas décadas de 20 e 30 do século XX<sup>30</sup>, várias associações, ligas, comissões e sociedades beneficentes foram criadas por “senhoras e senhoritas da alta

---

<sup>29</sup> Entidade responsável pela administração e manutenção dos dois hospitais pios existentes em Mato Grosso à época, ambos localizados em Cuiabá: a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de São João dos Lázaros.

<sup>30</sup> A contextualização desse período, denominado por Hochman (1998) de “A Era do Saneamento”, está contemplada na próxima seção e no 2º capítulo deste trabalho.

sociedade”<sup>31</sup>, com a finalidade de promover e incentivar as mais variadas campanhas em prol das obras de caridade, campanhas filantrópicas e trabalho voluntário junto à população mato-grossense. E os recursos angariados por essas organizações femininas deveriam servir para amenizar a situação em que se encontravam não apenas os internos do Hospital dos Lázaros, como também os doentes pobres e outros desvalidos atendidos pela Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, uma vez que estes eram os dois únicos estabelecimentos hospitalares existentes no Estado à época.

Nesse cenário, merece destaque a criação da *Comissão Feminina Pró-Lázaros*, presidida por Dona Corina Novis Corrêa<sup>32</sup>, que se colocou à frente de um grande movimento destinado a incentivar a caridade, a filantropia e o voluntariado em benefício do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. O objetivo era realizar uma transformação no “estado de abandono e desconforto” a que estavam sujeitos os doentes ali segregados da sociedade. A princípio, o desejo de Dona Corina e das outras mulheres que compunham a dita comissão era construir, com o auxílio dos governos da União e do Estado, um novo e moderno edifício, que substituiria o antigo e decadente lazareto inaugurado em 1816, o que acabou não se concretizando (APMT, Relatório [...], 1925, p. 19).

Através da realização de diversas quermesses, festas beneficentes, leilões, concertos musicais, sessões de cinema, listas de subscrição e com o auxílio de seis contos de réis por parte do governo estadual, a *Comissão Feminina Pró-Lázaros* conseguiu alcançar resultados bastante satisfatórios. Entretanto, por não ter conseguido a contrapartida necessária da União para a edificação de um novo, grande, moderno e bem equipado hospital (como era o desejo das associadas), resolveram restaurar e ampliar o “velho edifício” do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá (APMT, Relatório [...], 1925, p. 20).

As obras de reforma e ampliação foram concluídas em outubro de 1924. Às 7 horas da manhã do dia 12 de outubro, “afluíram ao hospital altas autoridades do

---

<sup>31</sup> Cito, entre outras organizações, a *Comissão Feminina Pró-Lázaros*, a *Sociedade de Assistência aos Lázaros e defesa contra a Lepra*, a *Liga Feminina Pró-Lázaros* e a *Sociedade Cuiabana de Assistência aos Lázaros* (APMT, Relatório [...], 1942, p. 34). Sobre o papel desempenhado por essas “entidades leigas” na assistência social aos leprosos e no auxílio à manutenção de instituições de combate à lepra no Brasil, consultar a dissertação de mestrado de Vicente Saul Moreira dos Santos (2006), especialmente as análises contidas no 2º capítulo.

<sup>32</sup> Esposa do Coronel Pedro Celestino Corrêa da Costa, presidente do estado de Mato Grosso no período de 22/01/1922 a 25/10/1924.

Estado, muitas famílias e cavalheiros”, para assistirem a solenidade de reinauguração daquela secular instituição. 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 bênção do altar e a celebração da missa, o Exmo. Sr. Arcebispo fez alusiva alocução aos enfermos, e suas palavras, tão tocantes quanto confortadoras, puseram em relevo a caridade cristã daquele ato e enaltecera os sentimentos das digníssimas senhoras que concorreram para a realização de tão grande benefício (APMT, Relatório [...], 1925, p. 22, grifos meus).

Logo em seguida, tomou a palavra o major e vice-presidente em exercício da *Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá*, Firmo José Rodrigues, que fez uma rápida exposição de todas as obras de reconstrução que foram realizados no Hospital de São João dos Lázaros. Agradeceu a *Comissão Feminina Pró-Lázaros*, naquele...

[...] momento representada pela muito nobre cuiabana a Exma. Sra. D. Corina Novis Corrêa que, durante longos meses, trabalhou com o mais generoso entusiasmo, eficazmente auxiliada pelas senhoras de Cuiabá para a realização destas obras (APMT, Relatório [...], 1925, p. 23-27).

Para encerrar a solenidade, Rodrigues pediu para registrar em ata que a administração da *Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá* estava imensamente satisfeita com a realização das tão desejadas obras de reforma e ampliação. Melhoramentos que há muito tempo eram esperados pelos internos do estabelecimento e por toda a sociedade, mas que faltava às autoridades competentes os recursos necessários para colocá-los em prática. Declarou, ainda, que o ano de 1924 foi um dos mais prósperos da longa trajetória do hospital de caridade e que, mesmo depois de concluídas as obras sob a responsabilidade da *Comissão Feminina Pró-Lázaros*, o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá ainda não podia ser considerado um modelo de instituição de isolamento para leprosos. Entretanto, passara a oferecer maior conforto aos doentes ali segregados e já não produzira “como antes a impressão de presídio correcional” (APMT, Relatório [...], 1925, p. 17-27).

Figura 5 - Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, antes da reforma e ampliação.



Fonte: ACBM, Revista do Instituto Histórico de Mato Grosso, 1939, *on-line*.

Figura 6 - Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, após a reinauguração.



Fonte: ACBM, Revista do Instituto Histórico de Mato Grosso, 1939, *on-line*.

Nas décadas seguintes à reinauguração, o edifício do São João dos Lázaros foi utilizado como o único estabelecimento para isolamento de leprosos de Mato Grosso até o ano de 1941, quando aconteceu a inauguração do Asilo-Colônia São Julião, localizado na parte sul do Estado. A partir de então, o “novo e moderno” leprosário estaria destinado a receber, além de novos pacientes, aqueles os doentes que já se encontravam no “primitivo lazareto”, até a sua total desativação que, possivelmente, teria ocorrido entre fins na década de 1950 e princípios dos anos 1960.

Em suas crônicas sobre o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, Lino Villachá escrevera que os doentes isolados naquele estabelecimento não eram mantidos pela saúde pública e nem recebiam assistência médica especializada. Sobreviviam de doações da sociedade civil, através das obras de caridade de um grupo de “bondosas” senhoras, popularmente conhecido como *Liga de Proteção aos*

*Lázaros*. Villachá também registrou alguns nomes de indivíduos que, segundo ele, antes de serem transferidos de Cuiabá para o São Julião, teriam permanecido, por longos anos, separados da sociedade e reclusos “naquele sombrio casarão, quase medieval, de quem as pessoas sadias tinham medo e passavam de longe, sem levantar os olhos” (Villachá, 1976, p. 75).

Figura 7 - Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, “doentes internos”, 1938.



Fonte: APMT, Relatório [...], 1939, p. 15.

Em suma, o tratamento dispensado aos leprosos segregados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá era bastante precário e apresentava poucos resultados positivos. No aspecto terapêutico, pensava-se apenas em evitar, na medida do possível, que a enfermidade se desenvolvesse, agravando ainda mais o quadro de saúde do doente e provocando sequelas que acabariam piorando as suas condições de sobrevivência no antigo nosocômio. Assim, a finalidade maior do isolamento não era a busca da cura (haja vista que, no meio científico, até princípios da década de 1940, a lepra ainda era tida como uma moléstia incurável), mas impedir o contato daqueles doentes com os não portadores do bacilo de Hansen, evitando a transmissão da enfermidade e diminuindo as possibilidades de seu alastramento no meio social.

De fato, Hospital dos Lázaros não era, de modo algum, um meio para a obtenção de cura para a lepra, ou seja, não tinha sido concebido para desenvolver

uma terapêutica, com base em pesquisas e conhecimentos científicos, capaz de eliminar a enfermidade do organismo dos doentes nele isolados. Neste aspecto, aquele estabelecimento, que recolhia leprosos em Mato Grosso desde 1816, guardava características muito próximas do hospital medieval que, segundo Michel Foucault, não era uma instituição médica de tratamento e cura. Para ele, a medicina era, naquela época, uma prática não hospitalar e isso só mudaria 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 população (Foucault, 1979, p. 101-102, grifos meus).

Destarte, as reflexões de Foucault são bastante elucidativas para as análises desenvolvidas sobre o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, instituição asilar que conservou suas características assistenciais de separação e exclusão social até meados do século XX. Daí a sua forte relação com as obras de caridade, com a necessidade que se tinha de acolher os leprosos pobres e indigentes, para livrar a sociedade do contato com a doença e o doente, alvos privilegiados de um estigma que atravessou séculos de história.

Ainda seguindo a sugestão de Foucault, o Hospital dos Lázaros, em sua essência, também acabou desempenhando o papel de “um morredouro”, local onde os leprosos, desenganados pelos médicos, seriam isolados para esperar a morte certa, porém, na maioria das vezes, bastante demorada. Também funcionou como

um forte expediente para a prática da caridade social, em benefício da assistência dispensada aos internos, mas, sobretudo, daqueles que estavam em busca da salvação espiritual e, ao mesmo tempo, de se livrar do incômodo provocado por indivíduos marginalizados, tidos como um perigo para a sociedade, constituindo-se, portanto, num grave problema de saúde pública à época.

Em contraposição a essa percepção, veremos que o início da construção do Asilo-Colônia São Julião (1937) significava para as autoridades governamentais e médico-sanitárias um salto de modernização nas antigas formas de prevenção ao contágio e transmissão da lepra em Mato Grosso. O novo leprosário responderia aos anseios do poder instituído e da elite mato-grossense de poder contar com uma “grande, moderna e higiênica” colônia de leprosos que, segundo aqueles segmentos sociais, muito contribuiria com a profilaxia da doença em todo o Estado, “mal funesto” que se alastrava de forma aterrorizante e incontrolável pelas cidades da parte sul do território mato-grossense (APMT, Relatório [...], 1939, p. 16-17).

Segundo os escritos de Lino Villachá, a disseminação do discurso pautado no tratamento e cura da lepra e a forte propaganda implementada por órgãos do governo e parcelas significativas da sociedade teria levado os internos do São João dos Lázaros de Cuiabá a renovarem suas esperanças e alegrias com a real possibilidade de se livrarem daquela enfermidade que os castigava há anos ou décadas. Esquecidos no antigo lazareto, aqueles doentes teriam sido surpreendidos e agraciados pelas notícias de que o governo federal estava construindo em Campo Grande “um amplo e moderno” leprosário, “dotado de muito conforto e assistência médica especializada”, onde eles, finalmente, encontrariam a cura que tanto sonhavam.

Isso foi em 1936 ou 1937, mais ou menos e, não podiam saber, coitados, que só dez anos mais tarde é que, de fato, a cura surgiria com o evento das sulfonas no São Julião... Entretanto, movidos por aquela enorme vontade de melhorar a saúde, ao saberem que já finalizava a construção do hospital, não suportaram tanta ansiedade e puseram a caminho de Campo Grande, vindo a pé, pois além de serem doentes de lepra, com estigmas visíveis, um grande obstáculo, portanto, era raro mesmo o tráfego de veículos naquele tempo na estrada de chão batido da antiga Cuiabá – Campo Grande, para que pudessem pegar carona. Entretanto, esse percurso é de quase 150 léguas! E eles o fizeram em três meses, andando. Estiveram acampados à beira do Córrego Botas, próximo ao leprosário (em construção, ainda quando chegaram). Ali morreram alguns, não suportando a viagem (Villachá, 1976, p. 76).

O São Julião teria condições de receber, além dos internos transferidos do Hospital São João dos Lázarus, vários outros acometidos pelo mal de Hansen que vagavam pelas vilas e cidades da parte sul do território mato-grossense. De acordo com Villachá (1976, p. 76), não foi permitido que os doentes vindos de Cuiabá (que se encontravam acampados próximo ao edifício do novo asilo-colônia) participassem dos festejos de inauguração, junto às diversas autoridades presentes. “Ficaram escondidos no mato, olhando de longe, ouvindo o espoucar dos foguetes”.

Fruto de sua longa convivência com os primeiros doentes de lepra que chegaram ao São Julião (desde 1951, quando fora internado no asilo-colônia aos 12 anos de idade), Lino Villachá obteve informações importantes sobre a história da instituição de isolamento social e do cotidiano vivenciado pelos pacientes internados durante a primeira década de seu funcionamento. Suas memórias serão retomadas e aprofundadas no próximo capítulo deste estudo.

As decisões políticas que resultaram na aprovação do projeto, construção e inauguração do Asilo-Colônia São Julião em Mato Grosso faziam parte do processo de reorganização, institucionalização e centralização da saúde pública no Brasil, desenvolvido nas primeiras décadas do regime republicano, fortalecido pelas autoridades governamentais e médico-sanitárias a partir da década de 1920 e implementado como prioridade nacional pelo governo ditatorial do presidente Getúlio Vargas, nas décadas de 30 e 40 do século XX. As discussões, reflexões e os elementos que configuram esse contexto histórico da “era do saneamento” (e seus desdobramentos em nível federal e estadual), compõem as análises desenvolvidas na próxima seção.

## **1.2 Lepra e Saúde Pública em Mato Grosso: o isolamento compulsório de leprosos no contexto da “era do saneamento”**

Mesmo em um oceano de oligarcas cínicos, foi possível, graças ao esforço de persuasão do movimento sanitário brasileiro, perceber o país como um ‘imenso hospital’, cuja letalidade é função direta da ausência de poder público.

(Renato Lessa, apresentação do livro de Hochman, 1998, p. 14)

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

(APMT, Relatório [...], 1940, p. 57)

Ao historicizar a saúde pública ao longo do tempo, Rosen (1994) elucida que investigar e buscar conhecer a história da medicina e das doenças ilumina o interesse coletivo pela saúde. Acrescenta que os homens sempre tiveram que enfrentar problemas de saúde/doença nascidos de atributos e carências de sua natureza. E com base nessa necessidade da vida social desenvolveu-se, com uma clareza cada vez mais crescente, o reconhecimento da importância notável da comunidade para promover a saúde e prevenir e tratar a doença. A síntese dessa consciência e necessidade social é o conceito de saúde pública.

A presença das moléstias e a maneira das sociedades lidarem com elas variam no tempo e no espaço, e conhecer tais implicações é essencial à compreensão das questões de saúde/doença e das teorias e práticas relativas às enfermidades no curso da história. Os maiores problemas de saúde que homens e mulheres enfrentaram ao longo do tempo sempre estiveram relacionados à natureza da vida em comunidade: controlar as moléstias transmissíveis, melhorar o ambiente físico (saneamento), provisionar água e comida puras e em volume suficiente, receber assistência médica, aliviar a incapacidade e o desamparo, entre outras demandas sociais e de salubridade coletiva. A ênfase dada a cada um desses problemas depende das vivências e escolhas dos grupos humanos em determinada temporalidade e espacialidade, e da relação entre essas questões se originou a saúde pública como a conhecemos na contemporaneidade (Rosen, 1994).

Ao ter que enfrentar e lidar com as mais diversas e complexas patologias, os indivíduos agem (e reagem) de acordo com percepções, conceitos e preconceitos acerca da natureza das moléstias, nas sociedades e culturas onde elas se manifestam. Nesse sentido, práticas e representações sociais sobre saúde e doença variam não apenas no tempo, mas também no interior dessas comunidades e culturas, ativando formas de compreensão das enfermidades (e dos acometidos por elas) que vão do real ao imaginário, do sobrenatural ao científico. Ao tratar do medo da lepra e de sua grande relevância entre os problemas de saúde pública dos tempos medievais, Rosen assevera:

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 tamanho pavor (Rosen, 1994, p. 59).

A mais aterrorizante das enfermidades, tida como “a grande praga” (insígnia pejorativa também contida no livro bíblico do Levítico), uma “sombra” que marcou profundamente o cotidiano da sociedade medieval, esses são legados de um imaginário que contribuiu para transformar a lepra em um grave e incômodo problema social a ser solucionado (ou pelo menos amenizado) pelas inúmeras comunidades que tiveram que enfrentá-la ao longo do tempo. Sendo assim, a história da moléstia sempre esteve fortemente entrelaçada com as preocupações referentes à saúde pública e às questões sanitárias presentes nas mais variadas sociedades e períodos históricos.

Considerando a complexidade do processo de institucionalização do isolamento compulsório de leprosos em Mato Grosso e o contexto de mudanças políticas, sociais, econômicas, culturais e médico-sanitárias do Brasil na primeira metade do século XX, discuto, nesta seção, até que ponto a endemia de lepra foi efetivamente assumida como um problema de saúde pública no Estado, que deveria ser de fato solucionado pelas autoridades governamentais e sanitárias. Para tanto, o enfrentamento ao agravo necessitaria ser concretizado no âmbito do poder público, através da implementação de efetivas políticas de saneamento, sob a responsabilidade dos vários órgãos de saúde que foram sendo criados à época, tanto pela União quanto pelos governos estaduais. Não obstante, o que se via na prática eram os recorrentes apelos caritativos à sociedade civil, que acabava assumindo (por intermédio de doações, trabalho voluntário, eventos beneficentes e campanhas filantrópicas) o ônus assistencial decorrente da implementação de medidas profiláticas para se tentar manter os acometidos pelo mal de Hansen afastados do convívio comunitário.

A urgente necessidade sanitária de se combater a endemia de lepra nas várias regiões brasileiras teria se tornado a principal mola propulsora das políticas de nacionalização e centralização da saúde pública. Por se tratar de uma doença infectocontagiosa, altamente estigmatizante e tida como um grande empecilho ao progresso e desenvolvimento civilizacional do país, as medidas e ações de enfrentamento ao mal de Hansen tornaram-se alvo privilegiado das cada vez mais constantes intervenções estatais. Em Mato Grosso, embora a legislação sanitária

tenha sido aperfeiçoada e ampliada por meio da *Reforma Sanitária Júlio Müller* e do seu regulamento de 1938 (seguindo parâmetros federais e tendo como modelo as reformas já aprovadas pelo governo federal e, principalmente, no estado de São Paulo), sua aplicação efetiva estaria longe de ser concretizada no cotidiano da população.

Portanto, as medidas profiláticas que resultaram na institucionalização e legalização do isolamento compulsório de doentes em leprosários, construídos com recursos da União em parceria com os estados, estão profundamente engendradas nas complexas interrelações entre a lepra, saúde pública e o processo de centralização política, reforçado pelo nacionalismo do governo Vargas e pelas reformas sanitárias elaboradas e aprovadas no decorrer da década de 1920. Assim, o conjunto de políticas públicas de saúde e saneamento implementado à época culminou na institucionalização da prática social do isolamento compulsório de leprosos, que em Mato Grosso se concretizava com a aprovação do projeto de construção e inauguração do Asilo-Colônia São Julião, tido como imprescindível à execução da política antileprótica no Estado.

Entretanto, mesmo em um período em que a saúde pública estava sendo, paulatinamente, retirada da esfera religiosa e passando para o controle estatal, a responsabilidade pelos acometidos pelo mal de Hansen ainda mobilizava, em grande medida, a sociedade civil. Conforme mencionado, havia em Mato Grosso uma sofisticada rede de assistência, ancorada na caridade, filantropia e no trabalho voluntário, destacando-se nesse campo as organizações femininas: ligas, comissões, sociedades, dentre outras associações compostas principalmente por mulheres da elite mato-grossense. Tais iniciativas eram organizadas e movidas pela necessidade profilática de se manter os doentes afastados das vilas e cidades e isolados em leprocômios criados para esse fim, a exemplo do “antigo” Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, persistindo ainda por largo período da época republicana. Lembrando que as ações de “amparo e cuidado” dispensadas aos filhos indenes daqueles pacientes, recolhidos em preventórios construídos em várias unidades federativas, também eram mantidas com recursos angariados por essas entidades administradas pelo “elemento feminino”. Essa rede de assistência social que se constituiu em torno da lepra e dos indivíduos acometidos e afetados por ela será tratada, de maneira mais abrangente, no 2º capítulo deste estudo.

Naquela conjuntura sanitária, marcada pela junção entre o medo do contágio, estigma, assistencialismo, vigilância, discriminação social e grande preocupação com o combate à endemia leprótica, a trajetória do São Julião vai apresentar muitas continuidades e permanências, mas também algumas importantes transformações e rupturas, abordadas no 2º e 3º capítulos deste trabalho. Por hora, o processo de organização e constituição dos serviços públicos de saúde em Mato Grosso, iniciado no final do século XIX, compreende o objeto de análise na seção seguinte.

### 1.2.1 A constituição dos serviços de saúde pública em Mato Grosso

Como pontua a historiadora Laura Antunes Maciel, as tentativas de organização dos serviços de salubridade pública em Mato Grosso remontam ao final do século XIX, mais especificamente ao início da década de 1890, quando foi votada (e sancionada pelo presidente de estado Manoel José Murtinho) a lei estadual nº 18, de 8 de novembro de 1892, que estabeleceu o *Serviço de Higiene Pública* e criou a *Inspetoria Geral de Higiene Pública*. A regulamentação dessa legislação sanitária se deu com a aprovação do decreto estadual nº 39, de 18 de março de 1893, através do qual se organizava, administrativamente, os incipientes serviços de saúde pública estaduais, explicitando suas funções e atribuições, sempre em consonância com a criação e modernização desses serviços em nível nacional (Maciel, 2012). Foi, portanto, nessa conjuntura sanitária que teria sido criado e organizado o primeiro regulamento sanitário de Mato Grosso, amparado legalmente no mencionado decreto de 1893.

Durante o Império, as intervenções de controle estatal no campo da saúde pública foram bastante restritas no Brasil e em Mato Grosso, contando com a organização de incipientes medidas sanitárias que, na maioria das vezes, resultaram em tentativas infrutíferas de execução por algumas autoridades de saúde ligadas à Corte. Nesse sentido, é oportuno citar a criação da *Junta Central de Higiene Pública* (1851), subordinada ao Ministério do Império, que centralizou, ao menos em teoria, as poucas ações sanitárias até o início da Primeira República, em 1889. Foi somente a partir da década de 1890 que teve início uma acentuada reorganização das normas e serviços de saúde pública nos níveis federal e estadual. Novos regulamentos sanitários foram sendo elaborados, legalizando estratégias de controle mais robustas para o enfrentamento das várias enfermidades que assolavam o país

naquele momento e transferindo responsabilidades do governo central às unidades federativas (Maciel, 2012).

A política descentralizadora não surtia efeito, pois a maioria dos estados alegava falta de recursos e de pessoal técnico especializado para enfrentar os problemas causados pelas crises epidêmicas e para combater as doenças endêmicas (a exemplo da lepra) que atingiam as várias regiões do país. A percepção da interdependência que questões de saúde representavam para o conjunto da sociedade brasileira e os desafios que impunham à modernização e desenvolvimento da nação contribuíram para que as autoridades médico-sanitárias passassem a defender a centralização das políticas de saúde pública, tendência que só começaria a se consolidar a partir da década de 1920. Sobre a profilaxia da lepra nesse período de reformas, Vívian da Silva Cunha afirma:

O regulamento sanitário federal de 1920 definiu a atuação tanto do Departamento Nacional de Saúde Pública quanto da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Foi elaborado pelo médico Carlos Chagas que, na época, era o diretor do Instituto Oswaldo Cruz, tornando-se o primeiro a ocupar o cargo de direção do DNSP. Esse regulamento sofreu severas críticas do *Brazil Médico*, um periódico especializado, tendo sido alterado alguns meses depois de aprovado (Cunha, 2005, p. 37, grifos meus).

Naquela época, mais especificamente a partir da publicação do decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, o governo federal passou a ditar normas, saberes e práticas na área de saúde, ampliando o grau de decisão e interferência estatal e definindo maior uniformidade de ação, através da elaboração, aprovação e regulamentação de reformas sanitárias na capital do país e nas unidades federativas. Entretanto, a coordenação, o acompanhamento e a fiscalização (com investimentos financeiros e envio de pessoal técnico especializado) para garantir a operacionalização de tal legislação de saúde e saneamento permaneciam sob a responsabilidade da União.

Com a reforma Carlos Chagas e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), teve início um crescente movimento de criação de órgãos públicos de emergência, como a criação de postos médicos, laboratórios, assistência médica gratuita, serviços de inspeção escolar e outros, que apontam para a constituição de um setor de assistência estatal. O saneamento urbano e rural, a higiene industrial, a propaganda sanitária de higiene materno-infantil e o

combate às endemias rurais, tornaram-se atribuições federais que deveriam ser executadas pelo DNSP (Maciel, 2012, p. 30).

As políticas defendidas pela União no campo da saúde pública repercutiam diretamente em Mato Grosso. Contudo, apesar das intenções, do amparo legal, dos investimentos federais e dos discursos oficiais (que expressavam a necessidade de maior intervenção do poder público para solucionar os problemas sanitários e de higienização da sociedade), as dificuldades financeiras do Estado sempre apareciam como o principal empecilho para justificar a inexistência e/ou deficiência dos serviços de saúde oferecidos à população pelas autoridades governamentais e médicas.

Em Cuiabá e em alguns outros núcleos urbanos com maior contingente populacional, prevaleciam as iniciativas particulares de atendimento médico aos problemas de saúde de maior gravidade. No entanto, isso era privilégio de um número reduzido de pessoas pertencentes às famílias mais abastadas da sociedade. Os serviços de atendimento e acolhimento aos pobres e indigentes eram promovidos e sustentados pela sociedade civil, através de ações ancoradas na caridade pública e individual e em campanhas filantrópicas destinadas à manutenção (ainda que precária) dos dois únicos hospitais pios existentes em Mato Grosso até então: a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá e o Hospital de São João dos Lázaros, ambos localizados na capital do Estado.

Se a negligência dos dirigentes políticos com a implementação de efetivas políticas de salubridade pública era uma constante em Cuiabá (capital e principal núcleo urbano e populacional de Mato Grosso), nos municípios menores e distantes dos principais centros urbanos imperava o completo estado de abandono da população pelo poder instituído. Essa situação se convertia em sérios agravantes sanitários e na constante proliferação das mais variadas doenças, principalmente entre as camadas sociais menos favorecidas.

Foi também a partir da década de 1890 que essa dinâmica teria começado a ser repensada (e paulatinamente modificada) pelas autoridades governamentais e sanitárias mato-grossenses. O problema da insalubridade pública passou a ser visto, entre outros agravantes, como um grande entrave à modernização do Estado, transformando-se em elemento perturbador da ordem social e, principalmente, do crescimento econômico.

Como mencionado, o descaso com a saúde da população favorecia a instalação de várias doenças, principalmente as contagiosas, que eram responsáveis pelo aniquilamento e morte de muitos trabalhadores e trabalhadoras que se encontravam no auge de suas condições produtivas. Resultava, em última instância, na falta de “capital humano” para promover o progresso e o desenvolvimento civilizacional de que tanto carecia o estado de Mato Grosso. Essa problemática pode ser verificada no artigo intitulado “Pela Saúde Pública” (de autoria anônima), publicado no jornal *O Matto-Grosso* de 9 de março de 1930, que a percebia como mais um empecilho a ser solucionado com urgência, através da intervenção e controle do poder estatal. A “a falta de braços” para o trabalho embarçava o crescimento econômico e escasseava os gêneros de primeira necessidade, transformando o descaso pela saúde pública de simples inépcia em verdadeiro crime contra a população (Pela Saúde Pública, 1930, *on-line*).

Os governantes de Mato Grosso tentavam remediar a deficiência de braços para o trabalho promovendo a imigração, tanto nacional como estrangeira. Diante disso, segundo o articulista, desprezar a puericultura e privar de recursos médicos “o proletariado” (que representava a classe que mais sofria e necessitava dos serviços de saúde pública) “era uma insanidade”. Tal negligência governamental resultava em grandes perdas sociais, que se convertiam em tragédia anunciada para a economia, emperrando, deste modo, o progresso e o desenvolvimento do Estado. Sobre o incentivo dos governos à imigração e os graves problemas relacionados às perdas de trabalhadores mato-grossenses provocadas pelas várias doenças que os acometiam (tendo como principal consequência o abandono e o descaso pela saúde pública) o texto apresenta a seguinte metáfora:

Que dizer-se do fazendeiro que por falta de creolina e sal deixasse perecer os seus bezerros, visse a desvalorização do seu gado pelo carrapato e, todo ufano, mandasse a peso de muito ouro comprá-lo em outra fazenda ou importá-lo da argentina? Tal é como se nos afigura o caso da saúde publica entre nós (Pela Saúde Pública, 1930, *on-line*).

Figura 8 - "Pela Saúde Pública", artigo publicado no jornal O Matto-Grosso, 1930.

*Biblioteca Publica*

# O Matto-Grosso

**Orgam democrata, dedicado aos interesses do Povo**  
**Director e Proprietario EMILIO CALHÃO**  
Fundado por JOAQUIM JOSÉ RODRIGUES CALHÃO

**Redactores e Collaboradores—Diversos** **PUBLICAÇÃO SEMANAL**

<b>ASSIGNATURA SEM PORTE</b> Trimestre ..... \$5000 Número avulso ..... \$400	—Redação e Typographia— Rua Barão de Melgaço n. 153 TELEPHONE 64	<b>ASSIGNATURA COM PORTE</b> Por anno ..... \$10000 —Pagamento adiantado—
---	--	---

ANNO LII Cuiabá, 9 de Março de 1930. NUMERO 2148

---

## Telegrammas

Serviço especial d'O Matto-Grosso

### Eleições presidenciaes

Rio, 6 de Março.—Correram cálmias as eleições no Distrito Federal.

Dos Estados cujos resultados totaes se desconhece estão chegando resultados parciais do pleito, "O Jornal" baseado nas informações de seus correspondentes de todo Paiz computados numeros também da "Agencia Americana" apurou seiscentos noventa mil ( 690 ) votos para Getulio Vargas e seiscentos seis ( 606 ) para Julio Prestes.

Directorio Alliança Liberal accusa apenas trescentos sessenta e cinco ( 365 ) mil votos para Getulio e dusentos e dois (202) mil para Julio Prestes.

Agencia Official, entretanto, attribue oitocentos vinte ( 820 ) mil votos Prestes e quatrocentos acis (406) mil á Getulio Vargas.

### As fraudes eleitoraes nos Estados

Rio, 6. —O Presidente do Estado do Rio Grande do Sul denunciou fraudes documentadas praticadas especialmente no Maranhão, Ceará, Pernambuco, S. Paulo, S. Catharina, Paraná, Sergipe, garantindo que o povo brasileiro consciente de seus direitos só será governado pelo eleito de sua vontade soberana.

No distrito de Osasco em S. Paulo com um eleitorado de tres mil ( 3.000 ) eleitores, as listas officiaes deram o dobro de votos a Julio Prestes.

Tambem em Santa Ephigenia, distrito da capital paulista, o número de votantes foi maior do que o numero dos qualificados sufragadores de Julio Prestes, estando a Alliança Liberal promovendo as provas de taes abusos e fraudes.

### Juiz federal do Matto-Grosso

Rio, 6.—O Juiz federal da secção de Matto-Grosso Dr. Edmundo de Macedo Furtado seguiu para a estação de aguas de Caxambu acompanhado de sua Exma. Família.

### Official revoltoso que se exilou

Rio, 6.—O capitão do Exército Juarez, que fora recentemente capturado e sentenciado a prisão perpétua na "Fortaleza de Santa Cruz", acaba de evadir-se.

### Advogados Estevão de Mendonça e Roberto de Carvalho

—escripção á Praça da Republica, n.º 8 — encaregem-se tambem de trabalhos administrativos

## PELA SAUDE PUBLICA

Doente e ignorante, que não pode ter o povo brasileiro de patria, de civilização, de direitos e deveres civicos, de progresso e valor economico — a conquista da noticia da saúde é a base do edificio nacional.

*Belisário Penna.*

todos os tempos, relegada aos menos favorecidos da fortuna, a uma população doentia, mal alimentada, que pouco ou nada produz e que se satisfaz com o pouco que lhe remanera o trabalho mal orientado da terra. Os mais inteligentes e possuidores de alguns recursos, esses, se dedicam a outro ramo, tal como o commercio, porque a industria, a criação e a lavoura se lhes representam verdadeiros phantasmas: a primeira pelo peso de impostos que sobre ella recahem e as duas ultimas pela falta de braço que escasseia dia a dia nos meios rurais, e pelas innumerables pragas que as attingem.

Ao lado da peste, que actualmente lhe abate os rebanhos da noite para o dia, reduzindo-os á penuria, ao ponto de transportarem ás costas os seus productos aos mercados, luta ainda essa pleiade de herodes dos sertões com tatus, as capivaras, os caibitis, diversas aves daminhaes, um grande numero de insetos e formigas que lhes danificam a lavoura.

Assim o lavrador dos sertões mattogrossenses, precisa de trabalhar durante o dia e durante a noite, em constante vigilia, para crear um producto que, em mercados consumidores é cedido á menor valia, — as mais das vezes a troco do sal e do tecido de algodão com que condimenta os seus poucos alimentos e cobre o doentio corpo seu e de sua familia.

A ninguém é dado conhecer tanto quanto ao agronomo a dura sentença que encerram nestas cinco palavras latinas: "Etsi sana in corpore sano".

Nada poderá esperar o Brasil de homens doentes.

E é por isso que, em sertões, o agronomo ao em vez de ensinar agricultura, como lhe compete, exerce mais a profissao de medico, procurando curar os males do corpo do lavrador para preparar-lhe o espirito á assimilação dos ensinamentos da agricultura e dos metodos de acciacao e cooperativismo, ensinamentos estes indispensaveis ao soergimento das nossas fontes de produção e pelas quaes se bate o Fomento agricola.

Uma simples inspecção ás sedes de Circumscripção Agricolas installadas em nossos sertões fará aos olhos do inspecionador não uma simples tenda de trabalho de um agronomo, mas sim, um consultorio medico, onde, ao lado dos conselhos tecnicos de agricultura, são ministrados os conselhos de hygiene tanto do corpo como das habitações do agricultor e applicados curativos a população rural doentia e arcandida pelo amarello e outros tantos males que a affligem e atormentam. Foi nada mais, nada menos, do que acabamos de descrever, o que observamos ao inspecionarmos a 4ª circumscripção Agricola

Fonte: Jornal O Matto-Grosso [...], 1930, on-line.

Quando o/a autor/a afirma que a “insânia demolidora que caracterizou o governo passado” teria feito com que o mesmo extinguisse o *Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural* em Mato Grosso, “para poder custear o seu garboso Esquadrão de Cavalaria”, fica evidente o seu posicionamento contrário ao grupo político da administração anterior. A referida extinção do SPR no Estado reforça o argumento deste estudo de que o descaso político com a saúde pública era uma constante em Mato Grosso, uma vez que certos administradores, mesmo assumindo sérios riscos de deixarem de receber recursos financeiros e apoio técnico do governo federal, acabavam por extinguir órgãos e iniciativas de saúde considerados essenciais à época. O problema maior consistia em interromper o funcionamento de serviços que haviam sido criados em atendimento à determinação de legislação sanitária reformadora já aprovada na capital federal e cujos parâmetros e diretrizes também deveriam ser adotados, defendidos e exigidos dos demais estados brasileiros pelo governo da União. Destarte, o maior desejo expresso no texto era de que a administração do governador Aníbal de Toledo passasse a conceder especial atenção às políticas sanitárias em Mato Grosso, acabando com “o descalabro em que jaz tudo quanto diz respeito à saúde pública no Estado” (Pela Saúde Pública, 1930, *on-line*).

Além do discutido abandono por parte das autoridades governamentais, os inúmeros problemas sanitários também estavam relacionados às difíceis condições de vida enfrentadas pela maioria da população mato-grossense, especialmente os “pobres lavradores” do interior do Estado: doenças diversas, moradia em casebres insalubres, pobreza extrema, má alimentação, “amarelão e outros tantos males” que a afligiam e atormentavam. Nesse sentido, o artigo recorre a trechos do relatório do inspetor e agrônomo Julio Ferreira de Aguiar, representante da *Inspetoria Agrícola Federal*, publicado na *Revista de Agricultura*, de novembro a dezembro de 1929, que apresentava a precária situação do município de Rosário Oeste, distante 104 quilômetros da capital, contando no período com grande número de pequenos lavradores e criadores. “Não há ali, por assim dizer, o homem da cidade, porque mesmo os que residem na sede do município são possuidores de terras cultivadas e campos de criação” (Pela Saúde Pública, 1930, *on-line*).

Apesar das terras de Rosário Oeste serem férteis e capazes de produzir cana de açúcar, tabaco, algodão e “outras culturas próprias do seu clima”, a agricultura vinha decaindo dia a dia, devido estar “relegada aos menos favorecidos da fortuna, a

uma população doentia, mal alimentada”, que pouco ou nada poderia produzir e que se satisfazia com o pouco que lhe remunerava “o trabalho mal orientado da terra”. O texto acrescentava, ainda, que os mais inteligentes e possuidores de alguns recursos se dedicavam ao comércio, pois a indústria, a lavoura e a criação de animais “se lhes representavam como verdadeiros fantasmas”, uma vez que sobre a primeira atividade incidiam o peso dos impostos e as duas últimas sofriam com a escassez de braços para o trabalho, que diminuía a cada dia nos meios rurais, e com o ataque às lavouras de inúmeras pragas de insetos e de animais silvestres, sem contar a “peste”, que abatia...

[...] os rebanhos da noite para o dia, reduzindo-os á penúria [...]. Assim o lavrador dos sertões mato-grossenses, precisa de trabalhar durante o dia e durante a noite, em constante vigília, para criar um produto que, em mercados consumidores, é cedido à menor valia, - a mais das vezes a troco do sal e do tecido de algodão com que condimenta os seus parcos alimentos e cobre o doentio corpo seu e de sua família. [...] Nada poderá esperar o Brasil de homens doentes (Pela Saúde Pública, 1930, *on-line*, grifos meus).

“Nada poderá esperar o Brasil de homens doentes”, expressa bem o contexto da “era do saneamento” no país (Hochman, 1998), onde as doenças (em especial as chamadas epidemias urbanas e as enfermidades endêmicas dos sertões) figuravam entre os inúmeros problemas que precisavam ser enfrentados, reformados e adequados à nova ordem capitalista e aos preceitos de desenvolvimento, civilização progresso e crescimento econômico.

Em suma, nas primeiras décadas republicanas, as moléstias que assolavam os “longínquos sertões do Brasil”, insígnia que incluía Mato Grosso, foram ganhando visibilidade com a interiorização das políticas e ações do governo central - construção de estradas e ferrovias, linhas telegráficas, realização de expedições científicas e reformas sanitárias, programas de saúde e saneamento, entre outras - que passaram a ser, paulatinamente, priorizadas pelas autoridades governamentais e sanitárias nos estados. O lugar de Mato Grosso nesse cenário de mudanças constitui o objeto de estudo da próxima seção.

1.2.2 “Sanitation Over All”: Mato Grosso e o contexto médico-sanitário das primeiras décadas do século XX

Doente e ignorante, que noção pode ter o povo brasileiro de pátria, de civilização, de direitos e deveres cívicos, de progresso e valor econômico das conquistas da ciência? A saúde é à base do edifício nacional.

Belisário Penna.

(Pela Saúde Pública, 1930, *on-line*)

O recurso ao sanitarista Belisário Penna como epígrafe do artigo “Pela Saúde Pública” é sintomático da percepção sobre o quadro então vigente e da necessidade de atuação no campo da saúde no estado do Mato Grosso. O texto assegurava que Mato Grosso padecia dos mesmos males assinalados nos escritos de Penna (1923): doença, ignorância e abandono da saúde pública. A sociedade mato-grossense precisava se libertar desses atrasos, afim de que pudesse, “com vantagem”, suportar a luta que deveria travar “no grande concerto social entre as nações civilizadas”. Alertava-se, ainda, que o descaso das autoridades governamentais pela saúde pública era um problema nacional, responsável por tornar o povo brasileiro “apático, indiferente e sem ideal”, pouco preocupado com o futuro do país. Se o mal era geral, atingindo até “os estados mais civilizados”, em terras mato-grossenses o caso se revestia de máxima gravidade, afetando profundamente os alicerces da cultura local. Tornava-se imperioso enfatizar, portanto, que o coeficiente de civilização de um povo era avaliado pela sua educação higiênica (Pela Saúde Pública, 1930, *on-line*).

Sua apresentação sintetizava bem o contexto médico-sanitário em discussão no Brasil nas primeiras décadas do século XX. Nesse sentido, havia um evidente contraponto entre os tão defendidos ideais de civilização, progresso, civismo, patriotismo e conquistas da ciência e a onipresença da doença e da ignorância que contaminavam o povo brasileiro. Para o/a autor/a, Mato Grosso padecia daqueles mesmos males, dos quais precisava se libertar para conseguir avançar no enfrentamento às enfermidades endêmicas dos sertões e começar a trilhar os caminhos da civilização e do progresso econômico. O abandono da saúde pública e o descaso com a ciência eram atrasos que perpetuavam a presença da doença, ignorância, apatia e indiferença do povo brasileiro, situação que saltava aos olhos entre os mato-grossenses, aniquilando os ideais de construção de um futuro promissor. Diante disso, a saúde pública e a educação higiênica eram apresentadas como as bases legítimas para o progresso e o desenvolvimento nacional (Pela Saúde Pública, 1930, *on-line*).

Se os problemas sanitários assolavam todo país, atingindo até os estados considerados mais civilizados, em Mato Grosso a situação se revestia de máxima gravidade. O discurso presente no artigo está fortemente comprometido com as “imagens de Mato Grosso no mapa da civilização”. Representações marcadas pela oposição entre os estados ancorados na plataforma litorânea, em especial Rio de Janeiro e São Paulo, arejados pelos ventos provenientes da Europa e aqueles cravados nos vastos e ainda desconhecidos “sertões” da nação, povoados apenas por indígenas ou quando muito por uma pequena população de mestiços, não raro doente e miserável. Em suma, essa dicotomia entre o progresso do litoral e o atraso do sertão, expressão do antagonismo entre civilização e barbárie, fazia parte de um conjunto de imagens construídas a partir da segunda metade do século XIX e reforçado nas primeiras décadas do XX. É sob essa ótica que Mato Grosso fora representado no contexto da nação republicana (Galetti, 2012).

Aos olhos dos dirigentes políticos, intelectuais, médicos e sanitaristas brasileiros, entre os quais muitos mato-grossenses, essa região era definida como um imenso e remoto “sertão”, lugar da “barbárie”, uma “fronteira longínqua” a reclamar a presença do Estado, da ciência, da técnica, da higiene e da saúde pública, a fim de ser incorporada à nação brasileira. E o projeto de modernização vinha alimentado com as teorias sobre a inferioridade racial do índio, do negro e do mestiço (Galetti, 2012, p. 265-266).

De acordo com a pesquisadora Tânia Regina de Luca, as discussões sobre saúde e saneamento fomentadas à época mostravam que a construção de uma identidade moderna e civilizada para a nação brasileira estava seriamente comprometida. No campo da saúde pública, a imagem negativa do Brasil como “um imenso hospital” (conforme assinalou, em 1916, o médico Miguel Pereira) mobilizava intelectuais, sanitaristas, engenheiros, médicos e outros profissionais a elaborarem análises em que se diagnosticassem os problemas e se indicassem suas soluções, com vistas a alterar esse quadro negativo (Luca, 1999)<sup>33</sup>. Entre as possíveis soluções vislumbradas, destacavam-se os programas de saneamento do Brasil, não só nas cidades, mas, sobretudo, nos “vastos sertões do país”, vistos como completamente abandonados pelo poder público federal (Penna, 1923).

---

<sup>33</sup> Em seu trabalho, a autora analisa um conjunto de artigos sobre o tema, elaborados por médicos engajados nesses programas no período.

Conforme exposto, as várias iniciativas no sentido de sanear o Brasil, entre as quais as prestigiadas expedições sanitárias realizadas sob a direção de Oswaldo Cruz, levaram Gilberto Hochman a caracterizar esse período como “a era do saneamento”. Em suas análises, o pesquisador assim resumiu a visão de médicos, engenheiros, intelectuais e outros profissionais que se envolveram com o movimento sanitário à época:

[...] 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 sanitário, apontado pela literatura, deve ser entendido, agora, como a descoberta da nação a partir da consciência da interdependência social promovida pela doença. O movimento sanitário 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 pública (Hochman, 1998, p. 79, grifos meus).

Essas imagens, relacionadas aos “sertões” longínquos e ao isolamento do interior, também eram (e algumas ainda são) projetadas sobre o território mato-grossense. O Estado fazia parte dos chamados “grotões” do país, de um espaço doentio, povoado por populações atacadas pelo bócio, amarelão, doença de Chagas, lepra, entre outras moléstias. Essas representações ganharam maior densidade nas primeiras décadas do século XX e, para alguns intelectuais e sanitários brasileiros e mato-grossenses, boa parte dessa situação era devida ao abandono e descaso dos dirigentes políticos com a saúde pública.

Como dito anteriormente, a partir do início da década de 1920, os esforços empreendidos por médicos e sanitários que defendiam uma intervenção mais direta do poder público na área da saúde e saneamento começaram a apresentar resultados. Nesse sentido, o regulamento sanitário de 1920, além de criar o DNSP, também definiu o funcionamento e a criação da *Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas*, ambos normatizados e assegurados no decreto federal nº 16.300, de 31 de dezembro 1923. Importante ressaltar que a referida inspetoria foi o primeiro órgão público federal criado para atuar especificamente no desenvolvimento de políticas de controle e combate à lepra no Brasil (Cunha, 2005, 2010).

Em 1925, foi concluída e aprovada a reforma sanitária no estado de São Paulo, através de uma lei sanitária que serviria de base e modelo para o restante do país. Mais conhecida como Reforma Paula Souza<sup>34</sup>, essa política de saúde e saneamento ganhou uma nova concepção, cujo ponto central seria a educação sanitária do indivíduo.

O eixo dessa nova orientação deslocou-se do policiamento para a educação e as ações sanitárias transferiam-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 persuadir (Ribeiro, 1993, p. 246).

Em meio ao movimento reformista, antigas concepções de saúde também se transformam com o propósito de adaptar a estrutura do antigo serviço 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 foi sendo transformada pelo jovem médico Paula Souza, imbuído de novas ideias e recém-chegado dos Estados Unidos. A reforma de São Paulo também criou uma inspetoria especial para atuar na construção e organização das colônias de leprosos, a *Inspetoria da Profilaxia da Lepra* (Ribeiro, 1993, p. 247-252).

Na visão de Massako Lyda, foi através do código sanitário de 1918 e da reforma sanitária de 1925, em São Paulo, que a saúde pública criou e impôs sua área de atuação e sua autoridade no âmbito do aparelho estatal.

E a partir de então, incorporará, além do controle das doenças transmissíveis, a higiene do trabalho, do 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 (Lyda, 1994, p. 50-51, grifos meus).

Com a aprovação das reformas sanitárias (nacional e paulista), a lepra assumiu papel de destaque em detrimento de outras doenças contagiosas e

---

<sup>34</sup> Geraldo Horácio de Paula Souza era diretor do serviço sanitário do estado de São Paulo naquele período e foi o promotor/articulador da referida reforma sanitária.

incuráveis daquele período. Prova disso foi a criação de uma inspetoria especial só para cuidar das preocupações relacionadas à doença. A grande atenção dispensada ao problema teria sido alvo de críticas contundentes por parte de alguns parlamentares de São Paulo à época, que julgavam que a lepra estava “na moda”, enquanto a tuberculose, doença responsável por um número bem maior de mortes no mesmo período, teria ficado em segundo plano no texto da reforma sanitária aprovada no Estado em 1925 (Lyda, 1994).

As elites mato-grossenses não ficaram alheias a esse novo quadro nacional, relativo ao enfrentamento das questões da saúde pública no país, nem ignoraram as relações que então se estabeleciam entre a prevenção, o combate e a eliminação de diversas doenças, em especial epidêmicas e endêmicas, e a construção de um Brasil moderno, sadio e civilizado. Nesse ponto, Mato Grosso era visto, a partir do “litoral civilizado”, como um “protótipo do sertão” (Nascimento, 2001).

Aliás, é importante frisar que as autoridades governamentais, sanitárias e muitos intelectuais mato-grossenses também compartilhavam destas apreciações sobre sua terra natal e faziam coro às reivindicações das mudanças e reformas então propostas para colocar o Brasil nos rumos do progresso e da civilização. E, portanto, estavam talvez ainda mais mobilizados pelos mesmos anseios de modernização e desenvolvimento que impulsionaram os intelectuais, dirigentes políticos e sanitaristas dos grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro (Galetti, 2012)<sup>35</sup>.

Diante disso, as ações do chamado movimento sanitarista e as reformas federais no âmbito da saúde pública logo se fizeram notar nos discursos dos intelectuais (como vimos em “Pela Saúde Pública”) e nas práticas das autoridades governamentais e sanitárias mato-grossenses. Portanto, nas primeiras décadas do século XX, as questões sanitárias e a profilaxia das doenças epidêmicas e endêmicas, passaram a ocupar lugar de destaque nos discursos daqueles segmentos sociais. No caso da lepra, isso passou a ocorrer com maior ênfase no Estado a partir do momento em que a doença foi incluída, por decisão federal de 1904, entre aquelas cuja notificação se tornara compulsória em todo o território nacional (Brasil, Decreto nº 5.156, art. 145 [...], 1904; Lima, 2007, p. 42).

---

<sup>35</sup> Consultar principalmente a parte IV do livro, intitulada “Terra natal: Mato Grosso sob o olhar nativo”, p. 278-369.

Em 1922, foi organizado em Mato Grosso o *Serviço de Profilaxia Rural* (SPR), órgão criado pela lei nº 802, de 14 de agosto de 1918. De acordo com Firmo Rodrigues (então administrador da *Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá*), apesar do exíguo número de doentes isolados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá à época, as constantes inspeções domiciliares desenvolvidas por aquele serviço revelaram a existência de grande número de pessoas acometidas pela lepra no Estado. Isso em função das condições lastimáveis em que se encontrava o estabelecimento, totalmente esquecido pelas autoridades governamentais (APMT, Relatório [...], 1925, p. 19). Importante esclarecer que Rodrigues, ao falar do “exíguo número de doentes” isolados no Hospital dos Lázaros e também “do grande número de indivíduos atacados d'aquele mal” no estado de Mato Grosso, o fez sem apresentar dados numéricos que comprovassem tais afirmações.

Foi, portanto, na chamada “era do saneamento”, das reformas nos serviços sanitários, da modernização das formas de prevenção e tratamento, da notificação obrigatória e do isolamento compulsório dos portadores de moléstias infectocontagiosas, que as atenções voltaram-se para uma das mais antigas moléstias que afligem o homem: a lepra. Período em que ganhou corpo nas representações e práticas das autoridades médico-sanitárias, dos dirigentes políticos e de parcelas significativas da sociedade brasileira e mato-grossense, uma constante preocupação com a doença, em especial com a obrigatoriedade do apartamento social dos indivíduos por ela acometidos. O estigma bíblico, o preconceito, o medo e a forte discriminação social se misturavam com as proposições científicas, exigindo medidas profiláticas capazes de amenizar o pânico e de diminuir as possibilidades de disseminação do mal de Hansen entre a população em geral.

Lembrados em “Pela Saúde Pública”, os Estados Unidos da América (EUA) foram citados como “a maior nação do universo”. O seu lema político: “sanitation over all” reforçava os argumentos do/a autor/a e a importância conferida à saúde pública e ao saneamento pelas grandes nações civilizadas. Outro exemplo mobilizado foi o da “douta Alemanha”, uma vez que, segundo o texto, somente ela poderia ser comparada aos estados norte-americanos em “seu grandioso culto à higiene”. Por último, o texto sublinhava que, em Mato Grosso, naquele “seio de

Abraão”, infelizmente, os avanços nos cuidados dispensados à saúde pública ainda poderiam ser considerados “um mito” (Pela Saúde Pública, 1930, *on-line*).

A partir de início do século XX, os EUA passaram a dividir o palco do progresso, do desenvolvimento econômico e do avanço sanitário com a Alemanha e os outros países da Europa, que há tempos exportavam exemplos “bem sucedidos” de desenvolvimento, civilização e modernização para outras regiões do planeta. Nessa arena de disputas pelo primeiro lugar no campo da higiene e do saneamento, Mato Grosso ocupava uma posição distante quando o assunto era solucionar os graves e históricos problemas de salubridade pública que assolavam o cotidiano da maioria da população do Estado.

Ao ponderar que, para o então governo, a saúde pública teria sido merecedora de atenção especial, fica evidente o posicionamento político favorável do/a autor/a de “Pela Saúde Pública” (e possivelmente do jornal que a publicou) a quem controlava a administração estadual naquele momento (1930): o governador Aníbal Benício de Toledo. E, como era de costume, no anseio tendencioso de buscar justificar a negligência dos dirigentes políticos, caracterizada pela ausência de políticas públicas efetivas na área de saúde e saneamento, o responsável pela matéria afirmara que alguns governantes acabavam sendo impedidos de avançar nas questões sanitárias pela “falta de recursos pecuniários” nos cofres públicos. Ainda sobre esse aspecto, assim se posicionou:

É bem verdade que tem havido administradores, entre outros, o Dr. Manoel Murinho, Pedro Celestino e D. Aquino, para os quais a saúde pública sempre merecerá especial carinho, procurando elevá-la ao mais alto nível, mesmo com falta de recursos pecuniários. Ao primeiro coube a organização do serviço sanitário do Estado, com a Repartição que tomou o nome de Inspetoria de Higiene Pública do Estado, dotada de excelente regulamento, que sempre fora respeitado até o começo da administração passada. Aos dois últimos deve o Estado os inestimáveis serviços prestados com a criação do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural, sob a direção da Diretoria Geral da Saúde Pública da Capital Federal (Pela Saúde Pública, 1930, *on-line*, grifos meus).

De acordo com a historiadora Luiza Rios Ricci Volpato, naquele tempo, a cidade de Cuiabá, capital da província e centro hegemônico das relações econômicas, manifestações socioculturais e decisões político-administrativas, também foi palco privilegiado do discurso médico-científico em prol dos novos

conceitos de higienização e moralização dos espaços urbanos. O lema era defender a ordem e o progresso para se alcançar a tão desejada modernidade. Tais conceitos também eram enaltecidos e exigidos pelos representantes do poder instituído, que compunham a ordem centralizadora desenvolvida no Brasil daquele período (Volpato, 1993).

Esses grupos tentavam transformar a cidade de Cuiabá num ambiente disciplinado, higiênico, medicalizado e moralmente sadio. Diante disso, os tidos como “vadios”, “turbulentos”, “loucos” e os portadores de doenças contagiosas e incuráveis (a exemplo da lepra) deveriam ser segregados e isolados em hospitais apropriados para esse fim.

Inspetores de higiene, médicos, educadores, entre outras autoridades, acreditavam que poderiam impor à população mato-grossense os conceitos oriundos de outras regiões do país, da Europa e, como mencionado, dos EUA. A cidade de Cuiabá deveria, segundo o discurso médico e oficial, ser higienizada e transformada em um lugar de bem estar social. Nela conviveriam, “harmonicamente”, as ditas famílias honestas, de educação ilibada e comportamentos irrepreensíveis, em suma, pessoas pertencentes aos segmentos sociais privilegiados economicamente. 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 capital mato-grossense (Nascimento, 2001).

Tais discursos haviam ganhado maior densidade em Mato Grosso após a Guerra do Paraguai (1865-1870), episódio do qual a Província foi palco privilegiado e teve como um de seus agravantes a “terrível epidemia de varíola”, que assolou a população cuiabana no ano de 1867. As vicissitudes provocadas pela guerra e pela varíola, somadas à grande cheia do rio Cuiabá no ano de 1865, contribuíram em muito para a desestruturação na produção e abastecimento de gêneros alimentícios. Nesse contexto de privações, os mais pobres, debilitados pelas difíceis condições de vida, pela miséria e pela fome, tornaram-se alvos fáceis da doença (Volpato, 1993).

Nas últimas décadas do século XIX, Mato Grosso também foi assolado pelas epidemias de cólera morbos (1886) e de febre amarela, em 1890. A situação era de pavor e desespero e a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá tinha que assumir sozinha o ônus com o atendimento de um quantitativo de doentes muito superior às suas possibilidades materiais e a seus poucos recursos financeiros. O advento do

regime republicano (1889) trouxe consigo as incertezas decorrentes da nova ordem política, o que aumentava ainda mais a ausência do poder público nas questões de saúde pública e, conseqüentemente na manutenção de instituições como a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Este último, como ocorrera durante o Império, iniciou o novo regime e o século XX em completo estado de abandono pelas autoridades governamentais (Nascimento, 2001).

A situação de abandono do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá reforça o descaso dispensado à lepra ao longo da época imperial e inícios da Primeira República em Mato Grosso. Há uma relativa ausência de comentários e informações acerca da moléstia nos documentos oficiais referentes àquele período histórico. A epidemia de varíola (1867); os problemas com uma irmandade organizada para administrar os dois hospitais pios de Cuiabá em 1879, porém extinta em 1886; o ataque epidêmico do cólera morbos (1886); as incertezas trazidas pelo regime republicano (1889) e as dificuldades enfrentadas pela população com o surto de febre amarela (1890) foram fatores que contribuíram para um certo "esquecimento" do mal de Hansen pelas autoridades governamentais e médico-sanitárias de então (Nascimento, 2001).

Nesse cenário de transição do século XIX para o XX, a lepra apresentava algumas particularidades em relação às outras doenças que assolaram o Brasil. Segundo Tronca (1985), sobre aqueles males havia uma teoria que unificava e sintetizava a ação assistencial, aglutinando as dimensões administrativa, religiosa e médica. Tais explicações científicas se expressaram com o advento da medicina social, durante o Império, momento em que o objetivo principal das autoridades médico-sanitárias deixava de ser o doente e passava a focar nas doenças, em suas causas sociais e biológicas. Diante disso, o papel da assistência religiosa vai sendo paulatinamente substituído pelo do médico, que politiza progressivamente os procedimentos em nome da proteção à saúde pública. Entretanto, no que concerne à lepra, essa teoria ainda não existia, pois seu conteúdo era muito mais simbólico que científico. Visava, ao invés de curar, proporcionar uma assistência piedosa e caridosa àquelas criaturas, portadoras de um mal que além de contagioso, também era incurável e, portanto, consideradas em um trânsito sem retorno para a sepultura.

Essa especificidade da lepra, somada ao grande estigma que acompanhava sua trajetória, permitiu que representações e práticas sociais acerca da doença (e dos acometidos por ela), originadas em tempos bastante remotos, permanecessem

vivas até o período aqui analisado. A caridade, a filantropia e o trabalho voluntário em benefício dos leprosos, bem como a segregação social e o isolamento obrigatório dos mesmos também compunham esse “imaginário recorrente e de longa duração”, marcado por “um eterno retorno” que, na visão de Tronca (2000), acompanha a história da enfermidade ao longo dos séculos.

Em Mato Grosso, segundo o historiador Valmir Batista Corrêa, os anos iniciais do período republicano foram marcados por uma conjuntura de grande instabilidade social, econômica e política (Correa, 1995). Nesse cenário a organização da *Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá*, cujo objetivo era administrar os dois hospitais de caridade estaduais, pouco ou quase nada pôde fazer para melhorar a situação de abandono em que se encontravam tanto a Santa Casa de Misericórdia como o Hospital de São João dos Lázaros. A reincidência da epidemia de varíola em 1907, provocando mortes e pânico generalizado na população, foi mais um alerta às autoridades governamentais e sanitárias sobre o despreparo dos serviços de saúde estaduais para enfrentar os diversos problemas elencados. Mato Grosso não dispunha das mínimas condições para oferecer tratamento ao grande número de indigentes acometidos pela moléstia. Restava à Santa Casa de Misericórdia a obrigatoriedade de receber e, de acordo com seus poucos recursos financeiros, tentar amparar e cuidar dos enfermos (Nascimento, 2001).

Quanto ao enfrentamento do problema representado pela endemia de lepra em Mato Grosso, que voltou a ocupar um lugar de destaque nas preocupações com a saúde da população na década de 1910, dirigentes políticos e autoridades médicas mais uma vez apelariam à caridade pública. Esse modelo de assistência ainda perdurou por muito tempo, convivendo com a emergência de novos parâmetros no campo da saúde pública brasileira, que, paulatinamente, se institucionalizava (Nascimento, 2001).

Importante ressaltar que a institucionalização do isolamento compulsório de leprosos (enquanto principal medida profilática de combate e controle da lepra em Mato Grosso) estava inserida nesse contexto mais geral de nacionalização e centralização da saúde pública e de aprovação das reformas sanitárias no âmbito federal e nos estados. À vista disso, a seção seguinte destaca a importância do *Regulamento Sanitário de 1938* nesse processo de mudanças normativas dos

serviços de saúde e saneamento, com destaque para a prática do isolamento social obrigatório dos acometidos pelo mal de Hansen em Mato Grosso.

### 1.2.3 A institucionalização do isolamento compulsório de leprosos como medida profilática em Mato Grosso

Artigo 141 – A profilaxia da lepra será levada a efeito por meio das seguintes medidas sanitárias: notificação obrigatória, isolamento compulsório, vigilância sanitária, tratamento obrigatório, educação e propaganda sanitária, além de outras medidas complementares previstas neste regulamento.

(APMT, Regulamento [...], 1938, art. 141)

Isolar os leprosos para proteger a sociedade do contágio. Esse era o lema defendido pelas autoridades governamentais e médico-sanitárias que atuavam em Mato Grosso, como regra em praticamente todo Brasil. A partir da década de 1930, as formas de isolamento vão assumir características bastante distintas das anteriores, sobretudo após a reforma dos serviços de saúde, incorporada e transformada em lei com a elaboração e aprovação do *Regulamento Sanitário de 1938*<sup>36</sup>. Essa legislação sanitária oficializou a intervenção do poder público estadual na área da saúde e determinou que a profilaxia da lepra fosse operacionalizada através do isolamento compulsório dos acometidos pela doença em estabelecimentos construídos especificamente para esse fim. Importante destacar que a criação dessas instituições leprocomiais fazia parte de uma ambiciosa agenda nacional de combate e controle da lepra, defendida pela União e incorporada pelos governos estaduais.

Como vimos na seção anterior, as primeiras décadas do século XX foram marcadas por um processo de transição, no qual emergiu o discurso sobre a institucionalização e centralização da assistência à saúde no país. Segundo Hochman (1998), em princípios da década de 1920, ocorreu a primeira grande reforma nos serviços sanitários federais. Essa mudança foi o resultado de um longo

---

<sup>36</sup> No 4º capítulo da dissertação de mestrado de minha autoria há uma seção intitulada “O Regulamento Sanitário de 1938: a institucionalização das formas de isolamento para os leprosos em Mato Grosso”, dedicada ao estudo dessa legislação sanitária, com o objetivo de contextualizar os caminhos trilhados pelo Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá nas primeiras décadas do século XX (Nascimento, 2001, p. 130-153). Neste trabalho, considere importante retomar essas análises, focalizando nas contradições e dificuldades de aplicação, pelo poder público, das determinações legais do referido regulamento no cotidiano vivenciado pelos doentes de lepra internados do Asilo-Colônia São Julião.

processo político, fortalecido a partir de fins da década de 1910, com as discussões sobre a criação e ampliação das agências federais para tratar dos problemas sanitários nas várias regiões brasileiras.

Naquele período, emergiu em amplos setores das elites políticas, a consciência da interdependência entre um país doente, uma economia enfraquecida e um Estado ausente. Estava claro para os sanitaristas que o Brasil era um grande hospital e que, portanto, necessitava de medidas urgentes. Ainda segundo Hochman, foi à formação dessa consciência sanitária que favoreceu a criação, entre outras agências federais, do SPR, em 1919, e do DNSP, em 1920. Na esteira dessas mudanças, o SPR intensificou as pressões por ações governamentais mais efetivas na área do saneamento rural e o DNSP, por sua vez, inaugurou uma nova etapa no desenvolvimento das políticas de saúde pública e saneamento no país.

Na interpretação de Massako Lyda, em virtude da crise econômica cafeeira, agravada com a Primeira Guerra Mundial, foi possível a aceitação, após 1920, de uma maior interferência da União, inclusive nos estados economicamente mais prósperos. A grande questão, a partir de então, seria organizar o mercado de trabalho, valorizando-o para a continuidade da ordem e do progresso e, conseqüentemente, combatendo distúrbios como a pobreza e a doença. Nesse quadro mais geral, caberia um novo papel à saúde pública brasileira, conforme explicitado a seguir:

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 doentes 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 geral (Lyda, 1994, p. 50, grifos meus).

As décadas de 1920 e 1930 foram anos em 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 davam mais conta de explicar um cotidiano cada vez mais urbano e industrial. Foi um período crucial em termos da redefinição, não apenas político/econômica, mas essencialmente cultural. A busca de respostas para a construção do ideário de um

Brasil “moderno” mobilizou médicos, educadores, engenheiros, literatos, dentre outros grupos de profissionais e intelectuais, que discutiam apaixonadamente o Brasil, seus problemas e as soluções que poderiam (e deveriam) ser adotadas para se chegar ao ideal de um país moderno e civilizado (Herschmann & Pereira, 1994, p. 29-33).

A partir dos anos 1930, a saúde pública passou a ocupar maior espaço institucional, ampliaram-se os serviços já existentes e criaram-se novos campos de atuação para as campanhas sanitárias no Brasil. Nesse contexto, também ocorreu à criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 1930, como resultado de um dos raros esforços do legislativo brasileiro para reformar a administração. A Constituição de 1934 também dispensou especial carinho e atenção à saúde pública, dando-lhe uma considerável importância entre as responsabilidades do poder público (Hamilton & Fonseca, 2003; Hochman, 2005).

Em 1937, momento crucial da década de 1930, aconteceu a *1ª Semana Paulista de Medicina Legal* e foi instaurado o Estado Novo. No programa de governo defendido pelo novo regime, centralizador e autoritário, os serviços sanitários também passariam por uma ampla remodelação, acompanhando as mudanças sociais, econômicas e, sobretudo, políticas, impostas pelas ações de controle por parte do governo central.

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 intelectuais (Herschmann & Pereira, 1994, p. 36-37).

Na ditadura comandada por Getúlio Vargas, as ações empreendidas na área de saúde e saneamento (com maior ênfase a partir da Reforma Capanema<sup>37</sup>, aprovada em janeiro de 1937) também estiveram orientadas pela preocupação em garantir a presença do governo federal em todo o país. O objetivo era partir das capitais para investir no interior, nos municípios, montando uma rede bem articulada

---

<sup>37</sup> Sobre a Reforma Capanema e as mudanças que a mesma aprovou e implementou no âmbito da saúde pública brasileira, consultar (Brasil, Lei nº 378 [...], 1937; Fonseca, 2007, p. 171-255; Hochman, 2005, p. 127-141).

de serviços de saúde. Como aponta Fonseca (2007), esse movimento rumo ao interior do Brasil, que, obviamente, incluía Mato Grosso, marcou toda a estrutura de saúde vigente, que fora totalmente reorganizada durante a gestão de Gustavo Capanema (1934-1945). Os desdobramentos institucionais e políticos que se seguiram contribuíram para viabilizar o projeto de construção e implementação de uma política nacional de saúde pública. Essa nova modalidade de serviço público destacava a importância do papel do médico no processo de nacionalização da medicina no país e enfatizava a responsabilidade do Estado na constituição e prestação de um serviço sanitário cada vez mais abrangente, “destinado a toda a população, com perspectivas de universalidade” (Fonseca, 2007, p. 172-173).

Em Mato Grosso, mais especificamente a partir de 1938, as autoridades governamentais e médico-sanitárias passaram a seguir de perto os parâmetros da nova organização federal, com vistas à reestruturação dos serviços de saúde estaduais. Iniciava-se no Estado às várias tentativas de incorporação, no cotidiano da população, da chamada *Reforma Sanitária Júlio Müller* que, através do *Regulamento Sanitário de 1938*, reorganizava, pelo menos teoricamente, “os serviços sanitários do Estado de Mato Grosso”, estabelecendo normas oficiais rígidas para a segregação social e o isolamento compulsório de doentes de 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 (APMT, Relatório [...], 1939, p. 2, grifos meus).

A *Reforma Sanitária Júlio Müller* foi uma clara demonstração de que a intervenção em Mato Grosso estava altamente sintonizada com as reformas sanitárias federais, e que as políticas de centralização de poder (inserindo nessa política nacional as questões relacionadas à saúde pública) não encontrariam resistência alguma no governo estadual, pelo contrário, estavam sendo perfeitamente acatadas pelo seu representante majoritário, indicado pelo governo estadonovista: o interventor federal Júlio Strubing Müller.

Seguindo a conjuntura nacional, Müller criou e aprovou um extenso e complexo conjunto de normas de saúde e saneamento (incorporado pelo *Regulamento Sanitário de 1938*) que deveria ser rigorosamente exigido da

população mato-grossense. Todavia, essa legislação se mostrou pouco factível diante de um Estado que, nos discursos oficiais de seus dirigentes políticos, não dispunha de recursos financeiros suficientes e tão pouco de infraestrutura adequada no DSE/MT para fazer valer, na prática, as exigências legais expressas no corpo do dispositivo legal. Na área de saúde, os principais problemas elencados pelas autoridades locais eram: a falta de pessoal técnico qualificado, estrutura física deficiente, vencimentos incompatíveis (que empurravam os poucos médicos para as clínicas particulares), dificuldades de transporte, entre outros entraves. O relatório do DSE/MT de 1940 (referente ao exercício de 1939) assim descreveu as atividades desempenhadas pelos postos de higiene:

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 regime 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 dos nossos postos de higiene. A vastidão dos nossos problemas e o volume das nossas rendas, alijam-na para o terreno da utopia (APMT, Relatório [...], 1940, p. 65-66, grifos meus).

O *Regulamento Sanitário de 1938* transformou a antiga *Diretoria de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso* (DSP/MT) no *Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso* (DSE/MT), subordinado à *Secretaria Geral do Estado de Mato Grosso* (SGE/MT). A nova estrutura do DSE/MT passou a concentrar a administração, coordenação e execução de todas as atividades relativas à saúde pública na esfera estadual e também tinha sob sua responsabilidade a organização dos centros de estudos e profilaxia específica da malária, lepra e doença de chagas (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 1º).

Figura 9 - Sede da antiga *Diretoria de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso*, 1938.



Fonte: APMT, Relatório [...], 1939, p. 31.

Figura 10 - Sede provisória do *Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso*, 1938.



Fonte: APMT, Relatório [...], 1939, p. 32.

O *Regulamento Sanitário de 1938* contava com 23 artigos (140-162), que tratavam especificamente da profilaxia da lepra em Mato Grosso. A referida legislação sanitária estabelecia regras e normas destinadas à identificação do doente, notificação obrigatória, pacientes que deveriam ser submetidos ao isolamento compulsório (em domicílio ou em leprosários), entre outras medidas saneadoras que deveriam ser colocadas em prática sob o jugo da “autoridade sanitária”. Sobre os diferentes tipos de caso e formas de manifestação da doença, que resultariam na obrigatoriedade de isolar o indivíduo com diagnóstico positivo, o regulamento determinava que:

Artigo 144 - 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.

Parágrafo 1º - Além desses, poderão ainda ser isolados aqueles que voluntariamente o desejarem.

Parágrafo 2º - As disposições deste artigo serão reguladas por instruções técnicas, periodicamente revistas.

Artigo 145 - O isolamento deverá ser feito:

a) - em estabelecimentos nosocomiais;

b) - em domicílio (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 144-145, grifos meus).

O processo de identificação do doente de lepra poderia ser levado a cabo através de caso confirmado por exame de laboratório, quando, mesmo sem apresentar sintomas visíveis da doença, a pessoa fosse considerada portadora do bacilo de Hansen; ou pelo fato de o suposto doente apresentar sintomas característicos da enfermidade, ainda que os exames tivessem resultado negativo (APMT. Regulamento [...], 1938, art. 140). Uma vez identificado como leproso, ou apenas como suspeito, o indivíduo deveria ser obrigatoriamente notificado à autoridade sanitária, conforme descrito a seguir:

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 sanitária (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 144-145, grifos meus).

O destaque conferido à lepra no documento oficial, em detrimento das “várias outras doenças transmissíveis” de notificação compulsória, cujos nomes sequer foram mencionados, evidencia a grande importância conferida à enfermidade pelas autoridades governamentais e sanitárias do período, bastante preocupadas com o perigo representado pelo crescimento descontrolado da endemia no Estado. Segundo o regulamento, estavam obrigatoriamente incumbidos de fazer a notificação compulsória das doenças transmissíveis: o médico que tinha examinado o caso e, na falta deste, o “chefe da família ou parente mais próximo”, que residisse com o leproso ou suspeito. Depois, a responsabilidade pela notificação recairia sobre o enfermeiro ou qualquer outra pessoa que tivesse acompanhando o doente ou dele estivesse encarregada. Diretores ou responsáveis por estabelecimentos comerciais, indústrias, colégios, asilos, creches, policlínicas, entre outros espaços coletivos, também estavam obrigados a fazer a referida notificação. A obrigação se estendia ainda ao farmacêutico ou “droguista” que fornecesse medicamentos específicos para doenças de notificação compulsória, e aos responsáveis por laboratórios particulares que obtivessem resultados positivos nos exames realizados em indivíduos acometidos por aquele tipo de enfermidade. As notificações deveriam ser feitas por escrito, ou por qualquer outro meio considerado mais rápido, à autoridade sanitária, indicando o nome completo do doente ou suspeito, idade, sexo, local de residência e há quanto tempo estava acometido pela doença transmissível (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 80).

A vigilância e a perseguição estavam presentes em todo o tecido social, e a desobediência às normas estabelecidas estaria sujeita às penalidades previstas na legislação sanitária em questão. Naquele contexto, marcado pelo controle e vigilância social intensivos, a chamada “autoridade sanitária” emergia revertida de um imenso poder de polícia e coerção, que resultava na aplicação de multas, sanções e diversas outras penalidades.

Será passível de multa aquele que, sendo a isso obrigado deixar de fazer a notificação ou quem fornecer indicação falsa ou

incompleta, que embarace a autoridade sanitária na descoberta dos doentes, salvo se houver demonstração cabal de não ter havido má fé (APMT, Regulamento [...], 1938, parágrafo 2º do art. 80).

Em caso de remoção do doente 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 a multas. Caso acontecesse uma remoção “clandestina”, com autorização ou conhecimento do médico assistente, a ele caberiam as penalidades estabelecidas no regulamento sanitário (APMT, Regulamento [...], 1938, parágrafos 4º e 5º do art. 80). Nesses casos, cabe indagar como o poder instituído fiscalizaria o cumprimento dessas remoções, sobretudo aquelas que poderiam ocorrer no interior das residências particulares, de um cômodo para outro? Conclui-se, portanto, que eram obrigações sanitárias que constavam no corpo do regulamento, mas que dificilmente seriam efetivadas no cotidiano da população.

As pessoas sob vigilância, doentes ou suspeitas, que conseguissem permissão da autoridade sanitária para mudarem-se ou ausentarem-se de suas residências, deveriam fornecer ao funcionário responsável indicações precisas sobre o seu novo destino, estando sujeitas a multas caso não o fizessem. 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 técnicas (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 92-94). Mais um conjunto de medidas proibitivas que dificilmente seria colocado em prática, tanto pelos doentes (ou suspeitos) e seus familiares, quanto pelo agente público fiscalizador ou o responsável pela aplicação das sanções e multas.

O caráter arbitrário 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, e “do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado

no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII”. Contudo, a partir do século XVIII, medicina não expulsaria e nem excluiria mais, estaria restrita a vigiar e controlar a vida das pessoas, dividindo e inspecionando os espaços urbanos.

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 esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos (Foucault, 1979, p. 89, grifos meus).

Naquele cenário de “esquadrihamento” social, caso fosse constatado, através de 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, nessas circunstâncias, seriam inscritas na ficha de registro apenas as iniciais do seu nome, porém, no livro mencionado, o nome deveria constar por extenso. Nas fichas também deveriam constar todos os dados clínicos, epidemiológicos e o resultado dos exames de laboratório. 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 doente. Importante ressaltar que, para o diagnóstico dos casos de lepra, também poderiam ser empregados outros meios de identificação e reconhecimento, além daqueles já relacionados nos parágrafos anteriores, desde que fossem considerados necessários e “idôneos” pela autoridade sanitária, como, por exemplo, o exame sistemático e periódico dos comunicantes<sup>38</sup> (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 140-143).

O *Regulamento Sanitário de 1938* reiterava a antiga máxima de que, nos casos confirmados de lepra, o doente deveria ser segregado do convívio com a “população sadia”, e, conforme mencionado, o isolamento poderia ser feito em estabelecimentos nosocomiais 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

---

<sup>38</sup> Eram consideradas comunicantes todas as pessoas que convivessem ou tivessem convivido com doentes de lepra.

das medidas impostas, através de uma “vigilância assídua e eficaz” (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 144-146).

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

No domicílio em que se efetuar isolamento, a autoridade sanitária afixará, em local visível, cartaz que instrua o público sobre a existência e contágio da moléstia e proíba o acesso a qualquer pessoa não encarregada do doente ou do serviço.

A autoridade sanitária poderá colocar no domicílio vigilante permanente (APMT, Regulamento [...], 1936, art. 187, grifos meus).

Colocar vigilante permanente no domicílio? O DSE/MT teria pessoal suficiente para atender a mais essa necessidade profilática? Provavelmente também teria se configurado em mais uma formalidade do regulamento anterior que não fora colocada em prática. Entretanto, essa forma de expor o indivíduo acometido por moléstia contagiosa, sobretudo o leproso, e seus familiares à execração pública foi reforçada em Mato Grosso com a aprovação da *Reforma Sanitária Júlio Müller*, através do *Regulamento Sanitário de 1938* (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 23). Nesse aspecto, os documentos oficiais analisados (produzidos na década de 1930) evidenciavam a forte presença de representações e práticas sociais dirigidas aos leprosos que tinham suas raízes cravadas na Europa Ocidental, em plena Idade Média. Colocar avisos nos domicílios onde estivessem isolados os portadores de doenças contagiosas, para que “os sãos” não se aproximassem, assemelhava-se a certos comportamentos medievais, onde a sociedade (muitas vezes instruída pela Igreja Católica) exigia que os leprosos usassem trajes característicos para se identificarem enquanto tal. Também deveriam anunciar sua aproximação por meio de matracas, cornetas, badalos de sino, entre outros instrumentos de alerta, para que os outros membros da coletividade pudessem se resguardar (Rosen, 1994, p. 60; Antunes, 1991, p. 80-81).

Importante ressaltar que 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. Depois de identificado como portador

da moléstia, o acometido pelo mal de Hansen e todos aqueles que estavam ao seu redor passariam à condição de suspeitos, tornando-se perigosos para a sociedade. A partir daí, deveriam ter seus passos e atitudes vigiados e controlados pelo poder disciplinar, conferido à autoridade sanitária pela legislação vigente à época. Sobre a disciplina, enquanto técnica a serviço do poder, retomo aqui as instigantes reflexões de Michel Foucault:

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 a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares (Foucault, 1979, p. 106).

Ainda sobre a necessidade de vigiar e controlar os doentes (ou suspeitos) portadores de doenças transmissíveis, que estivessem isolados em domicílios, o *Regulamento Sanitário de 1938* preconizava que esta condição só seria permitida em prédio que não fosse de habitação coletiva, de comércio ou de indústria, e, no caso de doente de lepra, o mesmo estaria obrigado a cumprir uma lista enorme de exigências, prescrita pela autoridade sanitária e descritas a seguir:

- 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 asseio 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 doméstico privativo;
- i) - afastar do domicílio 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 residências particulares, ausentando-se do domicílio 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 residência 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 sanitária (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 146).

O trecho do documento nos leva a perceber que os leprosos pobres dificilmente teriam condições de arcar com as várias despesas decorrentes do isolamento domiciliar. A falta de condições materiais não permitiria 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 arbitrárias e repressoras do *Regulamento Sanitário de 1938*, também estaria muito acima das possibilidades de grande parte dos cuiabanos e, principalmente, da população do interior do Estado que, em sua maioria, era desprovida de recursos financeiros e totalmente desamparada pelo poder público. No sentido de buscar soluções para amenizar o problema, assim se manifestou o Dr. Hélio Ponce de Arruda, então diretor geral do DSE/MT:

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 subnutrição profunda, devido a um regime alimentar deficiente; e minquados 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 medicamentos (APMT, Relatório [...], 1940, p, 64, grifos meus).

As dificuldades financeiras mantinham inúmeros mato-grossenses completamente alijados de assistência médica, do acesso aos medicamentos e dos mais elementares serviços de saúde, higiene e saneamento. Sobreviviam com uma alimentação mínima e deficiente e em condições de extrema pobreza e

vulnerabilidade socioeconômica. Volto a indagar: como essa população em situação de pobreza e vulnerabilidade poderia cumprir as exigências impostas pelo regulamento sanitário, sobretudo, no que respeitava ao isolamento em domicílios particulares? E pior, como conseguiria pagar as multas impostas pela autoridade sanitária, devido ao não cumprimento das normas legalmente instituídas? Em suma, o isolamento domiciliar em Mato Grosso era prerrogativa das famílias pertencentes às classes mais abastadas da sociedade. Aos doentes pobres restava apenas o isolamento nosocomial ou, na maioria das vezes, o não cumprimento daquilo que estava prescrito na legislação sanitária em questão, que, para ser efetivada, também carecia de servidores públicos em número suficiente para realizar as constantes atividades de fiscalização, seguidas do rigoroso acompanhamento, vigilância e controle social dos doentes e comunicantes, sob responsabilidade da “autoridade sanitária”.

Os próprios profissionais que compunham o quadro de pessoal técnico especializado do DSE/MT assumiam que a maioria da população mato-grossense não estava preparada, e nem tinha condições materiais para cumprir a risca as determinações do *Regulamento Sanitário de 1938*. Diante disso, restava às autoridades públicas se conformarem com o não cumprimento e com as dificuldades de aplicabilidade da legislação, em sua integralidade. Sobre esse comportamento transgressor do “povo”, o engenheiro sanitário, Orlando Nigro, relatou o seguinte:

Não o apliquei, integralmente, [o regulamento sanitário] devido não estar o povo preparado para receber e cumprir a lei, como deveria ser cumprida.

Neste ano diminuimos o serviço de intimações devido termos no ano passado expedido 705, das quais somente umas 300 foram cumpridas (APMT, Relatório [...], 1940, p, 51-52, grifos meus).

Constava no *Regulamento Sanitário de 1938* que o isolamento institucional de leprosos em Mato Grosso poderia ser realizado em “sanatórios”, “hospitais coloniais especiais” e em “asilos”. Esses estabelecimentos de segregação social receberiam, preferencialmente, os doentes domiciliados no Estado ou nos municípios onde fossem construídos. E a instalação dos mesmos deveria levar em conta a sua “localização conveniente” (para que o poder público pudesse exercer uma “fiscalização assídua e eficiente”), o baixo valor dos gastos com a construção, as facilidades de manutenção, o quantitativo e as condições sociais dos doentes de

lepra a serem isolados e, em última instância, as possibilidades e facilidades de aproveitamento do trabalho dos internos nas profissões a serem desempenhadas no interior do estabelecimento (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 149).

O aproveitamento do trabalho dos próprios internos no desempenho das atividades de manutenção dos leprosários, talvez fosse o item considerado mais importante pelas autoridades governamentais e médico-sanitárias. Sendo a lepra uma doença contagiosa e altamente estigmatizada, seria complicado conseguir e manter pessoas sadias trabalhando naquelas instituições de isolamento, 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 pelos próprios internos era bastante interessante, além de significativamente econômica para os cofres públicos. Gastar-se-ia menos, pagando salários inferiores aos que deveriam ser pagos às pessoas sãs (uma vez que estas tinham direito a gratificações pelo contato direto ou indireto com os leproso), ao mesmo tempo em que os doentes, mantidos ocupados, não teriam tempo hábil para articular estratégias de resistência às normas estabelecidas nos regimentos internos dos leprosários, a exemplo das constantes fugas empreendidas por esses grupos transgressores.

Na administração dos leprosários o número de pessoas sãs será limitado ao estritamente indispensável, devendo neles serem empregados tanto quanto possível, os próprios doentes.

Os funcionários obrigados ao contato prolongado com os doentes de lepra receberão uma gratificação de 50% sobre os vencimentos correspondentes aos dos demais funcionários de igual categoria e os que tiverem menor contato, 25% (APMT, Decreto-Lei nº 379 [...], 1940, artigos 22-30, grifos meus).

De acordo com as políticas de isolamento social de leproso implementadas em Mato Grosso no período em questão, os três tipos de estabelecimentos listados no *Regulamento Sanitário de 1938*: hospitais-colônias, sanatórios e asilos, teriam finalidades diferenciadas. Os sanatórios poderiam ser adotados para o isolamento de um número reduzido de doentes, ou seja, estariam destinados ao atendimento de pequenos focos locais de lepra. Também poderiam ser instalados próximos de um hospital-colônia, para neles serem isolados aqueles pacientes que apresentassem melhores condições de saúde, devido a uma maior resistência ao bacilo de Hansen, ou para aqueles indivíduos que ainda não tivessem atingido um estágio crítico e

muito avançado da doença. Seria permitida, ainda, a criação de “sanatórios especiais, para doentes contribuintes, os quais seriam preferencialmente mantidos por particulares, mas submetidos à fiscalização das autoridades sanitárias” (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 150).

Os hospitais-colônias deveriam ser construídos em áreas grandes o suficiente para permitir a organização de uma “vila de leprosos”, com anexos e dependências necessários à montagem de uma estrutura administrativa e de saúde, assim como à sobrevivência e convivência social dos internos: casas, pavilhões, dormitórios, cozinha, enfermarias, preventório, asilo, local de reclusão para loucos, criminosos e indisciplinados, veículos para transporte de pacientes, entre outros edifícios e acomodações. Deveriam contar, ainda, com terrenos destinados à plantação de gêneros alimentícios e à criação de pequenos animais domésticos, para ocupação dos doentes e ajuda na manutenção do estabelecimento. Como nos sanatórios, nos hospitais-colônias também haveria:

[...] acomodações especiais para contribuintes e será permitido aos doentes construírem, a expensas próprias, dentro da respectiva área, habitação particular, desde que obedeçam às condições regulamentares (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 151).

Percebe-se que o isolamento nosocomial, 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 pacientes pobres ou indigentes (que não podiam contribuir com a manutenção do estabelecimento) não poderiam ter acesso. Nos hospitais-colônias, onde a área reservada deveria ser mais ampla, além das ditas acomodações especiais, estaria facultado àqueles que tivessem condições financeiras, a construção de residência particular, de acordo com as suas possibilidades materiais e o desejo de maior conforto e individualidade.

Por último, nessa tríade, estavam os asilos para isolamento de leprosos, que 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 corpos (APMT. Regulamento [...], 1938, art. 152). Representariam a parte mais triste e agonizante das tentativas de profilaxia da lepra

por meio da segregação e do isolamento social dos doentes. Enquanto que os sanatórios estariam destinados a receber os pacientes em estágio inicial da doença, os asilos deveriam isolar aqueles indivíduos com a enfermidade já em estado avançado, funcionando, estes últimos, como um local de grande sofrimento e solidão, uma verdadeira “antecâmara da morte”.

As formas de convivência e as relações sociais construídas entre os internos 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 vigente à época. 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 na legislação sanitária, em consonância com os regimentos criados e aperfeiçoados pelos administradores dos hospitais-colônias. O casamento entre internos somente poderia acontecer com o consentimento do diretor, que deveria observar o estado de evolução da doença nos noivos e também a capacidade de fornecer habitação conjunta após o enlace matrimonial (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 153).

Os filhos de doentes de lepra, nascidos em hospitais-colônias, deveriam ser separados dos pais imediatamente após o nascimento, mesmo que apenas um dos progenitores tivesse acometido pela moléstia. Em hipótese alguma os bebês poderiam ser amamentados pela mãe (ou por uma ama de leite) leprosa, ou ainda que convivesse (ou tivesse convivido) com outras pessoas acometidas pela enfermidade. 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 sadias (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 153).

As pessoas da administração e outros empregados não acometidos pelo mal de Hansen que convivessem nos hospitais-colônias deveriam residir em local distante e isolado das dependências e alojamentos destinados aos leprosos. 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 previamente determinado. As altas ou transferências de internos 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 do doente a ser removido ou transferido. No caso de transferência para isolamento domiciliar, conforme exposto, deveriam permanecer submetidos à rígida vigilância e controle da autoridade sanitária. Nesse sentido, o regulamento também estabelecia que:

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 o reaparecimento de sintomas suspeitos ou se torne o indivíduo novamente contagiante, deverá voltar ao regime ditado neste regulamento para os suspeitos ou doentes (APMT, Regulamento [...], 1938, artigos 153 e 157).

Destarte, os doentes de lepra estariam completamente privados dos seus direitos de ir e vir, sobretudo na sociedade extramuros. Além dos impedimentos supracitados, também não tinham direito de ser transferidos de um município para outro e menos ainda de um estado para outro, sem prévia anuência das autoridades sanitárias, tanto do local do qual estivessem saindo, quanto daquele para onde estivessem sendo transferidos. Em caso de desobediência, poderiam ser reenviados ao estado ou município de sua residência ou procedência, com as despesas pagas por quem tivesse efetuado o transporte, “sem prejuízo de outras penalidades determinadas em lei”. Nesses termos, as empresas de transportes ou os particulares só poderiam conduzir leprosos quando observadas as condições estabelecidas pela autoridade sanitária, que para esse fim forneceria guia especial, acompanhada das respectivas instruções (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 161).

Como exemplo dos procedimentos arbitrários adotados pelo poder instituído (aqui representado pela toda poderosa “autoridade sanitária”), em nome do combate e controle da lepra no Estado, o regulamento também adotou, como regra a ser seguida no interior dos hospitais-colônias, a proibição de circulação de moeda corrente entre os pacientes internados. Os diretores deveriam providenciar, necessariamente, a emissão de vales especiais, que regulassem “as trocas pecuniárias” no interior daqueles estabelecimentos (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 153). Atitudes desse tipo demonstravam a permanência, ainda na década de 30 do século XX, do forte estigma que povoava o “imaginário recorrente e de longa

duração” em torno da lepra e dos leprosos, reforçado pela falta de conhecimento e de informação sobre as formas de transmissão e disseminação da doença.

Em suma, o estigma, o preconceito, a falta de conhecimento e o medo do contágio e disseminação da lepra entre a população mato-grossense, eram sentimentos que levavam as autoridades governamentais e sanitárias, assim como os responsáveis pela administração dos estabelecimentos de isolamento, a assumirem comportamentos e posturas extremas, que também eram definidas e exigidas como regras e normas a serem seguidas pela sociedade como um todo.

Como vimos na 1ª seção deste trabalho, até a inauguração do São Julião (1941), o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá era o único nosocômio destinado ao isolamento de leprosos existente em Mato Grosso. Naquele cenário profilático, os três diferentes tipos de estabelecimentos listados no *Regulamento Sanitário de 1938* (sanatório, asilo e hospital-colônia) eram, até aquele período, apenas escritos e promessas dos dirigentes políticos e autoridades médicas, formalidades que nem se quer chegaram a sair das páginas do documento oficial. Em atendimento ao que preconizava a referida legislação de saúde e saneamento, o São Julião teria sido pensado e construído com características bastante semelhantes as do “hospital-colônia”. No entanto, também teria incorporado elementos dos outros dois tipos de estabelecimentos discutidos acima, ou seja, do “sanatório” e do “asilo”. Talvez por esse motivo, o novo leprosário tenha sido batizado, a princípio, de Asilo-Colônia São Julião (APMT, Relatório [...], 1942, p. 32).

Ainda segundo o *Regulamento Sanitário de 1938*, deveriam ser criados vários dispensários para doenças de 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 (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 158).

Os dispensários também teriam a finalidade de 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 pelas autoridades sanitárias como não contagiantes; realizar os vários tipos de exames existentes para tentar diagnosticar a moléstia e ainda promover a educação sanitária dos doentes,

seja nas dependências dos próprios dispensários, seja em seus domicílios (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 158).

Outro componente importante dessa agenda voltada ao combate à lepra no período foi a divulgação para um público em geral das informações e prescrições relativas à doença. 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 1930. 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 de saúde 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 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 (Bertolli Filho, 1996, p. 34-35).

A partir de 1938, seguindo as diretrizes nacionais do governo estadonovista, as autoridades governamentais e da área de saúde de Mato Grosso também procuraram incentivar a propaganda e a educação sanitárias acerca da profilaxia da lepra no Estado, com o objetivo de instruir a população sobre o perigo que representava a moléstia para a saúde pública. Nesse sentido, todos deveriam obedecer ao programa elaborado pela *Seção Técnica Sanitarista* do DSE/MT. Na execução do programa deveriam ser empregados os meios mais eficientes de divulgação das condições de contágio e de transmissão da doença, dos métodos 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, entre outros estabelecimentos, de modo que no ensino de higiene ministrado fossem incluídas noções elementares sobre epidemiologia da lepra e os meios de se evitar a doença (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 159).

Os incentivos à criação de associações privadas “destinadas a cooperar na luta contra a lepra” e “no que se referir à assistência material e moral dos doentes pobres e suas famílias, de modo a facilitar o isolamento domiciliário ou nosocomial” também faziam parte das normas contidas no *Regulamento Sanitário de 1938* (APMT, Regulamento [...], 1938, art. 160). Mesmo com uma maior intervenção do poder público estadual nos serviços de saúde e saneamento, garantida após a aprovação da *Reforma Sanitária Júlio Müller*, a criação do DSE/MT e a institucionalização do isolamento compulsório de leprosos em Mato Grosso, os apelos à caridade pública – sobretudo para auxiliar na construção e manutenção de preventórios para receber os filhos indenes dos pacientes isolados em leprosários – ainda eram recorrentes em muitos documentos oficiais produzidos à época (APMT, Relatório [...], 1940, p. 18).

A visível contradição existente entre as exigências legais do *Regulamento Sanitário de 1938* e a realidade da maioria da população era um problema recorrente em Mato Grosso no período. O fato de a *Reforma Sanitária Júlio Müller* ter sido pensada, construída e publicada nos moldes de outras reformas aprovadas anos antes em estados da região sudeste do país (Rio de Janeiro e São Paulo), talvez contribua para explicar o abismo gigantesco existente entre as regras que o texto do dispositivo legal preconizava e as reais necessidades e condições de saúde e saneamento enfrentadas no cotidiano pelos moradores da capital Cuiabá e dos vários municípios interior do Estado.

Em “Saúde Pública em Mato Grosso”, Ponce de Arruda reafirmou que a *Reforma Sanitária Júlio Müller* teria sido elaborada, conforme mencionado, “nos moldes das suas congêneres brasileiras”, e que um dos primeiros cuidados da sua administração consistira na...

[...] preparação de técnicos especializados em questões sanitárias, para o que entramos em entendimentos com o Instituto de Higiene de São Paulo, na pessoa do seu competente diretor, Dr. Paula Souza, para que naquele renomado estabelecimento estagiassem os médicos que já faziam parte da nossa antiga organização: Drs. Aretino C. de Matos, Levi de Arruda, Amando de Oliveira, Clineu da Costa Moraes, Edson Santos, Orestes Prata Tyberi e Candido Pinheiro (Arruda, 1939, *on-line*, grifos meus).

Além do estado de São Paulo, também eram enviados médicos e outros profissionais da área de saúde para realizarem capacitações no Rio de Janeiro

(então capital do país), com o propósito de estudarem diversas “atividades sanitárias”, tais como: cursos de “Bioestatística, Administração Sanitária, Malariologia”, estágios “nos serviços de tuberculose e Roentgenfotografia”, dentre outros cursos oferecidos pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS). Em contrapartida, o governo federal também enviava, periodicamente, profissionais técnicos para assessorar na organização do DSE/MT, preparando este órgão “para as altas finalidades” que teria a cumprir. Sobre essa parceria com o governo central, assim se manifestou Ponce de Arruda:

Também de muita valia nos foram os serviços dos técnicos federais: Dr. Harvey Ribeiro, na parte de laboratório; Dr. Enéas da Silva Pereira, ilustre substituto do Dr. Marcelo Silva; D. Berila Pinto de Carvalho, dinâmica enfermeira que dirige o nosso curso de Enfermagem; e finalmente o Dr. Orlando Nigro, competente Engenheiro Sanitarista (Arruda, 1939, *on-line*).

Conforme exposto, a legislação sanitária aprovada em Mato Grosso seguia os preceitos e parâmetros das reformas sanitárias já concretizadas (há mais de uma década) em São Paulo e no Rio de Janeiro, cidades da região sudeste do país e destino formativo privilegiado dos médicos mato-grossenses. Estes se deslocavam para aqueles centros urbanos em busca saberes técnico-científicos considerados de referência nas demais regiões brasileiras (realização de estágios, cursos de capacitação e especializações em questões sanitárias), de onde vinham os profissionais de saúde (técnicos federais) que prestavam serviços de assessoramento na organização dos vários órgãos de saúde e higiene que estavam sendo criados e estruturados no Estado.

O retorno dos médicos especializados a Mato Grosso possibilitava a continuidade dos trabalhos iniciados pelos profissionais técnicos enviados pelo governo federal. Eram aqueles médicos que assumiam os cargos mais importantes na estrutura dos órgãos de saúde recém-criados em Cuiabá (a exemplo do centro de saúde e do laboratório central do DSE/MT) e nos postos de higiene que foram sendo organizados nos municípios mais prósperos do Estado. Lembrando que todas essas medidas e ações deveriam estar em consonância com as determinações legais expressas no *Regulamento Sanitário de 1938*.

Uma vez elaborada nos moldes da legislação sanitária de centros urbanos com realidades tão distintas de Mato Grosso, a *Reforma Sanitária Júlio Müller*

encontraria enormes dificuldades de aplicabilidade na prática cotidiana da população local. Sem contar que o novo dispositivo legal também esbarraria em outros tantos empecilhos de ordem econômica, política, social e até cultural, que emperrariam, sobremaneira, o avanço das obras de saneamento no Estado. Diante disso, as normas contidas em seu regulamento sanitário dificilmente seriam convertidas em efetivas políticas públicas de saúde, com condições de solucionar, ou pelo menos amenizar, os inúmeros problemas sanitários enfrentados pela população mato-grossense, sobretudo os segmentos sociais menos favorecidos. A difícil realidade imposta aos doentes de lepra do Estado, especialmente àqueles que seriam internados compulsoriamente no Asilo-Colônia São Julião, também estaria incluída nessa problemática.

Portanto, o cotidiano do São Julião também seria regido, ainda que em teoria, pelo minucioso conjunto de normas definidas e aprovadas no *Regulamento Sanitário de 1938* (amparo legal da *Reforma Sanitária Júlio Müller*), que, como exposto, simbolizava as mudanças institucionais no campo da saúde pública em Mato Grosso e, mais especificamente, nas ações de enfrentamento à lepra no Estado. Por força da nova legislação sanitária, a notificação compulsória e o isolamento social obrigatório das pessoas acometidas pelo mal de Hansen foram normatizados como as principais medidas profiláticas contra a endemia leprótica no período em questão, cuja aplicação deveria ser implementada pelos dirigentes políticos e executada pelos órgãos públicos pertencentes à nova estrutura do DSE/MT, com a participação de entidades privadas e da sociedade civil organizada.

Em dados numéricos, Ponce de Arruda (1939, *on-line*) apresentou os principais serviços prestados pelo *Centro de Saúde de Cuiabá* e o *Laboratório Central do Estado* no primeiro semestre de 1939: uma média de 50 pessoas atendidas por dia, número considerado por ele alto e satisfatório em relação a períodos anteriores. Ainda de acordo com o gestor público, os resultados positivos eram frutos dos investimentos federais no campo da saúde pública em Mato Grosso, que teriam apresentado um crescimento significativo nos anos anteriores a 1939. Na sequência, relatou que a União ainda teria enviado recursos para a construção da sede própria do DSE/MT e que também se encontravam “em vias de inauguração o Leprosário do Botas, em Campo Grande, e o Hospital para Fogo Selvagem, em Ponta Porã”. Importante destacar que antes da inauguração, o São Julião era citado em várias fontes como “Leprosário do Botas”, em alusão ao “Córrego do Botas”, que

cortava a área escolhida e doada pela prefeitura de Campo Grande para a construção do Asilo-Colônia (APMT, Mensagem [...], 1937, p. 40).

Foram muitas as transformações na área de saúde que o gestor do DSE/MT enumerou, incentivadas e financiadas pelo governo federal. Mudanças estas que estariam sendo processadas em pouco mais de um ano da reorganização dos serviços sanitários em Mato Grosso, iniciada com a publicação do regulamento sanitário estadual, em 7 de junho de 1938. Diante disso, no dizer de Ponce de Arruda (1939, *on-line*), “não seria de estranhar a falta de um entrosamento muito perfeito”, visto que alguns postos de higiene ainda não estavam bem articulados, situação que seria “resolvida satisfatoriamente ao seu tempo”. Fica evidenciado, de tal modo, que as várias tentativas de reorganização dos serviços sanitários estaduais não vieram acompanhadas da infraestrutura necessária ao bom funcionamento, na prática, dos postos de higiene e demais órgãos da área de saúde que foram sendo criados, com vistas a atender às determinações legais da *Reforma Sanitária Júlio Müller*.

Para enfatizar o compromisso do governo federal com o aumento dos investimentos e melhorias na área de saúde, Ponce de Arruda apresentou um quadro contendo os orçamentos destinados aos serviços de saúde pública dos vinte estados brasileiros, entre os anos de 1933 e 1939 (ver figura 8). Através daqueles dados, seria possível verificar que Mato Grosso aparecia ocupando o 8º lugar “em dotação orçamentária, per capita, ou seja, o quádruplo do que se gastava em 1933” (Arruda, 1939, *on-line*). Esse aumento de recursos enviados às unidades federativas também fazia parte da discutida política federal de nacionalização e centralização da saúde pública implementada no governo Vargas.

Representado em Mato Grosso por Júlio Strubing Müller, o governo estadonovista podia contar com um interventor federal com grande afinidade e apreço pelas políticas ditadas pelo governo central, especialmente no campo da saúde pública. Prova disso foi à homenagem prestada ao administrador, com a escolha do seu nome para batizar a legislação sanitária estadual aprovada em 1938. Como aponta a pesquisadora Ivone Maria Ferreira da Silva, alguns personagens da elite mato-grossense ainda o consideram como o “fundador” da saúde pública no Estado, devido à sua “importante” atuação política nessa área, em sintonia com os objetivos da ditadura varguista (Silva, 1998, p. 77-84).

Como mencionado, a lepra figurava entre as doenças citadas por Ponce de Arruda como os três grandes problemas de saúde pública de Mato Grosso, merecedores de maior atenção por parte dos dirigentes políticos federais e estaduais<sup>39</sup>. Diante dessa preocupação com a alta incidência da lepra no Estado, o representante do DSE/MT reafirmou que a principal medida em curso para o enfrentamento da endemia era a construção do “Leprosário do Botas, em Campo Grande”. Segundo ele, o Asilo-Colônia ainda seria inaugurado naquele ano (1939), e os investimentos nas obras de seus edifícios já estavam na “casa dos mil contos” de réis (Arruda, 1939, *on-line*). Entretanto, como sinalizado anteriormente, o São Julião foi inaugurado somente dois anos mais tarde, em 5 de agosto de 1941.

De acordo com Ponce de Arruda, o Estado criou e aprovou um “Fundo de Saúde”, que taxava os municípios em 5% do valor da arrecadação, para serem investidos na organização e melhorias dos serviços sanitários. Entretanto, na opinião do gestor, aquele tributo teria se tornado “um cavalo de batalha sem a menor razão de ser”, uma vez que os municípios sempre invocavam tal obrigação fiscal para cobrar do Estado a solução de suas carências sanitárias. Segundo ele, mesmo no caso de Campo Grande (município de maior arrecadação), os cofres estaduais gastavam muito mais do que recebiam com “a manutenção cada vez mais eficiente do seu Posto de Higiene” (Arruda, 1939, *on-line*).

Percebe-se que havia uma clara tentativa de transferência de responsabilidades entre os entes federados (Estado e seus municípios) no que dizia respeito à manutenção dos órgãos de saúde pública. Essas despesas eram encaradas pelo representante do DSE/MT como “gastos” e não como investimentos necessários à melhoria das condições sanitárias e, conseqüentemente, de vida da população mato-grossense, sobretudo de suas camadas menos favorecidas, cuja necessidade e dependência dos serviços de saúde oferecidos pelo poder público eram urgentes e imprescindíveis. Essa situação ainda é latente em Mato Grosso na atualidade, onde as inúmeras deficiências que assolam o campo da saúde pública são bastante semelhantes e continuam sendo negligenciadas e/ou deixadas em segundo plano pelas autoridades governamentais.

A forte relação que se estabeleceu entre saúde pública, exploração do trabalho assalariado e a prevalência do fator econômico, cada vez mais valorizado

---

<sup>39</sup> Sendo as demais a tuberculose e o fogo selvagem.

nas sociedades capitalistas, com o propósito de procurar manter o indivíduo em pleno processo produtivo, enquanto capital humano, colocava a doença como um grande empecilho ao progresso, modernização e desenvolvimento das nações civilizadas. Essas discussões, presentes no cenário nacional e internacional, também eram pujantes nos discursos dos dirigentes políticos e autoridades sanitárias mato-grossenses à época. Diante dessa necessidade econômica, a saúde pública foi transformada, pelo menos em teoria, em “imperativo vital” em Mato Grosso, como também afirmara Ponce de Arruda:

Sem saúde coletiva não pode haver trabalho; visto que cada doente é um indivíduo que não produz ou tem sua capacidade de produção diminuída. Pondo de lado o fator sentimental, é o próprio fator econômico que grita por uma boa organização do Estado nesse sentido. O dado mais seguro para se julgar o grau de adiantamento de um povo é, sem contestação, o *quantum* que gasta ele, *per capita*, com o seu Departamento de Saúde e Higiene (Arruda, 1939, *on-line*, grifos meus).

O gestor do DSE/MT acrescentou, ainda, que se sentia perfeitamente à vontade “para vibrar do mais justo orgulho” quando confirmara que as dotações orçamentárias estaduais, conforme exposto, quadriplicaram no curto espaço de seis anos, ou seja, de 1933 a 1939. E concluiu a matéria afirmando que: “não temos feito tudo, é certo, mas já temos feito muito, e é tudo” (Arruda, 1939, *on-line*). Resta-nos indagar se o aludido aumento de recursos orçamentários teria se convertido em efetivas políticas públicas de saúde para melhorar (ou pelo menos amenizar) as precárias condições sanitárias e de vida da população mato-grossense? Questiono, ainda, acerca da realidade imposta às pessoas que seriam isoladas compulsoriamente no “novo Leprosário do Botas”, ainda em fase de construção, posteriormente denominado de Asilo-Colônia São Julião. Essas preocupações nortearam, amiúde, as análises desenvolvidas nos dois próximos capítulos.

Em suma, ao analisar as declarações publicadas pelo *O Estado de Mato Grosso* de 27 de agosto de 1939, fica evidente a grande satisfação (e até empolgação) de Ponce de Arruda com a situação em que se encontrava a saúde pública no Estado, desde que a *Reforma Sanitária Júlio Müller* se tornara realidade. Entre as principais mudanças aprovadas pela reforma, estava a reorganização dos serviços de saúde, possibilitada pela publicação do decreto estadual que garantiu amparo legal ao *Regulamento Sanitário de 1938*, pensado e construído seguindo

critérios e parâmetros científicos das "modernas" reformas sanitárias aprovadas anteriormente, na capital do país e no estado de São Paulo.

Figura 11 - "Saúde Pública em Mato Grosso", publicação de 1939.

10 O ESTADO DE MATO GROSSO 27-8-1939

## SAÚDE PÚBLICA EM MATO GROSSO

Sua reforma — O que temos conseguido — Falta ainda melhor ajustamento — Confronto que nos ilustra mas não nos satisfaz — Três grandes problemas em resolução: Tuberculose - Lepra - Fogo Selvagem — Uma satisfação aos Municípios sobre a taxa de 5% — O Estado deve sentir o problema de Saúde Pública como um imperativo vital.

Iniciada a sua reforma em 7 de Junho de 1938, nos moldes das suas congêneres brasileiras, um dos nossos primeiros cuidados foi a preparação de técnicos especializados em questões sanitárias, para o que entramos em entendimentos com o Instituto de Higiene de São Paulo, na pessoa do seu competente diretor, Dr. Paulo Souza para que nos desse o seu estabelecimento estagiarem os médicos que já faziam parte da nossa antiga organização. Drs. Aristino C. de Matos, Levi de Arruda, Armando de Oliveira, Cláudio da Costa Moraes, Edison Santos, Orestes Prata Tyberri e Candido Pinheiro.



Dr. Heilo Ponce de Arruda

Para o Rio de Janeiro, a fim de estudar outras atividades sanitárias, seguiram o Dr. Virgílio Corrêa, nosso próprio diretor, que fez o curso de Bio-estatística e Administração Sanitária; Dr. Pedro da Cunha Lopes, que fez o curso do D.N.S., o Dr. Ambrósio Filho, que fez o curso de Malariologia e o autor desde então que estagiam nos serviços de Tuberculose e Roentgenografia do Centro de Saúde n.º 3. Enquanto uns se preparavam, outros, que aqui ficaram, auxiliados pelos técnicos que o Governo Federal nos enviava periodicamente, preparando o nosso Departamento para as altas finalidades que tem a cumprir.

Nesses mistérios não se pode esquecer a grande capacidade de tra-

balho que desenvolveu entre nós o Dr. Marcelo Silva Junior, hoje muito digno Delegado Federal de Saúde da 3.ª Região.

Também de muita valia nos foram os serviços dos técnicos federais: Dr. Harvey Ribeiro, na parte de Laboratório; Dr. Enéas da Silva Pereira, ilustre substituto do Dr. Marcelo Silva; D. Berila Pinto de Carvalho, dinâmica enfermeira que dirige o nosso curso de Enfermagem; e finalmente o Dr. Orlando Nigro competente engenheiro sanitário.

Com a vinda dos nossos médicos, já especializados, foram-se organizando os vários Postos de Higiene esparsos pela nossa vastidão territorial, ao mesmo tempo que, na Capital, o Centro de Saúde já ia em ajeitamento e compensador funcionamento.

Vejam os dados numéricos, o resumo dos principais serviços do Centro de Saúde de Cuiabá e do Laboratório Central do Departamento, no primeiro semestre do corrente ano:

DR. HEILO PONCE DE ARRUDA (do D. S. E.)

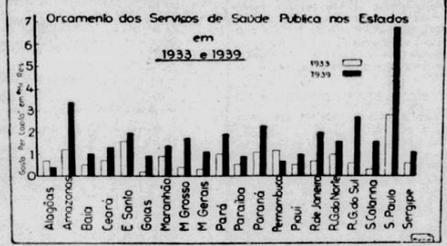
laboratório do Centro de Saúde atendemos uma média de 50 pessoas por dia.

Dentro de poucas semanas teremos estes serviços funcionando em prédio próprio, mandado construir pelo Governo Federal.

Também encontram-se em vias de inauguração o Leprosário do Botas, em Campo Grande, e o Hospital para Fogo Selvagem, em Ponta Porã.

Em vista de todas essas atividades, processadas todas em pouco mais de um ano, não seria de extranhar a falta de um entrosamento muito perfeito. Assim é que, alguns Postos de Higiene não se encontram perfeitamente articulados, coisa que, entretanto, será resolvida satisfatoriamente ao seu tempo.

Um confronto que nos ilustra, mas não nos satisfaz, é o que extraímos do relatório de 1938 do dr. João de Barros Barreto, ao tratar dos vários orçamentos estaduais, nos anos de 1933 a 39, na parte de Saúde Pública.



Estado	1933 (em milhões de cruzeiros)	1939 (em milhões de cruzeiros)
Alagoas	0.5	0.5
Amazonas	0.5	0.5
Bahia	1.0	1.0
Ceará	1.0	1.0
E. São Paulo	1.0	1.0
Goias	1.0	1.0
Morombá	1.0	1.0
M. Grosso	1.0	1.0
M. Gerais	1.0	1.0
Pará	1.0	1.0
Paraná	1.0	1.0
Pernambuco	1.0	1.0
Piauí	1.0	1.0
Rio de Janeiro	1.0	1.0
Rio de Norte	1.0	1.0
R. de São Paulo	1.0	1.0
S. Paulo	1.0	1.0
Sergipe	1.0	1.0

**SERVIÇOS** N.º das consultas

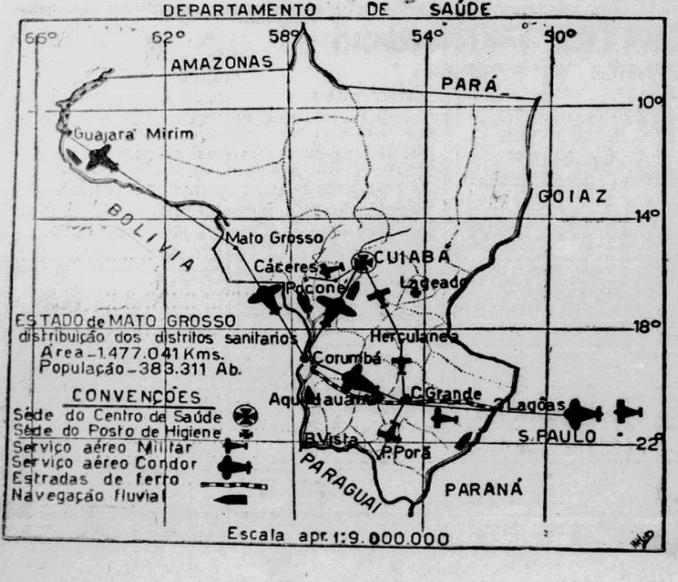
SIFILIS D. VENEREAS	719
H. INFANTIL	571
H. DENTARIA	2.171
P. SANITARIA	58.172
Prédios visitados pelos guardas	354
Fossas sanitárias construídas sob orientação do Serviço	30
Fossas sanitárias em relativas condições higiênicas	3.829
EXAMES DE LABORATORIO	2.045

Por ele se verifica que Mato Grosso aparece hoje em 3.º lugar em dotação orçamentária, per capita ou seja, o quádruplo do que gastava em 1933.

A Tuberculose, a Lepra e o Fogo Selvagem são os três grandes problemas que vêm merecendo maior atenção por parte dos nossos dirigentes federais e estaduais.

Na parte de tuberculose, além da promessa de construção de um Sanatório em Cuiabá, temos já adquirido, pelo Governo do Estado, o material necessário para funcionamento de um perfeito serviço ambulatório: aparelhos de pneumotórax e roentgenografia, tipo Manoel de Azeu.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE



ESTADO de MATO GROSSO  
distribuição dos distritos sanitários  
Área - 1.477.041 Kms.  
População - 383.311 Ab.

CONVENÇÕES  
Sede do Centro de Saúde  
Sede do Posto de Higiene  
Serviço aéreo Militar  
Serviço aéreo Condor  
Estradas de ferro  
Navegação fluvial

Escala apr. 1:9.000.000

Dê preferência à banha

# CURVOS

BANHA PURA DE PORCO REFINADA E FILTRADA

ANALISADA E APROVADA PELO LABORATÓRIO BROMATOLÓGICO DO RIO DE JANEIRO SOB O NUMERO 26536

Licenciada pelo Departamento de Saúde do Estado

FABRICANTES:

## Curvo & Irmãos

Cuiabá — Mato Grosso

Indústria cuiabana

Por este ano ainda será inaugurado o Leprosário do Botas, em Campo Grande, cuja construção já se avizinha da casa dos mil contos. Também o Hospital para Fogo Selvagem, em Ponta Porã, ficará pronto por estes meses.

Um dos motivos sempre invocados pelos Municípios, quando carecem de algum auxílio sanitário, é a taxa de 5% com que o Estado lhes tributou para o Fundo de Saúde. É um cavalo de batalha que se criou sem a menor razão de ser. Vejamos, por exemplo, o que acontece com o Município de Campo Grande — o de maior renda — e onde, assim mesmo, o Estado gasta muito mais do que recebe, para manutenção cada vez mais eficiente do seu Posto de Higiene.

O Estado deve sentir o problema de Saúde Pública como um imperativo vital. Sem Saúde coletiva não pode haver trabalho, visto que cada doente é um indivíduo que não produz ou tem sua capacidade de produção diminuída.

Pondo de lado o fator sentimental, é o próprio fator econômico que grita por uma boa organização do Estado nesse sentido. O dado mais seguro para se julgar do grau de adiantamento de um povo é, sem contestação, o quantum que gasta ele, per capita, com o seu Departamento de Saúde e Higiene.

Nessas condições, sentimo-nos perfeitamente à vontade para vibrar do mais justo orgulho, quando reparamos nas nossas dotações orçamentárias de 33 a 39. Por elas se vê que o nosso orçamento quadruplicava no espaço de seis anos. Não temos feito tudo, é certo, mas já temos feito muito, e é tudo.

**AVISO**

Tomo a liberdade de avisar todos que, aproveitando a permanência do técnico em dentaduras anatômicas aqui em Cuiabá sr. G. Ferreira Leão, aperfeiçoei os meus conhecimentos sobre essa especialidade da clinica protética, estando agora mais do que antes apto a elaborar qualquer trabalho de dentadura anatômica, satisfazendo assim os meus clientes por mais exigentes que sejam.

Por este novo processo, apresento o que ha de mais original e moderno, pois que confecciono com a máxima pericia, dentaduras anatômicas tanto para o maxilar superior como para o inferior de *Palatos, Hecolite e Neo-hecolite*, novos produtos que dispõem algios, visto possuírem qualidades como sejam: imitam perfeitamente a cor da gengiva, duríssimas, levissimas, inalteráveis pela saliva, álcool, fumo, etc.

Aproveito a oportunidade para comunicar também que tenho obtido ótimos resultados nas curas das gengivites, fistulas gengivais, infecções de origem dentária, etc. por meio da vacina.

Dr. Duraldo Gomes Monteiro,  
Cirurgião Dentista  
Gabinete e residência  
Rua Pedro Celestino 12-A  
Cuiabá

**INDICADOR PROFISSIONAL**

— ADVOGADOS —

DR. BENJAMIN DUARTE MONTEIRO — Membro do Instituto dos Advogados — Rua Barão de Melgaço, 169 — Cuiabá.

DR. FREDERICO VAZ DE FIGUEIREDO — Advogado — Rua Pedro Celestino, 33 — Cuiabá.

DR. OSCAR CORREA PINA — Advogado — Rua Pedro Celestino, 4 — Cuiabá.

DR. SEBASTIAO DE OLIVEIRA — Advogado — Escritório: Praça Alencastro, 10 — Expediente: das 10 às 12 e das 15 às 17 horas — Cuiabá.

DR. ATHAYDE DE LIMA BASTOS — Clínica geral — Crianças — Res.: R. Pedro Celestino, 22 — Fone 225 — Cons.: Rua 13 de Junho, nº 7 — Atende chamados a qualquer hora.

DR. CID MENEZES DA CUNHA — Clínica Médica — Sífilis e doenças venéreas — Consultório: Farmácia S. Benedito.

DR. CAIO CORREA — Clínica Médica e Partos — Consultório: Rua Barão de Melgaço, 145 — às 12 horas. Telefone. 221

culose. Pneumotórax artificial Especialista em moléstias do aparelho respiratório — Tuberculose. Pneumotórax artificial

Fonte: Jornal O Estado de Mato Grosso, 1939, on-line.

Assim, como será possível divisar nos próximos capítulos, a *Reforma Sanitária Júlio Müller*, que deveria resultar em avanços e conquistas para a saúde pública estadual, no sentido de favorecer uma maior e melhor interferência e atuação do poder instituído nos problemas enfrentados pelas camadas menos favorecidas da sociedade, acabou não saindo do papel. Pouco ou quase nada daquilo que determinava o seu regulamento sanitário, sobretudo acerca do isolamento de doentes de lepra como medida profilática no Estado, foi colocado em prática pelas autoridades governamentais e médico-sanitárias que atuaram no período em questão.

Em Mato Grosso, o *Serviço de Profilaxia da Lepra* (SPL) foi criado em 1940, incorporando, com poucas alterações, os artigos do *Regulamento Sanitário de 1938* que tratavam da profilaxia da lepra no Estado. A citação a seguir demonstra que o início das obras de construção e o processo de instalação do Asilo-Colônia São Julião, teria sido decisivo para a criação do SPL pelo governo estadual, inclusive para garantir o recebimento de verbas federais destinadas ao DSE/MT.

Considerando que se acha em instalação a Colônia Agrícola de Campo-Grande, destinada ao 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 (APMT, Decreto-Lei nº 379 [...], 1940, art. 1º, grifos meus).

O documento confirma que o Asilo-Colônia São Julião foi construído com recursos do governo federal, em área doada pelo município de Campo Grande. Portanto, teria restado ao governo estadual à incumbência de administrar o asilo-colônia e de garantir as verbas orçamentárias necessárias à sua manutenção e funcionamento, a partir de 5 agosto de 1941. Nesse sentido, é importante ressaltar que a operacionalização das principais políticas de combate e controle da lepra contidas no SPL (com destaque para o isolamento social obrigatório dos indivíduos acometidos pela doença), também só seria possível após a inauguração do São Julião. Entretanto, como procuro demonstrar nos próximos capítulos deste estudo, ao analisar as condições de abandono vivenciadas pelos pacientes recolhidos no asilo-colônia, foi possível perceber que a maioria daquelas determinações legais e normativas não teria passado de letra morta.

Sobre a enorme distância entre a existência de uma legislação sanitária e sua efetivação na prática (abismo ainda presente na saúde pública brasileira na atualidade), assim 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 (Iyda, 1994, p. 31).

Essa discussão, acerca da grande contradição existente no Brasil e em Mato Grosso, entre aquilo que se legislava e sua aplicabilidade na vida das pessoas – no sentido de garantir, na prática, as conquistas e os direitos estabelecidos em lei – permeia todas as análises desenvolvidas para a construção desta tese, cujo objetivo principal é investigar o papel do São Julião frente às políticas públicas, amparadas, em sua maioria, em dispositivos legais, e as ações de enfrentamento à lepra/hanseníase executadas no cotidiano da população mato-grossense, privilegiando o recorte temporal de 1941 a 1970.

No próximo capítulo, abordo o percurso do São Julião durante a primeira década de seu funcionamento (1941-1951), focalizando no contexto de inauguração do asilo-colônia, como parte das ações implementadas pelo programa do governo federal denominado *Marcha para o Oeste*. Analiso as dificuldades enfrentadas pelo leprosário nos primeiros anos da “República Populista” (instaurada logo após o fim da ditadura Vargas) e o papel desempenhado pelo edifício do parlatório no cotidiano dos pacientes internados. A introdução do tratamento sulfonoterápico no São Julião (1947), a concessão das primeiras “altas” a doentes de lepra isolados (1950) e o contexto de aprovação da lei federal que instituiu a mudança no nome dessas instituições, de asilos-colônias para sanatórios-colônias, também figuram entre as temáticas estudadas a seguir.

## 2 DE ASILO-COLÔNIA A SANATÓRIO: o lugar do São Julião na profilaxia da lepra em Mato Grosso (1941-1951)

### Asilo-Colônia São Julião

Inaugurado em 5 de agosto de 1941, o Asilo-Colônia São Julião está situado a 12 quilômetros de Campo Grande. A área do terreno da Colônia é de 235 hectares aproximadamente. Conta atualmente 31 construções, sendo dividida em três zonas: a zona sã, a zona intermediária e a zona doente.

Possui serviço de água próprio, sendo a luz fornecida pela Cia. Matogrossense de Eletricidade.

(APMT, Relatório [...], 1942, p. 33)

As comemorações organizadas para a inauguração do Asilo-Colônia São Julião, naquele agosto de 1941, contaram com a presença do presidente Vargas e sua comitiva. Participar do referido evento estava entre os seus vários compromissos oficiais em Mato Grosso, com agendas públicas e sociais nas cidades de Dourados, Ponta Porã, Campo Grande e na capital, Cuiabá. A viagem tinha como principal objetivo promover e incentivar a incorporação deste vasto, distante, rico e ainda despovoado território à nação brasileira, por meio do programa federal batizado de *Marcha para o Oeste*.

Apesar de aclamado como uma grande conquista para muitos doentes de lepra e a sociedade mato-grossense em geral quando da sua inauguração, o São Julião, durante a primeira década de funcionamento, teve sua trajetória marcada por altos e baixos, momentos de esperança e desencanto. As referências analisadas sobre o então asilo-colônia deslocam-se da exaltação com que fora saudado nos discursos dos dirigentes políticos, autoridades médico-sanitárias e imprensa, para o abandono e descaso narrados por pacientes e outros testemunhos produzidos no período. Em 1943, ainda sob a vigência do Estado Novo, já havia registros de superlotação no leprocômio e, a partir de 1944, reclamações sobre destinação de verbas insuficientes para sua manutenção por parte do poder público estadual.

Entre os anos de 1946 e 1948, mesmo contando com auxílio financeiro da União, complementado por diversos tipos de doações oriundas da sociedade civil - caridade, filantropia e trabalho voluntário - o São Julião acabou se tornando uma instituição marcada pela má gestão do governo estadual e de alguns de seus diretores. As denúncias de corrupção eram acompanhadas pela ausência de controle social e de fiscalização e acompanhamento por parte do governo federal,

além da falta de políticas sanitárias efetivas no âmbito da saúde pública em Mato Grosso.

Entretanto, em fins da década de 1940 e inícios dos anos 1950, na esteira das mudanças necessárias à implementação do tratamento com os medicamentos sulfonoterápicos - iniciado no São Julião em outubro de 1947- o asilo-colônia passou por melhorias administrativas, financeiras e estruturais. Essas mudanças foram encabeçadas pelos médicos leprologistas que assumiram sua administração à época, contando também com o recebimento de recursos orçamentários suplementares, oriundos dos governos de Mato Grosso e da União.

À vista disso, o presente capítulo se propõe analisar o percurso do Asilo-Colônia São Julião desde sua inauguração (1941) até a federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra de Mato Grosso (1951), ano em que, por decisão do governo da União, passou a ser denominado Sanatório-Colônia São Julião<sup>40</sup>. O propósito é o de examinar o processo que levou o “novo e moderno” leprosário, tido como importante avanço para o enfrentamento à endemia de lepra no Estado, ao declínio pouco tempo após a sua inauguração. As fontes consultadas apontam para um acirramento dos problemas no cotidiano da instituição a partir de meados dos anos 1940, após o fim do primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945) e da ditadura do Estado Novo, que vigorou no Brasil de 1937 a 1945.

No decurso dessa história institucional, começo contextualizando a inauguração do São Julião como parte integrante das ações do governo estadonovista em Mato Grosso, desenvolvidas no âmbito do programa *Marcha para o Oeste*. Na sequência, analiso as dificuldades orçamentárias, administrativas e de infraestrutura enfrentadas pelo leprosário ainda em sua primeira década de funcionamento. Na descrição dessas dificuldades, abro um espaço para as memórias do isolamento, experiências cotidianas, vivências e sociabilidades de pacientes internados, com destaque para o papel desempenhado pelo emblemático edifício do parlatório<sup>41</sup> no asilo-colônia daquele tempo. Discuto, ainda, o processo de mudanças nas formas de tratamento médico/científico empregadas na terapêutica

---

<sup>40</sup> Com a vigência da Lei nº 1.426, de 6 de setembro de 1951, passaram “a denominar-se sanatórios ou sanatórios-colônias os leprocômios do Brasil”. Assim, o até então “Asilo-Colônia São Julião” passou a ser, oficialmente, “Sanatório-Colônia São Julião” (Brasil, Lei nº 1.426 [...], 1951, art. 1º).

<sup>41</sup> O parlatório era o espaço destinado ao recebimento de visitas de familiares, amigos e conhecidos dos internos, separados por dois muros, sob constante vigilância de guardas, para proibir tentativas de contato físico entre indivíduos pertencentes a dois universos distintos (o “doente” e o “sadio”), cuja aproximação poderia resultar no contágio e disseminação da lepra.

com o emprego das sulfonas até a concessão das primeiras “altas” a grupos específicos de doentes segregados, a partir de outubro de 1950. Finalizo analisando o contexto que levou à mudança de denominação do São Julião e à decisão conjunta dos governos estadual e federal de federalizar o Serviço de Profilaxia da Lepra de Mato Grosso, oficializada em dezembro de 1951 e operacionalizada a partir de janeiro de 1952.

Este capítulo encontra-se dividido em quatro seções, assim divididas e intituladas: “Em *Marcha para o Oeste*: o São Julião e o combate à lepra nas agendas sanitárias do Estado Novo (1941-1945)”, “Do ufanismo à decadência: retratos do São Julião pela imprensa e pela memória dos internos”, “Viver e sobreviver ao isolamento: memórias e experiências dos internos” e “Frutos da sulfonoterapia: o advento da “cura” para a lepra e a concessão das primeiras “altas”.

A inauguração do novo leprosário de Campo Grande estava inserida no contexto de euforia desenvolvimentista, representado pela visita de Getúlio Vargas ao Estado e sua grande repercussão entre os mato-grossenses diretamente envolvidos no episódio, em especial parcelas das elites locais. A aprovação do projeto de construção, a entrega oficial, a inauguração e os primeiros anos da história do São Julião compartilham desse cenário de busca pelo progresso, modernização e construção da nacionalidade, ancorado em uma forte rede de propaganda dos “grandes feitos” do governo estadonovista. São estes os temas abordados na seção seguinte.

## **2.1 Em *Marcha para o Oeste*: o São Julião e o combate à lepra na agenda sanitária do Estado Novo (1941-1945)**

A *Marcha para o Oeste* significa, assim, o progresso, o entusiasmo e a vitalidade.

(Demóstenes Martins, 1941, *on-line*)

“Vargas foi o maior estadista brasileiro do século XX e o mais controvertido”. Com essas palavras, o historiador Luiz Roberto Lopez apresenta o presidente Getúlio Dornelles Vargas. Se para uns Vargas foi o ditador que deportou Olga Benário (judia, militante política e esposa do líder comunista Luis Carlos Prestes) para ser assassinada na Alemanha nazista, para outros foi o “pai dos pobres”, aprovando várias leis sociais e trabalhistas. Enquanto alguns o caracterizam como

político demagogo e populista que enganou o povo, preservou antigas elites e favoreceu o aparecimento de novas, outros defendem que foi o grande líder progressista, renovador das estruturas nacionais e criador da Cia Vale do Rio Doce, da Usina de Volta Redonda e da Petrobrás. Se alguns o acusam de ser um ditador fascista e criminoso, outros o entendem como um mártir, assim como se apresentara na carta-testamento de 1954. Propondo explicar essa dicotomia, que ora o define como salvador, ora como carrasco nacional, Lopez afirma que:

As controvérsias decorrem precisamente do caráter de transição do período histórico e do comportamento pragmático e adaptável de Vargas às circunstâncias, desde que favorecesse o projeto que tinha em vista: a modernização burguesa do Brasil. É sedutor, mas enganoso reduzir Getúlio aos rótulos de *herói* ou *vilão*, visto que são juízos de valor que, enfatizando suas responsabilidades pessoais nos acontecimentos, simultaneamente descontextualizam sua atuação histórica (Lopez, 1997, p. 46, grifos meus).

Ao declarar que Getúlio Vargas foi a “figura de maior expressão da história política brasileira do século XX”, Boris Fausto acaba por reforçar alguns aspectos da interpretação de Lopez. Fausto continua afirmando que o estadista chegou à presidência do Brasil pelo artifício de um golpe, permanecendo no poder por quinze anos ininterruptos, como chefe do governo provisório (1930/34), presidente eleito pelo voto indireto da Assembleia Nacional Constituinte (1934/37) e ditador (1937/45). Deposto em outubro de 1945, Vargas voltou à presidência do país, pelo voto popular, nas eleições de 3 outubro de 1950, mandato que não chegou a ser concluído em função do suicídio em 24 de agosto de 1954 (Fausto, 1995, p. 331).

O período compreendido entre os anos de 1937 a 1945, conhecido como a ditadura civil denominada nacionalmente de Estado Novo, se caracterizou pela forte influência das doutrinas totalitárias em voga, representadas, sobretudo, pelo nazismo na Alemanha e pelo fascismo na Itália. Esse período foi marcado por uma política populista, progressista, centralizadora, nacionalista e integralista, cujo objetivo era promover o desenvolvimento, a modernização e a inserção do Brasil na fase do capitalismo industrial. No cenário regional, Júlio Strubing Müller<sup>42</sup> assumiu a função de interventor federal em Mato Grosso, indicado por Vargas para administrar

---

<sup>42</sup> Em alusão ao título de “pai dos pobres” conferido ao presidente Getúlio Vargas, Júlio Müller, bacharel em Ciências e Letras, recebeu dos mato-grossenses o título de “advogado do povo”, por “seu destacado empenho em defesa das causas populares” e por ter se tornado o grande “precursor da modernidade” a frente do governo estadual (Buzato, 2017, ver especialmente o 3º capítulo).

e incluir o Estado na política de desenvolvimento e modernização nacional, tarefa que desempenhou em sintonia com o governo central, no período de 1937 a 1945. A administração de Júlio Müller repercutiu em amplos setores da sociedade: economia, política, cultura, educação e saúde. Analisando esse período da história estadual, Buzato (2017, p. 71-72) sinaliza que modernizar Mato Grosso significava romper com o passado de “isolamento, exclusão e atraso”, descortinar um horizonte progressista, revitalizar Cuiabá, a capital do Estado, e redimensionar a sociedade mato-grossense “para as novas sociabilidades que se verificavam em todo o país”.

Para a inserção de Mato Grosso na política desenvolvimentista do Estado Novo seria necessário enfrentar e modificar um rol de questões históricas que inviabilizavam esse projeto modernizador. Listando estes entraves, Buzato destaca: o “vazio demográfico”; a deficiência nos meios de transporte e ausência de estradas para o escoamento da produção agrícola; as dificuldades de comunicação entre os municípios; os problemas de infraestrutura e saneamento básico; a falta de investimentos em educação e saúde pública, entre outros. As antigas contendas políticas entre o sul e o norte mato-grossenses, consequências diretas do movimento reivindicatório de separação e criação de um novo estado ou do deslocamento da sede do governo de Cuiabá para Campo Grande, também representavam um grande empecilho ao crescimento civilizacional do Estado (Buzato, 2017).

O discurso ufanista da unidade territorial, da incorporação do interior, do “sertão longínquo” ao nacional, era especialmente caro ao governo estadonovista. É nele que se insere a *Marcha para o Oeste*: um programa com intenções nacionalistas, lançado em 1938 com o objetivo de aproximar os espaços litorâneos, vistos como mais desenvolvidos, do interior, o “sertão distante, atrasado e incivilizado”. Inspirado nesse projeto de ocupar os “espaços vazios” do oeste e da Amazônia brasileiros, o programa propunha a instalação de pontos avançados de colonização dirigidos pela União, com o propósito de explorar os recursos naturais de territórios da região Centro-Oeste, avançando sobre áreas da Amazônia (Galetti, 2012).

Assim, o Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), criado pela ditadura varguista em 1939, se encarregou de conclamar que Mato Grosso tinha vocação para se tornar um dos estados mais prósperos da federação, pois era dotado de enormes potencialidades econômicas: mineração, solos férteis para a agricultura em

larga escala (fronteira agrícola), rios abundantes para a construção de hidrelétricas, dentre outras riquezas, que o novo governo necessitava ocupar, nacionalizar e incorporar à nação brasileira (Lenharo, 1986).

A *Marcha para o Oeste* incluía, junto ao povoamento, a instalação de um conjunto de infraestruturas que garantissem a presença e a permanência das populações na região. Entre elas estavam: estradas, ferrovias, aeroportos, escolas, hospitais (a exemplo do Asilo-Colônia São Julião). Ocupação e desenvolvimento que levariam à consolidação do desejo de unificação nacional defendido pelo Estado Novo. O programa incorporou, em suas diretrizes, aspectos simbólicos como a ideia de brasilidade presente na dicotomia sertão/litoral.

O confronto entre o sertão, reserva de brasilidade, e o litoral, porta de entrada das ideias corruptoras da nacionalidade, vindas principalmente da Europa, tornou-se temática frequente no debate político e intelectual da época. O reconhecimento por parte dos intelectuais ligados ao Estado Novo da importância do domínio espacial do território como elemento constitutivo da identidade nacional impulsionou o projeto da *Marcha para o Oeste* (Calonga, 2015, p. 127).

Em Mato Grosso, a *Marcha para o Oeste* se caracterizou pela busca do crescimento econômico movido pelo desejo de pertencimento à nação brasileira, sobretudo através da instalação de colônias agrícolas nacionais, com vistas a ocupar os espaços vazios e afastar o estigma do atraso e da barbárie, conferido ao território desde o século XVIII (Calonga, 2015). Nesse sentido, o discurso de pertencimento nacional, expresso nas estruturas de poder da ditadura Vargas, respondia aos anseios da elite intelectual cuiabana, que se esforçava para fortalecer a identidade local e combater o mito do “isolamento” e da “selvageria”, responsável por um conjunto de representações negativas sobre o lugar de Mato Grosso no mapa civilizacional do país (Galletti, 2012).

As medidas e ações de controle e combate à lepra em Mato Grosso também estavam inseridas entre as prioridades do governo do Estado Novo e, portanto, nos objetivos do programa *Marcha para o Oeste*. Nesse aspecto, o médico Hélio Ponce de Arruda (então diretor do DSE/MT), em conferência realizada em 1º de agosto de 1940 e publicada no jornal *O Estado de Mato Grosso* do dia seguinte, fez uma breve reflexão acerca dos “tabús” que acompanhavam a história da lepra ao longo do tempo, frutos do medo provocado pela ausência de cura e a inevitável transmissão

aos filhos dos doentes. Arruda assegurou que “a ciência moderna pôs por terra um e outro preconceitos. A lepra é curável; o filho do leproso não é leproso ao nascer! O problema da lepra é hoje mais uma questão social” (Arruda, 1940, *on-line*).

A afirmação evidencia o contexto médico-sanitário da época, pautado na identificação e no isolamento compulsório de leproso em instituições nosocomiais como a principal medida profilática de controle, na defesa da não hereditariedade, além da busca de soluções que pudessem levar à cura da doença. Em seus discursos, as autoridades governamentais e sanitárias buscavam convencer a população e os doentes de que encontrariam a almejada cura aceitando o isolamento no Asilo-Colônia São Julião. Sobre a condição de saúde dos filhos dos acometidos pela lepra, é oportuno esclarecer que realmente aquelas crianças nasciam indenes à doença. Todavia, conforme analisado na 4ª seção deste capítulo, os avanços e conquistas terapêuticas que resultaram na cura para a lepra só começaram a ser divulgadas em 1941, ou seja, em período posterior ao da conferência ora em análise. Talvez Arruda tivesse conhecimento dos experimentos científicos com as sulfonas em leprosários dos EUA à época e sua fala fosse mesmo apenas uma retórica, a fim de garantir a adesão sem resistência ao que era oferecido como solução para os doentes e a sociedade em geral.

No âmbito das agendas políticas instauradas a partir da era Vargas, a reorganização do Departamento Nacional de Saúde (DNS), aprovada em 2 abril de 1941, através do Decreto-Lei nº 3.171, teve como objetivo fortalecer o processo de nacionalização e institucionalização da saúde pública no Brasil, orientado pelos princípios de centralização normativa e descentralização executiva. Respaldo pela autonomia que lhe assegurava o regime em vigor, o ministro Gustavo Capanema propunha um modelo que pretendia intensificar a atuação do governo federal nos estados e municípios e ao mesmo tempo expandir os serviços públicos de saúde.

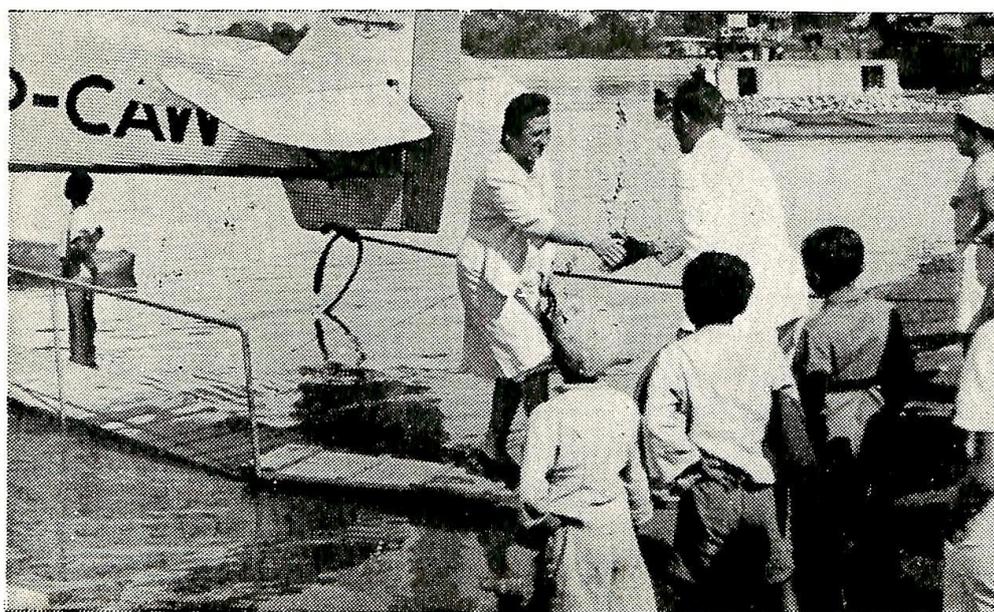
A nova estrutura fortaleceu em particular os organismos destinados à definição de metas e normas, aqueles que desenvolviam atividades de controle e supervisão das ações a serem implementadas em todos os estados brasileiros, atendendo ao objetivo político do governo de controlar a execução das políticas de saúde em todo o país (Fonseca, 2007, p. 210-211).

“Pela entrega do Leprosário S. Julião ao governo do Estado: um telegrama da Sra. Eunice Weaver ao Sr. Interventor Federal”, com esse título o *Estado de Mato*

Grosso de 17 de abril de 1941 registrava a finalização das obras de construção do Asilo-Colônia São Julião, anunciada por Eunice Weaver, então presidente da *Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra*. A matéria expunha a “profunda alegria” com que a notícia fora recebida pela federação, destacando a importância daquele estabelecimento “em favor da saúde da coletividade”, estando bem próxima a conclamada “solução para o angustiante problema da lepra” no Estado (Pela entrega [...], 1941, *on-line*).

O telegrama de Eunice Weaver reitera a preocupação do Estado Novo em convencer a população acerca da incontestável eficácia da política de isolamento compulsório de doentes de lepra para o sucesso no enfrentamento à doença no país. Assim, o processo de produção e divulgação desse tipo de propaganda, respaldada por veículos de comunicação comprometidos com a ditadura varguista, tinha por finalidade reforçar que a inauguração e o início das atividades no São Julião representariam a “solução” definitiva para o grave problema de saúde pública configurado pela moléstia em Mato Grosso.

Figura12 - Chegada de Eunice Weaver em Cuiabá, num hidroavião, sendo recepcionada pelo interventor Júlio Müller, em 1941.



Fonte: ACBM, Acervo da Família Rodrigues (AFR), 1941, *on-line*.

O *Estado de Mato Grosso* de 7 de maio de 1941 também repercutiu a entrega oficial pela União do “magnífico Leprosário de Campo Grande” ao governo estadual, realizada através do Ministério da Educação e Saúde (MES)<sup>43</sup>. A matéria informava que a manutenção do asilo-colônia, já mobiliado e aparelhado para entrar em funcionamento, ficaria sob a responsabilidade do governo estadual, integrado à sua organização sanitária e subordinado ao DSE/MT. O ato de entrega do São Julião, realizado no dia anterior, contou, entre outras autoridades, com a presença do delegado federal de saúde, Aurélio Odorico Antunes<sup>44</sup>, que esteve em Cuiabá “especialmente para este fim” (Entregues ao governo [...], 1941, *on-line*). O evento oficial que teve lugar naquele 6 de maio antecipou em quase três meses a efetiva inauguração, ocorrida em 5 de agosto de 1941. As autoridades governamentais e sanitárias, apoiadas pela imprensa local, não mediram esforços para enaltecer o novo leprosário de Campo Grande. Adjetivos como “magnífico”, “moderno”, “higiênico”, “científico”, entre outros, aparecem com frequência na documentação que trata da sua fundação. A visibilidade positiva funcionava como ferramenta de difusão e reforço de uma agenda que pretendia que doentes - inclusive aqueles segregados no antigo Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá - e sociedade acatassem as determinações legais impostas pela política de isolamento compulsório, aprovada por meio do *Regulamento Sanitário de 1938*, abordado no capítulo anterior.

O artigo também prometia realizar uma “ampla reportagem ilustrada” sobre a organização do novo leprosário, “um dos mais modernos do país”. Destacava que a inauguração do “auspicioso” empreendimento constituía em uma “das mais avançadas iniciativas que no setor sanitário já se levou a efeito em Mato Grosso” (Entregues ao governo [...], 1941, *on-line*). Informava, ainda, a existência de um total de “38 prédios distintos” na estrutura física do asilo-colônia, o que divergia das 31 construções relatadas pelo interventor Júlio Müller no trecho do documento citado na epígrafe deste capítulo (APMT, Relatório [...], 1942, p. 33).

---

<sup>43</sup> Com a Reforma Capanema de 1937, foi retirada a palavra “Pública” da nomenclatura do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP). A partir de então, o órgão federal, sob o comando de Gustavo Capanema desde 1934, passou a denominar-se apenas Ministério da Educação e Saúde (Brasil, Lei nº 378 [...], 1937, art. 1º, *on-line*).

<sup>44</sup> Responsável pela Delegacia Federal de Saúde da 6ª Região, sediada em São Paulo e constituída pelos estados de São Paulo e Mato Grosso (Brasil, Lei nº 378 [...], 1937, art. 4º, *on-line*; Delegacia Federal de Saúde da 6ª Região [...], 1940, *on-line*).

A atuação “incansável” do “sanitarista emérito” Aurélio Odorico Antunes também foi exaltada. Seu “alto descortino”, experiência e, principalmente, “sua simpatia” pelo estado de Mato Grosso teriam contribuído não apenas para a construção do asilo-colônia, como também para que várias outras questões relacionadas à saúde pública tivessem, por parte do governo federal, soluções mais consentâneas com os interesses estaduais. Com a reforma do DNS, Antunes seria promovido, deixando o cargo de delegado da Delegacia Federal de Saúde (DFS) da 6ª Região, em São Paulo, para ocupar “posto de mais destaque” no Rio de Janeiro. Em homenagem de despedida, o jornal exprimia o reconhecimento pelos relevantes serviços prestados a Mato Grosso pelo “ilustre” sanitário e a esperança de que no DNS ele continuasse “a ser o mesmo e fervoroso advogado” das necessidades do Estado no setor sanitário. Vale dizer que enquanto esteve à frente da DFS da 6ª Região, Antunes teve oportunidade de constatar essas carências e de conhecer bem de perto suas consequências (Entregues ao governo [...], 1941, *on-line*).

Com a nova organização, a estrutura do DNS passou a contar com os serviços nacionais de saúde, entre os quais o Serviço Nacional de Lepra (SNL), que, segundo Maciel (2007), tinha por finalidade orientar tecnicamente, coordenar e controlar os serviços públicos e privados concernentes ao enfrentamento da doença no território nacional. Nos primeiros meses de funcionamento, o SNL deu continuidade às ações definidas no plano nacional de combate à doença de 1935, ancorado na construção e manutenção de leprosários em todas as regiões brasileiras, frutos da cooperação entre os governos estaduais e da União. Esses estabelecimentos já somavam mais de 30, espalhados pelas unidades federadas, a exemplo do São Julião em Mato Grosso, cujas obras iniciadas em 1937 se encontravam em fase de finalização.

A construção da Colônia São Julião em Campo Grande obedeceu ao grande plano nacional de combate à lepra que o Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Ministério da Educação e Saúde, vem executando, com uma firme e digna obstinação, a partir de 1931. Na execução desse grandioso plano, que coloca o Brasil na liderança do mundo, no que concerne ao combate à lepra, já foram gastos, segundo um porta-voz oficial do Ministério da Educação, cerca de 100 milhões de cruzeiros (O que é a colônia [...], 1944, *on-line*, grifos meus).

Com base nas fontes analisadas e na literatura produzida sobre o período, é possível afirmar que os investimentos públicos e as atividades voltadas à profilaxia da lepra no cenário nacional se fortaleceram consideravelmente com a reforma do DNS e a criação do SNL. Nesse contexto, merecem destaque as medidas implementadas durante a administração do leprologista Ernani Agrícola, primeiro diretor do SNL, e que permaneceu no cargo por mais de uma década (1941-1954).

O rumo dado ao Serviço Nacional de Lepra por seu primeiro diretor e sua equipe, possibilitou-o ser um órgão fiscalizador e regulador da política de profilaxia apoiada no modelo tripé, com todas as suas especificidades. Esta ação, apontada como necessária desde a década de 1920, tem a partir da atuação do Serviço Nacional de Lepra, uma abrangência, de fato, nacional (Maciel, 2007, p. 110).

A partir da criação do SNL houve uma atuação mais robusta do Estado no desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento à lepra no país, através da assistência, controle e vigilância social dos acometidos pela doença. Uma vez assegurados os espaços de segregação e isolamento, as ações desenvolvidas pelos técnicos do SNL também se tornaram mais efetivas. Desse modo, no que concerne ao grave problema de saúde pública representado pela endemia de lepra no território nacional, a política de construção e inauguração de leprosários nas várias regiões do país acabou por se tornar uma “grande vitrine de atuação” para governo de Getúlio Vargas (Maciel, 2007, p. 126). Tal situação contribuiu para o sucesso do processo de nacionalização, centralização, integração e ampliação dos serviços públicos de saúde na ditadura do Estado Novo.

Em entrevista concedida ao *O Estado de Mato Grosso* (12/03/1941) o interventor Júlio Müller expôs que Mato Grosso era o único estado que ainda não tinha recebido a visita oficial do presidente Getúlio Vargas. Declarou, ainda, que em seu próximo encontro com o “chefe do governo” renovaria o convite, afim de que Vargas tivesse oportunidade de conhecer de perto “as obras de vulto realizadas ali pelo Estado Novo”. Dentre as importantes realizações do programa *Marcha para o Oeste*, merecia destaque a edificação do “moderno” Asilo-Colônia São Julião, que “dentro de alguns dias” seria inaugurado na cidade de Campo Grande, ao sul do Estado (Müller, 1941, *on-line*).

De acordo com Buzato (2017), a viagem realizada por Vargas a Mato Grosso representava uma inovação nos moldes de fazer política pelo governo

estadonovista, estratégia que havia se tornado recorrente após o lançamento oficial do programa *Marcha para o Oeste*, em 1938. Aproximar o chefe da nação das populações interioranas, marcando sua presença nas áreas mais longínquas da capital federal tornou-se uma forma de dar visibilidade às ações do governo e de levar o governante ao encontro popular. Essas viagens contribuíram, sobremaneira, para tornar a figura do presidente uma unanimidade nacional, capaz de incluir aqueles “sertões” esquecidos pelo poder público.

Getúlio Vargas foi o primeiro presidente da República a visitar Mato Grosso, fato este que contribuiu para transformar a ocasião em um grande evento, marcado por muita pompa e circunstância. Em sua *Marcha para o Oeste*, o presidente cumpriu agendas oficiais e sociais em Dourados (29 e 31 de julho de 1941), partindo então para Assunção no Paraguai e retornando a Mato Grosso no dia 4 de agosto de 1941. Em seu percurso pelo Estado, fez breve parada em Ponta Porã, permaneceu por dois dias em Campo Grande e finalizou sua visita na capital, Cuiabá. Vargas foi recebido em todos os municípios percorridos em Mato Grosso com manifestações “de intenso júbilo”, grande entusiasmo, “regozijo e vibração cívica” (Novis, 1941, *on-line*).

As “demonstrações de reconhecimento, carinho e apreço ao grande Presidente” também partiram de vários outros municípios do interior de Mato Grosso, representados por suas “classes conservadoras”. Dentre as diversas atividades comemorativas, foram oferecidos ao presidente valiosos presentes, como uma placa confeccionada em ouro e um “lindo corcél” puro sangue com arreios de prata. Autoridades políticas e sociais organizaram banquetes, reuniões “suntuosas”, bailes “deslumbrantes” e festas “de gala” em “salões luxuosos”, sedes de sindicatos e clubes frequentados por homens de muito prestígio social e grande poder econômico. Os poderosos do Estado se apresentavam a esses eventos sempre acompanhados por “elegantes senhoras e senhoritas”, representando “distintas e conservadoras famílias” (As grandes homenagens [...], 1941, *on-line*). Como se pode observar, a descrição dos eventos compunha, juntamente com todo o investimento em infraestrutura, toda uma narrativa e atuação pública empenhada em afirmar a civilização e a modernização desejada para o Estado.

Getúlio Vargas desembarcou em Campo Grande, às 17h do dia 4 de agosto de 1941. Tendo saído de Assunção às 9h da manhã, o presidente e sua comitiva chegaram à cidade de Ponta Porã às 12h45, “demorando-se ali algumas horas,

durante as quais almoçou e fez breve excursão pelos arredores”. Na ocasião, também recebeu autoridades, inteirando-se da “marcha da administração” e dos seus principais problemas. A breve visita fez com que a população enchesse as ruas e lhe prestasse significativas homenagens, que se repetiram depois no campo de aviação. Ao chegar à principal cidade do sul do Estado, o “chefe da nação” foi recebido pelo interventor Júlio Müller, acompanhado de “autoridades municipais e grande massa popular, que desde as primeiras horas da tarde começou a chegar ao campo de aterrissagem” (As grandes homenagens [...], 1941, *on-line*).

Figura 13 - Desembarque de Getúlio Vargas em Campo Grande, em 4 de agosto de 1941.



Fonte: AHSJ. Documentos avulsos, 1941.

Seguindo sua agenda de compromissos oficiais em Campo Grande, no dia 5 de agosto de 1941, Getúlio Vargas participou da entrega de várias obras edificadas pelo governo do Estado Novo, entre as quais a inauguração do

[...] leprosário de ‘São Julião’, estabelecimento que tem cerca de 200 leitos e foi construído pelo Governo Federal. Depois dessa inauguração, o Presidente recebeu grande manifestação popular. Ontem à noite a sociedade de Campo Grande prestou carinhosa

homenagem ao Presidente Vargas, reunindo-se para isto numa recepção de gala, na sede do Sindicato dos Criadores, toda ornamentada de flores naturais e onde o Chefe Nacional entreteve franca e cordial palestra, interessando-se pelos problemas regionais e falando de suas impressões das visitas ao Paraguai e ao norte do Brasil. Houve baile e o Presidente só se retirou à meia-noite (As grandes homenagens [...], 1941, *on-line*).

Na ocasião, o prefeito interino Demóstenes Martins, ofereceu ao presidente Vargas uma placa comemorativa de sua visita a Campo Grande. Confeccionada em ouro maciço extraído das minas de Mato Grosso, a placa continha a efígie de Getúlio Vargas e a data de sua visita. Em seu discurso, Martins afirmou:

A visita do Presidente Getúlio Vargas servirá, antes e acima de tudo, como estímulo à população, que, esquecida pelos outros governos, vê agora que seus problemas merecem o amparo da União e que as suas aspirações são resolvidas a contento. A Marcha para o Oeste significa, assim, o progresso, o entusiasmo e a vitalidade (As grandes homenagens [...], 1941, *on-line*, grifos meus).

Logo após a inauguração, adentraram ao São Julião os primeiros 21 internos do novo leprosário, que, conforme abordado no capítulo anterior, aguardavam ansiosos no acampamento às margens do Córrego Botas. Nas semanas seguintes, começaram a chegar vários outros doentes de Campo Grande, Corumbá e diversas outras localidades do sul de Mato Grosso. Na sequência, o poder público também começou a providenciar a transferência de mais internos vindos do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, “trazidos todos em caminhões ou trem, especialmente fretados para esse fim. Ao final de 1941, já eram 117 os internados” (Villachá, 1976, p. 76-77). No entanto, esses números contrastam com os dados apresentados pelo interventor Júlio Müller, que descrevera a existência de um total de 147 doentes no São Julião em 30 de novembro de 1941:

Existiam [no São Julião], em 30 de novembro último, 147 doentes internados, sendo: adultos: do sexo masculino 90, do sexo feminino 44; menores: do sexo masculino 8, do sexo feminino 5.

Os doentes recebem tratamento metódico contra a lepra e doenças intercorrentes. Grande número de doentes trabalha nos serviços internos, percebendo vencimentos. Todos estão esperançados com as melhorias obtidas, apesar de ter sido começado o tratamento há pouco tempo.

Faleceu um doente do sexo masculino, e saíram duas menores, que se achavam em observação, e que esperam a

inauguração do Preventório, para ali serem internadas (APMT, Relatório [...], 1942, p. 33, grifos meus).

Com o término dos compromissos em Campo Grande, a comitiva partiu para Cuiabá. Localizada na parte norte do Estado, a capital foi o último destino de Getúlio Vargas em terras mato-grossenses. Na interpretação de Buzato (2017, p. 118), a visita de Vargas à capital de Mato Grosso, entre 6 e 8 de agosto de 1941, “foi o episódio mais espetacular da interventoria Júlio Müller”. Sua estadia marcou três dias de intensa euforia em Cuiabá no cumprimento de uma agenda oficial e social que incluiu grande “louvação popular ao líder da Nação”, desfiles escolares, marcha militar, inauguração de obras, encontros com autoridades, churrascos, banquetes e um grandioso baile de gala, realizado no Palácio Alencastro, sede do governo municipal. Havia um grande esforço das autoridades e da imprensa local em demonstrar o civismo, o espírito hospitaleiro e a lealdade da população aos sentimentos patrióticos, de maneira a evidenciar a civilidade do povo cuiabano e mato-grossense.

A movimentação na cidade e as pompas oficiais nas inaugurações das novas edificações davam o tom necessário aos sentimentos da população de que, enfim, a cidade ingressara nos tempos modernos. A contra cena do espetáculo ficava por conta da pessoa de um presidente atencioso, que se fazia quase parte da massa quando, em vários momentos, rompia com o protocolo oficial e se aproximava dos populares, fato amplamente noticiado pelos jornais, conferindo-lhe elevado espírito familiar e carismático (Buzato, 2017, p. 118).

Figura 14 - Baile realizado em Cuiabá, em homenagem a Getúlio Vargas, 1941.



Fonte: Buzato (2017, p. 125).

As diversas obras realizadas em Cuiabá e nas principais cidades de Mato Grosso faziam parte de um conjunto de ações inseridas nas políticas de centralização e nacionalização priorizadas pelo governo do Estado Novo. Segundo Buzato (2017, p. 127), Vargas pretendia unificar o território nacional e nesse processo todas as regiões brasileiras deveriam desempenhar funções específicas, de acordo com suas aptidões “naturais” e econômicas. A *Marcha para o Oeste* pretendia incorporar os espaços “vazios e improdutivos” do território mato-grossense ao modelo de produção capitalista, não pela chegada da indústria “nos confins da civilização”, mas pela sua “vocação natural” de fornecedor de matérias primas para o progresso e modernização do país. Nesse cenário de expectativas, o grave problema de saúde pública representado pela persistente e inc moda endemia de lepra em Mato Grosso não poderia continuar prejudicando o desenvolvimento do Estado e o crescimento econômico do Brasil.

Figura 15 - Baile do Palácio, oferecido a Getúlio Vargas em sua visita à Cuiabá, em 1941.



Fonte: ACBM, Acervo da Família Rodrigues (AFR), 1941, *on-line*.

“Saúde Pública em Marcha” foi o título da matéria assinada pelo então diretor geral do DSE/MT, Hélio Ponce de Arruda, e publicada na edição do jornal *O Estado de Mato Grosso* de 4 de outubro de 1941, em comemoração ao quarto aniversário da “modelar administração” do interventor federal Júlio Strubing Müller. Em seu registro, Ponce de Arruda salientou o avanço das políticas públicas de saúde iniciadas com a aprovação da *Reforma Sanitária Júlio Müller* e a publicação do *Regulamento Sanitário de 1938*, vistos no capítulo anterior, que, segundo ele:

[...] nos permitiu entrar para o convívio dos Estados brasileiros que vêm fazendo moderna saúde pública, de acordo com o plano geral idealizado pelo atual Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde. E por ser um ramo da administração que antes praticamente não existia – como se verá adiante pelas dotações orçamentárias – é que muito justamente foi chamada de ‘Reforma Sanitária Júlio Müller’, pelo competente sanitário Marcelo Silva Junior, que, entre nós, foi incumbido pelo Governo Federal, de dar-lhe a estrutura fundamental, o que realizou com carinho e competência inexcusáveis (Arruda, 1941, *on-line*, grifos meus).

Figura 16 - "Saúde Pública em Marcha", reportagem de 1941.

2 O ESTADO DE MATO GROSSO 4-10-1941

## Saúde Pública em marcha

**DR. HELIO PONCE DE ARRUDA**

**A**o comemorar-se o quarto aniversário da modelar administração Julio Müller, venho, como Diretor Geral do Departamento de Saúde, salientar uma vez mais a relevância da reforma por ele praticada neste sector importantíssimo da administração, que nos permitiu entrar para o convívio dos Estados brasileiros que vêm fazendo moderna saúde pública, de acordo com o plano geral idealizado pelo atual Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde.

E por ser um ramo da administração que antes praticamente não existia — como se verá adiante pelas dotações orçamentárias — é que muito justamente foi chamada "Reforma Sanitária Julio Müller", pelo competente sanitaria Marcelo Silva Junior, que, entre nós, foi incumbido pelo Governo Federal, de dar-lhe a estrutura fundamental — o que realizou com carinho e competência inescandíveis.

**PESSOAL ESPECIALIZADO**

Indo de encontro às boas normas sanitárias, enviou o Governo do Estado, ao Instituto de Higiene de S. Paulo, 7 médicos para estagiarem naquele modelar estabelecimento; o então Diretor Geral foi mandado ao Rio, para fazer os cursos de Administração e Bio-Estatística organizados pelo D.N.S.; outros médicos fizeram o curso de Malária, também organizado pelo D.N.S., e seus médicos clínicos para tuberculose, lepra, higiene infantil, etc., foram mandados esta-



**DR. HELIO PONCE DE ARRUDA**

giar nos serviços especializados do Rio e São Paulo, preparando desse modo um corpo especializado em assuntos de higiene. Ao mesmo tempo nesta capital, foram organizados cursos para Enfermeiras-Visitadoras, Escri-turários-microscopistas, Guar-das Sanitários.

O pessoal administrativo era submetido a rigoroso concurso, nada se descuidando para que o novo Departamento tivesse uma organização positivamente modelar.

Isto tudo foi feito no período 38-39, quando o Estado já dispendia 816:000\$000 com os seus serviços de Saúde, ou seja uma percentagem de 5,6% do seu orçamento total, ao passo que em 37, o Estado dispendia somente 357:720\$000 ou seja 3,4% do seu orçamento.

**ELEVADOS OS ORÇAMENTOS**

Em 1940 com o orçamento de 1.007:280\$000 criavamos mais 3 postos de Higiene, o que perfaz um total de 9 postos espalhados pela nossa imensa extensão territorial.

No ano corrente o orçamento foi elevado para 1.515:640\$000 ou sejam 7,5% do orçamento geral, pois passamos a contar com o funcionamento da Colonia São Julião, para Lepra com o orçamento inicial de 509:000\$000.

Este leprosário, inaugurado em princípios de Agosto quando da visita ao nosso Estado, do grande Presidente Vargas, com capacidade para

280 leitos, já conta nos seus dois primeiros meses de funcionamento com uma população de 111 doentes, provenientes das cidades de Culabá, Corumbá e Campo Grande esperando-se que, para Janeiro do ano entrante, tenhamos completamente lotada a colonia referida, de vez que o numero de hansenianos recensados, somente pelo Dr. Honório Ottoni, já vai em torno de 400 e para mais de 1.200 comunicantes.

**CENTRO DE SAÚDE**

Para o mês entrante, estará em funcionamento, o Centro de Saúde, mandado construir pelo Governo Federal, completamente aparelhado para os serviços de :Higiene Pré-natal, Higiene Infantil, Higiene Escolar, com gabinetes dentários, consultórios de fisioterapia, oto-rino-laringologia, oftalmologia, um pequeno porém, eficiente, lactário; serviço de sífilis e doenças venéreas, dispensário de tuberculose com aparelhagem Manoel Abreu; para censo toracico; dispensário de lepra; um Laboratório Central, articulado com o serviço de Epidemiologia, serviço de Visitadoras Sanitarias, serviço de Exame de Saúde, serviços de Higiene da Alimentação, do Trabalho, Policia Sanitária Educação e Propaganda.

No mesmo, prédio funcionará a Diretoria Geral de Saúde, com os seus órgãos técnicos administrativos.

Como acontecimento marcante do nosso progresso sanitário, há ainda a assinalar a instalação recente, entre nós, da 8ª. Delegacia Federal de Saúde, sob a competente direção do co-

Continúa na página 12



**Edifício do Centro de Saúde**

Nesse contexto de busca pela modernização dos serviços sanitários no estado, o gestor do DSE/MT destacou que desde a aprovação da *Reforma Sanitária Júlio Müller*, o governo estadual enviou vários médicos ao Instituto de Higiene de São Paulo e ao DNS no Rio de Janeiro, com o objetivo de preparar um quadro de pessoal especializado em lepra, tuberculose, higiene infantil e outros assuntos que dominavam os debates no campo da saúde pública no período. Outra medida foi à realização de concurso público para ingresso de servidores administrativos, sempre com o propósito de que o recém criado DSE/MT “tivesse uma organização positivamente modelar”. Enfatizou, ainda, que tais avanços foram possibilitados pela elevação, a partir de 1938, do orçamento destinado ao custeio dos serviços de saúde ano após ano. Ponce de Arruda afirmou que, durante o ano de 1941, os recursos destinados ao DSE/MT aumentaram para 7,5%, percentual significativo se comparado aos 3,4% do orçamento de 1937.

No corrente ano [1941], o orçamento foi elevado para 1.515:640\$000, ou seja, 7,5% do orçamento geral, pois passamos a contar com o funcionamento da Colônia São Julião, para lepra, com o orçamento inicial de 509:000\$000. Este leprosário, inaugurado em princípios de agosto, quando da visita ao nosso Estado do grande Presidente Vargas, com capacidade para 280 leitos, já conta nos seus dois primeiros meses de funcionamento com uma população de 111 doentes, provenientes das cidades de Cuiabá, Corumbá e Campo Grande, esperando-se que, para janeiro do ano entrante, tenhamos completamente lotada a colônia referida, de vez que o número de hansenianos recenseados, somente pelo Dr. Honório Ottoni, já vai em torno de 400 e para mais de 1.200 comunicantes (Arruda, 1941, *on-line*).

Conforme discutido no capítulo anterior, nem sempre a aprovação de leis sanitárias - seguidas pela elevação de orçamentos públicos específicos para a área de saúde - resultou em melhorias das reais condições de atendimento médico e de vida da maioria da população mato-grossense. As fontes aqui analisadas apontam que o Asilo-Colônia São Julião começou a receber doentes de lepra antes mesmo da conclusão de todas as obras indispensáveis ao seu pleno funcionamento. Certamente esta situação trouxe prejuízos à assistência prestada aos pacientes que foram segregados em suas dependências logo após o término do ato oficial de inauguração e a retirada de Vargas e demais autoridades presentes na solenidade. Essa interpretação ganha força com a análise do telegrama enviado pelo então diretor geral do DNS, João de Barros Barreto, ao interventor federal Júlio Müller,

comunicando que o governo federal havia aprovado, por despacho de 27 de outubro de 1941, o processo relativo a importantes obras que seriam executadas no “leprosário São Julião”, em Campo Grande. É oportuno destacar que isso ocorreu há menos de três meses da inauguração e do início do funcionamento do estabelecimento. Segundo o documento, a verba liberada visava atender a demanda por recursos necessários ao funcionamento do asilo-colônia,

[...] montando as despesas num total de 131:700\$000, discriminados de forma a atender os seguintes serviços: forno incinerador de lixo, necrotério, escola para 60 alunos de ambos os sexos, prolongamentos das redes de água, luz e esgotos e aumento da fossa, assim como trabalhos de conservação dos edifícios existentes. Atenciosas saudações, Barros Barreto (Barreto, 1941, *on-line*).

Antes da aprovação do regimento do SNL (1944), suas atribuições foram definidas na 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)<sup>45</sup>, promovida pelo MES, sob a coordenação de Gustavo Capanema, iniciada em 10 de novembro de 1941. Com 6 dias de duração, a 1ª CNS contou com a presença de representantes dos estados, do Distrito Federal e do Acre, somando um quantitativo de 22 delegados com direito a voto, 27 técnicos convidados e mais uma delegação composta por 20 representantes do governo federal, presidida pelo ministro Capanema. O então diretor do SNL, Ernani Agrícola, ocupou a função de secretário-geral dos trabalhos desenvolvidos na Conferência (Fonseca, 2007).

O médico sanitário Hélio Ponce de Arruda, diretor do DSE/MT, representou Mato Grosso tanto na Conferência Nacional de Educação quanto na 1ª Conferência Nacional de Saúde, ambas realizadas em 1941. Segundo Ponce de Arruda, as atividades transcorreram sob a “brilhantíssima” direção do ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, que se posicionou ativamente na organização e nos debates da Conferência, “contribuindo com sua exuberante inteligência para o bom êxito dos trabalhos”.

Na segunda parte da Conferência, isto é, na parte dedicada à saúde, foram discutidos principalmente os problemas relacionados com o combate à Lepra e à Tuberculose e as questões relativas a Águas e Esgotos e à Assistência à Maternidade e à Infância. O Governo Federal ficou encarregado de realizar um censo de lepra e construir os lazaretos de acordo com as necessidades de cada região. Os

---

<sup>45</sup> Sobre tais atribuições, consultar o trabalho de Maciel (2007, p.126-127).

Estados se incumbirão da manutenção desses lazaretos e do prosseguimento do censo (Arruda, 1941, *on-line*, grifos meus).

O registro reitera o combate à endemia de lepra no Brasil como uma das prioridades do governo central a ser compartilhada com todos os estados da federação. Também explicita que, uma vez construído com recursos da União, a manutenção do Asilo-Colônia São Julião, assim como a continuidade na realização do censo de lepra em Mato Grosso, ficariam sob a responsabilidade do governo estadual. Este era modelo que se repetiria nos demais estados brasileiros.

Nas comemorações do primeiro aniversário do São Julião, Azeredo Boto, interno escolhido para ocupar o cargo de prefeito do asilo-colônia, enviou telegrama de saudação à presidente da *Sociedade Cuiabana de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra*, Adelina Ponce de Arruda. Consta na comunicação que os “animados” festejos do “Dia do Asilo” renderam grandes homenagens à “benemérita” pelos doentes internados no leprosário. Na ocasião, foram realizadas “várias provas esportivas dedicadas à protetora dos lázaros” (Boto, 1942, *on-line*). Registra-se assim a permanência da forte relação entre caridade, filantropia e trabalho voluntário em benefício da assistência social dispensada aos leproso no período em questão. Os apelos à sociedade civil continuavam dividindo espaço com a execução das políticas públicas isolacionistas criadas pelo governo do Estado Novo para o combate à lepra em Mato Grosso. De acordo com Santos & Leandro (2019, p. 61), Adelina Ponce de Arruda dirigiu a referida sociedade no período de 1936 a 1943. De família tradicional cuiabana, era mãe do médico Hélio Ponce de Arruda, citado várias vezes neste trabalho como diretor do DSE/MT à época.

Em maio de 1943, a revista “Medicina Social, editada no Rio de Janeiro e dedicada a temas da higiene, publicou matéria tratando dos serviços sanitários executados em Mato Grosso desde a realização da *Reforma Sanitária Júlio Müller*, em 1938. Mesmo diante de grandes entraves enfrentados pela administração pública estadual, a exemplo dos meios de transporte deficientes e da “escassez demográfica”, a matéria exaltava o governo do interventor Júlio Müller “como um dos mais fecundos que o Estado Novo já encontrou”.

O que vem sendo feito em Mato Grosso de 1938 para cá, principalmente em matéria de medicina social, é simplesmente alguma coisa de notável. Mais que justo, pois, que “Medicina Social”, a única revista especializada nesse ramo no Brasil, se mostrasse

interessada na divulgação do que por lá vai realizando – neste aspecto fundamental da estrutura de um estado moderno – a laboriosa gente matogrossense nesse longínquo e lendário oeste brasileiro, do qual a maior parte dos nossos irmãos não tem sequer uma noção exata do seu poderio, como partícula federativa e como fonte de riquezas inesgotáveis, por um lado, e em exploração incipiente, por outro (Os serviços de [...], 1943, *on-line*, grifos meus).

O documento reiterava a constante preocupação do governo federal em divulgar e enaltecer as obras do Estado Novo. Também buscava consolidar a “gigante vocação” econômica que Mato Grosso deveria desempenhar no mapa do progresso e do desenvolvimento regional e nacional, através da busca da promoção do povoamento de seus “espaços vazios” e a exploração de suas “inesgotáveis” riquezas naturais.

Na parte dedicada ao problema da lepra em Mato Grosso, o texto informava que o Asilo-Colônia São Julião, “com capacidade para 278 enfermos”, já se encontrava “superlotado” em maio de 1943, situação que requeria...

[...] a sua ampliação o mais rapidamente possível, afim de melhor poder atender às necessidades do serviço de leprologia que, presentemente, estima em mais de 700 o número total de hansenianos no Estado (Os serviços de [...], 1943, *on-line*).

“O que é a Colônia S. Julião, de Campo Grande” Esse foi o título da matéria publicada pelo *O Estado de Mato Grosso* em 16 de abril de 1944. Essa “reportagem ilustrada” havia sido prometida aos leitores quando da entrega oficial da instituição pela União ao governo de Mato Grosso, em maio de 1941. Os tópicos apresentados no subtítulo, destacados em letras maiúsculas, tinham como objetivo resumir os assuntos tratados no documento:

SOBERBOS EDIFÍCIOS EM MAGNÍFICO E APRAZÍVEL LOCAL –  
 “GETÚLIO VARGAS, O HOMEM QUE COMPREENDEU A  
 TRAGÉDIA DO LEPROSO” – O ESTADO MORAL E ESPIRITUAL  
 DOS DOENTES DE S. JULIÃO – RELATIVA ALEGRIA NA  
 COLÔNIA – O DRAMA DOS DOENTES – O DRAMA DO DIRETOR  
 – VERBAS INSUFICIENTES – O BEIJO QUE NÃO FOI  
 TRANSMITIDO (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*).





funcionamento “do grande leprosário”. (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*). Reforça-se assim que, ainda antes de findar o governo Vargas - presidente que na visão de Eunice Weaver foi “o homem que compreendeu a tragédia do leproso” - o São Julião já enfrentava problemas de superlotação e falta dos investimentos necessários ao atendimento de qualidade dos doentes.

Na sequência, descrevia minuciosamente a estrutura física do São Julião em abril de 1944, alguns meses antes do seu terceiro aniversário. A inserção de algumas imagens cumpria a função de ilustrar o que estava sendo enumerado:

A Colônia de São Julião, compreendendo cerca de vinte amplos, confortáveis e modernos edifícios, está situada a apenas doze quilômetros de Campo Grande, à margem esquerda do Ribeirão Botas, e ligada àquela cidade por ótima rodovia. Ao alto, no ponto mais elevado de ampla campina, e no meio de um bosque de farfalhantes eucaliptus, fica a residência do Diretor: trata-se de um moderno “bungalow”, dotado de todo o conforto, construção que obedeceu à técnica mais exigente e que nada fica a dever, no plano da arquitetura, às melhores residências de Campo Grande (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*, grifos meus).

Repetindo um modelo que servia à política vigente para o combate e controle da lepra, além de moderno, confortável e localizado em local aprazível, o São Julião distava poucos quilômetros da cidade de Campo Grande, distinguindo-se nesse aspecto da maioria das colônias instaladas no país, projetadas o mais distante possível dos aglomerados urbanos. Situado “à margem esquerda do Ribeirão Botas”, o que garantia fartura de água, era ligado à cidade por “ótima rodovia”, facilitando o acesso à instituição. Repleta de elogios e seguindo os parâmetros ditados pelo DIP, a reportagem buscava transmitir a ideia de perfeição atribuída ao conjunto projetado e construído pelo governo do presidente Getúlio Vargas.

Vem a seguir, o pavilhão da administração, a farmácia, o laboratório, residências, cozinha e salão de refeição dos funcionários sadios, e, separados por uma zona intermediária, o parlatório, os pavilhões de doentes, a delegacia de polícia, o xadrês, o campo de esportes, consultório médico, gabinete dentário, grupos de casas geminadas para residência de doentes, enfermarias, ambulatório, salas de curativos, de aparelhos de eletroterapia, raios X, etc. Todos os edifícios são sólidos, bem construídos, de aspecto moderno e do mesmo sóbrio estilo, o que dá ao conjunto, pela uniformidade, magnífica impressão (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*).

Repetindo o mesmo modelo espacial adotado em instituições do gênero erguidas pelo país, sua estrutura física se dividia em três zonas: sã, intermediária e doente. No decorrer da visita, o então diretor Enéas Soares Pinheiro ponderou sobre pequenas falhas de construção, o que foi, porém, minimizado pela reportagem, sendo consideradas “falhas de somenos, só notadas pelos técnicos e facilmente sanáveis”.

Figura 19 - Residência do Diretor, Asilo-Colônia São Julião, década de 1940.



Fonte: Souza-Araújo, v. 2, 1948, p. 413.

Segunda a matéria, o asilo-colônia carecia apenas de:

[...] duas coisas: um pouco de religião e um pouco de diversão. Uma capelinha com o seu altar, e um clube, com um bom rádio, jogos de salão, sala de leitura, etc., não seriam demais na Colônia. Apostamos como o Prefeito Boto aprovaria a idéia (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*).

Essa característica diferenciava o novo asilo-colônia de leprosários existentes outros estados brasileiros, que frequentemente contavam com teatros, cassinos, entre outros espaços de entretenimento, e com capelas e oratórios destinados às manifestações religiosas: missas, cultos e reuniões. A existência da figura do

prefeito constituía, por seu turno, uma prática na organização de muitas das colônias estudadas no Brasil do século XX. Geralmente era escolhido dentre os próprios pacientes internados pelo diretor do leprosário. Administrar as vivências e relações estabelecidas nesses espaços de reclusão e vigilância era uma das principais atribuições do cargo de prefeito daqueles estabelecimentos (Carvalho, 2016; Porto, 2018). Como mencionado, no São Julião o primeiro prefeito foi o interno Azeredo Boto. “Seu Boto”, como era conhecido por todos, foi prefeito do estabelecimento por anos consecutivos, sendo respeitado e bem quisto, tanto pelos colegas pacientes, quanto pelos funcionários, enfermeiros e diretores que passaram pela administração (Villachá, 2009, p. 235).

O cargo de diretor, geralmente ocupado por um médico leprologista, era tido como uma função “difícil e ingrata”, uma vez que exigia um contato diário com funcionários e enfermos, “correndo enfermaria por enfermaria, leito por leito”, se movimentando “em todos os ambientes da Colônia, mesmo naqueles onde, pela maior afluência de doentes”, deveria “ser mais intensa e mais perigosa a proliferação de germes” (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*). O medo do contágio era uma constante, inclusive entre funcionários, enfermeiros, farmacêuticos, médicos auxiliares e os diretores. Nesse cenário, a própria equipe do jornal *O Estado de Mato Grosso* declarou que o “insistente convite” para visitar o asilo-colônia foi postergado por “várias vezes”, por ser ali um espaço ocupado por doentes de lepra. Assim, desde a entrega oficial do São Julião (em maio de 1941) decorreu um período de quase três anos para a realização (em abril de 1944) da prometida “ampla reportagem ilustrada”.

Já conhecíamos, visto de avião, ou de longe, da estrada que demanda a Jaguarí, aquele conjunto harmonioso de bonitos edifícios, cujos telhados, de cerâmica vermelha, contrastam com o verde da alegre campina circundante. Mas, não nos animávamos, ainda, penetrar lá dentro, observar a vida da Colônia, ver e interrogar enfermos, sentir, cheios de angústia, a angústia do nosso próximo! A insistência de um convite, várias vezes postergado, levou-nos, agora, à Colônia (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*).

A equipe afirmou não ter se arrependido da visita ao São Julião, pois a “preparação mental” que fizeram antes, “ensaiando frases convencionais de consolação, palavras de esperança e de alento para serem ditas aos doentes, resultou em pura perda de tempo”. Não encontraram no asilo-colônia, como

esperavam, “almas rebeladas contra os reveses cruéis da trágica moléstia, indivíduos inconformados ou abatidos pela dor do seu infortúnio imenso”. Pelo contrário, ao conversarem “com o Prefeito Boto, com o delegado de polícia, com vários enfermos e enfermas”, por mais “extraordinário” que isso parecesse, ninguém os falou sobre doença.

Não ouvimos lamúrias, o que diz bem o estado espiritual e moral dos enfermos. O que eles queriam saber era da vida, do que vai cá fora, dir-se-ia que tocados de certo espírito esportivo. No parlatório, durante uns bons dez minutos, ouvimos o Prefeito da Colônia. Não deixou de nos impressionar o bom humor com que nos falou, mesmo quando apresentando certas reivindicações, o Senhor Boto de Melo. E o bom humor desse homem não é um caso isolado, é, como pudemos observar, um estado de espírito que predomina na Colônia. Notamos por toda parte uma relativa alegria. Os doentes fazem as suas “piadas”. Riem e nos colocam à vontade. Uma doente, relativamente moça, instruída e bastante inteligente, em cuja fisionomia serena nada faria suspeitar, cá fora, estivesse contaminada pelo mal de Hansen, ao ser interrogada pelo Diretor da Colônia que se despedia, se desejava alguma coisa da cidade, responde com visível ar de troça: - Diga a Fulana que lhe mando um beijo... Um beijo de uma leprosa, quem haveria de querê-lo? Ela bem sabia disto, mas como que escarnece da tragédia da moléstia, ri do próprio infortúnio. Feita a recomendação ao Diretor, dá uma boa risada, e nós sorrimos também (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*).

Após percorrer as zonas sadia, intermediária e doente, a equipe do jornal visitou o pavilhão da administração, onde foram recepcionados pela “escriturária, filha do farmacêutico da Colônia, Sr. José Marcondes”, que os apresentou fichas dos doentes e outros documentos administrativos. Nesta ocasião o diretor Enéas Soares Pinheiro leu um relatório de sua autoria, expondo, “já que nenhum doente o fez”, o “drama” das verbas, “manifestadamente insuficientes” para manter o São Julião em funcionamento durante todo o ano de 1944. Afirmou que se via obrigado a “realizar prodígios de malabarismos” para manter o asilo-colônia com as dotações orçamentárias aprovadas e liberadas pelo DSE/MT.

Há dotações tão notoriamente, tão gritantemente escassas, que não poderão resistir seis meses! A verba de alimentação (existem na Colônia mais de 300 doentes) é uma delas. Na base em que foi calculada, tocariam cerca de 30 cruzeiros para a alimentação de cada doente, por mês! Dizendo isto, não é preciso dizer mais nada (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*, grifos meus).

Apesar das “notórias e gritantes” dificuldades financeiras, o diretor Enéas Pinheiro relatou estar bastante confiante de que a dotação orçamentária seria reajustada, “na base de suas verdadeiras necessidades”, pelo governo estadual. Para tanto, teria redigido o relatório, endereçado ao diretor geral do DSE/MT, expondo minuciosamente a grave situação financeira vivenciada pelo estabelecimento. Para solucionar, ou pelo menos amenizar as dificuldades, ficaria no aguardo da sua suplementação (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*).

Ao final, o texto afirmava que a visita havia resultado, dentre outras aprendizagens, na constatação do “esforço” empreendido pelas “autoridades sanitárias estaduais e federais” para o enfrentamento da lepra em Mato Grosso. A matéria reproduziu a avaliação de “um grande leprólogo filipino”, presente na *IV Conferência Internacional de Lepra*, realizada no Cairo/Egito, em 1938 (Maciel, 2007, p. 211-216), e autor da seguinte frase: “O Brasil está liderando o mundo no combate à lepra”, assumindo a vanguarda “tanto sob o aspecto científico, como sociológico e social” (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*). A dita liderança se traduzia no empenho em construir leprosários em várias regiões, com o propósito de implementar a política do isolamento obrigatório de indivíduos acometidos pela doença, que deveriam ser recolhidos naquelas instituições.

No retorno a Campo Grande, a equipe avistou o preventório Getúlio Vargas, inaugurado em 1943, para receber os filhos indenes dos pacientes internados no Asilo-Colônia São Julião. E foi com essa imagem que concluíram o texto da reportagem, lembrando “de D. Eunice Weaver, a grande e infatigável batalhadora desta Cruzada bendita, e de suas palavras: - Getúlio Vargas, o homem que compreendeu a tragédia do leproso no Brasil...” (O que é a colônia S. Julião [...], 1944, *on-line*).

Figura 20 - Educandário Getúlio Vargas, Campo Grande, Mato Grosso, década de 1940.



Conforme assinalado em alguns dos documentos aqui explorados, já nos primeiros anos de funcionamento do São Julião, foi possível identificar referências a um conjunto de dificuldades enfrentadas pelo asilo-colônia, entre as quais chamam a atenção às indicações de superlotação e, sobretudo, à insuficiência de verbas públicas. Problemas estes que foram se aprofundando no transcorrer do ano de 1944, antes mesmo da queda de Getúlio Vargas, ocorrida em 1945. Em seu relatório de 1944, o então diretor do DSE/MT, Hélio Ponce de Arruda, afirmara que o funcionamento do São Julião teria sido bastante “acidentado” durante todo aquele ano, “tendo passado pela sua direção nada menos que três especialistas”. (APMT. Relatório [...], 1944, p. 51).

Como dito anteriormente, os médicos que assumiam a direção do São Julião tinham que enfrentar inúmeros problemas de infraestrutura, de ordem financeira, administrativa, política e até de convivência interpessoal com funcionários, em sua maioria, pacientes internados. Também não podemos desconsiderar os entraves relacionados ao forte estigma que alimenta o imaginário “recorrente e de longa duração” e “a perpetuação dos medos” na história da lepra, dos leprosos e das instituições criadas para apartá-los da sociedade ao longo do tempo (Monteiro, 2012, p. 83-102). O acirramento dessas dificuldades, a partir da segunda metade

dos anos 1940, resultou em um ambiente marcado pelo abandono e o descaso do poder público e de parcelas significativas da sociedade mato-grossense. Esse momento é o tema das páginas seguintes.

## **2.2 Do ufanismo à decadência: retratos do São Julião pela imprensa e pela memória dos internos**

Chegou ao meu conhecimento, aliás, notícia de fonte segura, que os doentes internados no Asilo Colônia S. Julião, que é o leprosário constituído em Campo Grande, estão, há tempos, passando por uma fase de abandono completo. Eu considero a notícia cheia de fundamento, por isso que os leprosos que foram remetidos daqui [de Cuiabá] retornaram ao hospital S. João como fugitivos, tendo muitos deles ficado pela estrada, à mercê do destino.

(Durval Gomes Monteiro, 1946)

Em 1944, foi aprovado o regimento do Serviço Nacional de Lepra, por meio do Decreto nº 15.484, de 8 de maio de 1944. A partir de então, este serviço passou a ter como finalidade organizar o plano de combate à endemia de lepra em todo o território nacional, atuando como centro orientador, coordenador e fiscalizador das atividades dos serviços públicos e privados empenhados na campanha nacional contra a doença. Assumiu também a função de órgão executor dos trabalhos que, conforme o programa fixado, permanecessem sob a responsabilidade direta da administração pública federal (Brasil, Decreto nº 15.484 [...], 1944, art. 1º). Um ano depois chegava ao fim à ditadura do Estado Novo. Qual o impacto do novo cenário político sobre os programas de controle e combate à endemia de lepra? A instabilidade política instaurada em Mato Grosso, a partir de 1946, resultaria em prejuízos orçamentários e descontinuidade dos serviços públicos de saúde em curso no DSE/MT? Como essas mudanças repercutiram na atenção e cuidado aos pacientes internados no Asilo-Colônia São Julião? São estas as principais questões privilegiadas nesta seção.

Importante destacar que o ocaso da ditadura varguista no país se deu no contexto da Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Para Santos (2006), inicialmente o governo comandado por Getúlio Vargas permaneceu “neutro” diante do conflito. Por um lado, o getulismo tinha grande afinidade com os governos da Alemanha e Itália, por outro, também mantinha fortes relações políticas, comerciais e financeiras (inclusive na área de saúde) com os Estados Unidos da América (EUA). Segundo o

autor, na ausência de uma certeza sobre qual seria o lado vencedor, melhor seria manter a boa convivência com ambos.

Ainda de acordo com Santos (2006), os desdobramentos da guerra, a certa altura, favoreceram o fortalecimento da Alemanha comandada por Hitler, provocaram grandes perdas militares aos países europeus e promoveram o avanço japonês sobre o Pacífico. Em resposta ao fortalecimento do fascismo, o governo dos EUA firmou novos acordos de cooperação econômica com a América Latina e o Brasil. A nova conjuntura internacional acabou levando o governo brasileiro a declarar guerra aos países do Eixo (1942), limitando-se, inicialmente, a fornecer matérias-primas e a base militar da cidade de Natal/RN aos norte-americanos. Mas, foi somente em 1944 que o presidente Getúlio Vargas enviou a Força Expedicionária Brasileira (FEB) à Itália, para engrossar as trincheiras dos países Aliados, vitoriosos ao final do longo e nefasto conflito bélico, em 1945.

A vitória dos Aliados na Segunda Guerra Mundial resultou na derrota e enfraquecimento da influência dos governos autoritários na Europa, evidenciando as contradições do Estado Novo no Brasil, que externamente defendia a democracia, mas, internamente, não a praticava.

A partir de 1943, intensificaram-se os movimentos de oposição ao Governo, culminando, dois anos depois, com a criação da União Nacional dos Estudantes, a reorganização partidária e, por fim, em 29 de outubro de 1945, o golpe militar que depôs Getúlio Vargas (Santos, 2006, p. 117).

A reestruturação dos partidos políticos no Brasil ocorreu ainda durante a ditadura varguista, com a formação da União Democrática Nacional (UDN), de oposição ferrenha a Getúlio Vargas; o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), fundado por Vargas, mas que defendia os anseios dos trabalhadores, com apoio do movimento sindical e do Ministério do Trabalho; e o Partido Social Democrático (PSD), fundado por partidários do Estado Novo e pelos interventores estaduais, que contava com o apoio incontestado de Getúlio Vargas. Nas eleições de 2 de dezembro de 1945, foi eleito o candidato do PSD, General Eurico Gaspar Dutra<sup>46</sup>, ex-ministro da guerra no período estadonovista. Assim, a retomada da democracia brasileira

---

<sup>46</sup> Nascido em Cuiabá, no dia 18 de maio de 1883, e falecido no Rio de Janeiro, em 11 de junho de 1974, o General Dutra foi o primeiro e único mato-grossense a ocupar o cargo de presidente do Brasil. Foi empossado em 31/01/1946 e deixou a presidência em 31/01/1951 (Mendonça, 1982, p. 105; NDIHR/UFMT, 1948, p. 6-7).

despontava com mais continuidades que rupturas políticas (Fausto, 1995; Lopez, 1997; Skidmore, 1998; Santos, 2006).

Segundo Fausto (1995, p. 389), “a queda de Getúlio Vargas se fez a frio”. Forçado a renunciar, o presidente abriu mão do poder fazendo uma declaração pública de que concordava com sua saída. Não chegou a ser exilado do país, apenas retirou-se para sua fazenda em São Borja (sua cidade natal) localizada no estado do Rio Grande do Sul. Portanto, a transição para o regime democrático não representou uma grande ruptura com o passado político brasileiro, mas apenas uma mudança de rumos, mantendo-se muitas continuidades.

As mudanças ocorridas na esfera federal repercutiram nos cenários estaduais. Em Mato Grosso, o interventor federal Júlio Strubing Müller deixou o governo em 11 de novembro de 1945. Até que fossem realizadas novas eleições para governador do Estado, passaram pelo cargo três administradores: Olegário Moreira de Barros (08/11/1945 a 06/08/1946), desembargador e presidente do Tribunal de Justiça de Mato Grosso; Wladislau Garcia Gomes, secretário de estado, que, em decorrência do pedido de exoneração de seu antecessor, assumiu o governo por apenas 13 dias (06/08/1946 até 19/08/1946) e José Marcelo Moreira, nomeado pelo presidente Dutra, governando Mato Grosso de 19/08/1946 a 08/04/1947 (Silva, 1993; Mendonça, 1982). O término do Estado Novo desencadeou um período de instabilidade política que acabou repercutindo diretamente nas políticas públicas da área de saúde e, como se verá mais adiante, no orçamento, administração e funcionamento do Asilo-Colônia São Julião.

A principal ação do governo do presidente General Eurico Gaspar Dutra, rumo à democratização do país, foi convocar uma Assembleia Nacional Constituinte. O texto da nova Constituição, promulgada em 18 de setembro de 1946, seguiu um perfil liberal e democrático, assegurando o regime federativo, a autonomia dos estados e as conquistas sociais e trabalhistas anteriores. Também definiu as funções dos três poderes e a eleição por meio do sufrágio universal, ainda que com a exclusão dos analfabetos. Num cenário marcado pela Guerra Fria, o governo Dutra aliou-se claramente aos Estados Unidos e rompeu relações diplomáticas com a União Soviética. Cassou, em 1947, o registro do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que passou a agir na clandestinidade, perseguiu sindicatos e reprimiu organizações de trabalhadores contrárias às suas orientações. Portanto, conforme

afirmou Fausto (1995), o governo do chamado período democrático ficou a meio caminho da democratização, quando se tratava de direitos trabalhistas.

Por força da Constituição Federal de 1946, em 19/01/1947, foram eleitos em Mato Grosso os deputados estaduais e o primeiro governador do período democrático, Arnaldo Estevão de Figueiredo, que tomou posse em 08/04/1947. Renunciou ao mandato em 02/07/1950, para concorrer a uma vaga no Senado Federal, para a qual não conseguiu se eleger. Em consequência da renúncia e atendendo aos preceitos da Constituição Estadual de 1947, que não previa o cargo de vice-governador, assumiu o governo o então presidente da Assembleia Legislativa do Estado, o médico Jari Gomes, que governou Mato Grosso de 02/07/1950 até 31/01/1951. (Silva, 1993; Mendonça, 1982).

Com a queda de Getúlio terminava também a longa gestão de Gustavo Capanema a frente do MES. Gilberto Hochman avalia que a administração Capanema foi “o marco mais definitivo no processo de construção institucional da saúde pública enquanto política estatal”. As reformas aprovadas e implementadas no período, ancoradas em novas tendências políticas e sanitárias, definiram e consolidaram uma robusta estrutura administrativa e institucional, com fortes impactos que se impuseram de modo consistente e duradouro na agenda e na estruturação da saúde pública brasileira. Conforme o autor, essa estrutura “permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953, e de certo modo até o final dos anos 1980” (Hochman, 2005, p. 129-131). Tais mudanças nos serviços públicos de saúde também possibilitaram a verticalização das campanhas de combate às grandes endemias nacionais, incluindo nesse processo medidas descentralizadoras de enfrentamento a doenças específicas nas unidades federadas, a exemplo do tratamento dispensado à lepra e ao Asilo-Colônia São Julião em Mato Grosso.

Assim, apesar de continuar longe de ter logrado alcance nacional e de produzir soluções para os problemas sanitários do país, a saúde pública, na gestão de Gustavo Capanema, tornou-se institucionalmente mais complexa, estabeleceu raízes e contradições que perduraram décadas, e revela diferentes e intrincadas faces do Estado varguista e da saúde pública brasileira. Em particular, [a administração Capanema] organizou, centralizou e profissionalizou a saúde pública, mantendo-a fortemente associada ao ideário de construção da nacionalidade por meio de um Estado forte e autoritário (Hochman, 2005, p. 139).

Nessa nova conjuntura, as atividades de acompanhamento, fiscalização, controle e aplicação de recursos financeiros nos serviços públicos de saúde em Mato Grosso, que já enfrentavam problemas de longa data, foram visivelmente agravadas<sup>47</sup>. O cenário de crise nacional e internacional, somado à mencionada instabilidade na política estadual, provocada pela conturbada transição do governo autoritário para o democrático, também repercutiu negativamente nas agendas políticas de combate à endemia de lepra no Estado. Como apontaram os registros históricos aqui analisados, os repasses de dotações orçamentárias destinados à manutenção das duas instituições de isolamento de leprosos existentes no território mato-grossense à época - Hospital de São João dos Lázaros e Asilo-Colônia São Julião - também ficaram bastante prejudicados.

Em “Assistência aos Lázaros”, publicada no dia 23 de junho de 1946, na seção denominada *Tribuna do Povo* do jornal *O Estado de Mato Grosso*, o jornalista político Durval Gomes Monteiro afirmou ter recebido denúncia de que os internos “recolhidos” no antigo Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá estavam “em uma situação de extrema miséria”. Resolveu então visitar “àquele retiro de doentes”, afim “de colher informações seguras com referência ao assunto”. Sobre as impressões que teve com a visita, realizada no dia 16 de junho de 1946, assim se manifestou Monteiro:

Em palestra com o encarregado, que me prestou todas as informações, cheguei à conclusão que me levou a escrever esta nota de reportagem para este jornal.

Disse-me o encarregado que no dia 1º de janeiro de 1933 foi fundada em Cuiabá a Liga Feminina de Assistência aos Lázaros, sob a presidência de D. Adelina de Arruda e direção de D. Bernardina Rich, época em que ele fora designado para aquele cargo.

Na presidência da Liga, D. Adelina, com seu alto espírito filantrópico, trabalhou como uma heroína durante um período de 13 anos, proporcionando aos infelizes leprosos toda sorte de proteção, o que tem se prolongado até a presente data, pois aos doentes do S. João nada falta, conforme observei por ocasião de minha visita aquele sítio, onde se acham enclausurados os ‘intocáveis’ patricios (Monteiro, 1946, *on-line*, grifos meus).

Conforme analisado no primeiro capítulo, desde suas origens que o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá teve sua trajetória entrelaçada por atitudes

---

<sup>47</sup> Para o período em questão, atenho-me, especificamente, à situação de Mato Grosso, pelo fato de não ter tido acesso a trabalhos que tratam desta problemática em estados de outras regiões do país e nem no âmbito federal.

individuais e ações sociais fortemente ancoradas na caridade, filantropia e trabalho voluntário. Segundo o articulista, Adelina Ponce de Arruda teria ocupado o cargo de presidente da *Liga Feminina de Assistência aos Lázaros* por treze anos (1933-1946) e não por apenas sete (1936-1943), como escrevera Santos & Leandro (2019, p. 61). Monteiro também registrou a mudança de nome da associação, de *Liga Feminina de Assistência aos Lázaros* para *Sociedade Cuiabana de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra*<sup>48</sup>, destacando a administração de Adelina Ponce de Arruda e a participação de uma “legião de moças e senhoras” da sociedade cuiabana e mato-grossense.

Assim, é possível identificar a permanência de doentes no antigo hospital de Cuiabá, o São João dos Lázaros, mesmo passados cinco anos da inauguração do Asilo-Colônia São Julião de Campo Grande, para onde deveriam ter sido transferidos<sup>49</sup>. A proteção aos doentes enclausurados em Cuiabá continuava sob a responsabilidade da *Sociedade Cuiabana de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra*. Desde agosto de 1941 que as autoridades governamentais e sanitárias reclamavam de dificuldades para efetivar a referida transferência, ora pela falta de meios de transporte para concretizar a viagem, ora pela resistência dos doentes em deixar o antigo “lazareto”.

Para Monteiro, se não fossem os trabalhos filantrópicos desenvolvidos pela *Sociedade Cuiabana de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra*,

[...] certamente os infelizes leprosos não teriam na presente data o mesmo conforto e a mesma assistência relativa, devido à situação de pobreza que atravessa a Nação.

Não fora a Liga, os doentes do S. João estariam por certo passando maiores necessidades, visto que o governo, que deveria tomar para si os encargos de proteção aos lázaros, apenas contribui com uma ajuda de 12 mil cruzeiros anuais, o que, aliás, pouco representa, porque naquela casa de doentes acham-se internados 27 leprosos, que necessitam de toda espécie de ajuda, já que a eles foi reservado pelo destino o direito de serem repudiados pela sociedade.

Felicitos, portanto, sinceramente, essa legião de moças e senhoras que têm se empenhado a fundo, angariando donativos sem nenhum alarde, tendo como objetivo único dar aos infelizes do S.

<sup>48</sup> A mudança de nomenclatura ocorreu devido à sua congênere nacional: a *Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra*, presidida por Eunice Gabbi Weaver, durante o período compreendido entre 1935 e 1969 (Santos & Leandro, 2019, p. 57-78).

<sup>49</sup> Conforme estudado no 1º capítulo deste trabalho, o Hospital dos Lázaros de Cuiabá e o São Julião de Campo Grande, localizados, respectivamente, nas partes norte e sul do então território mato-grossense, coexistiram por aproximadamente duas décadas, ou seja, de 1941 até por volta de 1960.

João uma alimentação adequada, remédios e outros tantos confortos (Monteiro, 1946, *on-line*, grifos meus).

Os problemas políticos e econômicos do período da transição também foram sentidos em Mato Grosso, sendo um dos motivos utilizados pelos dirigentes para justificar os minguados valores orçamentários repassados, frequentemente com atraso, para a manutenção não apenas do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, mas também do Asilo-Colônia São Julião de Campo Grande. A atuação dessas ligas, sociedades, associações, comissões, entre outras organizações femininas constituídas com o objetivo de angariar donativos destinados à “alimentação adequada, remédios e outros tantos confortos” aos internos explicita, mais uma vez, a transferência para a sociedade civil das obrigações do poder público com relação ao enfrentamento à endemia de lepra em Mato Grosso. É importante ressaltar que esses pacientes eram internados nas duas instituições por intermédio e/ou determinação legal desse mesmo Estado, que não raras vezes lhes negava o mínimo necessário para uma vida digna no cotidiano dessas instituições.

Em entrevista concedida a Monteiro, quando da sua visita “àquele retiro de doentes”, o então encarregado do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá afirmou que:

[...] do leprosário de Campo Grande, para onde foram remetidos mais de 100 doentes daqui, vieram foragidos 7 leprosos, os quais são unânimes em afirmar que aqui em Cuiabá eles têm uma assistência superior a que lhes era proporcionada no grande e magnífico prédio da cidade morena.

É certo, afirmou o encarregado, que no S. João os doentes são mantidos pela Liga, mas que não são policiados, por isso eles podem muito bem burlar a vigilância e saírem pelas ruas da cidade; afirmou também que há muito tempo que não é remetido para Campo Grande nenhum doente, por falta de transporte (Monteiro, 1946, *on-line*, grifos meus).

A fuga de doentes de lepra do Asilo-Colônia São Julião, percorrendo mais de 700 quilômetros até a antiga instituição, antes mesmo de completar cinco anos da sua inauguração, demonstra o descontentamento desses “foragidos” e a “fase de abandono completo” vivenciada pelo “grande e magnífico prédio da cidade

morena<sup>50</sup>". Conforme analisado na seção anterior, essa insatisfação estaria relacionada à superlotação (1943) e às graves dificuldades financeiras enfrentadas pela administração do Asilo-Colônia São Julião a partir de 1944, com as dotações insuficientes recebidas por parte do DSE/MT.

Não obstante os sete internos fugitivos afirmarem que no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá recebiam "assistência superior" a que lhes era proporcionada no São Julião, é prudente considerar que o fato de estarem sujeitos a um rigoroso policiamento pela constante vigilância e controle institucional no asilo colônia de Campo Grande, tornava bem mais atrativa a vida no antigo lazareto de Cuiabá. Ali poderiam "muito bem burlar a vigilância e saírem pelas ruas da cidade" (Monteiro, 1946, *on-line*), usufruindo de momentos de liberdade e sociabilidade que lhes possibilitavam reencontrar e amenizar a saudade de amigos e familiares. Sobre o tema da disciplina no São Julião, assim escreveu Lino Villachá:

Todos tinham que se recolher a seus aposentos às 21h00 horas, deixando a porta entre-aberta, a fim de que os guardas em ronda pudessem vê-los. E, todas as noites entravam de quarto em quarto, lanterna em punho, verificando cama por cama, se não faltava nenhum... Uma fuga equivalia a 30 dias de prisão – e assim mesmo eram muitos que se arriscavam a ir à cidade, à calada da noite, numa tentativa arrojada, como se estivessem num campo de concentração nazista, lançando-se estrada afora, sôfregos em rever, pelo menos por instantes, a esposa e filhos, uma mãe, talvez, saudosos, que eles deixaram um dia, com a doce mentira do médico do Dispensário, de que esse sacrifício - o internar-se no leprosário - seria por apenas 'uns meses'... No clarear do dia retornava ele, e os guardas já estavam à sua espera, a fim de levá-lo à prisão, pelo crime de ter visitado, por uns brevíssimos momentos, seus familiares... (Villachá, 1976, p. 77).

O problema do transporte, mencionado anteriormente, surge com frequência na documentação como um grande empecilho à transferência de internos do Hospital dos Lázaros para o São Julião. É certo que o transporte de portadores de doenças contagiosas impunha certos cuidados e, no caso da lepra, alguns locais chegavam a contar com veículos reservados especificamente para esse tipo de viagem, de forma a evitar a aproximação e o contágio. Há de se considerar, ainda, a resistência de muitos sãoes em aceitarem dividir o mesmo espaço com indivíduos

---

<sup>50</sup> Por conta da cor avermelhada de sua terra, Dom Francisco de Aquino Corrêa, governante de Mato Grosso (1918-1922), poeta, escritor e arcebispo cuiabano, apelidou a cidade de Campo Grande (capital do atual estado de Mato Grosso do Sul) de *Cidade Morena* (Moro, 2015, p. 24-33).

leprosos. Entretanto, conforme ressaltou Souza-Araújo (1948, p. 411), havia também a “preferência” dos internos em continuar vivendo “no velho asilo do Marquês de Aracaty”, ou seja, no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá.

Figura 21 - Internos do Hospital dos Lázaros de Cuiabá em 1945.



Fonte: Souza-Araújo, v. 2, 1948, p. 411.

Ao final da matéria, Monteiro diz não ter confirmado a veracidade da denúncia sobre a “situação de extrema miséria” vivenciada pelos internos do Hospital dos Lázaros. E, reforçando a importância da *Sociedade Cuiabana de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra* na “proteção dos infelizes leprosos”, voltou a criticar o desamparo por parte do poder público e suas subvenções insuficientes:

Eis aí caríssimos leitores o que pude averiguar com referência ao assunto, lastimando que o governo, ao invés de auxiliar a Liga que protege os leprosos com uma subvenção muito maior, preocupasse em presentear companhias teatrais, violinistas, companhias de circo, e outras tantas despesas inúteis, porque destes a quem presenteia recebe agradecimentos em bonitos discursos, enquanto que os infelizes leprosos só poderão murmurar em suas orações um ‘Deus lhe pague’ (Monteiro, 1946, *on-line*, grifos meus).

Nova denúncia de Durval Gomes Monteiro viria a público pela mesma seção *Tribuna do Povo* de *O Estado de Mato Grosso*, em 6 de outubro de 1946, segundo a

qual, doentes internados no São Julião estariam em completo estado de abandono. Conforme a notícia, as fugas de internos do São Julião com destino ao velho Hospital dos Lázaros de Cuiabá teriam sido motivadas por essa situação. Informava ainda, que muitos dos doentes haviam “ficado pela estrada a mercê do destino”.

Lá no Asilo S. Julião, os doentes que estão impossibilitados de trabalhar, recebem tudo racionado: pão, sabão, açúcar, mate, feijão, arroz, etc. E essa ração é tão rigorosa que em 20 dias é consumida a quota mensal.

O que mais me comoveu ao ler o documento que denunciava o leprosário foi a notícia de que os leprosos estão sem assistência médica e sem medicamentos adequados.

Aqui no S. João dos Lázaros também há deficiências de cuidados médicos, mas, segundo me disse o encarregado, não faltam medicamentos e tão pouco há falta de gêneros alimentícios (Monteiro, 1946, *on-line*).

Não foi possível confirmar em outras fontes esse racionamento na distribuição de gêneros alimentícios segundo a condição dos doentes. A esse respeito, a legislação sanitária ressaltava que, os trabalhos desenvolvidos na “zona doente” deveriam ficar, “tanto quanto possível”, a cargo dos “doentes válidos”. E tais serviços (executados por esse grupo específico de pacientes) também deveriam ser remunerados pelo DSE/MT, “correndo a despesa pela verba orçamentária do pessoal contratado ou especialmente destinada ao auxílio aos doentes internados” (APMT, Regulamento [...], 1938, p. 36).

Em reação à nota e por intermédio do DSE/MT, o médico Alberto da Silva Barbosa, diretor do São Julião à época, encaminhou ao jornal carta com o propósito de “desmentir” as denúncias contidas no artigo. Intitulada “Esclarecimentos sobre o Leprosário S. Julião”, o documento veio ao público no dia 4 de dezembro de 1946.

Senhor Redator

Temos em mão um recorte de ‘O Estado de Mato Grosso’, que sob o título ‘No Leprosário de Campo Grande’, contem certas afirmações, que a bem da verdade, e, para descanso espiritual das famílias dos internados, nos é necessário desmentir.

Inicialmente, queremos deplorar não ter o Sr. Durval Gomes Monteiro, o articulista em questão, vindo até o São Julião examinar *in loco* a situação, que a ele se afigura, por informações tão negras.

Quem tem experiência de leprosários, sabe perfeitamente que as fugas são episódios comuns e de todos os dias. As razões? São as mais variadas possíveis. Citaremos algumas: 1) nomadismo, 2) inadaptação, 3) clima, 4) nostalgia, 5) negócios. No entretanto, estas são, por assim dizer, razões sentimentais, difícil é o doente que tem

coragem de alegá-las. E então vêm as inverdades, que apenas procuram explicar uma situação irregular.

A nostalgia, então, é de todas as razões a que mais faz fugir, as saudades da família, geralmente recebem poucas notícias dos amigos, da terra, são fatores decisivos (Barbosa, 1946, *on-line*).

Ignorando os problemas mencionados na denúncia, Alberto Barbosa optou por considerar as fugas como sendo “episódios comuns e de todos os dias” em instituições dessa natureza. Dentre as motivações elencadas, merecia destaque, segundo ele, a “nostalgia”, caracterizada pelas “poucas notícias” recebidas pelos doentes segregados, situação que contribuía, sobremaneira, para aumentar a saudade da família, dos amigos e do local de origem.

Quanto à acusação de racionamento de gêneros alimentícios e de primeira necessidade aos pacientes impossibilitados ao trabalho, Barbosa apresentou uma contestação bastante generalizante, referindo-se à fração de calorias diárias recebida pelos doentes. Esta, como dizia, estaria respaldada em números, cálculos e tabelas retirados de autores de renome nacional e internacional em pesquisas científicas na área de nutrição alimentar:

Vamos agora aos números. Os internados recebem diariamente 2.640 calorias para mais. Neste número não foram computados frutas, verduras. Deve-se notar que muitos internados possuem galinhas, ovos. Possivelmente esse número de 2.640 ascende a 2.800 calorias. Os cálculos para chegarmos a esses números foram feitos com informes obtidos nas tabelas encontradas em ‘Samson Wright – Fisiologia Aplicada pg. 790’ e em ‘Carlos Sá – Higiene e Educação da Saúde pg. 48’. Ainda o mesmo Samson Wright dá como número calorias num regime normal 2.980. Não estamos nos contradizendo, explicamos, Samson Wright é Professor da Faculdade de Medicina de Londres, nos seus trabalhos leva em conta o clima inglês, os hábitos europeus e a superfície corpórea do europeu, Carlos Sá, no livrinho já citado, a pg. 56 diz ‘Álvaro Osório, Professor de Fisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, em experimentação rigorosa, verificou que o metabolismo basal do adulto brasileiro, na cidade do Rio de Janeiro, é vinte a vinte cinco por cento mais baixo do que o do adulto americano ou europeu’, portanto, no Brasil teríamos de 2.235 a 2.384 calorias.

Cremos serem estes esclarecimentos suficientes no que diz respeito à alimentação (Barbosa, 1946, *on-line*).

Como indica Barbosa, os chamados “doentes válidos” cultivavam hortaliças e criavam pequenos animais domésticos, a fim de complementar a “ração” de gêneros alimentícios da “tão rigorosa quota mensal” fornecida pela administração do São

Julião. Ele não menciona e nem contesta o tratamento diferenciado na distribuição desses víveres, ao contrário, afirma que todos os internados recebiam “diariamente 2.680 calorias para a mais”, sem considerar as frutas, verduras, galinhas e ovos, produzidos, obviamente, apenas pelos pacientes em condições de trabalhar.

A denúncia feita por Monteiro descortinava ainda outras situações vividas pelos pacientes do São Julião:

Os doentes do leprosário de Campo Grande não têm direito de apresentar qualquer reclamação, sob pena de sofrerem maiores privações, como castigo, e se alguém interpela o encarregado daquele Asilo, para saber a razão desse racionamento rigoroso e de falta de medicamentos, a resposta é sempre a mesma – o governo não manda dinheiro – não sei se o governo do Estado deixou de olhar para esses infelizes, mas também não deixo de acreditar, pois que o país passou por uma crise que eu chamo de ‘crise dos homens sensatos’. Durante esse período de crise, os homens públicos se entregaram ao gozo das festas, dos banquetes, dos bailes, dos churrascos, onde se esbanjavam o dinheiro dos cofres públicos.

Durante esse período de crise, os homens públicos construíram palácios e abriram novas avenidas, prejudicando a população que ficou sem casas para morar e sangravam os cofres do Tesouro impiedosamente para realizarem os seus passeios à Cidade Maravilhosa.

Enquanto isso, os infelizes leproso, que cumprem uma penalidade imposta pelo destino, recebem, ao invés de assistência médica, boa alimentação e ajuda de governo, um racionamento rigoroso, como se o país estivesse em pleno período de guerra (Monteiro, 1946, *on-line*, grifos meus).

A referência quanto à aplicação de privações e castigos como resposta aos doentes que denunciavam a situação do asilo-colônia reforçam o posicionamento de Villachá (1976), quando trata da rigorosa disciplina a que estavam sujeitos os doentes internados no São Julião. Conforme Monteiro, às interpelações sobre o “racionamento rigoroso” de gêneros ou a “falta de remédios”, a resposta era: “o governo não manda dinheiro”. Assim, dando volta ao círculo, chegava-se ao lugar comum do recorrente descaso das autoridades governamentais com a manutenção e o funcionamento adequado do estabelecimento.

Monteiro citou, reiteradamente, o “período de crise” que o país havia atravessado - “crise dos homens sensatos”- e da qual Mato Grosso não escapou. Período, segundo o articulista, marcado pela corrupção, injustiças sociais e desmandos de toda sorte, quando “os homens públicos” sangraram e esbanjaram o dinheiro “dos cofres do Tesouro impiedosamente”, em festas, banquetes, bailes,

churrascos, palácios e obras faraônicas. Em contraste a esses gastos desnecessários, a população mato-grossense, desassistida, não tinha nem “casas para morar”. É possível que as críticas façam referência às obras realizadas pelo governo do interventor Júlio Müller, com apoio financeiro do governo federal, como: a construção da Residência Oficial dos Governadores, do Grande Hotel, do Cine Teatro Cuiabá, do Colégio Estadual Liceu Cuiabano, do Palácio da Justiça e da Estação de Tratamento de Água de Cuiabá. E, ainda, a abertura da Avenida Getúlio Vargas; a ponte “de concreto armado” (batizada de ponte Júlio Müller), ligando Cuiabá ao então 3º Distrito da Capital, atual cidade de Várzea Grande; ou mesmo à construção do Asilo-Colônia São Julião em Campo Grande, que transformaram a paisagem urbanística de Cuiabá<sup>51</sup>.

As consequências desse período de “sangrias nos cofres públicos” vieram à tona logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, o declínio do Estado Novo no Brasil e o início da mencionada instabilidade política e socioeconômica vivenciada logo nos primeiros anos do regime democrático em Mato Grosso. Nesse cenário, os pacientes internados no São Julião teriam amargado “um racionamento rigoroso” de gêneros alimentícios, somado à falta de assistência médica e ao abandono do poder público, como se o mundo, o Brasil e Mato Grosso ainda estivessem “em pleno período de guerra”. Monteiro clamava então que as autoridades se compadecessem tanto dos doentes de lepra internados no Asilo-Colônia São Julião de Campo Grande quanto dos segregados no Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá:

Deixo, portanto, estampada aqui a minha queixa, esperando que as autoridades se compadeçam daqueles doentes que se acham internados no leprosário de Campo Grande e, porque não dizer também, desses leprosos do Hospital de S. João, que também merecem melhores tratos, reclamando, também, uma subvenção que satisfaça as exigências desse pobre hospital (Monteiro, 1946, *on-line*, grifos meus).

Na carta de defesa publicada por Alberto Barbosa, em resposta às denúncias feitas por Monteiro, o então diretor do São Julião acabou por concordar, em parte, com o problema, informando que o jornal *O Progressista* de Campo Grande,

---

<sup>51</sup> Sobre esse conjunto de transformações modernizadoras do espaço urbano de Cuiabá, desenvolvidas no governo do interventor federal Júlio Strubing Müller, consultar a tese de doutoramento de Buzato (2017, especialmente o 4º capítulo)

[...] em artigo publicado a 13 de junho de 1946, ventilou o mesmo assunto, imediatamente procuramos o Sr. Dr. Nicolau Fragelli, pedindo uma retificação, que foi publicada a 16 de junho de 1946. Nessa retificação, dizia-se que sim, era verdade ter o Estado, por razões que não nos cabe analisar, se atrasado no pagamento aos fornecedores, mas que aos internados nada tinha faltado até então (Barbosa, 1946, *on-line*, grifos meus).

Quanto à falta de medicamentos para os doentes de lepra segregados no São Julião, Barbosa respondeu que nesse quesito “o Sr. Monteiro” também estava “iludido”, uma vez que existia “em estoque 33.200 cc de óleo de chaulmoogra”, medicamento usado especificamente para o tratamento da moléstia. E que naquele momento também havia disponível em estoque “grande quantidade de vitaminas, fortificantes e outros medicamentos”. Mesmo não tendo como comprovar e/ou confrontar a existência desses medicamentos através da análise de outras fontes documentais, tal afirmação indica que, em dezembro de 1946, o óleo de chaulmoogra ainda continuava sendo o principal recurso terapêutico utilizado pelos profissionais de saúde envolvidos com o tratamento da lepra no São Julião. Como tratarei mais adiante, as sulfonas começaram a ser utilizadas no tratamento de pacientes internados no referido asilo-colônia ano seguinte, ou seja, em 1947.

Com o propósito de desacreditar e desmerecer as reclamações de pacientes acerca da falta de medicamentos no São Julião, Barbosa continuou justificando que:

O articulista [Monteiro] não deve ignorar que nos hospitais há um certo ritmo, uma certa rotina, que para o bom desenvolvimento do serviço deve ser seguida, ora, acontece que são adquiridos os medicamentos de fato úteis, e as vezes o doente quer é inutilidades, fato com o qual a Administração não pode estar de acordo (Barbosa, 1946, *on-line*).

Na sequência, contesta a precariedade na assistência médica com estatísticas respaldadas no quantitativo de óbitos e seus percentuais registrados no asilo-colônia desde a sua inauguração.

Quanto à falta de assistência médica, cremos que o fato de só termos tido até a presente data 9 óbitos, cerca de 4,3%, é suficiente para derrubar essa asseveração. Será interessante esclarecer que segundo Raul Rocha, no seu livro ‘Da Lepra, o essencial’, à pg. 441, a percentagem de mortes na colônia americana de Carville é de 10 a 11,2%. Como é possível, pois, faltar ao internado do São Julião alimentação, medicação e assistência médica e morrer tão pouca gente?

Só há uma explicação, o Sr. Durval Gomes Monteiro foi enganado.

Senhor Redator, espero de vossa boa vontade a publicação desses esclarecimentos, e aqui ficamos ao vosso inteiro dispor, para quaisquer outros.

Dr. Alberto da Silva Barbosa  
Diretor do Asilo-Colônia 'São Julião'  
(Barbosa, 1946, *on-line*).

A celeuma provocada pelas reclamações e denúncias publicadas por Monteiro *versus* tentativas de esclarecimentos apresentadas por Barbosa adentrou ao ano de 1947. Em matéria com o mesmo título “Assistência aos Lázaros”, também publicada na seção *Tribuna do Povo* do jornal *O Estado de Mato Grosso* de 27 de abril de 1947, Monteiro retoma a questão, afirmando que:

Foi com imenso prazer que ouvi há dias atrás, o deputado José Fragelli, pela tribuna da Assembleia, condenar a maneira hostil como são tratados os doentes do S. Julião, de Campo Grande, onde mais parecem estar cumprindo uma sentença, mesmo merecendo cuidados e atenções, na qualidade de doentes repudiados pela sociedade (Monteiro, 1947, *on-line*, grifos meus).

Naquela oportunidade, a denúncia de maus tratos dispensados aos doentes do Asilo-Colônia São Julião teria sido feita na tribuna da Assembléia Legislativa de Mato Grosso, pelo então deputado estadual José Manuel Fontanillas Fragelli. Monteiro mostrava satisfação, uma vez que a fala do parlamentar corroborava um de seus polêmicos artigos, condenando a administração do São Julião...

[...] pelos maus tratos dispensados aos hansenianos e, como me faltavam provas suficientes para rebater o artigo do médico daquele asilo, que foi publicado nesta mesma seção *Tribuna do Povo*, contradizendo minhas acusações, preferi silenciar sobre o assunto.

E agora o caso é ventilado na Assembleia, mas, antes do deputado Fragelli apresentar o seu trabalho, já eu havia recebido outra carta de uma leprosa, pedindo que continuasse a trabalhar em defesa dos leprosos, posto que o meu artigo havia produzido certo efeito, tanto que melhoraram as condições e tratos naquele hospital (Monteiro, 1947, *on-line*).

No entanto, antes do pronunciamento do referido deputado, o articulista afirmou ter recebido “outra carta de uma leprosa”, solicitando que ele continuasse a trabalhar em defesa daqueles pacientes, pois o artigo de sua autoria “havia produzido certo efeito”, no sentido de melhorar “as condições e tratos” dispensados

aos doentes de lepra internados no São Julião no período em questão. Parabenizando o deputado pela manifestação pública na tribuna da Assembleia Legislativa estadual, disse esperar que a denúncia feita pelo nobre representante do povo, acrescida de “provas”, tivesse melhor resultado junto ao poder executivo.

É possível que, com a autoridade de sua voz e de posse de tantas provas irrefutáveis, o nobre deputado José Fragelli consiga uma solução urgente para que os leprosos do Asilo S. Julião, e também do hospital de S. João desta cidade [Cuiabá], sejam beneficiados, para que possam suportar mais resignados o isolamento perpétuo a que estão condenados por força das circunstâncias.

Parabéns, deputado Fragelli (Monteiro, 1947, *on-line*).

As reclamações e denúncias na Assembleia Legislativa de Mato Grosso continuaram. Na sessão de 10 de abril de 1947, o deputado estadual José Manuel Fontanillas Fragelli teria feito uma “longa exposição sobre o problema da lepra no Estado e a deficiência da organização do Hospital S. Julião e Preventório Getúlio Vargas” (Mendonça, 1974, p. 348-349).

O resultado desse embate pode ser visto na *Mensagem de Governador de Estado* de 1948, que apresenta o balanço de ações e decisões do ano anterior. A certa altura do texto, dedicado “movimento” anual “da Colônia São Julião” de 1947, o leitor é informado de que o “Dr. Alberto da Silva Barbosa” não ocupava mais o cargo de diretor do asilo-colônia. Ao trazer uma crítica contundente sobre o período da administração do “ex-diretor”, o documento dava chancela oficial às denúncias e reclamações publicadas nas duas reportagens de Monteiro aqui analisadas.

#### Movimento da Colônia São Julião

Muito acidentado tem sido o funcionamento dessa Colônia. É verdade que muito concorreu para a situação calamitosa em que a mesma se encontra o abandono em que a deixou o seu ex-diretor, Dr. Alberto da Silva Barbosa. Endividada, sem crédito e com uma situação administrativa desorganizada em todos os sentidos. Muito haverá, porém, ainda que se fazer para restabelecer a sua situação de prestígio e prosperidade dos primeiros tempos (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1948, p. 81, grifos meus).

A contenda jornalística teria provocado visível desgaste à polêmica administração de Barbosa à frente do São Julião. É possível que outros fatos tenham interferido na decisão do governo que, ao final, decidiu pela sua exoneração

do cargo de diretor. A mesma mensagem do governo traz a informação que em junho de 1947 teriam sido contratados dois novos médicos para o São Julião, um como diretor e o outro como assistente. Essas despesas seriam cobertas com auxílio de Cr.\$ 180.000,00, enviado pela Divisão de Organização Sanitária para manutenção da Colônia (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1948).

A organização do asilo-colônia dava ao diretor autonomia para gerir a maioria dos recursos disponibilizados para a manutenção da instituição. Essa prerrogativa poderia favorecer atitudes de desmandos e desvios (corrupção) no trato com o erário público. E entravam ainda nesse computo, os valores recebidos através de outros tipos de verbas, oriundas de trabalhos realizados por organizações da sociedade civil ou doações individuais, com destaque para a caridade, a filantropia e o trabalho voluntário. Essa autonomia carecia assim de constante fiscalização e acompanhamento por parte do Estado, a fim de garantir o bom gerenciamento do São Julião e o atendimento de seus internos. Demandava também um efetivo controle social, atribuição esta que caberia à população mato-grossense. De fato, como ocorre na atualidade, nem o poder público estadual e nem a sociedade assumiam tais prerrogativas.

Algumas fontes apontam que a situação de má gestão dos recursos esteve presente em outros momentos da instituição, como se vê na mensagem de governador relativa ao exercício de 1948:

Alega o Diretor do DSE, que mesmo adotando medidas de ordem econômica, grande parte das verbas do Asilo Colônia São Julião tiveram que ser suplementadas, em virtude do estado lastimável em que deixou o Nosocômio o seu antigo Diretor, Dr. Albecir Neptuno Marques (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p. 28, grifos meus).

Como vimos, o fim do Estado Novo desencadeou um período de instabilidade política que acabou repercutindo diretamente nas políticas públicas da área de saúde, nas diferentes esferas da administração pública e, mais especificamente, no orçamento, administração e funcionamento do São Julião. Os registros históricos explorados até aqui sugerem que o abandono e descaso do poder público - somado à má gestão de alguns diretores do asilo-colônia à época e à falta de acompanhamento e fiscalização da sociedade em geral - favoreceu o agravamento desses problemas. Os relatos de memórias e experiências de alguns pacientes

internados no São Julião “daqueles tempos”, analisados nas páginas seguintes, também oferecem importantes subsídios para melhor pensar esta questão.

### **2.3 Viver e sobreviver ao isolamento: memórias e experiências dos internos**

No livro “Confissões para o esquecimento”<sup>52</sup>, Gomes & Rocha (2006) descrevem um pouco das dificuldades enfrentadas pelos pacientes segregados no São Julião nas décadas de 1940/50/60. O trabalho se baseia no depoimento de três pacientes, entre eles a interna Íria de Oliveira, cujo registro de entrada assinala 11 de agosto de 1941, sob matrícula nº 31 (AHSJ, Livro de registro [...], s.d., n.p.). Segundo o texto, aos 11 anos Íria recebeu a notícia de que estaria “indo se tratar no melhor hospital, segundo seu médico, e quando estivesse finalmente curada poderia viver em paz com sua tia e cuidar de sua tão amada avó [...]”. No caminho para o leprosário, a incerteza tomava conta da menina, pois percebera que pela primeira vez estaria “completamente só no mundo”. Perguntava-se, porém, “o que haveria de se temer estando ela a caminho do melhor hospital para lepra?”. Confiante nas promessas do médico acreditou que ficaria distante de casa e da família apenas por alguns dias, já que, uma vez submetida ao “tratamento de excelência” prometido, seu mal estaria “com os dias contados” (Gomes & Rocha, 2006, p. 55).

As palavras encorajadoras dos médicos alimentavam grandes esperanças de cura nas pessoas diagnosticadas com a lepra no período. Difícil afirmar se os médicos acreditavam ou não na promessa, mas certamente a propaganda feita pelas autoridades governamentais e médicas buscava convencer os doentes de que a melhor escolha seria aceitar com resiliência a internação. O isolamento e afastamento da rede familiar e de amigos seriam recompensados pela oportunidade de acesso a um tratamento “seguro, eficaz e respaldado no conhecimento científico”. Todo esse processo seria realizado por meio “do recolhimento temporário” no “melhor hospital para lepra”, recém inaugurado na cidade de Campo Grande.

---

<sup>52</sup> Trata-se de pesquisa de história oral, realizada nas dependências internas do Hospital São Julião, entre 2002 e 2006, por dois estudantes do curso de jornalismo da Universidade Católica Dom Bosco de Campo Grande/MS, que resultou em uma monografia de conclusão de curso de graduação, aprovada em 2006, sob a orientação do professor Oswaldo Ribeiro da Silva. O trabalho foi impresso em formato de “livro/reportagem” pela administração do hospital à época, porém sem editora e sem data. Constitui em importante fonte sobre a memória do São Julião, produzida por meio de entrevistas e depoimentos orais de Íria, Ernesto e Felício, pacientes internados na instituição nas décadas de 1940, 1950 e 1960, respectivamente. Os três permaneceram no São Julião até a morte.

Além da hanseníase, Íria também teria sido acometida pelo “mal da sífilis” na infância. A primeira manifestação da doença teria sido aos 5 anos de idade, através de uma ferida persistente que não cedeu à aplicação de ervas e remédios caseiros. O caso se agravou com o tempo e a falta de assistência. Apareceram manchas vermelhas pelo corpo, o rosto inchava com frequência e o nariz “entupia” constantemente, dando a impressão de que estava sempre gripada. A manipulação do nariz levava a sangramentos, sugerindo que o problema era bem mais sério do que a família imaginava. Mesmo com o tratamento a que se submeteu, Íria tinha sequelas da sífilis quando chegara ao São Julião. A partir de então, a lepra, doença altamente estigmatizante, passaria a fazer parte do cotidiano da menina recém chegada ao leprocômio de Campo Grande. A desilusão de Íria em relação às promessas de cura feitas pelos médicos não tardou.

Ao saltar do ônibus, após a longa viagem, Íria se deparou com uma multidão de estranhos com os olhos esbugalhados de curiosidade. Os doentes novos desembarcavam em um local próximo ao parlatório, e ali a sua frente se encontrava uma centena de pacientes, todos sedentos por ver quem também estaria fadado ao esquecimento. Se a pessoa que desembarcasse fosse mulher, a festa era geral. Naquela época ainda não existia sulfona (remédio que surgiu no São Julião por volta de 1947 e que dava resultados reais ao tratamento) e muitas faces se encontravam em um nível elevado da doença, causando uma impressão muitas vezes traumática para os recém chegados. Nessa época, a proporção de crianças, como Íria, para homens era de dez para duzentos e cinquenta.

[...]

O cenário que se abatia sobre a jovem Íria era desolador, um lugar isolado envolto em árvores e pastagens [...], sem remédio, tratamento e comida que tirava o apetite até do mais faminto dos homens. A única coisa que se encontrava em abundância era pinga e muito namoro (Gomes & Rocha, 2006, p. 57-58, grifos meus).

Uma vez incorporada aos internos, à acolhida a Íria foi feita por outra paciente chamada Helena, “moradora da colônia que estava ali junto à multidão”. Diante da notícia de que a pequena menina seria colocada em um pavilhão de má fama, Helena pediu para que ela fosse instalada em sua casa. No cenário de uma atenção precária das autoridades aos internos no asilo-colônia, outras redes e laços se formavam para garantir o mínimo de proteção e acolhida aos doentes, especialmente aqueles mais frágeis. A solidariedade sempre foi um dos mecanismos de sobrevivência, não apenas no São Julião, mas também em outros

estabelecimentos de mesma natureza. Helena foi “uma das mais significativas pessoas com quem Íria se encontraria durante toda vida”; cuidara dela “não como filha, mas com o máximo amor que a amizade pode oferecer” (Gomes & Rocha, 2006, p. 57). A atmosfera narrada por Gomes & Rocha corrobora com a imagem daquele cenário desolador assinalado para o São Julião em meados da década de 1940.

Quando afirmam que “a única coisa que se encontrava em abundância” no asilo-colônia “era pinga e namoro”, os autores contribuem para o entendimento de como se davam os encontros amorosos e as relações sexuais entre alguns doentes internados.

Os homens entravam nos pavilhões femininos e passavam a noite em seus quartos ou simplesmente se encontravam nos bailes que eram feitos religiosamente todo sábado, criando uma expectativa abissal nos frequentadores. Todos pensavam que Íria era uma mulher pequena e baixa, pois naquele ano era uma das únicas crianças que viviam ali (Gomes & Rocha, 2006, p. 58).

O assédio de homens em relação às mulheres - mesmo quando ainda crianças, como era o caso de Íria - fazia parte de comportamentos e atitudes triviais, que acabavam sendo vulgarizados e incorporados às vivências e sociabilidades construídas cotidianamente no São Julião. Os bailes se tornaram oportunidade de namoros e encontros furtivos, despertando expectativa nos frequentadores. Muitas vezes o sexo acontecia em locais considerados proibidos pelas normas de conduta ali estabelecidas, afinal alguns pavilhões eram espaços privativos que, em tese, estariam reservados à moradia e convivência só de mulheres (Gomes & Rocha, 2006).

As histórias relatadas por Íria no depoimento aos autores dão conta de diversas dificuldades que ela viveu em seu internamento: a perda da avó, uma aproximação fracassada do pai, a amputação de um membro, entre outras. Misturados aos relatos, é possível novamente divisar informações que evidenciam tanto as experiências vivenciadas pelos internos como as formas de organização e ações voltadas à atenção aos doentes e à manutenção da instituição, levadas a cabo pelos próprios internos:

As enfermeiras do São Julião naquela época eram as próprias pacientes e quando surgiu um calo no pé de Íria, foi uma dessas enfermeiras a quem ela teve que recorrer. Não parecia ser nada sério a princípio, a 'enfermeira' foi dar uma olhada, cavoucou e cavoucou o ferimento que estava atrás do calcanhar. Íria receberia mais um forte golpe da vida: o ferimento infeccionou e ela teve que amputar parte da perna (Gomes & Rocha, 2006, p. 58-63).

Entremeadas às más lembranças, também emergem momentos de alegria, esperança e planos. A correspondência com a tia Irene dando conta das mudanças na vida - havia se casado e estava trabalhando "no salão de costura de sua madrinha". O pretendente Deucleciano, preterido inicialmente, com quem se casara aos 12 anos, com direito a padre e cerimônia. A nova condição deu a ela o direito de se mudar para "uma casa para casais", que compunha o conjunto de edificações do São Julião à época. Passado mais algum tempo, ela e o marido adotaram uma criança, que havia chegado à colônia assustada como anos antes a própria Íria teria chegado. Assim, a família estava completa e a vida corria como se podia esperar:

Ele chegava ao final da tarde e juntos matavam galinha para a janta. Deucleciano trabalhava feito louco para que houvesse sempre fartura em sua mesa. Nunca faltava ovo frito, pão e milho verde que ele mesmo plantava. As pessoas se convidavam para jantar em sua casa e sempre ouviam um sincero sorriso em resposta, como que dizendo: seja bem vindo.

As pessoas os viam na rua e pediam sem constrangimento, pois conheciam o coração do casal:

- Ah, me dá um pouco de milho pra fazer pamonha?

E então eles mesmos faziam as pamonhas e traziam para o pavilhão para quem quisesse pegar.

Assim foi até que ele caiu doente, 28 anos depois. Deucleciano foi um pai e um homem para Íria, cuidava dos ferimentos dela e ela dos seus. Ele ainda pôde conhecer a Irmã Silvia, mas logo morreu de Tirsísea, doença que deixa a pessoa amarela, olhos, unha, enfim tudo. Íria teve que ceder a casa para outra família, pois era muito grande para que ela morasse sozinha e seu filho adotivo foi embora, curado e feliz, para viver sua vida após o término da Lei de Internamento Compulsório.

Íria se lembrava do dia que chegou ao São Julião, assustada e triste, na época não entendendo os planos que Deus lhe reservava, mas percebeu que tudo fazia sentido após aqueles 28 anos. A lepra foi o seu maior algoz, mas ela conseguia ver beleza ao olhar para aqueles dias doentes (Gomes & Rocha, 2006, p. 67-71, grifos meus).

Antes de chegar ao São Julião, Deucleciano havia trabalhado como garimpeiro e constituído família no estado de Goiás. Internado devido a dores nas

pernas, recebeu após algum tempo o diagnóstico de lepra. Sofreu com o medo, o preconceito e a rejeição, até ser isolado no asilo-colônia de Campo Grande, “esquecido” pela esposa, família e amigos e “morto” para a sociedade extramuros.

[...] Sua mulher [...], por medo da doença, passou a deixá-lo somente dentro do quarto, sem o privilégio de sair e transitar pela casa. Quando ia levar comida, um estranho ritual se repetia: batia na porta para que ele viesse e apanhasse seu prato, quando ela já estava longe. Não demorou muito e sua mulher o abandonou indo morar com a mãe.

Quando ele chegou ao São Julião não conseguia caminhar e seu estado era grave. Um amigo dele nessa época apanhou negralina<sup>53</sup> (substância que surtia efeito no tratamento [da lepra], citada por Íria nas entrevistas) que Íria cozinhou para o desconhecido e seu amigo levou agradecido para lavar sua perna, além de muitas injeções na veia que ele teve que tomar. Felizmente ele conseguiu se curar e voltou a andar (Gomes & Rocha, 2006, p. 67-68).

Muitos casamentos foram destruídos ou simplesmente anulados porque um dos cônjuges fora diagnosticado com lepra. Esses processos de pedido de desquite e partilha de bens eram instruídos com a justificativa de resolver o “problema” da parte que não estava isolada, uma vez que havia a possibilidade de anulação do matrimônio por este motivo. A “inconveniência” causada por um cônjuge leproso em isolamento institucional resguardava o/a parceiro/a de poder tornar:

[...] invisíveis quaisquer indícios de relacionamentos com alguém doente, da existência da lepra na família, ou de contato com estas instituições. Mais uma vez, eram protegidos os sãos, em detrimento dos acometidos pelo mal de Hansen. Poucas eram as famílias que conseguiam manter seus vínculos, uma vez que as visitas também eram um elemento disciplinador, pois caso houvesse mau comportamento, ou infração, elas seriam suspensas. Além disso, havia a burocracia e controle sobre os visitantes (comunicantes), que deveriam passar por exames periódicos e apresentar a carteira de comunicante em todas as visitas. Diante desta barreira burocrática, estabelecida para desestimular familiares e amigos, a maioria deles desistia (Porto, 2018, p. 155-158).

O fim do casamento, seguido pelo provável esfacelamento de suas outras relações interpessoais, acabou se transformando em reconstrução. Para Deucleciano o São Julião foi espaço de estabelecimento de novas redes de

---

<sup>53</sup> Considerando as diversas terapêuticas utilizadas no tratamento da lepra/hanseníase ao longo do tempo, não consegui identificar o uso dessa substância em outras fontes históricas, nem na historiografia consultada e tão pouco em pesquisas realizadas em meios eletrônicos.

sociabilidades, novos amigos, novo casamento, nova família, que seguiram com ele até o seu falecimento, 28 anos após sua chegada. Essas relações, pautadas no sentimento de pertencimento por estar entre pessoas vítimas do mesmo “infortúnio”, favoreciam o surgimento de fortes laços de empatia, solidariedade, acolhimento e esperança.

Ainda que borradas pelas tintas do tempo, as memórias dos internos são fontes fundamentais na tentativa de descrever com mais acuidade e com as cores do vivido, a experiência cotidiana do isolamento de pacientes que ali permaneceram por anos, décadas. Nesse sentido, o texto reconstitui vivências importantes, como as redes de sociabilidade e solidariedade<sup>54</sup> que foram sendo construídas ao longo do tempo, evidenciando práticas sociais sustentadas pelo apoio mútuo e o estabelecimento de novas relações afetivas entre as pessoas segregadas. Lembremo-nos da mencionada história de amizade, solidariedade e empatia construída entre Íria e Helena e do cuidado de alguns pacientes com crianças acometidas pela lepra que eram internadas no então asilo-colônia chegando ao ponto de adotá-las e criá-las como filhos/as.

Como assinalado na seção anterior, havia a criação de galinhas (para consumo e obtenção de ovos), o plantio de milho verde, hortaliças, dentre outros gêneros, produzidos pelos pacientes que se encontravam em condições de trabalhar, utilizando-se da extensa área rural que integrava o São Julião. Não raras vezes, os frutos dessa produção eram compartilhados com os demais internos, gestos de acolhida, solidariedade e empatia que também tinham lugar nas relações estabelecidas intramuros. Tais comportamentos resultavam em momentos preciosos de trocas coletivas, frutos de relações pautadas na amizade, respeito, consideração e bem querer. Sentimentos que acabavam contribuindo para amenizar as dores e mazelas provocadas pelas vicissitudes enfrentadas “naqueles tempos difíceis” do asilo-colônia.

As fontes analisadas demonstram que muitas histórias de vida de doentes de lepra internados no São Julião acabaram sendo totalmente reconstruídas com o passar do tempo. A longa convivência com outras pessoas acometidas pela mesma

---

<sup>54</sup> Essas relações possibilitavam a reorganização social das pessoas internadas, através do estabelecimento de novos códigos de conduta e táticas de resistência para que os doentes de lepra pudessem lidar com as dores e perdas causadas pela segregação e o isolamento da família e da comunidade extramuros. Diante disso, diversas estratégias e subterfúgios eram forjados cotidianamente pelos pacientes, com o propósito de burlar e transgredir as regras normativas impostas pela instituição para mantê-los sob constante vigilância e controle (Porto, 2018).

enfermidade contribuía para abrandar os impactos causados pelo estigma, o preconceito e a rejeição social. Embora a perda de identidade e referências com a comunidade externa representasse mais uma, entre as diversas dificuldades vivenciadas pelos isolados, com o decurso do tempo as relações anteriores se desfaziam e acabavam dando espaço aos novos relacionamentos, que contribuíam para a acomodação de frustrações e sofrimentos. É certo que a experiência dos internados era perpassada por situações extremas que se interpunham, indo do medo ao acolhimento, do isolamento à integração, da alegria e esperança ao desencanto, do ódio e desilusão ao amor. Todavia, mesmo diante do estigma e violência a que foram submetidos nessa política de exclusão, os pacientes do São Julião jamais perderam sua humanidade.

Ainda assim, a solidão, embalada pela saudade de familiares, amigos e antigos conhecidos deixados pra trás, era um sentimento que teimava em maltratar diversos pacientes internados no São Julião. Dessa imensa necessidade de rever pessoas queridas, cujas recordações insistiam em permanecer, foi criado o emblemático edifício do parlatório. Lugar de possíveis reencontros, de rever pessoas queridas e de tentar atenuar a saudade, mas também de muitas dores, traumas e sofrimentos, provocados pela distância imposta pelos muros ali existentes e pela constante vigilância dos guardas, ciosos em evitar o contanto físico entre doentes e visitantes.

Era feio, esquelético. Era como um guarda mau, postado na estrada da zona doente, delimitando as 'fronteiras'. Esse prédio, que hoje não existe mais, foi outrora palco de inúmeros dramas.

(Lino Villachá, 1976)

Este pedaço de calçada é o que restou do antigo parlatório. O caminho dos mártires. O muro onde muitos choravam esperando uma visita que nunca veio. E quando vinha, sequer podiam se apertar as mãos<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> Placa existente no Hospital São Julião atualmente, no local onde ficava o edifício do antigo parlatório, antes de 1970. Texto sem autoria e sem data.

Figura 22 - O Parlatório do São Julião, década de 1940.



Fonte: Souza-Araújo, v. 2, 1948, p. 413.

Figura 23 - Placa existente no Hospital São Julião atualmente, no local onde ficava o edifício do antigo parlatório.



Fonte: Acervo pessoal do autor, 2023.

Na descrição de Lino Villachá, a estrutura do parlatório era semelhante à de um dos antigos pavilhões que compunham o conjunto arquitetônico do São Julião à época, mas com colunas em lugar das paredes. No meio, na extensão de todo o edifício, existiam “dois muros paralelos, da altura dos membros dum homem, na forma de corredor, dividindo dois mundos - o doente e o sadio”.

‘Seu’ Zé Pinto chorou ali, debruçado naqueles muros, quando sua mulher veio visitá-lo. Pobre do ‘seu’ Zé; não deixaram nem sequer que ele e a mulher apertassem as mãos, quanto mais se beijarem! Abraçar, ah... Isso nem que fosse por descuido dos guardas – havia o muro no meio. A saudade que ele vinha sentindo da mulher teve que ser desafogada num apertado ‘como vai, Maria? E as crianças?...” Nada mais. Depois da partida, olhares compridos. Era horrível aquilo! (Villachá, 1976, p. 81).

Ao analisar a “quebra do parlatório” como um episódio de revolta de alguns pacientes internados no Asilo-Colônia Aimorés, em meados da década de 1940, Carla Lisboa Porto discute os dilemas, contradições e incômodos que caracterizavam aquele espaço destinado ao recebimento de visitantes. O referido ato de “rebeldia” foi abordado pela autora como mais um subterfúgio empregado pelos doentes para resistir às estratégias de controle sobre seus comportamentos, impostas pela administração da instituição paulista de isolamento e vigilância social, localizada na cidade de Bauru.

Por ser o local destinado ao encontro entre os internados e seus visitantes, a separação entre as pessoas (por uma mureta de concreto, ou tela de arame), para evitar contato físico, causava grande incômodo. Em sinal de revolta, não só pela internação compulsória, mas pelas condições dos leprosários, os internos se rebelaram e o quebraram, em julho de 1945 (Porto, 2018, p. 165).

Foi nesse espaço de alegorias que Íria teria vivenciado a primeira grande experiência com o preconceito por conta da sua condição de doente de lepra. Até então a menina não tinha consciência do pavor que a moléstia provocava.

Ingenuidade essa que foi destruída ao primeiro contato com o parlatório, pois não demorou muito para que sua tia Irene viesse visitá-la e esta também ficou chocada com aquele muro polar que estava entre ela e sua sobrinha. Ela ajudava Íria com uma modesta mesada que conseguia trabalhando duro, assim como sua avó, lavando roupas e cozinhando pra fora. Irene (nessa época com 20 anos) a teria tirado dali se pudesse, mas uma vez que um paciente

ali entrava, uma brusca condenação caía sobre ele, dizendo que ali passaria o resto da vida, a lei sacramentava o martírio e o hospital a acatava (Gomes & Rocha, 2006, p. 58, grifos meus).

A ambiguidade do parlatório pode ser percebida nas lembranças de Lino Villachá. Lugar de distância e de contato; de esquecimento e de lembrança, de tristezas e alegrias.

Aos domingos esperavam-se as visitas de familiares e amigos, no Parlatório – onde se seguiam dois muros que davam à altura do peito, bem no meio, em forma de corredor, para separar dois mundos de saudade e tristeza; do lado de lá, os familiares e amigos (raros), que vinham em visita; do lado de cá, os doentes, que não podiam sequer dar as mãos para cumprimentar, pois os guardas estavam ali, vigilantes. Terminada a visita, lágrimas e um longo olhar de saudade que seguia em cortejo os visitantes, até sumirem na rota que leva à portaria. Entretanto, eram poucos os doentes que tinham o privilégio de receber visitas; a maioria era esquecida ou considerada morta, uma nódoa na família... que não devia ser lembrada, a fim de não levantar suspeitas (Villachá, 1976, p. 78, grifos meus).

Mesmo que os reencontros ocorridos no parlatório (com distanciamento obrigatório e vigiados por guardas) representassem momentos de dor e tristeza, a chegada de pessoas conhecidas era sempre aguardada ansiosamente por muitos pacientes internados no São Julião, pois, como mencionado, receber visitas era privilégio de poucos. A maioria dos doentes era esquecida ou considerada morta, acabava se tornando uma “nódoa” na família, que não deveria ser lembrada, “a fim de não levantar suspeitas”.

Esse ritual de “contato” com visitantes nos muros do parlatório representava uma mescla de alegrias e sofrimentos, de reencontros e desencontros, de aproximação e distanciamento, de sorrisos acobardados e muitas lágrimas derramadas. Por fim, permanecia uma saudade que teimava em não passar, embalada por uma tristeza profunda no momento de despedida dos entes queridos. “Depois da partida, olhares compridos” percorriam toda a extensão da estrada que levava à portaria do São Julião e a certeza de que, na maioria das vezes, aquelas pessoas em retirada nunca mais se submeteriam àquele espetáculo de horror, vigilância e tortura emocional, “estrelado” no “palco” do parlatório.

Um dia, 'seu' Zé Pinto recebeu uma carta. 'Prezado Zé – o compadre Badio me disse que eça molesta do sangue não tem cura e que é muito pegativa. Você sabe, nós temo as criança... Eu me arranjo sozinha com elas. Não se preocupe...'

'Seu' Zé Pinto saiu correndo e foi pro Parlatório. Ficou horas de olhar perdido na estrada que sobe, ladeada de eucaliptos. Debruçado naquele muro, olhava, acho que não mais aquela estrada. Sabe lá, o que ele olhava...

À noite, naquele mesmo Parlatório, ele dançou. Os doentes dançavam sobre suas próprias desgraças. E arranjou uma nova mulher... Do lado de cá, os doentes. No corredor ficavam os guardas... (Villachá, 1976, p. 81-82).

Os pacientes iletrados, que representavam a maioria dos internos do São Julião à época, costumavam solicitar que Lino Villachá lesse as cartas que recebiam de seus familiares e amigos. Tal condição permitiu que o escritor tivesse contato com muitos dramas pessoais vivenciados por colegas no âmbito do parlatório e em diversos outros espaços do asilo-colônia. Nessas situações, Villachá sempre observara os acontecimentos com grande sensibilidade, se mostrando solidário com os demais internos e buscando compartilhar desse emaranhado de sentimentos e emoções. Todas essas experiências favoreceram a construção de grandes amizades durante a vida inteira de Villachá no São Julião e acabaram por possibilitar que ele incorporasse vários elementos daquele cotidiano à sua obra literária, composta por livros de poemas, crônicas, saudações e reflexões.

Como dito anteriormente, era também no espaço do parlatório que chegavam, desembarcavam e eram recepcionados os novos pacientes, sob o olhar curioso de muitos internos que já viviam no São Julião.

[...] Ficava 'assim' de gente interna, bisbilhoteira, novidadeira, pra ver o pobre recém-chegado. Muitas vezes, olhando aquelas caras (ainda não existiam as sulfas), era acometido dum trauma psíquico que não se livraria mais. Se era mulher, então a alegria era geral.

Muito tempo mais tarde, por volta de 1956 talvez, o Dr. Ladislau A. Marcondes, o Diretor sanfoneiro, mandou arrancar aquele muro. Mas as cicatrizes dele ficaram nos ladrilhos avermelhados... como no coração de muita gente.

Com a chegada dos italianos, em 1970, sobre aquele marco de tantas tristezas, foram rezadas muitas missas. Logo depois o demoliram.

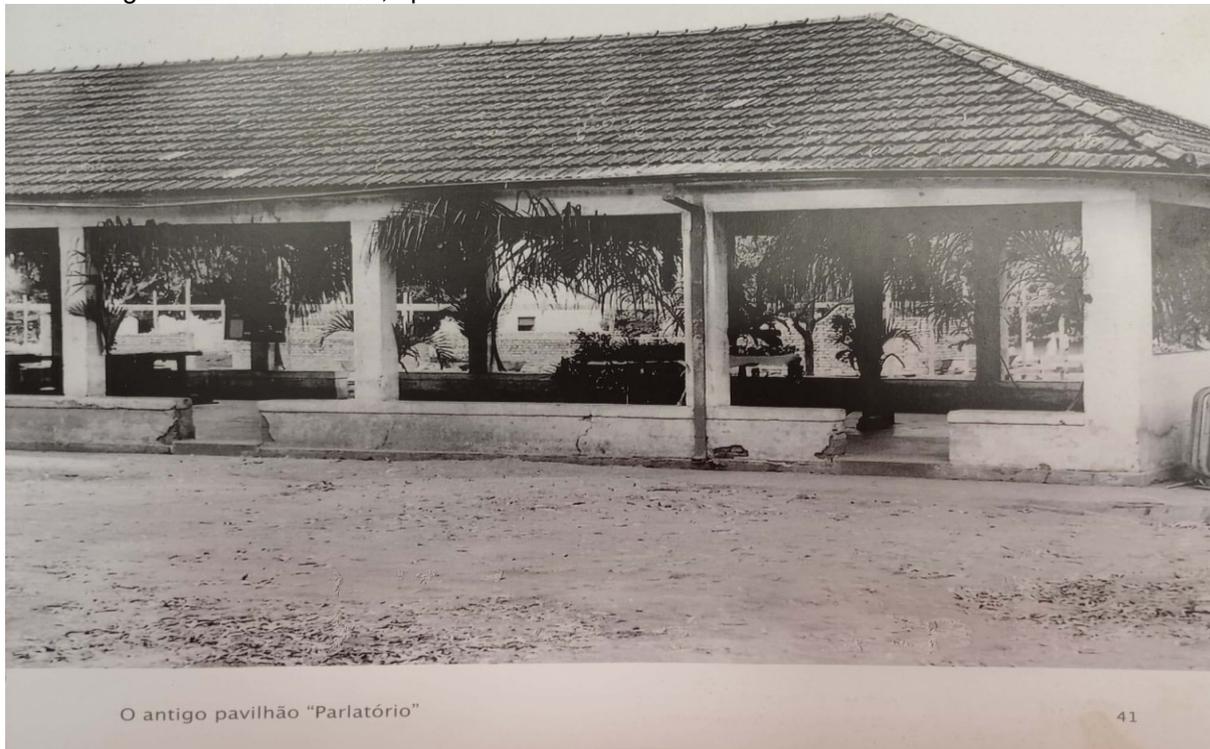
Morreu triste. Apesar de tudo, teve reza antes.

Deus o tenha.

E no seu lugar, na mesma linha do antigo muro, plantaram uma fileira de árvores, agora ainda pequenas.

Não me espantarei se um dia, essas árvores já grandes e altas, ressuscitarem com o vento, antigos gemidos... (Villachá, 1976, p. 82-83, grifos meus).

Figura 24 - O Parlatório, após a derrubada dos muros localizados no meio do edifício.



Fonte: Caniato, 2013, p. 41.

Com o advento da sulfonoterapia no São Julião (1947), que promoveu novas possibilidades de tratamento e a tão almejada cura para a lepra, a necessidade de vigilância e distanciamento social imposta pelos muros do parlatório passou a ser questionada e repensada pela administração do asilo-colônia. Assim, já em meados da década de 1950, o então diretor “sanfoneiro” do Sanatório-Colônia São Julião teria mandado “arrancar” o muro do parlatório. Mas, segundo Villachá, “as cicatrizes dele” permaneceram tanto “nos ladrilhos avermelhados, como no coração de muita gente” que vivenciou grandes infortúnios naquele “marco de tantas tristezas”. A demolição total do emblemático edifício do parlatório foi mais uma entre as várias transformações ocorridas a partir da transferência da administração do São Julião do governo estadual para a Associação de Auxílio de Recuperação dos Hansenianos (AARH), ocorrida em 1970. Para marcar os “novos tempos” que despontavam no percurso do então sanatório-colônia, “na mesma linha do antigo muro” do edifício, foi plantada uma fileira de árvores. O malfadado parlatório “morreu triste. Apesar de tudo, teve reza antes. Deus o tenha”.

A incorporação das sulfonas no tratamento e cura da lepra também abriu caminhos para a efetivação das primeiras “altas” concedidas (três anos depois) a 16 pacientes internados no São Julião, em outubro de 1950. Esse novo contexto e seus desdobramentos nas políticas de enfrentamento à doença em Mato Grosso é o objeto de análise das páginas seguintes.

#### **2.4 Frutos da Sulfonoterapia: o advento da “cura” para a lepra e a concessão das primeiras “altas”**

##### Homens que Voltam à Vida

As sulfonas realizam o milagre de devolver dezesseis matogrossenses ao convívio de seus concidadãos. Um grupo de médicos dedicados acaba de ver coroado de pleno êxito os seus esforços no combate à lepra.

(José Barbosa Rodrigues, 1950)

As substâncias químicas derivadas da diamino-difenil-sulfona (DDS), *Promin* e *Diazona*, começaram a ser experimentadas na terapêutica da lepra em princípios da década de 1940, nos Estados Unidos da América (EUA). No Brasil, o uso do novo medicamento foi iniciado no Sanatório Padre Bento, em São Paulo, em 1944 (*Promin*) e 1945 (*Diazona*) (Oliveira, 2012, p. 24). Até a introdução das sulfonas no tratamento da lepra, a principal terapêutica médica dispensada aos pacientes era o óleo de chaulmoogra<sup>56</sup>, porém, sem a obtenção de resultados satisfatórios.

Letícia Pumar Alves de Souza afirma que o início do tratamento para a lepra com o emprego das sulfonas tornou-se um marco importante na história da enfermidade, pois é constantemente indicado como um momento central para reconsiderações sobre a necessidade de medidas isolacionistas aplicadas à sua profilaxia, já que a moléstia teria passado a ser encarada como uma doença curável. Todavia, esse argumento se faz presente, sobretudo, nos trabalhos de autores que vivenciaram o surgimento da sulfonoterapia nos anos 1940/50 e que, portanto, se tornaram agentes dessa reorientação dos estudos e das políticas de combate à lepra. A pesquisadora destaca, ainda, que na atualidade essa linha de pensamento ainda prevalece nos trabalhos acadêmicos que versam sobre o tema da lepra e do

<sup>56</sup> O óleo de chaulmoogra era extraído de sementes encontradas nos frutos de árvores indianas chamadas Chaulmoogras. O uso desses óleos, comum no tratamento de doenças de pele na Índia, foi apropriado pela medicina ocidental e inserido na terapêutica da lepra. No Brasil, o óleo também era extraído de espécies nacionais, como a Sapucainha, que ficou conhecida como a Chaulmoogra Brasileira (Souza, 2009, especialmente o 3º capítulo).

isolamento institucional dos doentes, acabando por simplificar ou distorcer os esforços de:

[...] médicos e pesquisadores brasileiros que estiveram envolvidos com a questão do combate à lepra no país em um período anterior, principalmente, entre as décadas de 1920 e 1950 [...].

Antes do desenvolvimento das sulfonas, o tratamento da lepra não estava marcado por uma simples utilização do óleo de chaulmoogra, mas sim por um esforço de desenvolvimento de um medicamento cada vez mais eficaz para o combate à lepra (Souza, 2009, p. 21, grifos meus).

Em seu estudo, a autora problematiza o lento processo de substituição do óleo de chaulmoogra pelo uso das sulfonas no tratamento e cura para a lepra, durante a segunda metade do século XX. Nesse sentido, argumenta que a transição de um medicamento para o outro “não foi feita a partir de uma ruptura revolucionária, mas esteve marcada por controvérsias e resistências”, uma vez que antes dos anos 1950, muitos pesquisadores duvidavam da eficácia das drogas derivadas das sulfonas na cura da lepra. Nesse cenário de debates científicos, o óleo de chaulmoogra e seus derivados, em geral, eram usados como referência para se pensar a eficiência dos novos medicamentos. Entretanto, com o tempo e os resultados promissores obtidos com o emprego da sulfonoterapia, esta terapêutica acabou conquistando seu espaço como tratamento específico para se chegar à cura para a doença (Souza, 2009, p. 22).

Ao discutir a apropriação da “prática terapêutica chaulmoogrica” pelos médicos brasileiros e o processo de nacionalização desse tratamento, Souza (2009) defende que, ao longo da primeira metade do século XX, os estudiosos envolvidos com a temática da lepra procuraram desenvolver pesquisas com o propósito de aprimorar o tratamento com o uso do óleo de chaulmoogra e seus derivados. Esses estudos tiveram grande repercussão nas medidas e ações de combate e controle da doença no período. Diante disso, ressalta que o arcabouço de ideias e discussões sobre formas mais eficazes de segregar e isolar doentes de lepra no Brasil também foi bastante influenciado pelas pesquisas sobre os processos terapêuticos de cura da doença, no sentido de oferecer novos significados às políticas nacionais criadas para o seu enfrentamento. Naquele cenário de busca por um tratamento mais eficiente, a prática terapêutica com o emprego do óleo de chaulmoogra acabou sendo definida como a “moderna” profilaxia da lepra, capaz de trazer soluções aos

impasses e obstáculos gerados pelo isolamento compulsório de doentes em todo o Brasil (Souza, 2009, p. 22).

Assim, entre as décadas de 1920 e 1950, o óleo de chaulmoogra passou a representar “a grande esperança” para o tratamento da lepra no campo médico/científico brasileiro e a história do desenvolvimento dessa terapêutica foi de grande relevância para pensar o encaminhamento de campanhas de enfrentamento à doença em todo o território nacional. Por fim, a autora afirma que trata-se de uma temática ainda “pouco estudada pelos historiadores, que, em geral, dão ênfase, principalmente, à análise da política isolacionista implementada por médicos e autoridades governamentais para a solução do problema no país” (Souza, 2009, p. 22-23).

Nessa linha de interpretação, Zilda Lima também avalia que a busca por medicamentos que possibilitassem esperanças de cura para os doentes de lepra “era constante na rotina médico-científica” brasileira e internacional. Segundo a autora, o óleo de chaulmoogra começou a ser divulgado no meio médico brasileiro em princípios da década de 1920.

Em 1921, a Revista ‘Brazil Médico’ divulgava o surgimento de um novo medicamento: o Chaulmoogrol, composto à base de ésteres etílicos de óleo de chaulmoogra, medicamento usado pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra do DNSP e pelo Hospital dos Lázaros [do Rio de Janeiro]. O uso da chaulmoogra no tratamento da lepra começou a ser divulgado ainda na década de 1920. Descoberta na ‘Flora Brasiliense’, com os nomes de sapucainha, pau de cachimbo, fruta de cotia, fruta de macaco, pau d’anjo, esta árvore, pertencente à família das Bixáceas, era ainda bastante célebre na década de 1940 por fornecer a mais famosa terapêutica contra a lepra (Lima, 2007, p. 64, grifos meus).

Ainda segundo Lima (2007), o óleo de chaulmoogra era extraído, a princípio, de sementes maduras de plantas nativas da região indo-malaia, mas que, posteriormente, passaram a ser encontradas também na flora brasileira. Administrado por via oral ou epidérmica, o remédio representava a única terapêutica relativamente eficaz para o combate à lepra até o surgimento das sulfonas, na década de 1940. Assim, vinte anos após a divulgação do composto à base da chaulmoogra no meio científico, o medicamento ainda era considerado a mais importante forma de tratamento para a doença no país, inclusive tendo possibilitado a concessão de altas a pacientes isolados nos anos 1930.

No tocante aos resultados do tratamento, o Dr. Arthur Neiva garantia, no final da década de 1930, em torno de oitocentas altas hospitalares no estado de São Paulo, concedidas a pacientes tratados com o chalmogra e seus derivados. Experimentou-se administrá-la largamente em injeções intravenosas ou intramusculares, pois os efeitos colaterais do óleo de chalmogra, administrado via oral, por um longo tempo, provocava fortes náuseas e causava muito mal ao estômago (Lima, 2007, p. 69, grifos meus).

Retomando as análises sobre a evolução do tratamento sulfonoterápico durante a década de 1940, Oliveira (2012) afirma que as primeiras pesquisas científicas com a sulfonoterapia foram realizadas em 1941, por Guy Henry Faget, médico norte-americano especialista em tuberculose, mas que obteve sucesso em experimentos com derivados dessas drogas sintéticas em pacientes internados no Leprosário Nacional de Carville, estado de Louisiana (EUA). Três anos depois, em 1944, o médico leprologista Lauro de Souza Lima começou a submeter doentes de lepra do Sanatório Padre Bento, em São Paulo, ao mesmo método de tratamento experimental, no qual 93% dos voluntários testados apresentaram melhora, tendo, inclusive, estendido a nova terapêutica a cerca de 900 pacientes internados no sanatório paulista.

Os resultados positivos e altamente promissores desse estudo (com a manipulação de derivados da diamino-difenil-sulfona/DDS: *Promin* e *Diazona*) foram apresentados pela primeira vez na *II Conferência Pan-Americana de Lepra*, realizada no Rio de Janeiro, em 1946, e referendados internacionalmente no *V Congresso Internacional de Lepra*, realizado em Havana, em 1948, como a melhor terapêutica “antileprótica” descoberta e experimentada até então. Entre os países presentes estavam, além do Brasil, Argentina, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Estados Unidos, Guiana Francesa, Guiana Inglesa, Inglaterra, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Trinidad e Venezuela. A Conferência foi dividida em três comissões centrais: *Epidemiologia*, *Classificação* e *Terapêutica*, através das quais as delegações participantes deveriam se organizar e apresentar os resultados de seus trabalhos. Ao término do evento, as referidas comissões divulgaram e publicaram as conclusões obtidas com as discussões acerca de cada temática proposta. Importante destacar que as atividades desenvolvidas na Conferência em pauta focalizaram nos debates sobre a *Classificação Sul-Americana da Lepra* e os supra

mencionados resultados obtidos com o uso das sulfonas nos leprosários de Carville (EUA) e no Padre Bento, em São Paulo. Diante disso,

[...] a Comissão de Terapêutica reconheceu a eficácia do novo tratamento nos casos lepromatosos, porém, observou, com cautela, que o tempo em que o uso das sulfonas estava em observação ainda era muito curto para que as mesmas fossem aprovadas como agentes quimioterápicos na terapêutica da lepra. O tratamento com os óleos chaulmoogricos foi mantido, tendo a comissão recomendado o uso concomitante destes e das sulfonas nos pacientes lepromatosos, para efeito de comparação e observação (Oliveira, 2012, p. 42).

Apesar de reconhecida a eficácia das sulfonas, com resultados promissores especialmente nos casos de lepra do tipo lepromatoso, a *Comissão Terapêutica* instituída na *II Conferência Pan-Americana de Lepra* recomendou cautela na aprovação da sulfonoterapia como a principal forma clínica de combate à doença. Segundo os especialistas, o medicamento era um agente quimioterápico ainda em fase de observação, ministrado em caráter experimental, visto o curto período de uso e o número reduzido de pacientes submetidos ao tratamento (Maciel, 2007, p. 220). Para efeito de comparação, decidiram que a terapêutica com o uso do óleo de chaulmoogra ainda deveria ser mantida, com a recomendação de que sua administração fosse concomitante ao emprego do *Promin* e da *Diazona*.

Ainda durante a *II Conferência Pan-Americana de Lepra*, foi aprovada uma nova classificação para a doença, dividida em lepromatosa (contagante), tuberculóide (não-contagante) e tipo indeterminado ou incharacterístico (que poderia evoluir para um dos outros dois tipos). Essa nova classificação, juntamente com as melhoras clínicas obtidas pelo uso das sulfas foi responsável pela liberação de vários pacientes do isolamento, assim como, pelo fim de novos isolamentos (para os doentes que possuíam os tipos tuberculóide e indeterminado) (Oliveira, 2012, p. 14).

As discussões que resultaram na nova classificação da lepra - entre os tipos lepromatoso (L), tuberculóide (T) e indeterminado ou incharacterístico (I) - foram de fundamental importância para mudar os rumos da profilaxia da doença a partir da década de 1950, em especial no que se refere à política de isolamento compulsório adotada no Brasil e em Mato Grosso no período em questão. A continuidade desses estudos e pesquisas levou à comprovação da real eficácia da sulfonoterapia no tratamento e cura do mal de Hansen, fator este que também se tornou decisivo para

alterar as antigas formas de combate à enfermidade no país, possibilitando, deste modo, a concessão de “altas hospitalares” a muitos pacientes internados em diversos leprocômios brasileiros, o que também só viera a se concretizar a partir do início dos anos 1950.

[...] as contribuições dos leprólogos sul-americanos, em especial os brasileiros, foram de fundamental importância para os novos rumos da profilaxia da lepra, principalmente no que se refere às políticas de isolamento dos doentes. Compreendendo-se que a lepra poderia apresentar formas não contagiantes, o isolamento passaria a ser seletivo. Além do que, nos casos Incaracterísticos ou Indeterminados, um rápido diagnóstico diminuiria a possibilidade da evolução para a forma lepromatosa, conseqüentemente, reduzir-se-iam as chances de novos contágios. Estas contribuições seriam a base para as políticas de combate à lepra a partir da década de 1950, principalmente após a comprovação da eficácia do tratamento sulfônico e das ‘altas hospitalares’ (Oliveira, 2012, p. 42).

A legislação e regulamentação vigentes à época determinavam que as “altas hospitalares” não isentavam os pacientes das medidas profiláticas antilepróticas impostas pela vigilância sanitária, uma vez que, na verdade, significavam apenas a transferência destes para os dispensários, onde deveriam dar continuidade ao tratamento. Desse modo, os doentes de lepra internados em asilos-colônia, ao apresentarem uma melhora considerável, fruto da terapêutica com o emprego das sulfonas (comprovada através de exames periódicos), seriam transitoriamente liberados do isolamento obrigatório em leprosários. Entretanto, esses “ex-internos” ainda estariam obrigados a manter as etapas seguintes do tratamento, que deveriam ser realizadas em dispensários (local onde o paciente e seus comunicantes deveriam comparecer regularmente, para o devido acompanhamento médico e controle da vigilância sanitária), até que apresentassem condições clínicas favoráveis à obtenção da alta definitiva (Oliveira, 2012).

Sobre os debates levados a cabo durante a *II Conferência Pan-Americana de Lepra*, quanto à manutenção do isolamento compulsório como medida profilática, Maciel (2007, p. 220) afirma não ter observado “um posicionamento mais crítico” dos especialistas sobre essa “prática profilática”.

[...] o que demonstrava, ainda, certa insegurança no campo médico, de uma conclusão objetiva sobre o tema, o que só será possível na década seguinte, 1950, diante dos comprovados efeitos positivos dos medicamentos químicos. Entretanto, posso citar o exemplo dos

leprologistas Luiz Marino Bechelli e Reynaldo Guagliato que nesta Conferência apresentaram um trabalho que se constituía de uma resenha histórica sobre o isolamento na lepra. Concluem seus autores que o isolamento era, ainda àquela época, um dos pilares de sustentação para a profilaxia da lepra. Acredito não ser equivocado afirmar que este pensamento não foi confrontado radicalmente no evento, o que demonstra ainda alguma tolerância e aprovação com o isolamento para a lepra (Maciel, 2007, p. 220).

A recomendação geral dos médicos leprologistas era de que houvesse revisão e atualização periódica da legislação e dos regulamentos referentes ao “armamento e à luta antileprótica”, sempre considerando os progressos clínicos obtidos através de novos conhecimentos sobre a epidemiologia e a terapêutica da enfermidade. Nesse sentido, a Portaria nº 3, de 28 de fevereiro de 1947<sup>57</sup> aprovou Instruções Reguladoras para a concessão de altas para doentes de lepra internados em asilos-colônias e aqueles tratados em dispensários. Tal regulamentação só foi possível devido à aprovação da nova classificação da doença, fruto de calorosos debates na *II Conferência Pan-Americana de Lepra*, ocorrida um ano antes (1946), e o início da utilização da sulfonoterapia em leprocômios brasileiros, como era o caso do Sanatório Padre Bento, em São Paulo.

Em abril de 1948, foi realizado em Havana/Cuba, o *V Congresso Internacional de Lepra*, sendo o Brasil representado por 27 delegados, coordenados por Ernani Agrícola, então diretor do SNL.

Foi o primeiro congresso com tamanha abrangência e considerado pela literatura médica especializada como o mais democrático dos realizados até então. Deve-se enfatizar também que foi o primeiro congresso internacional realizado nas Américas, num contexto histórico que o continente era objeto de amplas possibilidades e ações de cooperação internacional na área de saúde. A criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em outubro de 1945, e da Organização Mundial da Saúde (OMS), em abril de 1948, são dados relevantes e devem ser considerados nesta análise, de modo a compreender o contexto histórico e conjuntural daquele momento (Maciel, 2007, p. 220-221).

As discussões propostas no evento se dividiram em cinco temáticas centrais: Epidemiologia e Controle, Terapêutica, Classificação e Nomenclatura, Investigação

---

<sup>57</sup> Para uma análise mais acurada acerca dessa portaria e da legislação de combate à lepra aprovada entre os anos de 1947 e 1976, período que compreende desde a primeira regulamentação das altas para doentes de lepra até o desmonte da política do isolamento compulsório no Brasil, consultar o trabalho de Oliveira (2012, especialmente o 2º capítulo).

Científica e Assistência Social. A partir do tema Epidemiologia e Controle, os leprologistas recomendaram que o isolamento em leprosários fosse destinado apenas aos doentes de lepra do tipo contagioso, classificado como lepromatoso. Os casos não infectantes só deveriam ser internados em decorrência de razões sociais, econômicas, estéticas (relacionadas ao estigma da doença), dentre outras motivações específicas. Outro dado relevante diz respeito à necessidade de divulgação através de propagandas educativas das novas possibilidades de cura da lepra, conquistadas através do emprego das substâncias derivadas das sulfonas, informando que, apesar de infectocontagiosa, a doença era “frequentemente curável”, desde que fosse diagnosticada e tratada precocemente. O uso da palavra “leproso” ou de “qualquer outro termo indesejável” deveria ser evitado ou substituído por nomenclaturas menos estigmatizadas, corrigindo interpretações religiosas como aquelas que associassem a moléstia ao pecado, carma espiritual ou que visassem incutir um caráter “maldito” aos doentes. O estigma então era visto como entrave na luta contra a doença, uma vez que dificultava a descoberta de novos casos (Oliveira, 2012, p. 43-46). Curiosamente, os congressistas acabaram por manter o nome “lepra” como denominação científica mais apropriada para a doença, recomendando que as pessoas acometidas pela enfermidade passassem a ser designadas “doentes de lepra”.

Quanto à Terapêutica, o evento reconheceu os avanços alcançados com as sulfonas, porém não descartou a continuidade do uso do óleo de chaulmoogra, que deveria ser administrado de forma concomitante, especialmente para o tratamento das formas tuberculóide e indeterminada da doença.

O uso do óleo de chaulmoogra foi defendido [pelos congressistas], sendo enfatizado que os sucessos e fracassos em seu uso estavam relacionados à administração de dosagens erradas, ou às baixas dosagens. Recomendava-se o uso de altas dosagens do óleo, injetado pelas vias subcutânea, intramuscular e intradérmica.

Aliado ao uso das sulfonas ou dos óleos chaulmoogricos, foram indicadas outras medidas suplementares, como o tratamento da invalidez e das deformidades, atividades fisioterápicas e laborerápicas, tratamento das manifestações tróficas e da dor nas neurites agudas, tratamento das manifestações oculares, nasais, realização de cirurgias plásticas e ortopédicas, além do acompanhamento psicológico, social e espiritual do ambiente em que vive o doente (Oliveira, 2012, p. 46).

Os tipos de sulfas existentes até aquele momento eram: *Promin*, *Diazona*, *Diamidin* ou *Sulfetrone*, cujas dosagens e possíveis reações tóxicas deveriam ser acompanhadas e enumeradas pelo médico leprologista, uma vez que o paciente poderia apresentar intolerância ao medicamento (Maciel, 2007, p. 222-225). Essas substâncias químicas também poderiam provocar “anemias no indivíduo”, situação clínica “que muitas vezes levava a interrupção do tratamento”. Neste sentido, recomendou-se que o uso das sulfonas deveria ser complementado pela administração de ferro, vitamina do complexo B, “extrato hepático e cloreto de tiamina” (Oliveira, 2012, p. 46).

Reconhecendo os impactos positivos das sulfonas na terapêutica da lepra, os congressistas recomendaram a necessidade de investimentos na continuidade de pesquisas científicas em busca de medicamentos mais eficientes e menos tóxicos. O objetivo era a aprovação de novos métodos e substâncias terapêuticas que produzissem o mínimo de desconforto aos pacientes submetidos a essas drogas, sem efeitos tóxicos e cujas evidências (química e bacteriológica) de regressão da doença pudessem ser observadas no prazo máximo de 12 meses. Tais medidas visavam estabelecer tanto uma uniformidade quanto um caráter mais científico à investigação epidemiológica acerca da lepra nas várias regiões brasileiras (Oliveira, 2012, p. 47).

#### 2.4.1 A sulfonoterapia no São Julião

Conforme analisado anteriormente, o ano de 1948 também foi marcado por grandes dificuldades de ordem administrativa, financeira e de recursos humanos, com destaque para a zona doente no São Julião.

##### ASILO COLÔNIA ‘SÃO JULIÃO’

Em virtude da má direção do Dr. Albecir, a Colônia sofreu funestas consequências até 31 de dezembro de 1948, não somente no que se refere às verbas, como também no setor de funcionários e principalmente na zona doente, onde imperava o regime de reclamações.

DOENTES: em 31 de dezembro de 1947, existiam no Leprosário 252 doentes. Foram internados de 1º de Janeiro até 31 de Dezembro [de 1948] 43 doentes, foram recapturados 20, faleceram 11, evadiram 11 e foram transferidos 7 (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p. 41).

A média anual de doentes de lepra internados no asilo-colônia de Campo Grande girava em torno de 250 a 300 pessoas de ambos os sexos, incluindo crianças. Além daqueles que ingressavam por conta do diagnóstico da doença, havia também uma estatística que quantificava os falecidos, evadidos, transferidos e um grupo considerável de fugitivos recapturados. O quantitativo de pacientes trazidos de volta ao espaço isolacionista reforça outro dado estatístico passível de ser analisado: a frequente ocorrência de fugas. Para enfrentar esse problema, a administração do São Julião buscava reforçar a vigilância, “dia e noite”, com o aumento do número de guardas sanitários. Sobre tal necessidade, foi redigida a seguinte justificativa:

#### GUARDA SANITÁRIO

A lotação da Colônia ‘São Julião’ é de só um guarda sanitário, no entanto, necessitamos, no mínimo, de dois. O serviço de guarda sanitário, nesta Colônia, é feito durante o dia e à noite, e à sua guarda, fica a zona neutra, que limita com a zona doente, para impedir que os doentes passem desta para aquela zona, ou que evadam, ficando, ainda, sob sua vigilância, dia e noite, o parlatório. Temos, nesse serviço, diaristas que nunca correspondem à necessidade do serviço, por ganharem muito pouco e não serem pessoas especializadas (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p. 41, grifos meus).

Conforme relatava o documento, o emprego das sulfonas permitiu um aumento das “quotas de carne de 150 para 200 g” diariamente, assim como do leite, feijão, arroz, café e banha, sendo que esta última “era misturada de graxa de gado e gergelim” e foi “substituída então por banha de porco pura”. Os custos dessas melhorias, mais o aumento do “custo de vida” e o ingresso de novos 34 doentes, acabaram gerando “um déficit apreciável”, impondo a solicitação de verbas suplementares ao governo estadual. Na sequência, o relatório passou a tratar de questões relacionadas à higiene:

Quanto à higiene, muito conseguimos melhorar, apesar da deficiência de meios. Assim, com a boa vontade dos internados, correspondendo aos nossos apelos e orientação higiênica, muito fizemos nesse setor importantíssimo de um nosocômio destinado ao internamento de hansenianos. Esperamos, no exercício financeiro de 49, resolvermos definitivamente o problema, desde que nos sejam dadas as verbas votadas pelo Congresso Federal, sob a rubrica de Móveis e Equipamentos (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p. 41, grifos meus).

Logo a partir do ano seguinte ao do início do uso das sulfonas, ocorrido em 1947, os entraves com a operacionalização desse novo método de tratamento começaram a surgir em crescente e surpreendente escala.

Foi iniciado em outubro de 1947, neste leprosário, o tratamento pelas sulfonas; em 1948, estiveram sob a ação das sulfonas 194 doentes, dos quais muitos foram obrigados a abandonar o tratamento pela baixa de glóbulos vermelhos, outros por doenças intercorrentes e complicações renais e hepáticas. Em outubro de 1948, fomos obrigados a interromper o tratamento por falta de remédios. (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p.41-42, grifos meus).

Os problemas eram muitos, indo, como se pode observar, de questões de ordem financeira ao aparecimento de efeitos colaterais devido à toxidez atribuída ao novo medicamento. Esses obstáculos acabavam por dificultar a continuidade e/ou efetividade da utilização dessas substâncias. A falta das drogas em estoque também aparece entre os motivos que obrigavam a interrupção do tratamento. Entre fins dos anos 1940 e inícios da década de 1950, esses empecilhos levaram ao surgimento de mobilizações que envolviam o esforço conjunto de pacientes, administração, profissionais de saúde, representantes da sociedade civil, entre outros segmentos interessados na manutenção do uso contínuo das sulfonas na rotina terapêutica do São Julião.

Os comprimidos de sulfona (Promin e Diazona) foram conseguidos por iniciativa particular e donativos.

Em fins de dezembro, conseguimos com o SNL, 30.000 comprimidos de Diazona e a campanha pró-Natal dos Lázarus nos deu 26.000 comprimidos. Com esses 56.000 comprimidos, levaremos um grupo bem maior em tratamento sulfônico até o segundo semestre de 1949, quando, para não interromper o tratamento, desejamos pedir por vosso intermédio [da Assembleia Legislativa de Mato Grosso], uma verba especial para aquisição dessa droga em quantidade suficiente para continuar o tratamento até dezembro (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p.42, grifos meus).

O documento reforça que a manutenção do tratamento de pacientes com o uso das sulfonas passou a depender, em grande escala, de recursos oriundos da sociedade civil. Vale dizer que o mesmo já acontecia com outras áreas do São

Julião, que para manter os seus serviços demandavam de donativos via caridade individual e de ações e organizações sociais envolvidas com campanhas filantrópicas.

No setor de recursos humanos, o então diretor do São Julião afirmou ter encontrado “algumas irregularidades e deficiências” que, aos poucos, foram sendo sanadas, sempre contando com a “boa vontade” do Governo e da Assembleia Legislativa de Mato Grosso. Nesse sentido, ressaltou que os “pedidos de exoneração e nomeações de funcionários” foram paulatinamente atendidos, condição que possibilitou chegar “ao fim do ano com as vagas quase todas preenchidas e com a máquina administrativa funcionando com certa regularidade”. Para garantir a continuidade dos trabalhos com qualidade, relatou a “necessidade imperiosa” de solicitar, “para o próximo orçamento” (1950), a criação, para compor o quadro de pessoal do asilo-colônia, dos seguintes cargos: “um administrador geral, mais um microscopista e mais um médico assistente”.

Na justificativa para a criação do cargo de “Administrador Geral<sup>58</sup>”, constava ser esta uma exigência do SNL, órgão federal que já havia criado o referido cargo (com suas devidas atribuições) na estrutura de recursos humanos dos leprosários brasileiros. Na rotina do São Julião à época, as funções de administrador estariam sendo acumuladas, “sem remuneração e nem prejuízo das de seu cargo”, pelo farmacêutico, José Marcondes Olivetti, designado por portaria interna de 10 de agosto de 1948 (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p. 42).

Para as contratações de mais um microscopista e mais um médico assistente foram apresentadas as seguintes justificadas:

#### MICROSCOPISTA

Com a introdução do tratamento específico pelas sulfonas, os encargos de laboratório desta Colônia triplicaram, pois, os doentes submetidos a esse tratamento têm que estar sob controle rigoroso do laboratório, fazendo exames mensais de sangue para contagem globular, de muco nasal, urinas e de lesões na pele. É muito serviço para um microscopista só.

#### MÉDICO ASSISTENTE

Serviço a cargo do Dr. Orestes Rocha, médico leprologista que exerce a função de clínico e laboratorista, funções que muito sobrecarregam. Para mantermos o serviço clínico em dia, é

---

<sup>58</sup> O cargo, “de provimento em comissão, de Administrador da Colônia ‘São Julião’”, foi criado pela Lei Estadual nº 316, de 9 de novembro de 1949, em vigor a partir de 1º de janeiro de 1950.

necessário que se faça a clínica dia sim, dia não, consultando uma média de 30 a 40 doentes, além dos acamados.

Para suprir a falta de mais um colega, o Dr. Orestes, nos dias que não clínica, faz o laboratório, trabalhando, às vezes, até uma hora da tarde.

Com o número crescente de doentes e o tratamento sulfônico, temos a necessidade imperiosa de mais um médico assistente (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p. 42-43, grifos meus).

Como exposto, a inserção da sulfonoterapia (e suas reações, efeitos colaterais e demais consequências clínicas) na rotina de tratamento de doentes de lepra internados no São Julião tornou-se a principal justificativa para reforçar o quadro de funcionários que desempenhavam funções que subsidiassem o desenvolvimento novo método de tratamento.

Destaque foi dado na mensagem à situação financeira do São Julião, focalizando as condições precárias em que se encontrava o asilo-colônia no exercício de 1948. Tais dificuldades orçamentárias foram retomadas na parte final do relatório, reservada à profilaxia da lepra no Estado e ao funcionamento e manutenção das duas instituições de isolamento de leprosos existentes nas partes norte e sul do então território mato-grossense, respectivamente, o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá e o Asilo-Colônia São Julião de Campo Grande.

#### SITUAÇÃO FINANCEIRA

É evidente, pelo que já foi explanado, [que] encontrava-se a Colônia 'São Julião' em situação precária nos diversos setores de que dependia da aplicação racional e metódica do elemento monetário, para a melhoria das condições de assuntos de primordial importância, tais como alimentação, tratamento, higiene [...], de que acima tratamos (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p. 43).

O orçamento de 1948 contemplava “verba de Cr\$ 350.000,00”, destinada aos gastos com alimentação no São Julião, “o maior fator de despesa” da então “bem lotada Colônia”. O valor foi considerado “insuficiente para fazer frente ao dispêndio”, sendo requerida suplementação para garantir a manutenção do asilo-colônia até o final do exercício. A solicitação vinha amparada pela justificativa de que, em julho daquele ano, a verba para alimentação já se encontrava esgotada. A demanda foi autorizada através da obtenção de ordem de pagamento do tesouro estadual somente em 30 de dezembro de 1948 (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p. 43).

Considerando o orçamento inicial no valor “de Cr\$ 547.000,00” (votado pela Assembleia Legislativa de Mato Grosso para cobrir o total de gastos do São Julião no exercício de 1948), as despesas com dívidas acumuladas nas demais áreas também necessitaram “ser igualmente suplantadas com suplementação que abrangeu o total de Cr\$ 262.000,00”. Além destes recursos, naquele exercício o asilo-colônia de Campo Grande recebeu auxílio federal no valor “de Cr\$ 250.000,00”.

Dentro de um regime econômico que conseguimos manter graças à ajuda financeira do Estado e do Governo Federal, encerramos o ano de 48 em condições relativamente contentáveis, o que nos permitiu depararmo-nos com um novo exercício livre de quaisquer embaraços, a fim de continuarmos, até que possível, a nossa atividade em prol deste Asilo (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p. 43).

No tocante ao Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, a mensagem afirmava que, nos últimos anos teria sido mantido pela *Sociedade Cuiabana de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra*. Porém, por questões “de ordem financeira”, a dita Sociedade teria sido “forçada a entregar a sua direção ao Governo do Estado”. Dessa forma, a partir de março de 1948, o DSE/MT assumia também a administração do antigo leprosário, cujo número de internos variava (considerando as fugas) entre 15 e 18 por mês. Diante do cenário de lotação do São Julião, mais uma vez os internos do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá não puderam ser transferidos para lá.

Por ocasião da elaboração do orçamento para o exercício de 1949, pleiteamos e conseguimos dotações próprias para o Hospital São João, aliviando, assim, as verbas do presente orçamento, que tiveram que ser sacrificadas em benefício do nosocômio. O Hospital São João dos Lázaros não passa de um ‘depósito’ de doentes do Norte do Estado, que aguardam condução para o Asilo Colônia ‘São Julião’.

É orientado clinicamente pelo Assistente Técnico Leprologista, Dr. Henrique de Aquino, e possui dependências suficientes para 12 doentes, com 6 quartos de dois leitos cada um (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1949, p. 44, grifos meus).

Por todo o exposto, podemos concluir que a situação administrativa e financeira do São Julião adentrara ao exercício de 1949 com melhorias significativas em relação às precárias condições de manutenção e funcionamento relatadas

durante o exercício de 1948 e em períodos analisados anteriormente. Tais avanços estariam diretamente ligados às expectativas positivas de médicos leprologistas, autoridades governamentais, doentes de lepra, entre outros atores, que ficaram bastante animados com as reais possibilidades de alcançar a cura definitiva para a doença. Grande parte desse cenário de mudanças e otimismo teria sido proporcionada pelo advento do tratamento sulfonoterápico e a constatação de seus primeiros resultados, tidos como altamente promissores.

Na contramão desses avanços (obtidos principalmente por conta da inserção das sulfonas nas políticas de enfrentamento à lepra) veio à aprovação, em nível nacional, da Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, que fixava normas para a profilaxia da lepra. A referida legislação determinava a obrigatoriedade de isolamento dos casos contagiantes da doença (o tipo lepromatoso), bem como de “todos os não lepromatosos, que, em virtude de exames clínicos e de laboratório e a juízo da autoridade sanitária”, tornassem “provável a hipótese de contágio”. Também deveria ser “obrigatório o isolamento dos casos não lepromatosos, que, pelas condições e hábitos de vida do doente ou pela insubmissão às medidas sanitárias”, constituíssem (a critério da autoridade sanitária) ameaça à saúde da coletividade. Além dos grupos citados, também poderiam ser internados em leprosários, “a juízo da autoridade sanitária, quaisquer casos” em que os doentes não pudessem “obter os recursos necessários à própria subsistência”, ou fossem “portadores de estigmas impressionantes de lepra” (Brasil, Lei nº 610 [...], 1949, artigos 7º, 8º e 9º).

Considerando o grande e diversificado público alvo especificado acima, podemos afirmar, com base nos preceitos normativos estabelecidos pela referida legislação sanitária, que tal política isolacionista obrigatória ainda continuaria existindo (em larga escala na sociedade brasileira) por mais algumas décadas. Sendo assim, o isolamento compulsório de pessoas acometidas pela lepra, especialmente aquele efetivado em leprocômios, permaneceria como a principal medida profilática de combate à doença praticada em Mato Grosso e no Brasil até meados da década de 1980.

Além dos dois leprosários já mencionados, a *Mensagem de Governador de Estado*, datada de 13 de junho de 1950, informa que em 1949 o *Serviço de Profilaxia da Lepra* de Mato Grosso, era composto também pelos dispensários de Cuiabá, Corumbá e Campo Grande. Do trabalho executado por esses dispensários naquele ano, resultou o fichamento de 23 doentes em Cuiabá, 17 em Corumbá e 19 em

Campo Grande, para exames clínicos e acompanhamento de médico especialista. Na Mensagem, também foi apresentada a necessidade de se adquirir um veículo para o Serviço, uma vez que:

[...] a averiguação de denúncias, as visitas ao Hospital de São J. dos Lázaros e o transporte mesmo, de doentes, para qualquer ponto, estão exigindo, para eficiência do próprio serviço, a aquisição de uma viatura (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1950, p. 55).

Através da justificativa para “aquisição de uma viatura” para o *Serviço de Profilaxia da Lepra*, volta à baila o antigo problema do transporte de pessoas acometidas pela doença em Mato Grosso, principalmente no sentido de se buscar viabilizar a tão discutida transferência de pacientes do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá para o Asilo-Colônia São Julião de Campo Grande.

O Asilo São João dos Lázaros, que deveria ser tido apenas como abrigo de doentes em trânsito, transforma-se em verdadeiro Hospital de permanentes, e a sua capacidade, que é de 12 leitos, se vê exageradamente superada, contando atualmente com uma população doente de 44 pessoas.

Deve-se a essa situação a falta absoluta de acomodação no Asilo Colônia S. Julião. Essa situação, todavia, estará dentro em breve desaparecida, pois que já se encontra aberta, no Departamento de Obras Públicas, concorrência para a construção de três pavilhões ‘Carville’ e três grupos de casas geminadas, afora outro pavilhão e 1 (um) grupo de casas geminadas em vias de construção (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1950, p. 55-56).

Em 1949/50, a capacidade de leitos do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá estaria “exageradamente superada”, situação que o transformara em um asilo permanente para doentes de lepra, quando, na verdade, deveria ser apenas um abrigo temporário de pacientes em trânsito para o São Julião. Desse modo, a aludida transferência de pacientes entre as duas instituições mais uma vez estaria impossibilitada de ser concretizada, pois o São Julião também se encontrava superlotado. Entretanto, no dizer das autoridades governamentais e sanitárias, o problema da superlotação no asilo-colônia de Campo Grande seria resolvido com brevidade, por meio da construção de novos edifícios.

Pelo que constava na mensagem em apreciação, esse conjunto de melhorias na estrutura física do São Julião seria fruto da “competente direção do Dr. Cícero de Castro Faria, com a colaboração técnica dos Drs. Orestes Rocha e Lídio Carrilho”

(NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1950, p. 56), somadas à “eficiente direção do Dr. Paulo Leopoldo Epaminondas” à frente do DSE/MT, que buscara “atingir o objetivo que se lhe atribui” de:

[...] resultados positivos evidentes, comprovadores de uma ação bem orientada e patriótica, procurando, dentro dos seus limites, resolver o grande problema de ataque das doenças ditas sociais, e aos problemas sanitários. Tanto os serviços gerais de administração, como os atinentes à profilaxia geral ou específica dos vários males que atacam ou ameaçam atacar as nossas populações, funcionaram satisfatoriamente no decurso de 1.949 (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1950, p. 51, grifos meus).

Vale aqui o preceito de Le Goff (1994), de que “todo documento é monumento”. Além de pretender um balanço positivo da administração, o documento também apresenta as demandas do executivo estadual para o exame dos legisladores responsáveis pela aprovação ou não de dotações para os projetos futuros. Mesmo podendo contar com uma equipe coesa à frente da administração do São Julião e em sintonia com o então diretor do DSE/MT, seria difícil ao governo, num curto período de tempo, sanar totalmente obstáculos sanitários complexos e tão arraigados na estrutura de saúde pública do Estado.

No decurso do exercício de 1949, houve a internação de 45 pacientes no São Julião, a recaptura de 5, o falecimento de 18, a evasão de 12 e a transferência de 7, movimentação esta que resultou no total de 289 doentes de lepra internados no asilo-colônia em 31 de dezembro daquele ano. O ingresso de novos pacientes estaria suspenso, “a não ser em casos considerados de calamidade pública”, até o término da citada construção dos novos pavilhões “Carville” e dos grupos de casas geminadas, que já estariam com a concorrência pública aberta “e com a ultimação das obras em via de conclusão” (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1950, p. 56).

No que se refere ao tratamento, foram destacados os resultados promissores obtidos com a continuidade do uso das sulfonas no tratamento e cura de pacientes:

Há que se notar como resultado assaz confortador, a alta clínica de 20 doentes, anunciada pelo Diretor Geral do Departamento de Saúde, o que equivale a uma cura de 8% da população doente do Hospital.

Aliás, quanto aos resultados dos métodos terapêuticos, assim expôs o Dr. Henrique de Aquino, Chefe do Serviço de Profilaxia da Lepra, em seu relatório, quando da visita ao S. Julião: ‘É verdadeiramente promissor e mesmo surpreendente o êxito do

tratamento ali realizado'. Basta citar que de 225 doentes examinados em outubro de 1947, havia 183 positivos e 42 negativos, em novembro de 1949, em 248 doentes examinados, havia 33 positivos e 215 negativos.

Tais resultados, que vem demonstrar o avanço da ciência médica em prol da cura de tão grave enfermidade, que por largo tempo desafiou o conhecimento humano, são resultantes dos esforços despendidos por uma plêiade de abnegados que tudo têm feito a favor da humanidade (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1950, p. 56-57, grifos meus).

Passados dois anos do início da terapêutica com a utilização das sulfonas no São Julião, o número de doentes de lepra que obtiveram êxito com o tratamento, ou seja, apresentando resultados de exames negativados, teria sido satisfatório. Esse progresso teria possibilitado o anúncio, pelo diretor geral do DSE/MT, de uma previsão de alta clínica para 20 pacientes, número que equivaleria à suposta “cura” de “8% da população doente” internada no asilo-colônia à época. Esse avanço da ciência teria feito despontar um cenário de grande otimismo e contentamento entre médicos sanitaristas, doentes de lepra, autoridades governamentais, representantes da imprensa e parcelas significativas da população mato-grossense.

Finalizando as informações sobre a situação da saúde pública no exercício de 1949, o Dr. Paulo Leopoldo Epaminondas, diretor geral do DSE/MT, propôs “a criação da carreira de Leprologista” em Mato Grosso. “Pelo desenvolvimento que se conseguiu no Estado, em matéria de profilaxia da lepra”, o gestor acreditava ser “esta uma proposta justa”, e afirmara que o governo pretendia encaminhar o projeto de lei ao legislativo estadual, propondo a criação da referida carreira (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1950, p. 57).

Conforme analisado anteriormente, a nova classificação da lepra, dividida em lepromatosa (contagante), tuberculóide (não-contagante) e indeterminada ou incharacterística (que poderia evoluir para um dos outros dois tipos), aprovada na // *Conferência Pan-Americana de Lepra* (1946), juntamente com as melhorias clínicas com a utilização das sulfonas, tornou-se responsável pela liberação de vários grupos de pacientes vítimas da internação obrigatória em leprosários até então, assim como pelo fim de novos isolamentos de doentes acometidos pelos tipos tuberculóide e indeterminado. Desse modo, o isolamento compulsório tenderia a ser cada vez mais seletivo, ou seja, somente para os grupos considerados contagiantes, ou para os tipos diagnosticados como “indeterminados de baciloscopia inicial positiva”, os quais indicariam possíveis manifestações do tipo lepromatoso. Entretanto, por questões

econômicas, sociais e até mesmo estéticas, o isolamento ainda poderia ser determinado pela “autoridade sanitária”, com base nos preceitos estabelecidos pelos regulamentos e legislação vigentes (Oliveira, 2012, p. 78).

Diante dessa nova realidade no combate à lepra no Brasil, médicos leprologistas e dirigentes do SNL se reuniram, em fevereiro de 1947, (sob a presidência do diretor do Serviço, Dr. Ernani Agrícola) para a elaboração de “Instruções Reguladoras para concessão de altas aos doentes de lepra”. Essas Instruções Reguladoras (baixadas e aprovadas pela supracitada Portaria nº 3, de 28 de fevereiro de 1947) estabeleceram critérios para uniformizar tais concessões e tornaram-se a base para a nova legislação e regulamentação dos serviços de profilaxia da lepra em todo território nacional a partir daquele momento.

Convocada e presidida pelo Doutor Ernani Agrícola, diretor do Serviço Nacional de Lepra, realizou-se nos dias 21 e 22 de fevereiro de 1947, na sede deste Serviço, uma reunião, à qual compareceram como representantes do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo e da Sociedade Paulista de Leprologia, os Doutores NELSON DE SOUZA CAMPOS, LAURO DE SOUZA LIMA E ABRAHÃO ROTBERG, como representantes da Divisão de Lepra de Minas Gerais e da Sociedade Mineira de Leprologia, os Doutores PAULO CERQUEIRA PEREIRA E ABRAHÃO SALOMÃO e, como representantes do Serviço Nacional de Lepra, os Doutores JOÃO BAPTISTA RISI, JOIR GONÇALVES DA FONTE e LUIZ CAMPOS MELLO, a fim de serem elaboradas as Instruções Reguladoras para concessão de altas aos doentes de lepra (Brasil. Ata da Reunião [...], 1947, *on-line*).

Conforme observado, as decisões referentes à profilaxia da lepra em nível nacional eram tomadas por um grupo restrito de leprologos de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, estados pertencentes à Região Sudeste do Brasil. Às outras regiões e unidades federativas, a exemplo do Centro-Oeste e de Mato Grosso, restava acatar a legislação e os regulamentos de profilaxia da lepra produzidos por representantes concentrados nos departamentos, divisões, sociedades e serviços paulistas, mineiros e por técnicos do SNL, órgão federal com sede no Rio de Janeiro, então capital do país.

De conformidade com a Portaria nº 3, de 28 de fevereiro de 1947, considerava-se “alta” a “suspensão, parcial ou total, temporária ou definitiva, das exigências prescritas pelos Regulamentos de Profilaxia da Lepra em vigor”. Diante disso, a “alta” poderia ser dividida em três tipos: a) Transferências para dispensário,

concedidas a pacientes em isolamento nosocomial ou domiciliar, através das quais seria suspenso o isolamento compulsório e os mesmos ficariam sujeitos às restrições impostas pelos regulamentos de profilaxia da lepra e, como o próprio nome dizia, com o devido acompanhamento e vigilância realizados em dispensários; b) Alta provisória, facultada a doentes de lepra em tratamento em dispensários, sendo atenuadas as restrições impostas pelos regulamentos de profilaxia da lepra; e c) Alta definitiva, concedida aos pacientes contemplados por alta provisória, cessando-se as restrições impostas pelos regulamentos de profilaxia da lepra (Brasil, Portaria nº 3 [...], 1947, artigos 1º e 2º, *on-line*).

Ao analisar os três tipos de altas concedidos, percebemos que essas saídas de leprosários não representavam o desligamento definitivo do paciente dos serviços de profilaxia da lepra. Havia vários critérios a serem seguidos pelos doentes em tratamento em dispensários e/ou domiciliar, que eram estabelecidos nos regulamentos de profilaxia da doença e na legislação vigentes e que deveriam ser cobrados e acompanhados pela “autoridade sanitária competente”<sup>59</sup>.

Em 2 de janeiro de 1950, foi publicada a Lei nº 1.045, que dispunha sobre a concessão de altas a doentes de lepra no Brasil. Além de confirmar os preceitos das Instruções Reguladoras de 1947, a referida legislação acrescentava a organização e composição das “comissões de alta”, que deveriam ser constituídas por três leprólogos: dois “designados pela autoridade sanitária competente” e o outro (que seria o presidente da comissão) indicado pelo diretor do SNL. Não poderiam fazer parte das comissões de alta os médicos assistentes dos pacientes candidatos e nem o chefe do respectivo serviço de profilaxia da lepra. Quando não fosse possível constituir as comissões, os serviços estaduais deveriam solicitar a colaboração do SNL, para completar o número de médicos leprologistas exigido. Tais comissões deveriam se reunir, no máximo, três vezes por ano, considerando o calendário organizado pelo SNL e tendo em vista as propostas apresentadas pelos serviços especializados das unidades federadas. Sobre o funcionamento, o recurso e a regulação das comissões de alta, deveria ser observado o estabelecido nos seguintes artigos:

---

<sup>59</sup> Sobre esses critérios, consultar: (Brasil, Portaria nº 3 [...], 1947, *on-line*; Oliveira, 2012, mais especificamente o 2º capítulo).

Art. 6º As comissões só poderão funcionar com a totalidade de seus membros e de preferência com a presença dos médicos assistentes dos candidatos à alta ou à transferência para dispensário.

Art. 7º Às decisões das comissões caberá recurso, dentro de 8 dias, para os chefes dos serviços de lepra das unidades federativas e, em última instância, para o Diretor do Serviço Nacional de Lepra.

Art. 8º O Serviço Nacional de Lepra baixará instruções que regulem as condições para concessão das altas e transferência para dispensário, e, bem assim, a aplicação da presente lei (Brasil, Lei nº 1045 [...], 1950, *on-line*).

Para regulamentar o que determinava a Lei nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950, foi baixada e aprovada a Portaria nº 11, de 8 de março do mesmo ano. Para Oliveira (2012, p. 82), um diferencial dessa nova regulamentação em relação às Instruções Reguladoras de 1947 estava “no tempo de espera para obtenção da alta definitiva”. Antes, o paciente com alta provisória deveria esperar seis anos para receber a alta definitiva, sem precisar se submeter aos serviços de vigilância. A partir da vigência da Portaria nº 11, de 8 de março de 1950, esse tempo de espera teria sido reduzido para três anos “de observação regular” pelos serviços de profilaxia da lepra, somada à exigência de “ausência de lesões clínicas” e de “permanente negatividade bacterioscópica”. “No caso de positividade bacterioscópica em algum dos exames realizados, este deveria ser repetido”. Uma vez confirmada esta positividade, o paciente em tratamento não receberia a alta definitiva e o período de três anos seria reiniciado somente após o retorno à negatividade.

Na prática, dependendo de fatores clínicos diversos - como a resistência aos medicamentos sulfonoterápicos, a reincidência da doença ou às condições de imunidade de cada paciente - a regulamentação aprovada em março de 1950 poderia até mesmo aumentar o tempo de espera de seis anos (exigido pelas Instruções Reguladoras de fevereiro de 1947) para a concessão de alta definitiva. Como dito anteriormente, além do período estabelecido na regulamentação e legislação antilepróticas vigentes à época, os doentes beneficiados com a alta provisória deveriam permanecer em dispensários (sob tratamento e vigilância dos serviços de profilaxia da lepra das unidades federativas, devidamente supervisionados pelo SNL) o tempo considerado necessário pela “autoridade sanitária competente” até que a reinserção social dos mesmos não representasse perigo de contágio aos familiares, amigos e à comunidade em geral.

Nesse contexto, a edição do jornal *O Estado de Mato Grosso* de 29 de outubro de 1950 publicou a reportagem “Homens que voltam à vida”, assinada pelo jornalista José Barbosa Rodrigues. Nela, noticiava-se o “milagre” concretizado pelas sulfonas na rotina terapêutica de 16 doentes de lepra internados no Asilo-Colônia São Julião. O retorno desses pacientes ao convívio social foi anunciado como uma “conquista inédita”, fruto “do esforço, sacrifício e mesmo heroísmo” de um “grupo de médicos dedicados” que estaria protagonizando, “coroados de pleno êxito”, os promissores avanços da ciência no combate à lepra no Brasil.

Somente as pessoas ligadas por laços profissionais ou afetivos ao Asilo Colônia ‘São Julião’, localizado nesta cidade de Campo Grande, podem avaliar o alto significado que encerra o fato de ser desligada daquele leprocômio uma turma de 16 enfermos, de ambos os sexos, que, desde 1947, se submeteram aos mais adiantados tratamentos preconizados pela ciência, a fim de se livrarem do mal de Hansen.

Pela primeira vez em nosso Estado, indivíduos que se achavam atacados pela lepra – a triste doença que, desde tempos imemoriais, atinge a humanidade – receberam alta hospitalar e voltam ao convívio social, sem nenhum perigo para à coletividade, a fim de prosseguirem, ainda sob cuidados médicos, na luta pelo progresso de nossa Pátria (Rodrigues, 1950, *on-line*, grifos meus).

O teor da reportagem se enquadra nas discussões desencadeadas pelos leprólogos que compuseram a comissão de *Epidemiologia e Controle*, uma das temáticas centrais do *V Congresso Internacional de Lepra*, realizado em Havana, em abril de 1948. No evento, os congressistas destacaram a necessidade de se promover e incentivar a disseminação de matérias e campanhas informativas sobre a profilaxia da lepra com foco nos vários segmentos da sociedade. A “Educação do Público” foi fortemente recomendada como medida de controle da doença, que deveria ser efetivada através de ampla divulgação - valendo-se da imprensa, do rádio, dentre outros meios de comunicação e propaganda do período - das pesquisas e conhecimentos científicos (com o emprego dos medicamentos sulfonoterápicos) que resultaram em importantes avanços no tratamento de pacientes que até então se encontravam isolados e “esquecidos” em asilos-colônia localizados nas várias regiões brasileiras.

Ao ressaltar a importância da concessão de “alta hospitalar” e do retorno dos 16 pacientes em tratamento no São Julião “ao convívio social, sem nenhum perigo à coletividade”, a reportagem estaria focada em contribuir para a redução do estigma

milénar em relação à lepra e aos acometidos por ela. Conforme analisado, essa foi mais uma entre as várias recomendações dos leprólogos participantes do *V Congresso Internacional de Lepra*, uma vez que o imaginário recorrente e de longa duração, fruto dos sentimentos de medo e repulsa que acompanham a trajetória da doença ao longo do tempo, também contribuía para dificultar a localização do doente. Assim, a confirmação do diagnóstico, seguida da disposição do paciente em iniciar o tratamento e, conseqüentemente, da redução das possibilidades de contágio e disseminação da moléstia entre a população, estaria gravemente comprometida.

Entretanto, como analisado anteriormente, as altas funcionavam na prática como transferências para dispensários. É nesse sentido que o texto da citação frisava que os pacientes prosseguiriam, “ainda sob cuidados médicos, na luta pelo progresso de nossa Pátria”, mas principalmente, na luta contra a lepra, dando continuidade ao tratamento, sob vigilância obrigatória, por um longo percurso clínico, no qual deveriam se submeter a vários tipos de exames, até conquistarem a “alta provisória” e, posteriormente, a tão desejada “alta definitiva”. A matéria focava, porém, no ineditismo da situação, cumprindo a agenda de propaganda contra o estigma e a favor da inserção social dos egressos.

São 16 chefes de famílias e mães carinhosas que voltam ao lar, à vida, enchendo de alegria os corações daqueles um dia se viram separados de seus entes queridos, vítimas do terrível mal, até há pouco julgado incurável.

Este acontecimento deve ser gravado com letras de ouro, pois é a concretização de esperanças, a realização de sonhos, a coroação de louros daqueles que lutam, com dedicação, carinho e heroísmo, pela salvação de indivíduos tidos como mortos para o mundo (Rodrigues, 1950, *on-line*, grifos meus).

Há uma evidente preocupação em enaltecer a equipe de médicos e leprólogos envolvida com o desenvolvimento da sulfonoterapia e com a administração do São Julião no período. Era como se toda a desarticulação familiar e social, causada pelos longos anos de isolamento obrigatório, tivesse sendo compensada pela concessão das primeiras “altas” ao referido grupo de pacientes.

Se nomes devem ser citados neste momento, em homenagem aos construtores desse acontecimento digno da atenção de todos os mato-grossenses, não podemos esquecer os de Rubens

Teixeira, iniciador da nova era administrativa e científica que reina atualmente no 'São Julião'; Cícero de Castro Faria, o médico humanitário que, apesar de lutar contra a escassez de verbas, tem sabido administrar aquela Colônia, com sabedoria e espírito de abnegação; Orestes Rocha, o médico carinhoso, que tem sido para os enfermos não somente um profissional honesto, mas também um amigo e confidente, ultimamente auxiliado na sua nobre missão por Lídio Carrilho, jovem leprólogo servindo naquele nosocômio.

Que o povo mato-grossense, tomando conhecimento deste fato, saiba prestigiar e amparar a grande e altruística campanha que vem sendo levada a efeito em nosso Estado no combate à lepra (Rodrigues, 1950, *on-line*, grifos meus).

Ainda que “a escassez de verbas” fosse uma reclamação constante na trajetória do São Julião, em fins da década de 1940 e inícios dos anos 1950, a equipe gestora composta pelos médicos Cícero de Castro Faria (diretor) e Orestes Rocha e Lídio Carrilho (assistentes) conseguiu conquistar e manter certa estabilidade administrativa, financeira e de recursos humanos no cotidiano do estabelecimento. Esse novo momento seria o resultado do grande envolvimento e empolgação das autoridades governamentais e médico-sanitárias com os resultados positivos da terapêutica com o emprego das sulfonas no tratamento de pacientes internados no asilo-colônia.

Esse cenário promissor para o combate à lepra em Mato Grosso possibilitou a solicitação e aprovação de dotações orçamentárias suplementares por parte dos governos estadual e federal, a nomeação de mais profissionais (das áreas de saúde e técnica) e a construção de novos pavilhões e casas geminadas, com vistas a ampliar o conjunto de edifícios do então asilo-colônia. Tais investimentos estariam destinados a aumentar a capacidade de atendimento do São Julião (o que permitiria o recebimento de novos pacientes, inclusive aqueles que aguardavam transferência do Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá) e a melhorar as condições de trabalho de médicos e demais profissionais envolvidos com a intensa e complexa rotina de cuidados, novos métodos de tratamento e a “incansável” busca pela cura da enfermidade.

Sobre os exames realizados para concessão de “altas”, no mês outubro de 1950, assim se manifestou José Barbosa Rodrigues:

#### OS EXAMES DE ALTA

Durante 3 dias, 7, 8 e 9 do corrente mês, uma comissão de médicos leprólogos presidida pelo Sr. Dr. Tomaz Pompeo Rosas, médico do Serviço Nacional de Lepra, esteve em atividade,

realizando os severos exames exigidos pela Lei nº 1.045, de 2 de janeiro, regulamentada pela Portaria nº 11, de 8 de março, ambas do corrente ano. Findos os trabalhos, 16 dentre os enfermos apresentados conseguiram atravessar a ‘prova de fogo’ a que foram submetidos.

A notícia dos resultados a que chegou a comissão médica correu célere por todo o Leprosário, enchendo de esperanças e conforto aos 291 doentes ali internados, que se sentem animados a prosseguirem no tratamento a que vêem se submetendo (Rodrigues, 1950, *on-line*, grifos meus).

As informações prestadas pelos médicos confirmam a observância dos discutidos preceitos estabelecidos pela Lei nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950, regulamentada pela Portaria nº 11, de 8 de março do mesmo ano, que determinavam à necessidade de compor comissões mistas de médicos leprólogos, entre os serviços estaduais e nacional, com o objetivo de realizarem os exames exigidos para a liberação de doentes de lepra segregados em leprosários de todo o país. No caso em questão, a comissão responsável pelos exames teria sido presidida pelo leprólogo do SNL, Dr. Tomaz Pompeo Rosas. Como assinalou Rodrigues, o resultado final, no qual 16 pacientes do estabelecimento foram considerados aptos para a mudança de regime de tratamento, passando do isolamento no São Julião para o acompanhamento periódico no dispensário, foi saudado pelos demais internos, fortalecendo as esperanças de que futuramente também pudessem alçar esses novos estágios no que era então proposto como caminho para a cura da moléstia. Àquela época, o sucesso possibilitado pela administração das sulfonas em determinados casos da doença era visto por muitos como um verdadeiro milagre.

Afim de melhor esclarecer aos leitores do jornal sobre o tratamento a que foram submetidos os 16 doentes de lepra considerados aptos à concessão de “alta hospitalar” e ao retorno “ao convívio social”, os médicos do São Julião, Cícero de Castro Faria e Orestes Rocha, afirmaram que eles teriam iniciado o tratamento antes mesmo da chamada “era sulfônica”, quando ainda “predominava o emprego do óleo de chaulmoogra”.

Com o advento das sulfonas – principalmente o Promin e a Diazona – que começaram a ser usados em fins de 1947, no ‘São Julião’, os pacientes, apesar da quase constante falta desses medicamentos de preço elevado e da exiguidade das verbas destinadas àquele leprocômio, passaram por sensível melhora e agora acabam de ser considerados capazes de alta.

A medicação usada agora foi fornecida, em parte, pelo Serviço Nacional de Leprosia, sabiamente dirigido pelo eminente leprólogo patricio, Dr. Ernani Agrícola, que vem cooperando com a atual administração do 'São Julião', dentro de suas possibilidades, de maneira eficiente, tanto material quanto cientificamente, e adquirida com os donativos de almas generosas e campanhas realizadas entre o nosso povo (Rodrigues, 1950, *on-line*, grifos meus).

Mais uma vez as fontes consultadas evidenciaram o problema da falta dos medicamentos derivados das sulfonas (*Promin e Diazona*) na rotina terapêutica dos pacientes em tratamento no São Julião. Na ocasião, essa situação foi creditada ao “preço elevado” daquelas drogas e, novamente, à “exiguidade das verbas destinadas àquele leprocômio”. No decurso de três anos (1947/50) de tratamento, a continuidade da terapêutica com a administração das sulfonas teria sido concretizada graças ao fornecimento de parte dos medicamentos pelo SNL (dirigido à época pelo médico leprologista Ernani Agrícola) e o restante adquirido através de “donativos de almas generosas” e de campanhas filantrópicas realizadas entre a população mato-grossense.

Mesmo com a novidade das altas, em outubro de 1950, o São Julião contava com um total de 291 pacientes internados, continuando sobrecarregado, visto que sua capacidade de atendimento ser “de 250 enfermos”. As expectativas, porém, continuavam positivas:

[...] na medida do possível, proporcionando completa assistência médica e laboratorial, a par de ótima alimentação aos doentes, procurando, assim, proporcionar em breve novas oportunidades a todos os internados. Em maio de 1951, deverá haver novo exame, quando uma turma bem maior de enfermos será submetida à comissão do SNL.

Deus querendo, dentro de poucos anos Mato Grosso estará bastante aliviado dessa chaga horripilante que é o mal de Hansen, graças à abnegação de seus médicos e ao amparo que certamente não faltará dos poderes públicos federal, estadual e municipal à grande obra que vem sendo realizada no único Leprosário localizado em todo o Estado (Rodrigues, 1950, *on-line*, grifos meus).

Conforme analisado, a partir do início da utilização das sulfonas no cotidiano terapêutico do São Julião, as condições de atendimento (assistência médica e laboratorial) e de funcionamento (alimentação, infraestrutura, etc.) do asilo-colônia passaram por alguns melhoramentos, que puderam ser observados no trato com a documentação aqui analisada. Na esteira dessas mudanças e conquistas, havia a

previsão, para maio de 1951, da realização de novos exames para liberação de “uma turma bem maior de enfermos”, que seria submetida à avaliação de outra comissão de altas, como de praxe, presidida e supervisionada pelo SNL.

A esperança era de que em poucos anos Mato Grosso estaria “bastante aliviado” da “chaga horripilante” que representava o mal de Hansen. Todavia, como discutirei no próximo capítulo, tal expectativa não se concretizou no transcorrer dos anos 1950/60, tão pouco houve avanços tão significativos no enfrentamento à doença nas décadas seguintes. Pelo contrário, como demonstrado na Introdução deste trabalho, a realidade epidemiológica da hanseníase em Mato Grosso nos dias que correm ainda é bastante preocupante, com números que, segundo dados estatísticos do Ministério da Saúde, colocam o Estado na primeira posição do *ranking* nacional, ou seja, em situação de “hiperendemia hanseníaca”.

Em março de 1950, sobre a crença no “desaparecimento da lepra do Brasil”, foi publicada na seção “Notícias diversas” de *O Estado de Mato Grosso* a seguinte nota:

Todos os meios científicos asseguram que a lepra desaparecerá do Brasil nestes dez anos. Para isso estão incentivando a produção em massa das ‘sulfonas’ no Butatan. A produção das sulfonas pode atingir, mensalmente, a uma produção de 1.500.000. Conforme as estatísticas, a existência de hansenianos no Brasil é de mais ou menos 50.000 (Notícias diversas, 1950, *online*).

As expectativas positivas continuaram. Em abril de 1951, o então deputado federal Gustavo Capanema (ex-ministro do MES no governo Getúlio Vargas), eleito pelo PSD de Minas Gerais, recebeu correspondência de Juscelino Kubitschek (governador do mesmo Estado à época), na qual lhe informava:

[...] de um projeto propondo um auxílio ao Instituto Butantã, de São Paulo, para que iniciasse a produção das sulfonas no país. Kubitschek pedia a Capanema que interferisse em favor de um auxílio ao Instituto de Tecnologia Industrial de Belo Horizonte, que também produziria essa substância.

No fim do mês seguinte, o governador de Minas enviou a Capanema outra carta em que tratava da emenda que propunha o mesmo valor destinado ao Instituto Butantã para o Instituto de Tecnologia Industrial de Belo Horizonte. As duas instituições seriam capazes de fornecer gratuitamente ao Serviço Nacional de Lepra 50% da produção de sulfonas consumidas no país. Kubitschek destacava a existência de grande número de doentes em Minas

Gerais e São Paulo, estimando que no Brasil houvesse um total de 23 mil doentes em regime de isolamento. A produção do medicamento seria destinada também aos enfermos que permaneciam em seus domicílios (Santos, 2006, p. 121, grifos meus).

Até então a disponibilidade da droga dependia de sua importação dos EUA e da Inglaterra. Estimular e financiar a produção nacional, por meio dos institutos paulista e mineiro, seria uma forma de garantir a ampliação do seu uso e dos benefícios advindos do tratamento (Santos, 2006).

Com vistas a sensibilizar os mato-grossenses para que continuassem assumindo grande parte das responsabilidades com a manutenção e o funcionamento do São Julião, tarefa muitas vezes negligenciada pelo poder público, o jornalista José Barbosa Rodrigues finalizou a reportagem chamando a atenção e “apelando” para que todos agissem da seguinte maneira:

#### FINALIZANDO

Ao encerrar esta reportagem, queremos chamar a atenção valiosa de todos os mato-grossenses para a grande obra que está sendo realizada em nosso Estado no combate à lepra e apelar para que todos, no setor em que trabalham, nas funções que exercem, voltem suas vistas para essa iniciativa e façam com que os doentes do ‘São Julião’ tenham o amparo e assistência que devem ter, para que, em breve, possamos chegar a ver debelado o terrível mal que tantas vítimas vêm ocasionando em nossa terra (Rodrigues, 1950, *on-line*, grifos meus).

No âmbito da profilaxia da lepra, em 1º dezembro de 1949, o estado de São Paulo aprovou a Lei nº 520, que alterou a denominação dos leprosários existentes naquela unidade federativa. Em seu artigo 1º, o dispositivo legal determinava que passassem “a denominar-se Sanatórios os leprocômios do Estado de São Paulo”. É importante destacar que a legislação paulista significou o pontapé inicial para que a mesma mudança fosse instituída, quase dois anos depois, em nível nacional, por meio da citada Lei nº 1.426, de 6 de setembro de 1951. Assim, aquelas instituições asilares, até então tratadas pelas insígnias de asilos-colônias, leprosários, colônias de leprosos, leprocômios, etc., passariam a ser chamadas de “sanatórios” ou “sanatórios-colônias”. Portanto, foi a partir de 1951, que o “Asilo-Colônia São Julião” passou a ser denominado “Sanatório-Colônia São Julião”.

A aprovação das duas leis em pauta foi consequência do entendimento dos médicos leprologistas participantes do *V Congresso Internacional de Lepra* (1948) de que o nome “leproso” ou “quaisquer outros termos considerados indesejáveis” deveriam ser evitados ou substituídos por nomenclaturas menos pejorativas ou estigmatizadas (Oliveira, 2012, p. 45). Nesse cenário de readequações (impulsionado pelo advento da terapêutica com o uso da sulfonas no tratamento e cura da lepra), as funções desses espaços de segregação e isolamento social também deveriam ser repensadas e alteradas: de locais meramente destinados a “acolher, asilar e isolar” pacientes leprosos para ambientes clínicos incumbidos de “tratar e sanar” pessoas acometidas pela lepra (Porto, 2018, p. 16).

O espaço dedicado à “Profilaxia da Lepra” na *Mensagem de Governador de Estado* apresentada ao executivo estadual em 1952, foi bastante reduzido quando comparado aos anos anteriores. Constava apenas um tópico sobre as condições da doença e do isolamento em Mato Grosso, tratando brevemente das “Altas e Transferências” de pacientes segregados, tanto no recém denominado Sanatório-Colônia São Julião de Campo Grande quanto no Hospital de São João dos Lázarus de Cuiabá. Conforme o documento, no ano anterior, o Serviço de Profilaxia da Lepra de Mato Grosso teria funcionado “normalmente, alcançando sua grande finalidade”.

[...] Conseguimos, no Sanatório S. Julião, a grande vitória de conceder 38 altas hospitalares, pela primeira vez em nossa história. Isso se deveu aos novos produtos terapêuticos e, sem dúvida, ao grande tirocínio e interesse dos médicos daquele nosocômio: Dr. Cícero de Castro Faria, Orestes Rocha e Lídio Carrilho. Transferimos do Asilo S. João, de Cuiabá, 34 doentes para o Sanatório S. Julião. Atualmente, já temos 20 doentes no Asilo S. João para internar no Sanatório S. Julião. (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1952, *on-line*, grifos meus).

Conforme previsão feita na reportagem de Rodrigues (1950), a comissão de altas presidida pelo SNL teria concedido mais 38 transferências para dispensário a pacientes internados no São Julião no exercício de 1951. Quando a mensagem afirmou: “pela primeira vez em nossa história”, possivelmente, estaria se referindo ao quantitativo de 38 doentes de lepra que teria recebido o benefício da liberação do isolamento no sanatório-colônia, ou seja, mais que o dobro do total das primeiras 16 transferências para dispensário que teriam sido concedidas em outubro de 1950.

É interessante observar que, mesmo após a mudança de comando no governo estadual (ocorrida em janeiro de 1951), a equipe médica, comandada pelo diretor Cícero de Castro Faria, se mantivera na gestão do São Julião. Fato este que demonstra uma estabilidade administrativa de mais de três anos consecutivos (1949/52) com os mesmos leprólogos atuando na rotina clínica e terapêutica da instituição. Também positiva era a informação de que mais um médico de Mato Grosso, “o Dr. Delmiro Teixeira Pedrosa”, teria realizado “o Curso de Lepra” (especialização em leprologia), oferecido pelo SNL no Rio de Janeiro (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1952, *on-line*).

“Federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra”, este foi o título da notícia (sem autoria) publicada na edição do jornal *A Cruz* do dia 23 de dezembro de 1951, informando ao leitor que:

Graças ao esforço do Delegado Federal de Saúde da 8ª Região, Sr. Dr. Waldir Buidi, acaba de ser assinado um convênio entre os estados de Mato Grosso e Goiás e a União, segundo o qual o Serviço de Profilaxia da Lepra nesta região ficou federalizado. Este fato de grande importância no campo da assistência sanitária trará grandes vantagens para Mato Grosso, ficando o Sr. Dr. Waldir Buidi credor desse importante empreendimento em benefício da região Centro-Oeste (Federalização do [...], 1951, *on-line*, grifos meus).

Mato Grosso e Goiás eram as duas unidades federativas que compunham a região Centro-Oeste à época. Portanto, o mencionado convênio de federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra, sob a responsabilidade do médico Waldir Buidi, “Delegado Federal de Saúde da 8ª Região”, abrangeria “os estados de Mato Grosso e Goiás e a União”. Uma vez assinado no final do mês de dezembro de 1951, as bases do acordo e sua implementação somente poderiam ser definidas e estabelecidas a partir do início do exercício de 1952 e, portanto, figuram entre as temáticas estudadas no próximo capítulo.

### **3 DE SANATÓRIO-COLÔNIA A HOSPITAL: o percurso do São Julião no cenário de “desmonte” do modelo isolacionista (1952-1970)**

Leprosário tipo colônia-agrícola, o Sanatório-Colônia São Julião foi construído pela União, com técnica para tal fim recomendada.

Inaugurado em 1941, sua administração foi confiada, até 1951, ao Estado de Mato Grosso; de 1952 a 1956, à União, e de 1957 em diante, novamente ao Estado.

(Wandyck Del Favero, 1970, p. 9)

Ninguém quer ficar doente. Entretanto, se uma pessoa contrair o Mal de Hansen, já há remédios capazes de impedir que se torne inútil à sociedade, os exemplos estão aí à vista de todos, personificados nos portadores das altas dos sanatórios e colônias. Que não se impressione com opiniões de leigos, inclusive médicos não especializados, e igualmente com aquela conversa de que já há cem anos sentou-se um lázaro numa pedra e por isso a pedra é agente contaminador; que não confunda a palavra lázaro [com hanseniano], porque nas palavras do Divino Mestre estava bem evidenciada a mancha espiritual, capaz de corroer os homens, através dos tempos [...].

(Ernani Gomes, 1953, *on-line*)

Entre os anos 1940/50, muitos doentes de lepra confiaram nos discursos promissores de autoridades governamentais e médico-sanitárias que asseguravam a possibilidade de cura da lepra por métodos de seguros e confiáveis disponíveis em instituições como o São Julião. Movidos pela esperança, muitos indivíduos buscaram internação naquela instituição, sem esquecer os que chegaram por imposição da agenda então imperante no combate à doença. Por volta de meados da década de 1940, como se viu, um conjunto de carências e entraves, como a insuficiência de recursos e a má administração, teriam imposto sérios limites à efetivação da política antileprótica em Mato Grosso. Outro aspecto a se considerar quanto às mudanças operadas na agenda de atenção aos leprosos naquele período foi o avanço observado no campo da terapêutica com a introdução das sulfonas, contribuindo para aumentar os questionamentos ao modelo isolacionista adotado em décadas anteriores, mas que persistiu como a principal estratégia sanitária de enfrentamento à doença mesmo durante nos anos 1950/60.

A sulfonoterapia como solução para o problema da lepra ainda parecia circunscrita à esfera científica, considerando os custos envolvidos, as restrições financeiras em instituições e órgãos voltados para a saúde, as resistências sociais,

seja no que se refere ao convencimento da possibilidade da cura, seja na aceitação do convívio pleno entre doentes e sãos, depois de anos de isolamento leprocomial. Para superar tais obstáculos, todos aqueles envolvidos com as políticas de combate à lepra no país deveriam assumir a tarefa de informar a população sobre os avanços e conquistas da ciência, que resultaram na descoberta das drogas químicas derivadas das sulfonas e sua promessa de cura para a enfermidade. Além da cura, o tratamento sulfonoterápico prometia também a reinserção econômica do doente de lepra, que seria proveitosa, tanto para reduzir os altos custos com a manutenção do modelo isolacionista, quanto para contribuir com a dinâmica produtiva do mercado de trabalho.

Neste capítulo, analiso o percurso do São Julião no contexto do chamado “otimismo sanitário”, durante as décadas de 1950/60, focalizando o convênio de federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra (SPL) de Mato Grosso (1952-1956), a criação e implantação da Campanha Nacional contra a Lepra (1954/59) e a publicação do Decreto Federal nº 968/1962, que oficializou o término do isolamento compulsório de doentes de lepra no Brasil. Também investigo o ápice da situação de abandono pelo poder público (federal e estadual) dos pacientes segregados no São Julião a partir de meados da década de 1960, após a instauração do regime militar no Brasil, contemplando as mudanças políticas e institucionais iniciadas com os trabalhos desenvolvidos pela Irmã Silvia (a partir de 1964) e reforçadas pela atuação dos voluntários da *Operação Mato Grosso* (OMG), a partir de 1970. Finalizo, discutindo o contexto histórico que levou à transferência da administração do Sanatório-Colônia São Julião do governo estadual para a Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos (AARH), efetivada através do Decreto Estadual nº 1.364, de 20 de novembro de 1970.

Entre as questões que mobilizam as reflexões deste capítulo, destaco: houve mudanças e avanços nas condições de atendimento, tratamento e assistência oferecidos a pacientes do São Julião durante a federalização do SPL estadual? Quais os desdobramentos da CNCL e do Decreto nº 968/62 na rotina clínica e terapêutica do São Julião e dos dispensários de lepra de Mato Grosso? E como se deu processo de mudanças políticas e institucionais que culminou na transferência da administração do São Julião do governo estadual para a AARH? No intuito de buscar responder essas indagações, o presente capítulo encontra-se dividido em três seções: “A federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra de Mato Grosso

(1952-1956)”, “O papel reservado ao São Julião nas agendas profiláticas instituídas pela Campanha Nacional contra a Lepra (1959) e o Decreto nº 968/1962”, e “Tempos de transição: do abandono do poder público à administração da AARH (1964-1970)”.

No período de 1952 a 1956, houve um movimento pendular nas políticas de profilaxia da lepra em Mato Grosso, no qual a administração e “execução de todas as tarefas” de combate e controle da doença se deslocaram do governo estadual para a responsabilidade da União, por intermédio do SNL, sendo que quatro anos depois retornaram ao primeiro. A principal hipótese trabalhada na seção seguinte é a de que em nenhum desses movimentos ocorreram mudanças efetivas nas condições de funcionamento do Asilo-Colônia São Julião e tão pouco melhorias substanciais nas agendas de tratamento, assistência e cuidado dispensados aos pacientes internados na instituição à época.

### **3.1 A federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra de Mato Grosso (1952/56)**

No período compreendido entre 1952 a 1956, a União se responsabilizou, mediante convênio celebrado, anualmente, com o Governo do Estado, pela execução de todas as tarefas de profilaxia da lepra em Mato Grosso. Em 1956, a União devolveu ao Estado essa responsabilidade. Fui eu o encarregado de entrar em entendimentos com o Dr. Ponce de Arruda, na época Governador de Mato Grosso, e de devolver ao Estado essa responsabilidade, mediante a celebração de convênio em bases completamente diferentes daquelas que constituíam o substrato dos convênios até então firmados.

(Wandyck Del Favero, 1970, p. 2, grifos do autor)

As décadas de 1950/60 foram fortemente influenciadas pela “ideia de desenvolvimento” e pelas grandes descobertas e conquistas científicas alcançadas naquele período (Hochman, 2009). Esse movimento de renovação, ancorado em concepções e procedimentos investigativos, teve início após a Segunda Guerra Mundial e passou a ser chamado pelos estudiosos de “otimismo sanitário”. No cenário nacional e internacional, a cura para diversas doenças infectocontagiosas - consequência direta da descoberta dos antibióticos, da incorporação de novos medicamentos químicos e da utilização de métodos terapêuticos inéditos - era anunciada com frequência pelas comunidades médica e científica.

A lepra foi uma dessas doenças infecciosas que ‘surfaram na onda’ do otimismo sanitário. As sulfas proporcionaram à classe médica a certeza de que a cura da doença estava muito próxima. Acalentaram o sonho de médicos que se debruçaram sobre pesquisas voltadas ao combate do *Mycobacterium leprae*. Transformar a lepra em uma doença como outra qualquer é uma expressão facilmente encontrada nos artigos médicos publicados nesses dois decênios (Oliveira, 2012, p. 91).

Em Mato Grosso, os documentos oficiais produzidos por autoridades governamentais e médico-sanitárias registraram frequentemente que os minguados recursos orçamentários destinados ao DSE/MT, frutos das constantes dificuldades financeiras enfrentadas pelo poder público estadual, emperravam sobremaneira os investimentos necessários às ações de controle e combate à lepra no Estado. Essa “falência do governo estadual” fora utilizada como a principal justificativa para a federalização do SPL da região Centro-Oeste, que, conforme exposto no capítulo anterior, fazia parte da Delegacia Federal de Saúde da 8ª Região e incluía, à época, duas unidades federadas: Mato Grosso e Goiás.

Foi nesse cenário de contradições, marcado pelo “otimismo sanitário” de um lado e pelas carências de recursos orçamentários para operacionalizar as conquistas científicas do outro, que foi celebrado o convênio de federalização. Firmado em dezembro de 1951, entre o governo estadual e o da União (por intermédio do SNL), o acordo teria passado a vigorar a partir do início do exercício de 1952. Tinha como objetivo ampliar os serviços de assistência aos doentes de lepra e as verbas orçamentárias destinadas a combater ao “terrível mal” representado pela doença no Estado. Assim, a “execução de todas as tarefas” relacionadas à profilaxia da lepra no território mato-grossense, no período de 1952/56, teria permanecido sob a responsabilidade do governo federal.

Foi concluída, para o ano de 1952, a assinatura de acordo, entre o Estado e o Serviço Nacional de Lepra, do Ministério da Educação, para ampliação do Serviço de Assistência aos Hansenianos e combate ao terrível mal em Mato Grosso.

Pelos termos do acordo, concorreria o Estado, em 1952, com Cr\$ 1.000.000,00, sem contar os gastos com o pessoal já mantido nesse serviço. A União contribuiu com Cr\$ 2.000.000,00, nomeando um representante, do Serviço Nacional de Lepra, para chefiar a execução do acordo. Desnecessário ressaltar os imensos benefícios que advirão dessa realização, pois é o início de uma campanha, em que se empenham ambas as partes, com redobrado vigor, mercê da união de verbas vultosas e pessoal especializado. Já se acha

instalada, na capital, a Superintendência do Serviço, chefiada pelo Dr. Agenor de Mello, além do novo dispensário, dirigido pelo Dr. Henrique de Aquino. Foram adquiridas 2 jardineiras e um caminhão para uso da Superintendência (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1953, p. 47-48, grifos meus).

Como se vê, naquele ano de 1952, os recursos enviados pela União para custear o combate à lepra em Mato Grosso representava o dobro da contrapartida oferecida pelo governo estadual. Pelos termos do convênio e no intuito de garantir a efetividade das ações de enfrentamento à doença, a União também ficaria responsável pela nomeação de um representante do SNL para assumir a execução do acordo em nível estadual. O nome escolhido para tal missão foi o do médico leprologista Agenor de Mello.

Segundo consta no trabalho da historiadora Leicy Francisca da Silva, foi também em 1951 que ocorreu “a conclusão do processo de federalização do serviço de assistência aos doentes de lepra em Goiás”. O convênio celebrado entre os governos estadual e federal previa a transferência da direção geral da campanha contra a lepra ao SNL, do “Ministério da Educação e Saúde”. Este órgão ficaria responsável pela execução de toda a política antileprótica em Goiás, bem como pela administração, conservação, manutenção e ampliação dos estabelecimentos que compunham os serviços de combate à lepra no Estado. A partir da vigência do acordo (1952), seria indicado pelo SNL um médico leprologista “para superintender as atividades de direção técnica e administrativa”, assumindo a chefia dos trabalhos de orientação, coordenação e fiscalização do SPL em território goiano, incluindo o funcionamento da Colônia Santa Marta (Silva, 2013, p. 282-284).

Em Mato Grosso, conforme mencionado, as autoridades governamentais e médicas também consideravam que não seria possível alcançar uma solução para o problema da lepra sem o auxílio financeiro do governo federal. Na visão dessas autoridades, os recursos públicos estaduais eram insuficientes para arcar com o ônus representado pela administração e manutenção do Sanatório-Colônia São Julião e do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, além dos demais gastos com o “arsenal antileprótico”, que envolvia todos os meios empregados na profilaxia da doença. Diante dessa constatação, seria necessário transferir grande parte das despesas com os serviços de controle e combate à lepra em Mato Grosso para a responsabilidade do SNL, através do convênio de federalização.

As questões financeiras também estiveram entre os argumentos utilizados para o processo de federalização realizado no estado de Goiás, abrangendo a Colônia Santa Marta, inaugurada em 1943, ou seja, dois anos depois do São Julião, como também dos serviços de profilaxia da lepra e da assistência aos acometidos pela doença e suas famílias no âmbito daquele Estado. Silva (2013) aponta que os discursos médicos, em nível estadual e nacional, indicavam essa associação, enfatizando os problemas enfrentados pelo governo goiano para a manutenção dos custos envolvidos no atendimento prestado pelo leprosário: assistência médica, remédios, exames, recursos humanos e a própria manutenção do espaço. Outro argumento mobilizado pelos envolvidos nesse processo de transferência administrativa da instituição era “o elevado número de fugas” entre os pacientes internados, evidenciado pelos quadros de movimentação de internos da instituição, que deixavam transparecer os “problemas locais em relação ao estabelecimento da política antileprótica” (Silva, 2013, p. 313). Para além do problema das fugas, a referida “crise financeira estadual” também teria se expressado, no âmbito da instituição e da sociedade goiana, por meio “da ocultação de novos casos” da doença e...

[...] das dificuldades na aceitação pela sociedade dos ex-doentes que passavam a ter direito à alta hospitalar (e exigiam um posicionamento médico contra o preconceito), o que na prática expressava o questionamento àquele modelo médico isolacionista. Para os doentes internados, a vida colonial respondia com tratamento, alimentação, vestuário e moradia, todo o mais eles precisavam adquirir por meio do trabalho na instituição ou do financiamento por seus próprios meios ou de seus familiares (Silva, 2013, p. 269).

Semelhante ao que ocorrera no São Julião, as constantes fugas de pacientes internados na Colônia Santa Marta também teriam sido frequentemente justificadas, pelas autoridades goianas, como sendo consequência direta da grande saudade que sentiam de seus familiares e de outras pessoas queridas deixadas na comunidade extramuros. Entretanto, na interpretação de Silva (2013), muitas vezes esses fugitivos, em sua maioria composta de homens em idade produtiva, deixavam a Colônia movidos pela preocupação com a sobrevivência de suas famílias. Esta observação sugere que, junto com as dificuldades enfrentadas pelo poder público estadual com a manutenção dos serviços médicos e com a sobrevivência dos

doentes, também não havia recursos para oferecer uma assistência social capaz de suprir as necessidades dos familiares diretos, cônjuges, filhos e outros dependentes, que muitas vezes se viam subtraídos de sua fonte de subsistência. Essa ausência de políticas públicas teria obrigado tais indivíduos a viverem em situação de extrema vulnerabilidade social, uma vez que também eram duramente atingidos pelo estigma, preconceitos, repulsa e demais consequências dos diversos impactos (inclusive os de ordem econômica) provocados pelo terror que a moléstia causava na comunidade a que pertenciam. A somatória desses fatores teria contribuído para aumentar os questionamentos acerca do papel desempenhado pelo Estado goiano frente ao abandono das pessoas atingidas pela política isolacionista.

A crise financeira do Estado e as fugas dos doentes fazem parte de um mesmo processo de questionamento à política antileprótica isolacionista e estão diretamente ligadas à impotente assistência aos internos e suas famílias. Os pontos fracos daquela política, como a dificuldade de vigilância dos comunicantes, a ocultação dos novos casos, a fuga dos novos doentes identificados pelos dispensários itinerantes, e daqueles já isolados para dar assistência às famílias, a dificuldade de reajustamento social daqueles que recebiam alta, etc., estavam todos direta ou indiretamente ligados à incapacidade do Estado de estabelecer uma séria política de assistência social (Silva, 2013, p. 273, grifos meus).

As considerações feitas por Silva, ao analisar ao cenário da assistência aos doentes de lepra em Goiás, não foram exclusividade daquele Estado. Como temos discutido neste trabalho e como é possível observar em outros autores dedicados a estudar a agenda de combate e controle da lepra e de seus pacientes em meados do século XX, as recorrentes evasões também faziam parte de um diversificado conjunto de estratégias de resistência à política antileprótica praticada no Brasil nos anos de 1940/50, ainda fortemente ancorada no isolamento compulsório iniciado em décadas anteriores. Ao analisar as fugas, o alcoolismo e os suicídios como formas de resistência no cotidiano na Colônia Santa Izabel, em Minas Gerais, a historiadora Keila Auxiliadora Carvalho considera que:

[...] embora vivendo em um ambiente controlado pelas autoridades de saúde pública, os leprosos conseguiam reconstruir suas vidas dentro daqueles limites. Entretanto, obviamente, havia aqueles que não se adaptavam à nova vida e de algum modo resistiam, através das fugas, do álcool ou até mesmo do suicídio. As fugas eram o meio de resistência mais comum, pois o consumo de álcool nem sempre

representava uma tentativa de suprimir as angústias, podendo ocorrer por hábito, vício ou diversão. Quanto aos suicídios, conforme relataram-me alguns ex-internos, não eram tão recorrentes, mas aconteciam com aqueles indivíduos que se desesperavam diante do fato de serem diagnosticados com lepra e, portanto, de serem obrigados a isolar-se, separando-se da família (Carvalho, 2016, p. 129, grifos meus).

Conforme demonstrado no 2º capítulo deste estudo, apesar das fugas também se caracterizarem como um meio de resistência no cotidiano do São Julião, um número significativo de pacientes evadidos era recapturado pelos guardas do leprosário. No entanto, a maioria dessas pessoas acabava retornando ao espaço colonial por vontade própria, uma vez que desejavam se ausentar apenas por algum tempo, para rever familiares e amigos, tentar resolver alguma pendência na comunidade externa, comprar bebida alcoólica, passear, se divertir em bares e casas de prostituição, dentre tantos outros fatores motivacionais.

Para Carvalho (2016, p. 134), “muitas vezes, a evasão era uma maneira de o doente exercer seu direito de ir e vir”, cerceado pela legislação que amparava a política do isolamento compulsório. Desse modo, após resolver suas demandas fora do leprosário, esses pacientes geralmente retornavam à comunidade intramuros. Isso se devia ao fato de que a convivência no espaço colonial acabava por oferecer certos “benefícios” que não encontrariam mais no mundo exterior, como a oferta de trabalho, por exemplo. Nesse sentido, a busca pela sobrevivência fora da instituição asilar acabava por se tornar um dilema bastante complicado para esses indivíduos, uma vez que o estigma em relação à lepra, o medo do contágio e a discriminação social passariam a fazer parte da rotina dos mesmos.

Assim, a Colônia acabava por constituir-se na alternativa mais viável, já que nela tinham acesso à alimentação, curativos, medicamentos e, claro, estavam protegidos das constantes manifestações de repúdio em relação à sua enfermidade. Isto era possível porque, embora as situações de discriminação não deixassem de acontecer, elas tornavam-se muito menos frequentes, uma vez que o convívio com pessoas sadias também era muito menor (Carvalho, 2016, p. 134, grifos meus).

No que se refere aos resultados obtidos com a sulfonoterapia, como observado em 1950-1951, os processos de concessão de “altas” teriam prosseguido “dentro da normalidade” em 1952. À época, o Sanatório-Colônia São Julião

continuava sob a direção de Cícero de Castro Faria, sendo auxiliado pelos especialistas Orestes Rocha e Lídio Alves Carrilho, ou seja, a mesma equipe que assumira a gestão em 1948. Esse período de relativa estabilidade administrativa talvez tivesse contribuído para a referida “normalidade” dos procedimentos clínicos e a continuidade das medidas e ações de combate e controle da lepra executadas no São Julião (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1953, p. 48).

Em 29 de janeiro de 1953, *O Estado de Mato Grosso* publicou a matéria intitulada “O reverso da medalha”, assinada por Ernani Gomes<sup>60</sup>, na qual focalizava a busca dos cientistas por soluções terapêuticas para o “problema do Mal de Hansen”. Segundo ele, com a utilização das sulfonas, finalmente, a ciência “vitoriosa” teria encontrado o caminho para assegurar “o retorno ao convívio social” de pacientes isolados em leprosários de vários estados brasileiros.

O problema do Mal de Hansen, se não está, hoje, resolvido de maneira total, está, pelo menos, quase solucionado, no seu aspecto científico, com o tratamento adotado, universalmente, pelas sulfonas. É o reverso da medalha. A ciência trouxe à humanidade aquilo que há vinte ou trinta anos parecia impossível: o retorno ao convívio social de alguém que houvesse contraído a enfermidade e se isolasse, para sofrer distante, os seus padecimentos, até que a morte o envolvesse nos mistérios de além-túmulo. A ciência marchou, a marcha vitoriosa da evolução. Não parou, nem pára. O que se vê é um quadro diverso daquele a que a sociedade, tão lugubrememente, se habituara. Os sanatórios e colônias devolvem à sociedade aqueles que se isolaram a fim de se submeterem ao tratamento eficaz. Estão de parabéns os cientistas e os médicos que se especializaram em Mal de Hansen e declaram, todos os dias, que é ignorância não se aceitar a possibilidade da cura.

Mas, o reverso da medalha é complexo. Foi mais fácil a ciência encontrar a chave da solução do grande problema, do que está sendo a sociedade compreender a fantástica evolução científica. É necessário haver uma educação do povo, dirigida com o objetivo de esclarecer o que é o Mal de Hansen, o que se sabe a respeito do contágio, como se pode evitá-lo, se é perigoso conviver com um hanseniano negativo e porque um egresso de alta, de uma colônia ou sanatório, pode viver no seio da sociedade, sem nenhum perigo para a mesma. Sem tais ensinamentos, jamais haverá aceitação espontânea da situação real, existente nos dias que correm.

Cumpra aos médicos especialistas, escreverem, falem pelo rádio, pedirem aos médicos leigos em Mal de Hansen, que procurem estudar os assuntos antes de emitirem opiniões apressadas e tão prejudiciais.

Cumpra à imprensa e ao rádio, procurarem ouvir os médicos especialistas e divulgarem a verdade.

---

<sup>60</sup> Não localizei informações sobre a atuação profissional de Ernani Gomes no referido jornal e nem em outras buscas realizadas em meios eletrônicos.

Tudo isso devidamente compreendido, teria o reverso da medalha o seu último polimento (Gomes, 1953, *on-line*, grifos meus).

As leituras possíveis do texto levam a perceber a complexidade envolvida com a experiência social da doença. Conforme o autor, com a introdução do uso das sulfonas, apresentadas como método adotado “universalmente”, a ciência parecia finalmente ter vencido o “mal”. Ao oferecer a possibilidade de uma abordagem diferente para a doença, diversa da internação e do isolamento aos quais os pacientes eram submetidos, a nova terapia também prometia a redenção dos doentes ao apontar a possibilidade de reintegração destes ao convívio social. Essa reinserção assume, entre outros sentidos, uma conotação utilitária, uma vez que o retorno ao convívio social significaria também a reincorporação desse indivíduo à dinâmica produtiva do mercado de trabalho, que seria um alento a mais naquele cenário de carência de recursos humanos diante de empreendimento tão vultoso como eram consideradas as colônias de isolamento.

Ao sinalizar que as sulfonas representavam uma solução ao problema da lepra, pelo menos “no seu aspecto científico”, podemos pressupor a persistência de outras dimensões associadas à doença ainda não resolvidas, possivelmente relacionadas ao estigma a que estavam sujeitos os doentes, desde os tempos mais remotos. Nesse sentido poderíamos pensar que essa redenção ainda demandaria mais tempo, acrescendo à cura física viabilizada pela ciência a superação de todo um imaginário social conformado e sedimentado em torno da enfermidade pelos séculos. Essa, ao que parece, necessitaria ainda um longo trajeto a ser trilhado, envolvendo o abandono de velhas teorias e das crenças e preconceitos surgidos a partir delas. Para seu sucesso, deveriam concorrer, além das autoridades públicas e científicas, como dirigentes políticos, sanitaristas e médicos leprologistas, também os representantes da imprensa e intelectuais, como o eram, por exemplo, escritores, jornalistas, articulistas, entre outros.

Por outro lado, apesar de mencionar a necessidade de educação da população quanto à natureza curável da doença, a fim de dissipar os “mal entendidos” fundados na ignorância e desinformação, não há uma referência efetiva ao estigma ou ao quanto à prática do isolamento esteve definida por ele. Também não há uma referência mais explícita sobre a política institucionalizada do isolamento compulsório como um resultado das interações entre o poder médico e o político, e

acatadas pelo grosso do tecido social. É como se o quadro de preconceitos e exclusão que envolvia a doença e ao qual a “sociedade, tão lugubrememente, se habituara”, não derivasse, em grande medida, dessa mesma sociedade. A certa altura, o autor parece indicar que o isolamento social era uma decisão do paciente: “aqueles que se isolaram a fim de se submeterem ao tratamento eficaz”, ou ainda, aquele “que houvesse contraído a enfermidade e se isolasse, para sofrer distante, os seus padecimentos, até que a morte o envolvesse nos mistérios de além-túmulo”. Também parece haver a sugestão de que o isolamento era fruto de uma abordagem provisória da ciência, em sua “marcha vitoriosa” de conquista sobre a doença. Enquanto não se alcançasse uma solução para o agravo, a separação entre doentes e sãos seria a solução possível para o problema de saúde pública representado pela endemia leprótica.

À parte essas considerações, de modo mais geral, talvez fosse possível avaliar que a expectativa depositada nas sulfonas não era apenas da esperança em um remédio para as dores e os males físicos dos pacientes, mas também um caminho que se abria para a cura de sofrimentos de outra natureza. Afinal, o estigma parecia resultar, além do sofrimento psicossocial dos doentes, em uma dor moral que ia se entranhando por todo tecido social. O novo medicamento tinha o potencial de se apresentar como uma tríplice redenção: da ciência, do doente e da sociedade. Se antes havia um cenário funesto, resultante do tratamento até então dispensado aos doentes do mal de Hansen, marcado pela segregação, isolamento, estigma e discriminação social, as conquistas da ciência faziam emergir o seu reverso, com a promessa de cura e da reintegração social dos pacientes egressos dos leprosários. A aceitação e incorporação desses indivíduos na sociedade extramuros seria o *plus* para tornar “o reverso da medalha” ainda mais reluzente, como deveria ser.

Destarte, a contaminação por um “bacilo misterioso”, que provocava uma moléstia ainda tida pelo senso comum como incurável e, portanto, altamente estigmatizada, também alimentava esse “imaginário recorrente e de longa duração”, que acabava sendo fortalecido pelas dúvidas e dificuldades da ciência acerca da etiologia da lepra no período, quando os avanços das pesquisas sobre o bacilo de Hansen ainda esbarravam em muitas suposições e controvérsias:

[...] o hanseniano é portador de um bacilo que se supõe ser o agente causador da infecção, e que, segundo os cientistas, perde a vida logo que se expõe ao ar, não tendo ainda sido possível a cultura do mesmo, apesar de todos os esforços empregados até hoje. (Gomes, 1953, *on-line*, grifos meus).

Em vista disso, “o reverso da medalha” (quanto à aceitação social de pacientes egressos do espaço colonial) tornar-se-ia demasiadamente complexo para os governos e a ciência, uma vez que a população estivera acostumada, desde muitos séculos, a repudiar e a excluir o doente de lepra. Nesse sentido, é interessante destacar que, a partir de fins do século XIX e primeira metade do XX, esse pavor em relação à doença também passou a ser estimulado pelos discursos oficiais de autoridades governamentais, amparados cientificamente por uma parcela cada vez mais significativa de sanitaristas e médicos leprologistas. Assim, segundo o autor do artigo ora em análise, teria sido mais fácil para a ciência encontrar “a chave” para “a solução do grande problema”, ou seja, a cura para a lepra, do que estaria sendo para a sociedade compreender aquela “fantástica evolução científica”. Com o propósito de mudar essa mentalidade social, os especialistas passaram a defender grandes investimentos (públicos e privados) em campanhas de educação e de propaganda sanitária. Nesse aspecto, as autoridades competentes também deveriam determinar que “professores e professoras” organizassem visitas aos sanatórios-colônias, para “se instruírem” sobre o assunto e ensinarem aos estudantes acerca dos:

[...] progressos da ciência moderna neste setor, fazendo-os compreender que um doente de Hansen é temporariamente afastado da sociedade, mas que voltará à sua vida normal, e a sociedade tem o dever de respeitar a alta, que só é concedida por médicos especializados, nomeados para esse fim, e que a desmoralização da alta é uma desmoralização para o governo (Gomes, 1953, *on-line*, grifos meus).

A promoção de campanhas de educação e de propaganda sanitária junto às unidades escolares, pelo então Ministério da Educação e Saúde (MES), era defendida pelos especialistas como uma importante estratégia para disseminar conhecimentos e informações sobre os novos métodos de tratamento e a obtenção da cura para a lepra. Para além de interferir na percepção que a juventude construía em relação aos doentes e à doença, o propósito dessa estratégia também era de

alcançar suas famílias e comunidades. Dessa forma, a educação sanitária se estenderia da escola à sociedade. Essa preocupação em integrar ações das áreas de saúde e educação (centrando na prática de atividades compartilhadas e corresponsáveis para a produção do cuidado em saúde nas escolas) permanece, certamente transformada, fazendo parte das políticas implementadas pelo Ministério da Saúde<sup>61</sup> na atualidade. Exemplo é o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e pensado para atuar de forma essencialmente intersetorial, com o propósito de:

[...] contribuir para o fortalecimento de ações que integrem as áreas de saúde e de educação no enfrentamento de vulnerabilidades e ampliem a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação das iniciativas para alcançar o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de educação básica, e que apoiem o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada (Brasil, Caderno do [...], 2022, p. 4, *on-line*).

A necessidade de se promover campanhas de educação e de propaganda sanitária também foi pauta relevante nas discussões entre os médicos leprologistas participantes do *VI Congresso Internacional de Lepra* (Madri/Espanha, 3-11 de outubro de 1953). Examinando proposições estabelecidas no evento, Carolina Pinheiro Mendes Cahu de Oliveira argumenta que:

De acordo com Orestes Diniz, os postulados estabelecidos no Congresso, nos quais deveria se basear a ‘moderna campanha antileprosa’, foram apresentados seguindo uma ordem de importância: Educação e propaganda sanitária; Proteção e controle dos comunicantes; Tratamento ambulatorial; Internamento seletivo; Investigações científicas e Assistência Social. Como se pode perceber, o isolamento, além de ser seletivo, não representava mais a principal medida profilática, fora substituído pela Educação e Propaganda Sanitária, as novas bases da campanha contra a lepra, que tinha como objetivo estabelecer diagnósticos cada vez mais precoces da doença, principalmente dos casos indeterminados, evitando, assim, a evolução para o tipo lepromatoso (Oliveira, 2012, p. 49, grifos meus).

---

<sup>61</sup> Desmembrado da pasta da educação em 25 de julho de 1953. Sobre o processo de criação do Ministério da Saúde, relacionando-o às características particulares do contexto político da época, ver Hamilton & Fonseca (2003, p. 791-825). Na interpretação de Maciel (2007), a criação do Ministério da Saúde também pode ser contextualizada no âmbito do “otimismo sanitário”, na medida em que resultou de um consenso político que acabou por conferir maior importância à saúde pública, no que diz respeito à atenção governamental.

Para se alcançar o sucesso desejado no combate e controle da doença, as novas recomendações se pautavam na realização de treinamentos continuados em identificação e diagnósticos de doentes de lepra, com foco na formação de médicos higienistas e clínicos gerais. Acoplada a essa, outra estratégia sanitária importante seria convocar toda a classe médica para fazer parte da campanha sanitária de divulgação de informações científicas voltadas à profilaxia da moléstia, ainda restritas aos médicos leprologistas (Oliveira, 2012, p. 49).

Com o emprego das sulfonas, as primeiras transferências para dispensário de pacientes isolados em sanatórios-colônias, seguidas da obtenção das altas provisória e definitiva revigoraram no pensamento médico-científico da época, que teria passado a se basear na concepção de progresso e linearidade na terapêutica da doença: “descoberta, tratamento e cura”. O problema decorrente desse “otimismo sanitário” estaria na minimização, por parte de alguns médicos e de outras autoridades envolvidas com a política antileprótica, tanto dos efeitos tóxicos e reacionais dos medicamentos administrados (via tratamento sulfonoterápico), quanto dos resultados negativos em consequência do uso excessivo dessas drogas químicas, a exemplo do que ocorria com a “resistência bacteriana” (Oliveira, 2012, p. 49).

O tratamento ambulatorial, em substituição ao leprocomial, deveria ser empregado somente em pacientes diagnosticados com os tipos de lepra tuberculóide, indeterminada e lepromatosa com lesões discretas, “raramente bacilíferos”. Nos casos lepromatosos com alta contagiosidade, o doente ainda deveria se submeter ao tratamento isolado em sanatórios-colônias. A referida abertura ao tratamento ambulatorial para os casos lepromatosos “discretos” demonstrava “uma coragem e ousadia” para a época, uma vez que a ampliação desse tipo de terapêutica para todas as formas classificatórias da lepra teria ocorrido somente a partir de decisões tomadas na década de 1960 (Oliveira, 2012, p. 50).

Para Maciel (2007, p. 233), o Congresso Internacional realizado em Madri teve como principal objetivo “a união de metodologias de trabalho e conjunção de esforços para o desencadeamento de uma campanha epidemiológica” de combate à endemia de lepra. Naquele momento, tal empreitada seria possível “devido à moderna terapêutica empregada e às últimas aquisições no terreno da imunologia”. O Brasil contou com a participação de 28 congressistas no evento, representando as várias regiões do país, tendo eles se dividido entre quatro dos cinco comitês

constituídos: de Epidemiologia e Profilaxia, de Classificação, de Imunologia e de Terapêutica. O único comitê que não contou com a participação de representantes brasileiros foi aquele dedicado à Assistência Social.

Em relação à classificação de casos da lepra e seus diferentes tipos e grupos<sup>62</sup>, discutida e aprovada pelos congressistas no Comitê de Classificação do evento, Maciel (2007) acrescenta que:

[...] é importante lembrar que havia dois tipos da doença (Lepromatoso e Tuberculóide) e um grupo, o Indeterminado. A este, foi somado um segundo grupo, o Dimorfo ou *Borderline*, fazendo assim a divisão entre dois tipos (Lepromatoso e Tuberculóide) e dois grupos (Indeterminado e Borderline/Dimorfo) (Maciel, 2007, p. 236)<sup>63</sup>.

As recomendações finais do Comitê de Epidemiologia e Profilaxia evidenciaram os progressos das pesquisas científicas realizadas nas duas últimas décadas, com destaque para os avanços com a utilização das sulfonas e as “promissoras” possibilidades de “reversão lepromínica” com o uso da vacina BCG. Na visão de Maciel (2007), estes dois aspectos deveriam ser enfatizados pelo fato de terem influenciado mais diretamente no estabelecimento da Campanha Nacional contra a Lepra, implementada no Brasil em fins dos anos 1950 e analisada na próxima seção deste capítulo. Sobre as controvérsias acerca da introdução da vacina BCG nas campanhas de profilaxia da lepra, presentes nos debates do Comitê de Imunologia, a historiadora assinalou:

[...] que este ponto foi bastante controverso, já que o Comitê de Imunologia, pela primeira vez presente em um congresso internacional, recomendou que sua utilização ainda não significasse uma verdadeira ‘arma’ profilática contra a doença, [...]. É importante salientar que, desde 1947, o Dr. Rubem David Azulay, do Serviço Nacional de Lepra, utilizava a vacina BCG num estudo exploratório desenvolvido com as crianças do Preventório Santa Maria, que pertencia ao Hospital de Curupaity, no Rio de Janeiro. A partir dos

<sup>62</sup> Os leprólogos participantes do *VI Congresso Internacional de Lepra*, estabeleceram uma nova classificação para a doença, acrescentando aos tipos tuberculóide, indeterminado e lepromatoso, a forma dimorfa ou *borderline* da lepra. Essa nova classificação científica passou a representar os casos diagnosticados como de contagiosidade muito instáveis, que poderiam provir do tipo tuberculóide ou evoluir para a forma lepromatosa, devido às diferentes reações lepróticas verificadas em certos pacientes. Quanto ao isolamento do doente de lepra, este passaria a ser realizado de forma seletiva e duraria apenas o tempo suficiente para se alcançar a regressão dos sintomas clínicos e a “negativação baciloscópica reiterada” (Oliveira, 2012, p. 50-52)

<sup>63</sup> Informações e explicações detalhadas sobre as classificações (e seus respectivos tipos e grupos) aprovadas nos congressos do Cairo (1938), Havana (1948), Madri (1953) e Tóquio (1958) podem ser consultadas no *Manual de Leprologia* publicado em 1960 pelo SNL (Brasil, 1960, p. 77-83).

primeiros resultados ‘bastante promissores’ deste trabalho, Azulay propôs no Congresso de Havana, em 1948, o uso da BCG como um método de prevenção da lepra. No entanto, essa ideia foi rejeitada, mas em Madri a vacina foi recomendada com finalidade investigativa (Maciel, 2007, p. 237, grifos meus).

A Comissão de Epidemiologia também enfatizou a necessidade de revisão da legislação sobre o isolamento de doentes de lepra existente nos países à época, uma vez que tanto os critérios de internação quanto os estabelecidos para concessão de altas a pacientes eram definidos e aprovados através de leis e portarias diferenciadas. Sobre os tipos de tratamento empregados, o Comitê de Terapêutica ratificou fortemente a continuidade da sulfonoterapia, que, a partir daquele momento, deveria ser considerada a base de todas as formas de tratamento contra a lepra. Mas novos estudos e pesquisas deveriam ser constantemente estimulados nesse campo, a fim de que outras drogas com mais poder de atuação no organismo humano e com menos efeitos reacionais fossem descobertas. Quanto ao óleo de chaulmoogra, ainda utilizado em alguns países, o relatório assinalou que “quase todos os leprologistas” já o teriam abandonado, trocando o seu emprego pelo das sulfonas. Contudo, “alguns poucos” médicos especialistas ainda continuavam a fazer uso concomitante dos dois medicamentos (Maciel, 2007, p. 239).

Por fim, Maciel (2007, p. 240) explica que o Comitê de Assistência Social retomou a deliberação aprovada do *V Congresso Internacional de Lepra*, (Havana, 1948), sobre o uso pejorativo dos termos “lepra” e “leproso”, afirmando que tal resolução ainda não teria sido cumprida integralmente. Destacou a relevância de se considerar a influência negativa que os fatores morais e psicológicos exerciam na identificação, diagnóstico, tratamento e cura da lepra. O imaginário social, carregado de estigma e discriminação, fazia com que muitos doentes ocultassem tal condição, com medo das medidas punitivas estabelecidas pela sociedade, governos, médicos e sanitaristas. Alguns indivíduos chegavam até mesmo mudar de cidade ou estado, para, sob o anonimato, saírem em busca de um trabalho, de reunir-se à família, de se divertir, viver, enfim.

A *Mensagem de Governador do Estado de Mato Grosso*, datada de 13 de junho de 1953, registrou um aumento progressivo das verbas orçamentárias encaminhadas ao SPL estadual, entre os anos de 1951 e 1953, incluindo valores específicos destinados ao Sanatório-Colônia São Julião e ao Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá. Essa situação financeira animadora teria sido consequência

direta dos investimentos da União disponibilizados ao governo estadual, com o objetivo de garantir o funcionamento e a manutenção das duas instituições e de promover e financiar a “nova campanha antileprótica” a ser implementada após a celebração do convênio de federalização dos serviços de combate à doença em Mato Grosso (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1953, p. 50).

Podemos inferir que o aumento dos recursos enviados pelo governo federal ao SPL de Mato Grosso, além de contribuir para amenizar as dificuldades enfrentadas pela equipe gestora do São Julião, também teria contribuído para garantir a mencionada estabilidade administrativa, vivenciada naqueles anos. Todavia, essa situação financeira, tida como favorável ao enfrentamento da lepra no Estado, não teria se convertido em efetivas melhorias na assistência social dispensada aos doentes “esquecidos” pelo poder público naquele “depósito de gente”. Com base no depoimento fornecido pelo interno Ernesto de Arruda, o livro de Gomes & Rocha (2006) registrou um cenário de “total abandono” no São Julião, que estaria sendo enfrentado pelos pacientes ali segregados em princípios da década de 1950. Ernesto teria sido acometido pela lepra ainda muito jovem e, por consequência do diagnóstico positivo para a doença, fora transferido para o São Julião no segundo semestre de 1951, tendo sido registrado no livro de entrada de pacientes no dia 19/11/1951, com a matrícula número 684 (São Julião, Pacientes [...], s.d., n.p.). Na entrevista, ele teria relatado aos autores do livro citado que no final de 1952, ou seja, um ano após a sua internação, ainda tinha grande dificuldade de se acostumar com as mazelas enfrentadas no cotidiano do sanatório-colônia de Campo Grande.

A imagem que Ernesto criara em sua cabeça antes de vir, deitado em uma cama de hospital em Cuiabá, era muito diferente do depósito de gente que estava diante de seus olhos, vigiado por guardas o tempo todo, sem os mínimos recursos para ser um hospital. Buscava na memória de dias melhores alguma fagulha de esperança que ainda pudesse mantê-lo de pé (Gomes & Rocha, 2006, p. 15, grifos meus).

Figura 25 - Ernesto de Arruda, interno do São Julião.



Fonte: Caniato, 2013, p. 32.

Segundo Ernesto, aquele cenário de abandono era assustador e ele se recusava a acreditar “que aquilo era real e não um pesadelo”. Por várias vezes desejou “acordar” junto de sua mãe, pai, irmãos e esposa, em casa, no Pantanal de Corumbá (cidade localizada na então parte sul do território mato-grossense), cavalgando e ensinando seus filhos “o que precisavam aprender da vida sem, no entanto, ser agredido por ela” (Gomes & Rocha, 2006, p. 15). Desde que chegara ao São Julião, Ernesto teria procurado manter o hábito de escrever cartas, com o propósito de enviar e receber notícias de sua família, mas, “por algum motivo desconhecido”, nunca obteve respostas. Sua cabeça se povoava de hipóteses sobre esse silêncio: Será que seus familiares haviam mudado de endereço e as correspondências não estavam sendo entregues onde deveriam? Poderiam estar pensando que ele tinha morrido? Ou teriam simplesmente resolvido esquecê-lo? (Gomes & Rocha, 2006, p. 16-17).

É importante destacar que durante a vigência do isolamento compulsório no Brasil era comum que a administração dos leprosários recolhesse e desse outro destino às cartas e demais correspondências, tanto aquelas escritas e enviadas

pelos pacientes internados, quanto as que chegavam de remetentes pertencentes à comunidade externa. A intenção era destruir os vínculos sociais de antes do isolamento, evitando alimentar os contatos entre doentes e sãos. Além de precaver do perigo do contágio pela aproximação entre doentes e a população sadia, a prática também poderia colaborar na manutenção da ordem interna, uma vez que a sensação de abandono poderia desestimular as fugas, colaborando na conformação do doente e na reestruturação da vida pessoal no interior da colônia. No caso de Ernesto, no ano de 1953, ele teria recebido a visita, nos muros do parlatório, do advogado da fazenda onde toda a sua família vivia, “em um rancho cedido pelo patrão”. Fora então informado de que as cartas por ele enviadas teriam sido queimadas, “em virtude dos riscos de contágio que elas representavam”. O advogado teria explicado que:

[...] tinha transmitido notícias para a sua família, dizendo que Ernesto estava bem e se tratando corretamente. Disse, ainda, que sua família não estava em condições de viajar até ali, pois nem o endereço eles tinham e era perigoso demais que viessem sem os devidos cuidados, pois a doença era muito séria. Por fim, prometeu ao Ernesto passar ali para visitá-lo sempre que estivesse em Campo Grande e que também esperasse a visita de um velho conhecido do pantanal, que estava na cidade e tinha lhe pedido para ensinar como se chega ao hospital, a fim de visitá-lo quando tivesse tempo (Gomes & Rocha, 2006, p. 20-21, grifos meus).

Ernesto recebeu outras visitas do advogado, sempre trazendo “preciosas” notícias de seus familiares, conforme havia prometido. O antigo conhecido do pantanal também o teria visitado, por uma única vez, com o objetivo de informar-lhe sobre a morte de sua mãe. Após completar 20 anos, Ernesto teria começando a perceber que as visitas do advogado diminuía gradativamente. Ele temia perder “o privilégio da informação” sobre o mundo exterior, pois “já tinha visto esse filme acontecer no hospital com outras pessoas”. Infelizmente, esse também seria seu destino. Ernesto teve consciência de que o outro lado do parlatório não estaria mais ao seu alcance. Agora o seu lar era o São Julião, sendo seu dever, assim como o de todos os outros que ali viviam, trabalhar em busca de dias mais felizes em sua nova moradia.

Existia um mundo lá fora, é verdade, mas ele cometera o crime involuntário de se tornar uma pessoa doente, e para o mundo

lá fora a lepra (como era chamada a hanseníase na época) ia além da carne. Devorava também o seu bem mais precioso, o mínimo que qualquer ser humano pode gabar-se de ter e ser imortal: o seu espírito. Consequentemente, seu *status* de ser humano, com sentimentos, sonhos, lembranças, aflições, alegrias e tristezas, caía por terra (Gomes & Rocha, 2006, p. 25).

As memórias de Ernesto também permitem retomar a afirmação de que apesar da federalização e do incremento das dotações encaminhadas para o combate à lepra, não houve, na prática, melhorias significativas nas condições de assistência prestada aos pacientes internados naquela época. Quando de sua chegada ao São Julião, em novembro de 1951, o emprego das sulfonas já havia permitido a transferência para dispensário de dois grupos de doentes de lepra ali isolados: 16 no exercício de 1950 e mais 38 no ano seguinte. No entanto, ele teria afirmado que “uma das primeiras coisas que constatara” ao chegar ao sanatório-colônia de Campo Grande:

[...] era que não havia remédio, então como estaria curado em apenas um mês, como prometeu o médico de Cuiabá?

A única remessa de remédio que raramente chegava era de Diazona, remédio americano que tinha de ser tomado em jejum. O enfermeiro pegava a veia do doente e aplicava devagar, até que de repente uma ânsia insuportável subia junto com um amargo na boca e uma frieza polar percorria todas as veias do seu corpo. Os enfermeiros tinham o costume de falar que se o paciente tomasse café ou comesse algo não poderia tomar o remédio, ou morreria. Ernesto não sabia se acreditava nisso, mas achava difícil encarar tal medicamento (Gomes & Rocha, 2006, p. 29, grifos meus).

A recorrente falta dos medicamentos prejudicava a continuidade do tratamento, retardando o processo de transferência para dispensário, assim como a concessão de altas (provisória e definitiva) a pacientes internados no sanatório-colônia à época. Prejudicava também as esperanças daqueles que esperavam ser atendidos por essa terapêutica. Se as memórias de Ernesto referem-se aos primeiros anos após sua chegada ao São Julião, seria possível supor que as promessas das autoridades governamentais e médicas quanto às “altas” e curas da doença acabaram não se cumprindo. Além de que o relato aponta que a difícil experiência vivenciada com a administração do novo medicamento não teria se convertido em verdadeira mudança no percurso terapêutico para a maioria dos pacientes.

A narrativa de Gomes & Rocha (2006) não nos permite perceber por quanto tempo Ernesto teria se submetido ao tratamento sulfonoterápico. Sua permanência no São Julião pode ser um indício de que efetivamente o tratamento não surtiu efeito para ele, como também para muitos outros pacientes internados nessas instituições. Por outro lado, sua presença no sanatório-colônia àquela altura pode ter sido resultado de uma “escolha”, resultante da estigmatização social, de continuar no local onde novas referências de identidade e pertencimento haviam sido estabelecidas. É recorrente nos relatos das pessoas que sofreram as consequências dessa política, a referência aos novos laços surgidos após esse evento traumático. Os indivíduos que emergiram dessa experiência não eram mais os mesmos. O que se sabe de concreto, por informações de pessoas que o conheceram e que ainda vivem no hospital atualmente, é que Ernesto teria passado o resto de sua vida no São Julião.

É interessante observar que os depoimentos de Íria, Ernesto e Felício, utilizados na produção do livro *Confissões para o Esquecimento* não trataram, em momento algum, de possíveis avanços nas formas de cuidado e tratamento dispensadas aos pacientes do São Julião no contexto da federalização do SPL de Mato Grosso. E quanto às mudanças esperadas durante a vigência do convênio, teria havido significativas melhorias nas políticas e ações de enfrentamento à lepra no Estado? Este questionamento é oportuno, pois, essa teria sido a principal justificativa para a transferência das responsabilidades pela “execução da campanha antileprótica” dos estados da região Centro-Oeste (Mato Grosso e Goiás) ao governo da União. Infelizmente, os documentos oficiais consultados não oferecem subsídios para uma análise mais acurada do desenrolar desse processo em Mato Grosso.

Sobre esse “silêncio” quanto às alterações após a federalização, a *Mensagem de Governador de Estado* de 1954 citou apenas a existência das duas instituições para “hansenianos” de Mato Grosso no período: o Sanatório-Colônia São Julião e o “Abrigo S. João dos Lázaros”, reforçando que ambas se encontravam “sob direção do Serviço Nacional de Lepra, conforme ‘Acordo’ celebrado entre o Governo da União e o Estado de Mato Grosso” (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1954, p. 70-71). A mensagem do ano seguinte também se ateve em informar, com brevidade, que o Sanatório-Colônia São Julião, “enquadrado na profilaxia da lepra”, continuava sob a “direção de um acordo firmado com o Governo Federal”, sem outros detalhes sobre

as condições de execução da campanha de enfrentamento à doença no Estado (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1955, p. 59).

Um indício sobre os resultados das mudanças promovidas com a sulfonoterapia e o processo de federalização pode ser presumido nos dados relativos aos resultados “promissores” do tratamento com o novo medicamento e ao progressivo aumento das transferências para dispensários de pacientes segregados. Nesse aspecto, pude observar, a partir do início dos anos 1950, uma preocupação maior dos governantes com a manutenção e o funcionamento dos quatro dispensários existentes em Mato Grosso no período: Cuiabá (que contava com um fixo e outro itinerante), Campo Grande e Corumbá. Segundo o relatório do diretor do DSE/MT, contido na mensagem de 1955, o poder público teria adquirido veículos para serem usados em cada um desses ambulatórios, com o propósito de facilitar a realização das atividades de acompanhamento e vigilância sanitária dos pacientes liberados periodicamente do São Julião pelas comissões de “altas”. Importante acrescentar, porém, que, se existem dados que sinalizam possíveis alterações na experiência dos doentes, com a passagem do regime de isolamento para o tratamento feito nos dispensários, há outros indícios de que essa realidade não foi extensiva a todos os pacientes. Como discutido anteriormente, algumas experiências acusavam não ter havido qualquer mudança, seja nas condições de vida e sobrevivência dos enfermos, seja na situação de estigma, preconceitos e discriminação social a que estavam imersos.

No dia 23 de julho de 1956, foi aprovada a Portaria nº 160, contendo instruções normativas que regulamentavam, em nível nacional, as transferências de pacientes internados em sanatórios-colônia para dispensários e a concessão de altas, que permaneceram divididas entre provisória e definitiva. A nova classificação de casos de lepra, aprovada no *VI Congresso Internacional de Lepra* de 1953, também foi agregada à referida portaria, cuja principal diferença da portaria nº 11, aprovada em 8 de março de 1950, foi o intervalo de tempo necessário à realização de novos exames pelas comissões de altas. Segundo a portaria de 1956, tais avaliações clínicas passaram a poder ser realizadas de quatro em quatro meses, ao invés de semestralmente. Além disso, o tempo exigido para se candidatar novamente à análise das comissões de alta, para os pacientes que haviam sido reprovados em exames e avaliações anteriores (fator este ignorado pela portaria de 1950), foi fixado em cinco anos (Maciel, 2007, p. 239).

Em meados da década de 1950, o cenário político nacional era de grande instabilidade. Após o suicídio do presidente Getúlio Vargas, em 24 de agosto de 1954, o vice, João Café Filho, assumiu a presidência até 09/11/1955, quando, por questões de saúde, afastou-se do cargo. Carlos Coimbra da Luz, presidente da câmara dos deputados, assumiu o executivo federal em 09/11/1955, mas foi deposto apenas dois dias depois. Por fim, Nereu Ramos, senador pelo estado de Santa Catarina, assumiu interinamente a presidência da República até a posse de Juscelino Kubitschek de Oliveira, ocorrida em 31/1/1956. Essa situação de instabilidade política, expressa nas constantes mudanças no governo do país, possivelmente teria contribuído para prejudicar o funcionamento e a continuidade do convênio de federalização do SPL de Mato Grosso, levando a União a “devolver essa responsabilidade” ao governo estadual<sup>64</sup>.

Em janeiro de 1956, chegava ao fim o governo do médico Fernando Corrêa da Costa em Mato Grosso, e aquele também foi o último ano de vigência do convênio de federalização do SPL estadual, iniciado em 1952. O relatório apresentado pela primeira *Mensagem de Governador de Estado* da nova administração, sob o comando do engenheiro civil João Ponce de Arruda, não fez menção em momento algum à existência do Sanatório-Colônia São Julião e nem tratou dos rumos da profilaxia da lepra em território mato-grossense. No documento, referente ao exercício de 1955, o novo governador (31/1/1956 a 31/1/1961) priorizou tratar da precária situação orçamentária, somada à falta de pessoal técnico especializado, encontrada no DSE/MT no início de sua administração. Os problemas eram muitos e, segundo Ponce de Arruda, o departamento de saúde necessitava de “uma organização mais simples” e compatível com os poucos recursos financeiros do orçamento estadual. Estava “instalado em apenas uma das salas da antiga Biblioteca Pública, com precariedade de mesas, arquivos, máquinas de escrever, fichários e, principalmente, espaços”. Assim, necessitava, “com urgência”, de uma nova instalação, “melhor aparelhada e, conseqüentemente, em melhor condição de poder trabalhar e produzir” (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1956, p. 91-92).

Dando continuidade às campanhas de educação e propaganda sanitária, que contavam com forte apoio da imprensa mato-grossense, em 7 de outubro de 1956, o

---

<sup>64</sup> Para além da análise das fontes consultadas e das leituras realizadas para subsidiar os argumentos defendidos neste trabalho, não encontrei outros estudos que pudessem corroborar com essa interpretação, o que, porém, não a invalida.

jornal *A Cruz* publicou a matéria intitulada “A lepra tem cura”, material cuja produção era oriunda do Departamento de Profilaxia da Lepra do estado de São Paulo. A reportagem citou o bacilo de Hansen como o “micróbio” causador da lepra, enumerou diferentes nomenclaturas conferidas à doença ao longo do tempo, apresentou alguns sinais e sintomas visíveis no corpo das pessoas acometidas pela moléstia e alertou para a existência de possíveis confusões entre a lepra (tida pelos leigos como “doença do sangue”) e a sífilis.

A lepra é uma moléstia produzida por um micróbio – o bacilo de Hansen.

É também conhecida por Morféia, mal de Lázaro, Moléstia de Hansen e ‘sangue desmanchado’.

Lepra não é doença do sangue; ela ataca a pele e os nervos.

Os principais sinais da lepra são: Manchas ou caroços na pele, insensíveis à dor e ao calor, e partes adormecidas do corpo, principalmente nos pés e nas mãos.

Sífilis e lepra são duas moléstias diferentes. A sífilis pode ser descoberta pelo exame de sangue, mas a lepra não.

Um doente de lepra pode ter exame de sangue negativo se não tiver sífilis (A lepra tem cura, 1956, *on-line*, grifos meus).

Ao considerar, de maneira simplificada, a existência de apenas duas classificações para os casos de lepra (contagiantes e não contagiantes), o texto talvez tivesse a intenção de ser mais acessível à população em geral, facilitando o entendimento das informações. O objetivo maior teria sido o de esclarecer à sociedade sobre a segurança e a eficácia do método de tratamento sulfonoterápico que, enfim, possibilitaria a cura para o mal de Hansen. Essa necessidade de “convencimento social” visava diminuir o estigma e a discriminação dispensados aos doentes de lepra, assim como melhorar os níveis de aceitação e acolhimento dos pacientes egressos dos sanatórios-colônias entre seus familiares e suas comunidades.

A lepra tem uma forma contagiante (que se transmite aos outros) e outra não contagiante, isto é, que não transmite a outras pessoas.

Na forma contagiante, existem bacilos no nariz e nas manchas da pele: os doentes devem ser internados em sanatórios. Depois que deixarem de espalhar a moléstia, poderão voltar ao lar e continuar o tratamento no dispensário.

Na lepra não contagiante, não há bacilos no nariz nem nas manchas; pode ser considerada uma moléstia da pele como outra qualquer. Os doentes continuam sua vida normalmente, fazendo o tratamento no dispensário.

As pessoas mais sujeitas a apanhar a lepra são aquelas que vivem com um doente contagiante. As crianças e os jovens apanham mais facilmente a moléstia.

Os filhos de doentes de lepra não nascem doentes; eles apanham a doença devido à convivência com os pais (A lepra tem cura, 1956, *on-line*, grifos meus).

O caráter pedagógico presente é bastante semelhante ao dos conteúdos informativos das campanhas divulgadas pelo Ministério da Saúde, organizações não governamentais, dentre outras entidades e grupos envolvidos com políticas de enfrentamento à hanseníase na atualidade, especialmente quando analisamos o destaque conferido à parte da redação que deu origem ao título, e os esclarecimentos acerca da importância do diagnóstico precoce:

*A lepra tem cura e quanto mais cedo tratada mais depressa é curada.*

Se todos os casos de lepra fossem tratados logo no começo, nenhum doente precisaria ser internado, e a moléstia não se transmitiria a outras pessoas da família.

Os primeiros sinais da lepra nem sempre são percebidos pelo doente ou pelo médico não especialista.

Por esse motivo, todas as pessoas que conviverem com um doente contagiante devem fazer exame de pele com médico especialista em doenças da pele ou no Departamento de Profilaxia da Lepra, de 6 em 6 meses (A lepra tem cura, 1956, *on-line*, grifos meus).

A *Mensagem de Governador de Estado* datada de 13 de junho de 1957, portanto um ano depois da focalizada acima, voltou a relatar a difícil situação enfrentada pelas unidades hospitalares existentes em Mato Grosso no período, incluindo nessa relação o Sanatório-Colônia São Julião. Na sequência, apresentou dados numéricos e estatísticos das ações desenvolvidas por vários serviços de saúde no transcorrer do exercício de 1956, com exceção do SPL estadual, cujos problemas estariam sendo discutidos com o SNL, em busca de “entendimentos” para a obtenção de “melhores condições” de funcionamento da campanha de combate à doença no Estado. Ainda segundo o relatório, em breve o SPL de Mato Grosso entraria “em nova fase de atividades, prometendo-nos bons resultados” (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1957, p. 89-90).

Representando um grupo político de oposição ao governo anterior, Ponce de Arruda<sup>65</sup> expôs à Assembléia a crise sanitária vivenciada pelos serviços de saúde estaduais, os quais não estariam funcionando dentro da normalidade e, portanto, precisariam de “ajustes”, o que resultaria na celebração de novos convênios com os respectivos serviços nacionais.

CONVÊNIOS – Diante da balbúrdia encontrada nos serviços mediante convênios com terceiros, somente agora tomam eles ritmo normal. Assinaremos, brevemente, novos convênios com o Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Doenças Mentais, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Especial de Saúde Pública e Departamento Nacional da Criança, estando já discutidas as bases para os ajustes. Muito espera o Estado da cooperação dos órgãos federais, oferecendo aos mesmos a maior contribuição possível. (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1957, p. 91, grifos meus).

Essa situação de crise na assistência à saúde pública coaduna com os problemas elencados no depoimento de Ernesto, inclusive quando ele reclama da falta de medicamentos para manter a estabilidade do tratamento sulfonoterápico na rotina terapêutica do São Julião. Indício desta situação seriam os “silêncios” identificados nos relatórios das mensagens produzidas entre os anos de 1954 e 1956, no que diz respeito à continuidade ou não dos trabalhos das comissões responsáveis pela realização de exames e avaliações, seguidos das transferências para dispensário, até a concessão de altas (provisória e definitiva) a pacientes internados no sanatório-colônia.

Em suma, é possível afirmar que o convênio de federalização do SPL em Mato Grosso (1952/56) não conseguiu cumprir seu objetivo de implementar uma campanha antileprotica robusta e eficiente no Estado. A decisão conjunta de transferir a responsabilidade “pela execução de todas as tarefas de profilaxia da lepra” (Favero, 1970, p. 2) da esfera estadual para o governo da União (por intermédio do SNL) não teria sido capaz de promover melhorias significativas nas políticas de enfrentamento à doença no Estado. O Sanatório-Colônia São Julião e demais órgãos que compunham a rede de atendimento, tratamento e acompanhamento aos pacientes internados, transferidos para dispensário ou sob

---

<sup>65</sup> Representante das elites políticas do norte do Estado, João Ponce de Arruda era cuiabano e foi deputado estadual, federal, suplente de senador e prefeito de Cuiabá por duas vezes. Enquanto que o governador anterior, Fernando Corrêa da Costa já tinha sido prefeito de Campo Grande e, portanto, representava os grupos de políticos da parte sul de Mato Grosso.

controle e vigilância sanitária em domicílio, continuaram enfrentando problemas e entraves semelhantes aos vivenciados em períodos anteriores ao da vigência do acordo de federalização.

Havia um gigantesco distanciamento entre as decisões e recomendações dos especialistas - frutos das discussões realizadas nos congressos internacionais de lepra, nas conferências e reuniões nacionais, regionais e estaduais - e a aplicação desse conhecimento médico-científico na rotina clínica e terapêutica do São Julião e dos dispensários existentes em Mato Grosso à época. Outro grande empecilho estava em se conseguir avançar e obter sucesso com as campanhas de conscientização da população sobre a cura da doença, com vistas à diminuição do estigma cravado no imaginário das comunidades. Assim, os pacientes, que dependiam do bom funcionamento dessas instituições e da aceitação e acolhimento familiar e social, acabavam sendo os mais prejudicados com esse descompasso entre os discursos e recomendações dos especialistas e as práticas sanitárias voltadas ao enfrentamento da doença e à melhoria da saúde pública em geral.

Também perdurava uma forte contradição entre a aprovação de leis, portarias e regulamentos sanitários, com foco na profilaxia da lepra, e a aplicabilidade desses dispositivos legais e regulatórios na vida cotidiana de cidadãos e cidadãs brasileiros e mato-grossenses. Nesse cenário, tornava-se cada vez mais complicado encontrar soluções eficientes para os problemas de saúde pública que afetavam os acometidos pela doença, seus familiares e população pertencente às camadas sociais menos favorecidas. Em suma, era evidente o abismo existente entre os avanços e descobertas da ciência, os novos métodos de tratamento, os medicamentos sulfonoterápicos e o acesso dos pacientes a esses recursos terapêuticos. O chamado “otimismo sanitário” contrastava com a difícil realidade matogrossense, marcada pela recorrente escassez de recursos orçamentários e pelo descaso das autoridades governamentais com a saúde pública.

Com o propósito de dar continuidade a essas reflexões, a tônica da próxima seção é abordar o percurso do São Julião entre fins dos anos 50 e o início dos anos 60, com destaque para a criação e implantação da Campanha Nacional contra a Lepra (1954/59) até a “proibição” do isolamento compulsório no Brasil, instituída através do Decreto nº 968/1962. O principal objetivo é priorizar os desdobramentos desses eventos históricos nas políticas de combate à doença no Estado e no cotidiano do então sanatório-colônia.

### **3.2 O papel reservado ao São Julião nas agendas profiláticas instituídas pela Campanha Nacional contra a Lepra (1959) e o Decreto nº 968/1962**

#### **60 mil leprosos andam fora dos leprosários**

No Brasil existem 90 mil hansenianos, dos quais apenas 23 mil estão internados em leprosários. Esta grave revelação foi feita pelo ministro da saúde, professor Maurício Medeiros.

Face esta realidade – prosseguiu o titular da Pasta da Saúde – a Campanha Móvel de Combate à Lepra elaborou um plano de ação dinâmica para tratamento ‘in loco’ dos 67 mil doentes que não estão recolhidos. O professor Maurício Medeiros passou então a falar sobre a utilidade desta campanha, que será incrementada tão logo cheguem os 300 jipes que o Serviço Nacional de Lepra foi autorizado, pelo Presidente da República, a importar com fundos fornecidos pela Associação Brasileira de Auxílio aos Leprosos (ABAL), entidade que vem prestando os mais assinalados serviços à campanha.

Terminou o ministro, reportando-se aos cursos intensivos que estão sendo ministrados em todas as faculdades do país, e ainda à esperança de que em poucos anos seja superada essa mancha negra de nossa civilização.

(Jornal *O Estado de Mato Grosso*, 1957, *on-line*)

Em meados da década de 1950, o internamento compulsório de doentes de lepra em sanatórios-colônias já estava sendo duramente questionado e criticado pela comunidade médico-científica brasileira e internacional. Todavia, em 1957, o fato de que mais de um terço das pessoas acometidas pela doença no Brasil não estivessem recolhidas em instituições de isolamento leprocomial ainda era considerado como uma “grave revelação” feita pelo então ministro da saúde, Maurício Medeiros. Ou seja, mesmo diante da crescente contestação ao modelo isolacionista, esta prática sanitária parecia cristalizada, constituindo mesmo uma expectativa das autoridades e da sociedade quanto ao enfrentamento da questão.

Esses discursos contraditórios reforçavam a grande dificuldade da população em compreender o novo cenário terapêutico que estava se constituindo em torno da lepra e de aceitar o doente vivendo no meio social, inclusive aqueles pacientes transferidos para dispensários por consequência do tratamento sulfonoterápico. Era demasiadamente complicado para a coletividade repensar o acolhimento daqueles indivíduos, tidos como “perigosos” à saúde pública, uma vez essa mesma sociedade já havia sido anteriormente convencida pelos discursos oficiais e científicos sobre a necessidade de excluir aqueles doentes “indesejáveis” da convivência comunitária.

E vale dizer que essa dificuldade se estendia também a muitos dos familiares desses pacientes. Como reintegrar no convívio doméstico e familiar aqueles que haviam sido condenados como ameaça? Como retomar laços que haviam sido rompidos, em cenários nos quais outras relações haviam sido estabelecidas? Como reacomodar realidades, relações e indivíduos transformados por anos, décadas de separação?

Em maio de 1957, a *Sociedade Mineira de Leprologia* promoveu uma reunião na cidade de Cambuquira/MG, com o propósito de preparar a delegação brasileira que participaria do *VII Congresso Internacional de Lepra*, realizado em Tóquio, no Japão, em 1958. A temática principal da reunião foi à implantação, em caráter experimental, de uma nova campanha de profilaxia da lepra, que estava em andamento no Rio de Janeiro, e que deveria ser operacionalizada em todo o país por meio da Campanha Nacional contra a Lepra. A abertura do evento contou com a conferência proferida pelo médico leprologista Orestes Diniz, então diretor do SNL, intitulada: “Como intensificar a luta contra a lepra”. Em sua fala, Diniz apontou para:

[...] a falência inexorável do modelo praticado até então, ou seja, o isolamento do paciente. Segundo ele, o leprosário deveria ser visto como uma peça complementar na estrutura profilática e não como um fim em si mesmo. Enfatizou que o SNL continuaria a cumprir as deliberações do Congresso de Madri, praticando o isolamento seletivo e não o compulsório. O ônus financeiro do modelo isolacionista o tornara inexecutável em todo o país: além disso, as estatísticas apontavam índices de morbidade e prevalência que não diminuíam com tal prática comprovadamente ineficaz, especialmente a partir da introdução das sulfas no tratamento da lepra (Maciel, 2007, p. 242, grifos meus).

Assim, o foco da profilaxia da lepra experimentava uma verdadeira reviravolta, abandonando a prescrição do isolamento e se concentrando a partir de então no tratamento do maior número possível de casos, não importando o local do país onde esses doentes estivessem, internados ou não. Seguindo o exemplo das atividades desenvolvidas pelo SNL (sediado no Rio de Janeiro), a luta contra a endemia leprótica passaria a ser executada através do entrosamento dos leprologistas com todos os órgãos gerais pertencentes à saúde pública: unidades sanitárias e médico-assistenciais, bem como as clínicas particulares com foco na doença. Esse sistema descentralizado de multiplicação de forças, sob a coordenação e orientação de um médico leprologista, se encarregaria dos exames dos doentes, fichamentos,

tratamento e acompanhamento dos comunicantes. A necessária união de esforços entre as esferas federal, estadual e municipal resultaria no aperfeiçoamento do controle e da vigilância epidemiológica dos doentes de lepra (Maciel, 2007, p. 243).

Na reunião, também foram enumeradas as principais vantagens advindas da implantação da nova campanha sanitária de combate à lepra no Brasil: gastos reduzidos, se comparados com as altas despesas empregadas na manutenção dos asilos-colônias; possibilidade efetiva de implantação em nível nacional; rapidez no desenvolvimento das ações, já que agregaria todas as unidades médico-sanitárias e a boa receptividade por parte dos doentes, uma vez que não geraria impactos sociais insuperáveis, como observado no isolamento compulsório em leprosários ou em outras instituições criadas e mantidas para esse fim. Mostrou-se, ainda, a necessidade de redefinição do papel dos dispensários, que passariam a trabalhar em conjunto com as demais unidades sanitárias de sua região, seguindo o novo modelo proposto. Sobre a administração dos medicamentos, Diniz recomendou que os antibióticos normalmente utilizados contra a tuberculose, poderiam ser benéficos para os casos do tipo lepromatoso, que apresentassem sensibilidade a algum componente das sulfas. No que concerne à necessidade de dar continuidade aos estudos e pesquisas com novas drogas químicas e experimentos, com componentes ou vacinas que pudessem melhorar o tratamento e o controle da lepra, fora definido na reunião que:

[...] se continuasse a pesquisar o valor e a atuação no organismo dos comunicantes da vacina BCG, como vinha fazendo no Rio de Janeiro, o leprologista Rubem David Azulay, no Instituto de Leprologia, do Serviço Nacional de Lepra. Nesse sentido, foi realizado o 'Simpósio sobre fundamentos para a utilização do BCG na profilaxia da lepra', de 27 a 29 de setembro de 1957, no Rio de Janeiro, onde o tema fora acaloradamente discutido pelos pesquisadores (Maciel, 2007, p. 243-244).

O discurso contra a política isolacionista teria encontrado poucas vozes dissonantes após a reunião promovida pela Sociedade Mineira de Leprologia e o simpósio sobre a utilização do BCG na profilaxia da lepra, realizados respectivamente em maio e setembro de 1957. Todavia, sobre o consenso para o fim do internamento compulsório em sanatórios-colônias, Maciel (2007, p. 244) ressalta a exceção do estado de São Paulo, que, historicamente, manteve uma relação de autonomia frente ao governo da União, quando se tratava “das ações da

saúde pública em geral e da lepra em particular”. Naquele Estado, mesmo contrariando a legislação e os regulamentos aprovados pelo governo federal, a segregação leprocomial de doentes de lepra, ainda que sem a mesma ênfase empregada em decênios anteriores, teria sido recomendada e praticada com amparo na legislação estadual até o ano de 1967.

No caso de Mato Grosso, é possível observar o distanciamento entre as discussões realizadas nos eventos científicos nacionais e internacionais, pautadas nas novas recomendações dos especialistas em leprologia, e as medidas e ações de enfrentamento à endemia leprótica praticadas pelas autoridades estaduais. Nesse sentido, a *Mensagem de Governador* apresentada na sessão legislativa de 1958, por João Ponce de Arruda, havia relatado vários problemas pendentes de urgente solução enfrentados pelo São Julião no decorrer de 1957. Para resolver as falhas, a administração teria tomado várias providências, como “o restabelecimento da ordem interna” e “da disciplina” no cotidiano do sanatório-colônia, seguindo as normas disciplinares preconizadas pelo SNL, especialmente no que dizia respeito “à repressão, às fugas dos internados e à proibição de bebidas alcoólicas” (IMPL/MT, Mensagem [...], 1958, n.p.).

Segundo o texto da mensagem, o restabelecimento do adequado fornecimento de medicamentos também teria sido providenciado pelo governo estadual e o fornecimento das drogas específicas para a terapêutica da lepra, em quantidade suficiente para o tratamento “de todos” os internados, estava sendo garantido pelo SNL. Entretanto, o suprimento de remédios para o tratamento de várias outras “afecções mórbidas” que acometiam os internados, não vinha sendo feito de maneira satisfatória (IMPL/MT, Mensagem [...], 1958, n.p.). Porém, conforme analisado na seção anterior, diferentemente do afirmado pelo governador, a falta das drogas químicas derivadas das sulfonas e utilizadas no tratamento da lepra (fornecidas pelo SNL) também era um problema recorrente na rotina terapêutica do São Julião. Tal situação sugere que a dita regularidade no aprovisionamento desses medicamentos pelo governo da União não era uma realidade vivenciada no cotidiano dos pacientes internados, colocando em questão a eficiência do convênio de federalização que havia sido propalado como forma de sanar as dificuldades vivenciadas na assistência social provida até então. Além disso, na prática, esta deficiência acabava prejudicando o processo de concessão das transferências para dispensário e das altas provisória e definitiva aos doentes de lepra segregados no

sanatório-colônia à época. A melhoria na alimentação dos internos do São Julião foi outro ponto positivo relatado na mensagem de 1958:

Constituiu esta uma das questões que, desde o início, mereceu nossas melhores atenções. A ração atual distribuída aos internados contém um total de 3.209 calorias 'per capita', sendo esse valor aumentado para os acamados mediante o acréscimo de mais 418 calorias de ração suplementar dietética. A carne com osso, antes distribuída, foi inteiramente substituída pela de primeira qualidade, sem osso. Foi fornecida maior porção de leite aos internados, e restabeleceu-se o fornecimento regular de verduras e frutas, em quantidades suficientes (IMPL/MT, Mensagem [...], 1958, n.p.).

Sobre a afirmação de que havia uma regularidade na distribuição de alimentos de qualidade e em quantidade suficiente para o consumo dos pacientes internados, novamente trata-se de versão oficial dos fatos. Outra realidade era apresentada nos relatos de alguns pacientes internados no período. Este é o caso do interno Ernesto de Arruda, analisado no livro *Confissões para o Esquecimento*, onde é afirmado que a alimentação servida aos doentes nos anos de 1950/60 era de péssima qualidade:

'Porque aqui, nós éramos abandonados mesmo, era triste, eu queria que você visse a comida que eles serviam aqui, se você fosse tomar uma sopa, tinha que catar os bichos que ficavam no prato para jogar fora. Era feio mesmo', relembra Ernesto. Assim era o Hospital São Julião, todo e qualquer ser vivente não desejaria sobreviver naquele lugar, naquele tempo (Gomes & Rocha, 2006, p. 87).

Importante observar que a expressão “naquele tempo” assume uma conotação subjetiva e incerta, tanto da parte do entrevistado (Ernesto), quanto dos autores que registraram e publicaram suas lembranças, uma vez que não precisam qual tempo seria aquele. Como vimos na seção anterior, Ernesto teria sido internado no São Julião em novembro de 1951 e ali permanecido por mais de cinco décadas, sendo a entrevista concedida entre os anos de 2002 e 2006<sup>66</sup>. Considerando outras referências feitas pelo mesmo interno e por outras memórias consultadas nesta pesquisa, sugere-se que o período referido por Ernesto como “naquele tempo” abrangeria a época em que o São Julião permaneceu sob a administração do poder

---

<sup>66</sup> Como mencionado na seção anterior, também não consegui localizar no acervo do São Julião a data precisa da morte de Ernesto. Todas as pessoas que conviveram com ele (e que atualmente ainda vivem e/ou trabalham no Hospital São Julião) são unânimes em afirmar que ele teria permanecido no São Julião até a sua morte, ocorrida na segunda década do século em curso.

público (estadual e federal), isto é, desde a sua chegada em 1951 até por volta de 1970.

Estas memórias também permitem questionar o restabelecimento da ordem interna e da disciplina, mencionado no documento exarado pelo governo estadual, especialmente no que dizia respeito à proibição de bebidas alcoólicas. Segundo o relato de Ernesto, na “realidade assustadora” vivenciada pelos pacientes do sanatório-colônia, “a valiosa pinga era uma das poucas mercadorias que nunca faltavam no *Boliche*, bar conveniência que ficava dentro do hospital”. A aguardente teria sido bastante utilizada “para aliviar o sofrimento” de muitos indivíduos esquecidos por seus familiares e a sociedade naquele “hospital que tinha se tornado uma cidade fantasma”. Uma válvula de escape em meio a um cenário de medo, violência e insegurança que teria passado a fazer parte da rotina diária de pacientes, médicos, enfermeiros e até dos guardas (Gomes & Rocha, 2006, p. 29).

A mensagem de 1958 também relatou as precárias condições de conservação em que foram encontrados “todos” os edifícios do São Julião, especialmente os residenciais da zona doente, os quais necessitavam “urgentemente de vultosos reparos”. Embora existissem dotações orçamentárias disponibilizadas pelo plano SALTE<sup>67</sup> (referentes aos exercícios de 1951, 1953 e 1954) para executar tais serviços, o governo anterior não havia providenciado o recebimento desses recursos. Em agosto de 1957, os valores referentes ao exercício de 1951 foram “finalmente” depositados nos cofres públicos estaduais. Com essa verba, a administração do sanatório-colônia teria providenciado a reforma de “todos os edifícios residenciais” pertencentes à dita zona doente (IMPL/MT, Mensagem [...], 1958, n.p.).

O último item descrito no relatório tratou da manutenção realizada em máquinas e veículos do DSE/MT. No exercício de 1957, foram recuperados um caminhão, uma perua e um trator, além de quatro jipes e uma ambulância que serviam aos dispensários. Por fim, assinalou-se a reabertura da escola primária da zona doente e considerou-se como satisfatório o número de “altas” concedidas aos pacientes submetidos ao tratamento sulfonoterápico (IMPL/MT, Mensagem [...],

---

<sup>67</sup> Plano econômico lançado pelo governo brasileiro, na administração do presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), que tinha como objetivo estimular o desenvolvimento dos setores de saúde, alimentação, transporte e energia, representados pela sigla “SALTE”. Informações consultadas em: <https://www.infoescola.com/historia-do-brasil/plano-salte/> e [https://pt.wikipedia.org/wiki/Plano\\_SALTE](https://pt.wikipedia.org/wiki/Plano_SALTE). Acesso em: 13 out. 2023.

1958, n.p.). Não há no documento detalhes sobre o quantitativo de indivíduos submetidos aos exames e avaliações das comissões de altas, e nem quantos teriam sido beneficiados com a concessão de transferência do São Julião para dar continuidade ao tratamento em dispensários, acompanhados por médicos e pela vigilância sanitária.

No que concerne à reabertura da escola primária na zona doente, Villachá redigiu um “Tributo ao professor Manoel Sabino”, interno do São Julião que “possuía um quarto só para si e seus livros” e buscava constantemente se aprimorar para transmitir aos alunos o melhor que podia. Muitos doentes teriam aprendido a ler e a contar com ele. Nessa homenagem, Villachá também relatou o funcionamento, nas décadas de 1950/60, de uma escola nas dependências do sanatório-colônia, denominada de “Escola Rural Mista São Julião”, local onde o professor Manoel Sabino ministrava suas aulas. (Villachá, 2009, p. 297)

Na *Mensagem do governo estadual de 1959*, fora informado que, após o término do convênio de federalização do SPL estadual (1956), a administração do então governador Ponce de Arruda teria reorganizado a política antileprótica em bases completamente diferentes dos acordos firmados anteriormente. Um novo regime de convênio com o SNL, do Ministério da Saúde, teria sido celebrado entre os governos estadual e o da União, através do qual a responsabilidade pela execução das políticas e ações voltadas à profilaxia da lepra em território mato-grossense, a partir do mês de abril de 1957, teria retornado à competência do DSE/MT (NDIHR/UFMT, *Mensagem [...]*, 1959, p. 108; Favero, 1970, p. 2).

O SPL de Mato Grosso era composto à época pelos seguintes órgãos: superintendência, Sanatório-Colônia São Julião e os Dispensários de lepra de Cuiabá, Campo Grande e Corumbá, acrescidos do “Dispensário Itinerante do Norte do Estado”. Além dos referidos órgãos, também foram citados na mensagem o Educandário Getúlio Vargas (preventório), situado em Campo Grande, e o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, que, embora não fossem entidades governamentais, recebiam assistência técnica do SPL estadual. A referida superintendência tinha a seu cargo as atividades de administração geral do Serviço, o controle das verbas (federais e estaduais), do pessoal e do material. Estava sediada em Cuiabá, mas também dispunha de um escritório em Campo Grande (NDIHR/UFMT, *Mensagem [...]*, 1959, p. 108).

A partir da incorporação dos medicamentos sulfonoterápicos e dos crescentes questionamentos e críticas ao isolamento obrigatório, o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, nascido sob a lógica de abordagem da doença focada no isolamento, foi perdendo importância nas ações de enfrentamento à doença, assim como nos registros dos documentos administrativos produzidos à época. Curioso observar que o secular asilo ainda fora mencionado na mensagem de 1959 como se estivesse em funcionamento naquele período. Esta, contudo, foi a última referência feita àquele nosocômio que consegui identificar nas fontes analisadas nesta pesquisa.

Quanto ao funcionamento dos dispensários de lepra, o governo Ponce de Arruda relatou ter procurado regularizar o fornecimento dos medicamentos necessários ao tratamento, investir em novos equipamentos e melhorar as condições de trabalho dos médicos e demais profissionais responsáveis pelo atendimento aos pacientes e comunicantes. Tais medidas visavam dinamizar as ações de combate à doença e aumentar a eficiência e rendimento dos serviços ambulatoriais, através da visita sistemática dos atendentes de saúde e do médico especialista nos domicílios “de todos os doentes e seus comunicantes”, residentes “nas áreas urbanas e suburbanas” do Estado. A mensagem de 1959 apresentou, ainda, relatórios detalhados do movimento daqueles dispensários no transcorrer do ano de 1958. Dentre as políticas e ações de enfrentamento que estariam sendo executadas, destacou-se a realização de exames, reexames, diagnósticos de doentes, classificação de novos casos, visitas em domicílios para vigilância e controle de pacientes e seus comunicantes, identificação das condições reacionais do tratamento com a utilização das drogas químicas derivadas das sulfonas e aplicação da vacina BCG nos comunicantes e na população em geral (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1959, p. 108-110).

Dados estatísticos apresentados na mensagem de 1959 davam conta da existência de 325 leitos no São Julião, destinados a pacientes de ambos os sexos, incluindo crianças. Em 31 de dezembro de 1957, registraram-se 295 doentes internados. Durante o ano de 1958, 114 pacientes deixaram o espaço colonial incluindo os registros de óbitos, que não foram quantificados; 75 foram internados ou reinternados no sanatório-colônia e, no dia 31 de dezembro daquele ano, achavam-se internados 256 doentes (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1959, p. 111-112). Esses números demonstram que, em contraste com os períodos anteriores não haveria

super lotação no sanatório-colônia naquela conjuntura. Isto pode ser entendido como um indicativo do aumento do número de pacientes beneficiados com a concessão de “altas”, consequência do tratamento sulfonoterápico. Outro fator possível de explicação era o isolamento seletivo de novos diagnósticos, onde apenas os casos lepromatosos deveriam continuar sendo alvos da segregação social em leprosários.

As já mencionadas ações disciplinadoras e benfeitorias implementadas no São Julião em 1957 - restabelecimento da “ordem interna”, a regularização do fornecimento de medicamentos, a melhoria na qualidade da alimentação, conclusão de reparos nos pavilhões carville e nas casas da zona doente - foram descritas novamente na mensagem de 1959. Ao tratar do exercício de 1958, mencionou um novo conjunto de obras que teriam sido realizadas na chamada zona sadia: construção de duas casas para funcionários, uma garagem, uma oficina e a residência do motorista. Foi apresentado, ainda, o movimento geral do serviço médico executado no sanatório-colônia em 1958, que incluía: clínicas médica, leproológica, ginecológica e obstétrica; intervenções cirúrgicas; serviços de farmácia e de enfermagem; exames laboratoriais e o emprego da medicação antileprotica (comprimidos, drágeas e injeções) administrada em pacientes internados (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1959, p. 111-112).

Quanto às transferências para o dispensário, duas comissões de leprologos teriam se reunido no São Julião, em abril e novembro de 1958, para a realização de exames e avaliações, resultando na concessão do benefício a um grupo de 34 pacientes internados. Desse total, 29 foram liberados do isolamento para dar continuidade ao tratamento nos dispensários de Cuiabá, Campo Grande e Corumbá, enquanto que os outros 5, devido a diversos fatores impeditivos<sup>68</sup>, teriam permanecido no sanatório-colônia. Mais 18 pacientes teriam deixado o São Julião com destino ao isolamento domiciliar, onde permaneceriam sob o acompanhamento de médicos especialistas, para tratamento e vigilância sanitária nos referidos

---

<sup>68</sup> Problemas de ordem social, econômica, estética e, principalmente, aqueles relacionados ao preconceito e à discriminação social (frutos do estigma dispensado à lepra e aos acometidos por ela) emperravam sobremaneira a construção de uma nova vida pelos doentes egressos do isolamento leprocomial, configurando-se também em fortes barreiras à continuidade do tratamento nos dispensários. Fatores como a falta de oportunidades de trabalho e de moradia fixa acabavam por acarretar grandes dificuldades financeiras no cotidiano vivenciado pelos pacientes fora do espaço colonial, destacando, ainda, que a maioria desses obstáculos era ocasionada pela não aceitação desses indivíduos pela sociedade extramuros, em especial seus familiares e amigos (Oliveira 2012, mais especificamente o 2º capítulo; Cahu, 2015, p. 145-175).

dispensários. Todos os grupos de doentes elencados teriam apresentado “negatividade baciloscópic” e melhoria clínica da moléstia, satisfazendo também as outras exigências preconizadas pelas normas da profilaxia da lepra vigentes à época (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1959, p. 112).

Com esses avanços, os três dispensários existentes em Mato Grosso à época foram, paulatinamente, assumindo um papel de maior relevância nas ações de enfrentamento à lepra no Estado. Sobre essa proeminência dos dispensários (em detrimento dos leprosários), assim se manifestou Carolina Cahu de Oliveira:

Com as sucessivas ‘transferências para dispensários’ concedidas aos leproso internados em leprosários, os dispensários de lepra viram sua importância no combate à doença aumentada. O antigo tripé de combate à lepra, em questionamento, dava lugar a uma profilaxia que pretendia ter como base o diagnóstico precoce da doença e o tratamento ambulatorial com o uso das sulfonas (Oliveira, 2012, p. 84).

Ainda segundo a interpretação de Oliveira (2012), durante a primeira metade do século XX, os dispensários ocuparam uma posição secundária no combate à lepra no Brasil, pois, até então, a política de isolamento obrigatório dos doentes em leprosários era considerada a medida profilática mais eficaz. Mesmo após a nova classificação científica da doença em 1946 (lepromatosa, indeterminada e tuberculóide), quando os casos não contagiosos passaram a receber tratamento ambulatorial, os dispensários ainda continuaram tendo um papel secundário em relação ao do leprosário. Destarte, foi somente a partir do advento do tratamento sulfonoterápico que aquelas instituições passaram a assumir, gradativamente, uma importância cada vez maior nos serviços de profilaxia da lepra. Nesse novo cenário terapêutico, o dispensário se tornou o elemento principal de controle da endemia de lepra, especialmente com a crescente condenação do isolamento compulsório pelos especialistas dedicados à doença, como se observou entre os participantes do *VII Congresso Internacional de Lepra*, realizado entre os dias 12 e 19 de novembro de 1958, em Tóquio, no Japão.

Presidido pelo Dr. Kensuke Mitsuda, o VII Congresso contou com a participação de representantes de cerca de 40 países. As resoluções discutidas e aprovadas definiram consensualmente que o tratamento químico com o emprego das drogas derivadas das sulfonas deveria ser administrado fora dos leprosários, e

inserido de maneira descentralizada nos serviços gerais de saúde pública. Embora o isolamento em sanatórios-colônias ainda fosse realidade profilática comum em vários estados brasileiros, incluindo Mato Grosso, as recomendações sanitárias dos congressistas foram acatadas integralmente pela delegação brasileira presente em Tóquio, sugerindo a possibilidade de serem empregadas no desenvolvimento dos trabalhos de controle e combate à lepra em todo o território nacional. Desse modo, a campanha epidemiológica que estava em curso do Rio de Janeiro desde 1954 “tinha exatamente o propósito de agregar os serviços de saúde pública das três instâncias governamentais, em ações que visassem o combate à endemia” (Maciel, 2007, p. 244-245).

A principal arma profilática da campanha contra a lepra defendida no *VII Congresso Internacional de Lepra* foi a sulfonoterapia, seguida da continuidade e controle do tratamento dos pacientes em dispensários, do acompanhamento e supervisão dos comunicantes e da aplicação da vacina BCG, “sem a necessidade de teste lepromínico preliminar”. A recomendação era evitar ao máximo o isolamento nosocomial dos doentes e promover a vacinação “indiscriminada” dos comunicantes. Estas seriam as estratégias sanitárias mais eficazes para reduzir os altos custos impostos ao Estado com a continuidade do modelo isolacionista e a manutenção dos sanatórios-colônias em funcionamento por mais alguns decênios, ao mesmo tempo em que priorizavam “alternativas simples e relativamente rápidas para o controle da doença” (Oliveira, 2012, p. 52-53).

Nesse novo cenário terapêutico, a quimioterapia se consolidava como a principal “arma” na luta contra a endemia de lepra e a importância dos medicamentos sulfonoterápicos, assim como da sua administração correta e ininterrupta, deveria ser confirmada aos pacientes sempre que necessário. O apoio à preservação dos vínculos sociais, familiares e afetivos das pessoas diagnosticadas com a doença também foi uma recomendação importante dos congressistas reunidos em 1958. Por conseguinte, seria necessário criar medidas, incentivar e desenvolver ações comunitárias no sentido de mudar e/ou substituir termos e conceitos equivocados, preconceituosos e discriminatórios, que perpetuaram o estigma ao longo do tempo (Maciel, 2007, p. 249-252).

Diante do exposto, a formulação, em nível nacional, de uma nova campanha epidemiológica contra a lepra passava a prescindir das velhas instituições de isolamento social para se consolidar nas unidades federadas. Segundo Maciel

(2007), nos discursos científicos predominava o consenso de que a lepra havia se tornado uma doença como outra qualquer e, portanto, os doentes poderiam ser tratados em ambulatórios, centros de saúde, postos de higiene e demais unidades sanitárias “polivalentes”. Nessa nova conjuntura, a atuação dos leprologistas passaria a ser, em grande parte, de suporte clínico a outros profissionais de saúde das unidades médicas gerais.

Estavam lançadas as bases e demais condições necessárias à concretização da Campanha Nacional contra a Lepra, transformada em lei em 1959, um ano após a realização do *VII Congresso Internacional de Lepra*. Havia um grande “otimismo sanitário” nos discursos daqueles leprólogos, que procuraram construir uma espécie de “roteiro” para garantir o sucesso da campanha em todo o território nacional. Na opinião desses especialistas, “as descobertas científicas ‘inevitavelmente’ livrariam o país daquele ‘flagelo’ e de todas as doenças infecciosas”. Seria através das campanhas sanitárias que o Brasil se encarregaria de dar fim à lepra, “este era o tom de convencimento empregado pelos leprologistas. No entanto, tal estratégia não surtiu os efeitos esperados e desejados” (Maciel, 2007, p. 254).

A partir do consenso médico-científico de que o isolamento leprocomial era epidemiologicamente ineficaz, a Campanha Nacional contra a Lepra, idealizada e implantada por leprologistas brasileiros reunidos no SNL, passou a ser encarada como uma nova e eficiente estratégia sanitária de controle e eliminação da doença no país. Como mencionado, a CNCL teve início em 1954, como “um projeto piloto” testado no estado do Rio de Janeiro e, à medida que se mostrasse vitoriosa nas primeiras avaliações dos especialistas, deveria ser expandida às demais unidades como prática profilática possível de ser operacionalizada, de forma dinâmica e descentralizada, em todo o território nacional, envolvendo a cooperação entre as três esferas de poder:

O objetivo maior da CNCL, a médio e longo prazo, foi o de modificar a estratégia de controle da doença e, assim, eliminar o isolamento em leprosários da realidade médica brasileira. Parte de um movimento que se mostrou universal após a realização do 7º Congresso Internacional de Lepra, realizado no Japão em 1958, o término do isolamento era um fim inevitável diante das novas possibilidades de cura e tratamento da lepra, possíveis com a medicação química desenvolvida no período conhecido como ‘otimismo sanitário’, a partir de fins da década de 1940. Com o uso destes medicamentos – aliado ao fato de os leprologistas já estarem descrentes do isolamento como profilaxia – a medicina se vê num

momento de redefinir ações eficazes para o tratamento da doença (Maciel, 2007, p. 256, grifos meus).

Assim, como argumentado no âmbito do *VII Congresso Internacional de Lepra*, Orestes Diniz também defendia que a descentralização dos serviços de combate à lepra, além de significar uma redução nos custos com o isolamento nos leprosários, também poderia resultar em grande economia de recursos com a possibilidade de eliminação dos preventórios e dos dispensários específicos de lepra. Considerando que, mesmo com o fim do isolamento nosocomial, parte do estigma constituído em torno dos leprosários seria transferida para os dispensários e preventórios, inserir o atendimento nos serviços gerais de saúde pública representaria mais uma tentativa de reduzir a discriminação e, conseqüentemente, o medo do doente de buscar atendimento em “uma unidade sanitária polivalente, de permeio com outros pacientes”. Não obstante, posturas sociais marcadas pelo estigma e o pavor que perpetuaram “o imaginário recorrente e de longa duração” na história da antiga lepra ainda persistem em torno da atual hanseníase e, portanto, continuam assombrando as pessoas acometidas e atingidas pela doença no transcorrer do século XXI.

[...] atualmente, apesar do tratamento ambulatorial descentralizado, muitos pacientes ainda ocultam a doença que possuem e relutam em procurar um tratamento médico, ou, quando descobrem que possuem hanseníase – antiga lepra, abandonam o tratamento, com medo de serem ‘descobertos’ por familiares, amigos, vizinhos. O estigma da doença ainda se constitui como um dos maiores entraves no combate à mesma (Oliveira, 2012, p. 53).

Ao recomendarem a abolição do isolamento de doentes em leprosários, considerada prática anacrônica e ineficiente, os leprólogos do VII Congresso estabeleceram um marco importante na história das pesquisas científicas em prol do tratamento da enfermidade. Entretanto, considerando a realidade sanitária da maioria dos estados brasileiros à época, acabar com o internamento leprocomial dos acometidos pelo mal de Hansen, mesmo que progressivamente, não seria tarefa fácil e ainda demoraria mais algumas décadas para se concretizar no país.

Como pudemos observar, as mensagens encaminhadas por Ponce de Arruda à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, a partir de 1957, já estavam imbuídas das recomendações e orientações sanitárias defendidas pelos leprologistas do SNL,

responsáveis pela implantação da CNCL, cujo objetivo era extrapolar as fronteiras do estado do Rio de Janeiro e chegar a todas as demais unidades federativas brasileiras.

Na *Mensagem de Governador de Estado* datada de junho de 1960, também mereceu destaque o suposto empenho da administração Ponce de Arruda em fazer cumprir em Mato Grosso, através do SPL estadual, as recomendações estabelecidas pela CNCL, instituída através da lei nº 3.542, de 11 de fevereiro de 1959.

#### SERVIÇO DE PROFILAXIA DA LEPROSA:

O combate à lepra esteve à altura das exigências nesse setor, processando-se através dos Dispensários de Cuiabá, Corumbá e Campo Grande, Dispensário Itinerante da Região Amazônica e Sanatório 'São Julião'. Realizou-se o trabalho em convênio com a União, cabendo ao Estado a indicação do Superintendente, inicialmente o Delegado Federal de Saúde e agora um dos médicos do quadro do Departamento de Saúde (IMPL/MT, Mensagem [...], 1960, n.p., título grifado pelo autor do documento).

Antes da introdução das sulfonas na rotina terapêutica do São Julião (1947), o asilo-colônia era tido como uma instituição imprescindível ao sucesso do “armamento antileprótico”, representando peça-chave do isolamento compulsório de doentes de lepra praticado até então. Ancorada no modelo tripé<sup>69</sup>, tal política isolacionista era defendida pelas autoridades governamentais e médico-sanitárias como sendo a solução mais apropriada para debelar o grave problema de saúde pública representado pela endemia de lepra no Brasil.

Ao longo da década de 1950, porém, os dispensários passaram a ocupar uma posição de proeminência nas campanhas de enfrentamento ao mal de Hansen, consequência direta dos avanços nas pesquisas científicas em torno do novo e promissor método terapêutico empregado com os medicamentos sulfonoterápicos. Quando a mensagem tratava das atividades desenvolvidas pelo SPL de Mato Grosso durante o exercício de 1959, ficava evidente a importância conferida aos quatro dispensários de lepra em detrimento do São Julião. Mesmo que a administração dos trabalhos de combate à endemia leprótica em Mato Grosso tivessem retornado, desde agosto de 1957, à responsabilidade do DSE/MT, através

---

<sup>69</sup> Os asilos-colônias para isolar os leprosos, os dispensários para controlar e diagnosticar os comunicantes e os preventórios para orfanar os filhos indenes dos doentes segregados.

do SPL estadual, é importante destacar que as despesas com essas campanhas permaneciam, em grande parte, sendo subsidiadas pelo governo da União, através da assinatura de novos convênios.

Os movimentos anuais dos dispensários de lepra de Cuiabá, Campo Grande e Corumbá, assim como as atividades do “Dispensário Itinerante do Norte” ou “da Região Amazônica”, foram relatados com riqueza de detalhes nas mensagens de 1959 e 1960. Essa preocupação em descrever e quantificar o que estava sendo realizado demonstrava a grande relevância que os dispensários vinham assumindo na prevenção (vacinação pelo BCG), tratamento (exames e reexames), controle dos pacientes fichados (contagiantes e não contagiantes) e seus comunicantes, vigilância dos doentes isolados (no São Julião ou em domicílios) e o acompanhamento através de visitas domiciliares realizadas por atendentes de saúde e/ou médicos especialistas (IMPL/MT, Mensagem [...], 1960, n.p.).

Obras de ampliação e reformas nos edifícios do São Julião, iniciadas em exercícios anteriores, teriam sido concluídas e inauguradas em agosto de 1959, sendo que novas construções e benfeitorias também estariam em andamento. Entre as realizações, foram citadas:

[...] serviço mecânico de lavanderia, casa geminada para funcionários, garagem e oficina, com residência para motorista, prédio para serviços gerais, 1.400 metros de meio-fio e sarjetas na via principal do Sanatório.

Está em andamento à construção de um novo pavilhão para cozinha e refeitório. Terminado esse pavilhão, as atuais instalações de cozinha e refeitório serão adaptadas para uso dos inválidos.

Atendendo ao apelo dos hansenianos, adquirimos um jipe para uso exclusivo dos mesmos, resolvida, assim, a dolorosa situação em que se defrontam em matéria de transporte os doentes transferidos do Sanatório para os Dispensários (IMPL/MT, Mensagem [...], 1960, n.p., grifos meus).

Como pudemos observar nos relatórios das mensagens encaminhadas à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, entre os anos de 1958 e 1960, a realização de obras de construção, ampliação e serviços de reformas no conjunto arquitetônico do São Julião teriam representado um diferencial da administração de João Ponce de Arruda à frente do executivo estadual (1956-1961). Nesse aspecto, vale questionar: como justificar tais investimentos em um cenário terapêutico que promulgava o fim do isolamento leprocomial?

Nem sempre as novas premissas científicas e legislativas são implementadas de forma imediata. Há, muitas vezes, um descompasso entre aquilo que as novas descobertas e diretrizes da ciência e as normas da agenda de saúde preconizam e a sua efetiva aplicação. É preciso tempo para que as instituições e a sociedade incorporem essas novas determinações e práticas. E não é só a prática que precisa de tempo para ser alterada, há também que se considerar o próprio imaginário social que acompanha a história da lepra. Como apontado anteriormente, esse imaginário se constitui em elemento dificultador para a incorporação dos novos saberes e protocolos em torno da enfermidade, e que é muito mais difícil de ser alterado. Por outro lado, essas benfeitorias realizadas no São Julião atendiam a uma demanda que vinha de mais tempo, podendo visar melhorias para aqueles internos que, conforme mencionado, por diferentes motivos e fatores, não tinham como usufruir dos novos protocolos de tratamento da doença.

Em edição de maio de 1960 *O Estado de Mato Grosso* publicou a reportagem “Carro para o Sanatório São Julião: agradecimentos de internos daquele nosocômio ao Governador Ponce de Arruda”. Nela constava a transcrição de carta datada de 2 de maio daquele ano, assinada por 9 internos do São Julião, e que teria sido enviada ao governador como forma de reconhecimento e gratidão pelo jipe disponibilizado pelo DSE/MT, para atender às necessidades de transporte do sanatório-colônia (Carro para o sanatório [...], 1960, *on-line*). A carta fazia rasgados elogios a Ponce de Arruda. O diretor Orestes Rocha, havia tomado as providências para acelerar a liberação do jipe, do emplacamento à entrega do veículo no São Julião. E os internos, abaixo-assinados, prosseguiram com as expressões de regozijo e gratidão dirigidas ao chefe do executivo estadual:

Cabe-nos, portanto, nesta hora de intenso júbilo, testemunhar a V. Ex<sup>a</sup>. todo o nosso reconhecimento, toda nossa gratidão, profundas e sinceras, como profunda e sincera é e será sempre a nossa admiração pelo eminente homem público, que consideramos um dos nossos maiores benfeitores de todos os tempos e para quem formulamos os mais ardentes votos de felicidades.

Respeitosamente  
a.a. Manoel da Conceição Sabino  
Mário Cardoso Leal  
Vergínio da Costa e Arruda  
Júlio Nolasco da Silva  
Lorencio da Silva  
Domingos Vanini  
Adolfo Rodrigues

José Vaz de Barros  
Acir Rodrigues da Silva.  
(Carro para o sanatório [...], 1960, *on-line*, grifos meus).

Seria o documento realmente redigido pelos internos ou da lavra da direção do estabelecimento? Talvez expressasse a opinião dos pacientes mencionados, mas seria extensiva aos demais internos? Na impossibilidade de testar essas hipóteses, mas considerando outras fontes levantadas na pesquisa, podemos concluir que durante a administração do governador João Ponce de Arruda teria havido significativas melhorias na infraestrutura do São Julião. Naquele período foram ainda observados avanços no atendimento dispensado aos doentes internados e aos pacientes transferidos para dispensários, incluindo aqueles em situação de isolamento domiciliar. Essa interpretação ainda encontra sustentação na análise do movimento geral dos serviços de clínica médica, leproológica, ginecológica e obstétrica, realizados no São Julião durante os exercícios de 1958 e 1959. Tais serviços teriam incluído uma grande variedade de consultas, receitas aviadas, administração das drogas antilepróticas (comprimidos, drágeas e injeções), revisões, curativos, aplicação de injeções, exames e reexames laboratoriais (pesquisa do bacilo de Hansen: muco nasal e lesões cutâneas), partos e intervenções cirúrgicas (IMPL/MT, Mensagem [...], 1960, n.p.). Essa perspectiva positiva fica ainda mais evidente quando contrastada com o abandono e descaso que marcarão, de forma acentuada, o cotidiano do São Julião a partir de meados da década de 1960, sobretudo após a instauração do regime militar no país, analisado na próxima seção.

Em 31 de janeiro de 1961, encerrou o mandato de Ponce de Arruda e, para governar Mato Grosso pela segunda vez, tomou posse o médico Fernando Corrêa da Costa, pertencente ao grupo formado pelas elites políticas da parte sul do Estado. No cenário nacional, terminava o governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira, iniciado em 31 de janeiro de 1956, e tomava posse o presidente eleito em 1960, Jânio Quadros, juntamente com o vice-presidente reeleito, João Goulart. Jânio não chegou a completar 7 meses de governo, renunciando em 25 de agosto de 1961. Goulart tomaria posse apenas em 7 de setembro, após o Congresso Nacional instituir a emenda do Parlamentarismo, limitando os poderes do novo presidente (Fausto, 1995).

Essa conjuntura política, marcada por instabilidades, repercutiu na continuidade das agendas de saúde pública no âmbito federal e, conseqüentemente,

na manutenção e funcionamento do DSE/MT, do SPL estadual e do Sanatório-Colônia São Julião. Sobre isso, assim se manifestou Fernando Corrêa da Costa, na *Mensagem de Governador de Estado* de junho de 1962:

O ano de 1961, pródigo em agitações políticas, quase determinou o colapso dos serviços [de saúde], em virtude da falta do recebimento das quotas federais provenientes dos Convênios assinados entre o Ministério da Saúde e o Governo do Estado de Mato Grosso, referentes aos exercícios de 1960 e 1961. (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1962, p. 81, grifos meus).

Quanto à profilaxia da lepra em Mato Grosso, o balanço feito no mesmo documento descreveu com detalhes os vários problemas enfrentados pelo SPL estadual para efetivar as ações da campanha de combate à doença no Estado. Contraditoriamente, também relatou que teria havido um “perfeito entrosamento” das unidades de saúde gerais e uma boa “produção” no ano de 1961, com resultados superiores aos de 1960<sup>70</sup>, no que se referia ao volume de trabalho do ponto de vista técnico. Por último, ao afirmar que a situação epidemiológica da lepra em Mato Grosso não era nada “alentadora”, o representante do poder executivo reforçava a existência de um conjunto de dificuldades orçamentárias, que teria se convertido no principal obstáculo ao desenvolvimento dos projetos e à execução das atividades epidemiológicas da campanha antileprótica no Estado.

Na exposição que se segue, verificarão os Senhores Representantes do Povo os grandes projetos em objetivo.

‘Doentes existentes no Estado’: A – Registrados 1.757 doentes, B – Sob vigilância 871 doentes, C – Sem controle 886 doentes.

Dada a deficiência de transporte e do serviço itinerante, observa-se que 50% dos doentes estão sem vigilância médica.

Quero chamar a atenção para a distribuição por formas clínicas, que mostra: dos 1.757 doentes fichados, 66% eram portadores da forma lepromatosa, 14% da forma indeterminada e 20% da forma tuberculóide.

A desproporção entre lepromatosos e indeterminados sendo de 4 por 1 indica indisfarçável falta dos trabalhos epidemiológicos. (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1962, p. 80-81, grifos meus).

---

<sup>70</sup> Não consegui localizar nos acervos pesquisados a mensagem que deveria ter sido apresentada à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, pelo então governador do Estado, Fernando Corrêa da Costa, na sessão de 13 de junho de 1961, referente ao exercício de 1960.

Ao tratar da difícil situação vivenciada pelo SPL estadual, Corrêa da Costa afirmou ter determinado em setembro de 1961 o pagamento da quota estadual do convênio de 1960, na importância de Cr\$ 2.500.000,00, verba com a qual teria se conseguido, “precariamente”, assegurar o funcionamento do referido serviço. No entanto, esse montante de recursos seria suficiente “apenas para amortizar, em mínima proporção, as despesas com a manutenção do Sanatório São Julião de Campo Grande”. Em janeiro de 1962, a situação do SPL teria atingido “uma fase de calamidade pública, sob ameaça constante de interrupção do fornecimento de gêneros alimentícios e medicamentos” aos pacientes internados, pois o atraso ao pagamento dos fornecedores já somava 12 meses. Diante dessa “contingência”, não seria “surpresa” se o governo estadual “fosse forçado ao fechamento do Sanatório São Julião, com repercussão de ordem profilática, moral e humanitária, atingindo ao Governo da União, único responsável pelo não cumprimento dos Convênios assinados entre as duas partes”. Por fim, o relatório declarava que o estado de Mato Grosso teria cumprido com a sua obrigação (pactuada nos referidos acordos), tendo efetuado o pagamento da quota orçamentária estadual, referente aos exercícios de 1960 e 1961 (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1962, p. 81).

Sobre as condições de funcionamento do São Julião, afirmava-se que a capacidade máxima de atendimento era para 300 internos, com uma ocupação média de apenas 220 leitos. Como assinalado anteriormente, o número de pacientes isolados no sanatório-colônia vinha diminuindo, ano após ano, desde meados da década de 1950, reflexo da sulfonoterapia, do aumento das transferências para dispensário e das recomendações discutidas e aprovadas nas resoluções dos congressos internacionais de lepra e em outros eventos científicos nacionais.

Como vimos, os leprologistas do SNL passaram a defender e orientar a adoção do isolamento seletivo, isto é, apenas dos casos contagiantes da doença, uma vez que o internamento indiscriminado de doentes em leprosários havia se tornado uma prática sanitária comprovadamente ineficaz e, portanto, desnecessária. Lembrando, ainda, que aquela medida profilática era responsável por esfacelar os vínculos sociais e afetivos entre os pacientes segregados e seus familiares e amigos. Sem contar o problema do alto custo de manutenção dos leprosários, constantemente acionado pelas autoridades governamentais e médicas, cujas despesas acabavam sendo declaradas como uma carga de difícil solução para os governos estaduais.

Levando em consideração a evidente alta do custo de vida, não vejo possibilidade de, no decorrer do ano de 1962, custear o leito – nunca menos de Cr\$ 150,00. Baseado nessas conclusões, um simples cálculo mostrará que em média 220 doentes darão um gasto diário de Cr\$ 33.000,00 e num ano a despesa se elevará à cifra de Cr\$ 12.045.000,00.

Sendo esta despesa prevista só para o Sanatório São Julião, segue-se que quase toda a verba destinada para Profilaxia da Lepra no Estado, será absorvida somente com a manutenção do Sanatório, com prejuízo para as atividades dos outros setores (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1962, p. 82, grifos meus).

Um item do relatório foi reservado exclusivamente para detalhar os recursos orçamentários referentes aos convênios entre o governo de Mato Grosso e a União (por intermédio do SNL, do Ministério da Saúde), que faziam parte do montante de repasses atrasados. Verbas federais que seriam destinadas “à intensificação do Serviço de Profilaxia da Lepra no Estado e à manutenção do Sanatório São Julião” (relacionadas como restos a pagar dos exercícios de 1960 e 1961), que somavam um total a receber de Cr\$ 19.350.000,00 (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1962, p. 82). Desse saldo devedor, até o final do exercício de 1962, o governo de Mato Grosso teria conseguido receber pouco mais da metade, um total de 9.850.000,00. Esse crédito orçamentário, somado às quotas repassadas pelo tesouro estadual, teriam garantido a manutenção (com pequenos reparos em alguns edifícios) e o funcionamento do São Julião, que teria atendido uma média de 208 internos no transcorrer daquele ano. O recebimento de parte dos repasses atrasados também teria possibilitado a continuidade das atividades desenvolvidas pelos dispensários de Cuiabá, Corumbá e Campo Grande, tais como: diagnóstico e fichamento de novos doentes, exames, reexames, tratamento com os medicamentos sulfonoterápicos, vigilância e controle de pacientes e seus comunicantes (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1963, p. 177).

Em uma breve referência à CNCL em Mato Grosso, a mensagem de 1963 relatara:

Caso o Governo Federal se disponha, também este ano desencadearmos uma grande campanha contra a lepra, que constitui, sem dúvida, um dos nossos grandes problemas de saúde pública (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1963, p. 177, grifos meus).

O texto apontava que em 1963 as atividades sanitárias da CNCL ainda não haviam sido implementadas em Mato Grosso, pois dependeriam, mais uma vez, da disponibilidade (ao que tudo indica financeira) do governo federal. Os recursos orçamentários para o atendimento das despesas decorrentes da CNCL estavam assegurados no artigo 7º da lei que a instituiu, sendo que esta mesma legislação também determinava a inclusão anual no orçamento geral da União, durante cinco exercícios consecutivos, das seguintes dotações (Cr\$):

a) primeiro ano.....	91.700.000,00
b) segundo ano.....	137.550.000,00
c) terceiro ano.....	150.450.000,00
d) quarto ano.....	170.580.000,00
e) quinto ano.....	200.550.000,00

(Brasil, Lei nº 3.542 [...], 1959, *on-line*)

Como pudemos observar, durante os primeiros cinco anos de vigência da lei que instituiu a CNCL, os valores destinados às suas ações profiláticas deveriam ser devidamente reajustados em todos os exercícios financeiros. Entretanto, segundo Maciel (2007, p. 274), a execução oficial da CNCL, nos moldes propostos originalmente, teria durado apenas os dois primeiros anos. Entre os fatores que justificavam esse cenário estavam às instabilidades políticas após o mandato do presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, somadas à herança inflacionária de seu governo. Corroborando com os relatos apontando grandes dificuldades orçamentárias referentes aos primeiros anos da administração do governador Fernando Corrêa da Costa, Maciel (2007) afirma que, a partir de 1961:

[...] a CNCL foi alterada de tal forma, por força de restrições orçamentárias, que alguns leprologistas afirmavam ser impossível falar em continuidade. O baixo percentual financeiro aprovado para sua execução a comprometeria de maneira profunda, ficando impossível falar em continuação, apesar de em muitos documentos do período ainda encontrarmos a denominação CNCL. Assim, a partir de 1962, o que se viu foi que as ações de combate à lepra não tiveram continuidade da maneira esperada pelos leprologistas [...] (Maciel, 2007, p. 277).

Mesmo com o orçamento drasticamente reduzido, o SNL teria dado continuidade às tentativas de execução de uma grande campanha de profilaxia da lepra nas unidades federativas, buscando cumprir um plano de trabalho que

procurasse, na medida do possível e com as condições existentes, perpetuar as ações propostas pela CNCL. Em Mato Grosso, a maioria das ações de combate ao mal de Hansen projetadas pela CNCL acabaram não sendo executadas na realidade do SPL estadual e nem no cotidiano do São Julião. Nesse sentido, a legislação sanitária que instituiu a CNCL, para ser operacionalizada em todo o território nacional, teria se tornado apenas mais uma lei, entre tantas outras na história da saúde pública brasileira, que não fora cumprida pelos dirigentes políticos, bastante displicentes em relação aos interesses da população.

Destarte, é importante ressaltar que todas as mensagens de governadores de estado até aqui analisadas explicitaram a grande dependência financeira do DSE/MT e do SPL estadual em relação aos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, por meio dos vários convênios firmados entre o SNL e o governo do Estado. Diante disso, quando as verbas da União atrasavam, ou simplesmente não eram repassadas, as atividades de enfrentamento à endemia de lepra praticamente paralisavam. Em meio às tão apregoadas dificuldades orçamentárias, ressurgiram, também na administração do governador Fernando Corrêa da Costa, as antigas, porém recorrentes, reclamações do poder executivo estadual por ter que arcar com o alto custo de manutenção dos pacientes internados no São Julião. Justamente numa conjuntura sanitária em que os leprologistas do SNL, mesmo enfrentando várias limitações financeiras, buscavam expandir a CNCL Brasil afora, disponibilizando informações e oferecendo respaldo científico às autoridades governamentais e médicas locais, com vistas a “abolir” a prática do apartamento social de doentes de lepra em instituições nosocomiais. Esse era o cenário propício para que o governo federal buscasse normatizar essas questões, na esperança de que o modelo isolacionista, ainda que lentamente, fosse deixando de ser praticado em todas as regiões brasileiras. Assim, em 7 de maio de 1962, foi publicado o decreto nº 968, cujos desdobramentos nas políticas de controle e combate à lepra em Mato Grosso e no funcionamento do São Julião figuram entre os objetos de análise das páginas seguintes.

Concluo esta seção com o seguinte questionamento: a partir da década de 1960, além de abrigar os pacientes não reintegrados à sociedade extramuros, qual deveria ser o papel desempenhado pelos asilos-colônias nas políticas de enfrentamento à endemia de lepra no Brasil? Segundo Maciel (2007, p. 249-250), por recomendação das resoluções aprovadas no congresso realizado em Tóquio,

em 1958, e publicadas pelos leprologistas do SNL, aquelas instituições passariam a funcionar como centros de pesquisa em leprologia, de educação profissional de pessoal da área de saúde, de cirurgias de reabilitação, de treinamento vocacional para os internos residentes, entre outras especialidades e formações técnicas. No caso do São Julião, como também abordarei na seção seguinte, em 1970, o então sanatório-colônia foi transferido do governo estadual para a Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos (AARH), entidade filantrópica responsável pela manutenção, funcionamento e administração do atual Hospital São Julião.

### **3.3 Tempos de Transição: do abandono do poder público à administração da AARH (1964/1970)**

Há dez anos, desde janeiro de 1953, o problema social da lepra vem sendo atacado em todos os países; já é o tempo, portanto, de afastarmos para sempre esse mito odioso e ridículo que declara ser a lepra fatal e maldita! Aqueles que sofrem do mal de Hansen são doentes como outros e como tal devem ser tratados.

(Jornal *A Cruz*, 1963, *on-line*)

No dia 27 de janeiro de 1963, a então *Secretaria de Educação, Cultura e Saúde do Estado de Mato Grosso* comemorou a passagem do “Dia Mundial dos Leprosos”. A data havia sido instituída dez anos antes (1953), marcando a celebração sempre no último domingo do mês de janeiro<sup>71</sup>. No evento, noticiado na reportagem publicada no jornal *A Cruz* do dia 3 de fevereiro de 1963, a secretaria

---

<sup>71</sup> Esta data remete ao jornalista, poeta, dramaturgo e filantropo Raoul Follereau, nascido em 17 de agosto em 1903, em Nevers, na França. Follereau dedicou grande parte de sua vida à causa da lepra em várias regiões do planeta, atuando com o propósito de amparar e defender as pessoas acometidas pela doença, em particular nos países africanos. Em 1953, o francês instituiu o “Dia Mundial dos Leprosos”, dedicado à reflexão sobre a lepra e a situação dos leprosos no mundo. Foi também o próprio Raoul Follereau quem escolheu o último domingo do mês de janeiro de cada ano para celebrar a data. Ele faleceu em Paris, em 6 de dezembro de 1977, deixando um legado importantíssimo para a melhoria das condições de vida e do tratamento dispensado aos doentes de lepra. Para saber mais sobre a vida e obra de Follereau, consultar o trabalho de Curi (2010, especialmente o 6º capítulo). A lei nº 12.135, de 18 de dezembro de 2009, instituiu no Brasil o “Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase”, que continuou sendo comemorado no último domingo do mês de janeiro (Brasil, 2009, *on-line*). Em 2016, o Ministério da Saúde oficializou janeiro como o mês de conscientização sobre a hanseníase e definiu a cor roxa como símbolo das ações educativas com foco na doença em todas as unidades federativas. A partir de então, foi criada a campanha “Janeiro Roxo”, que tem como objetivo conscientizar a população sobre prevenção, sinais e sintomas, formas de transmissão, diagnóstico precoce e o direito ao tratamento gratuito pelo SUS e aos cuidados especiais dispensados às pessoas acometidas e afetadas pela hanseníase. Informações disponíveis em: <http://www.enf.ufmg.br/index.php/noticias/2018-janeiro-roxo-no-mes-de-conscientizacao-sobre-a-hanseniose-professores-destacam-a-importancia-da-informacao>. Acesso em: 10 nov. 2023.

promoveu uma exposição de textos alusivos à situação epidemiológica da lepra e ao problema social representado pelo estigma a que ainda estavam sujeitos os acometidos pela moléstia em Mato Grosso, no Brasil e em vários outros países do mundo.

Na comemoração realizada no ano anterior (1962), o “Chefe do Serviço de Lepra” da OMS tinha declarado, através da “Rádio de Leussne”, na França, que mais da metade dos dois milhões e meio de leprosos em tratamento no mundo à época, já teria alcançado a cura.

Após esta afirmação, uma nova página da história da humanidade acaba de passar: a página mais cruel, mais aterradora, sem dúvida, desde que o mundo é mundo. Ninguém agora pode refutar a evidência de que a lepra é uma doença raramente contagiosa, como também curável.

A estúpida e atroz publicidade que a crença popular, em sua tradição, tem feito contra a lepra, é um dos maiores obstáculos, porque o temor, o desespero e a maldição, infelizmente, ainda não terminaram (Secretaria da Saúde [...], 1963, *on-line*, grifos meus).

A informação teria se tornado uma estratégia importante das autoridades governamentais e médico-científicas para convencer a população de que a lepra era pouco contagiosa e curável. O propósito era amenizar os problemas sociais causados pelo persistente estigma que povoava o imaginário social sobre a doença e os seus acometidos. Temor, preconceito e discriminação eram manifestações ainda bastante arraigadas à “tradição” e à “crença popular” do período. Promover mudanças na mentalidade, mesmo que lentamente, seria um passo importante para persuadir a sociedade de que a lepra havia se tornado uma doença como as outras e, portanto, o doente também poderia ser tratado em ambulatórios e unidades gerais de saúde. Conforme destacado anteriormente, na atualidade essas preocupações ainda fazem parte das campanhas de educação e propaganda sanitária, com foco na hanseníase, realizadas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios brasileiros.

O texto da reportagem, sem identificação de autoria, afirmou existir à época um total de quinze milhões de leprosos e questionou: se a OMS declarou que havia dois milhões e meio de doentes em tratamento, o que estaria sendo feito do restante? Quais os planos da comunidade internacional para tratar os mais de doze milhões de leprosos sem assistência, espalhados pelo mundo afora? Na sequência,

a matéria apresentou uma comparação entre os investimentos necessários ao tratamento do quantitativo de doentes de lepra existente no mundo à época e os altos gastos dos governos de alguns países com instrumentos de guerra:

E dizer que apenas dois aviões de bombardeio, que Raoul Follereau reclama há sete anos, dariam, em seu preço total, para tratar todos os leprosos do mundo! Sete anos... Realmente, os poderosos não têm tempo e nem pressa para cuidar dos restantes doze milhões de leprosos sem assistência por essas nações afora...

Porém, esses doze milhões ainda sem tratamento aguardam pacientemente e esperam que um dia sejam dignos da ajuda efetiva que tanto imploram.

Assim sendo, não vamos deixá-los esperar ainda mais tempo. Neste Dia Mundial dos Leprosos, conclamamos todos para a luta, seja assistindo, seja encaminhando aqueles que, por ignorância ou inconsciência, fogem ao tratamento (Secretaria da Saúde [...], 1963, *on-line*, grifos meus).

Raoul Follereau, idealizador do “Dia Mundial dos Leprosos”, viveu de perto os horrores da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), colaborando com a resistência civil francesa. Essa experiência permitiu-lhe questionar e criticar fortemente o porquê de muitos países desenvolvidos preferirem consumir quantias exorbitantes em conflitos armados, em lugar de investir em saúde pública, no atendimento aos mais necessitados, a exemplo das “minorias oprimidas e mais amarguradas do mundo”: os doentes de lepra (Curi, 2010, p. 295-308).

Para finalizar, o artigo afirmou que aquelas comemorações do décimo aniversário de instituição do “Dia Mundial dos Leprosos”, deveriam ser ainda mais imponentes, exigentes e fraternas. A partir daquele dia 27 de janeiro de 1963, um grande movimento de conscientização, envolvendo governos e sociedade civil, deveria seguir com o propósito de buscar solucionar o problema da lepra no mundo e, conseqüentemente, do tratamento e assistência aos acometidos pela doença.

E, afim de que esta mobilização das consciências leve aqueles que conduzem o mundo a pensarem mais um pouco nos homens que sofrem, mesmo que para tal tenham que pensar um pouco menos na lua, sempre estaremos crendo que é mais importante e mais digno para o homem tratar de quinze milhões de leprosos, seus semelhantes, do que lançar foguetes na estratosfera...

CIVILIZAÇÃO É AMOR (Secretaria da Saúde [...], 1963, *on-line*, grifos meus).

Figura 26 - "Secretaria da Saúde Comemorou o Dia Mundial dos Leprosos", 1963.

# SECRETARIA DA SAUDE COMEMOROU DIA MUNDIAL DOS LEPROSOS

A secretaria da saúde comemorou condignamente a passagem do Dia Mundial dos Leprosos, a 27 de mês de janeiro pp., a Secretaria da Educação, Cultura e Saúde na ocasião fez a difusão de textos alusivos à efeméride, que sem dúvida alguma fez lembrar ao mundo inteiro que a maligna doença é motivo de preocupação, esforço e trabalho por parte de todos os órgãos encarregados do combate à lepra. Por este motivo, a Secretaria da Educação, Cultura e Saúde do Estado de Mato Grosso, que também integra a extensa rede de organizações por todo o nosso planeta que luta incessantemente contra a Lepra, levou ao povo mato-grossense a seguinte mensagem:

Nesta mesma data, no ano passado através do Rádio de Leusenne, em França, o Chefe do Serviço de Lepra da Organização Mundial de Saúde declarava: "Afirmo que dos dois milhões e meio de leproso atualmente em tratamento mais da metade estão curados. Após esta afirmação, uma nova página da história da Humanidade acabava de passar: a página mais cruel, mais ultradora, sem dúvida, desde que o mundo é mundo. - Ninguém agora pode reffutar a evidência de que a Lepra é uma doença raramente contagiosa, como também curável.

A estúpida e atroz publicidade que a ciência popular em sua tradição, tem feito contra a lepra, é um dos maiores obstáculos porque o te-

mor, o desespero e a maldição intelectual ainda não terminaram. A Organização Mundial de Saúde declarou haver dois milhões e meio de doentes em tratamento. Entretanto, existe em todo o mundo, quinze milhões de leproso; perguntamos: O que é feito desses outros restantes? Onde será que, internacionalmente, estarão elaborando os planos para os créditos necessários? E dizer que apenas dois aviões de bombas, que Raoul Follereau reclama há sete anos, dariam, em seu preço total, para tratar de todos os leproso-

do mundo! Sete anos... Realmente, os poderosos não têm tempo e nem pressa para cuidar dos restantes doze milhões de leproso sem assistência, por essas nações afóra... Porém, esse doze milhões ainda sem tratamento, aguardam pacientemente e esperam que um dia sejam dignos da ajuda efetiva que tanto imploram. Assim sendo, não vamos deixá-los esperar ainda mais tempo. Neste Dia Mundial dos leproso, conclamamos todos para a luta, seja assistindo ou seja encaminhando aqueles que, por ignorância ou inco-

sciência, fogem ao tratamento. Há dez anos, desde janeiro de 1953, o problema social da Lepra vem sendo atacado em todos os países; já é tempo, portanto, de afastarmos para sempre esse mito odioso e reidículo que declara ser a Lepra fatal e maldita! Aquéles que sofrem do Mal de Hansen são doentes como outros e como tal devem ser tratados. Dia Mundial dos leproso... Teria sido possível conceber uma tal data no Passado? Entretanto, neste último ano, já 116 nações realizaram um imenso encontro de amor nos leprosários 15 Reis ou Chefes de Estado, estiveram, pessoalmente, as suas mãos aquéles que, durante tantos séculos somente provocaram fugas temerosas. Assim, pois, estes 10º aniversário da Instituição do DIA MUNDIAL DOS LEPROSOS, deverá ser ainda, mais impo-

nente, mais exigente, mais fraternal! Todos devem colaborar neste dia; que se juntem todos às multidões bondosas que em 27 de janeiro libertam os doentes pela graça de sua presença, de sua fraternidade! É a fim de que esta mobilização das consciências leve aquéles que conduzam o mundo, a pensar mais um pouco menos que sofrem, mesmo que pare tal tenham de pensar um pouco menos na sua, sempre estaremos crendo que, é mais importante e mais digno para o homem tratar de quinze milhões de leproso, seus semelhantes, do que lançar foguetes na estratosfera... CIVILIZAÇÃO É AMOR

## Mais fácil a extração do alumínio - britânicos descobriram métodos novos

LONDRES (BNS) - Os cientistas dos laboratórios de pesquisa da British Aluminium anunciaram haver descoberto métodos mais econômicos para extrair o alumínio da bauxita.

O aperfeiçoamento do método está sendo efetuado em colaboração com a Kaiser Aluminium and Chemical Corporation, dos Estados Unidos.

As descobertas dizem respeito aos benefícios obtidos com o uso de um material refratário duro, a carbureto de titânio ou boro, como eletrodos na produção de células de alumínio e a métodos para a produção mais econômica dos mesmos com a forma e as propriedades físicas apropriadas.

Os caminhões eram do tipo "Invincible", fabricados pela Guy, com oito rodas, motores diesel "61X", e cujas de marcha de seis velocidades - o tipo de veículo que frequentemente é chamado a realizar essas difíceis operações de transporte em muitas partes do mundo.

por apenas três caminhões - em apenas uma viagem.

Uma fundição de bronze de Manchester, Inglaterra, foi recentemente ampliada em 408 metros quadrados em apenas seis semanas. Trata-se de um excepcional resultado de construção, não há dúvida, mas talvez o mais notável tenha sido o fato de que a estrutura do edifício, pré-fabricada, e pesando 48 toneladas, foi transportada

## Recorde absoluto de vendas de carros Jaguar

LONDRES (B. M. S.) - A Companhia Jaguar anunciou neste cidade suas estatísticas finais relativas ao movimento de vendas em 1962, das quais se concluiu que foi estabelecido um recorde absoluto, em praticamente todos os mercados do mundo.

A companhia informa que suas vendas subiram em 25 por cento, e acrescenta por intermédio de um Porta-voz: "A atual reorganização e os programas de integração da Jaguar e da Daimler resultaram em produção ainda maior em 1963".

## Sociais

Noticiamos, embora tardiamente, mos com muita satisfação o contrato de casamento, do sr. Ivam Monteiro da Silva com a destina senhorita Maria Leide de Souza, que se verificou no dia 21 de janeiro pp. Ele filho do senhor e senhora Benedito Monteiro da Silva, e ela filha do senhor e senhora Benedito Rodrigues de Souza.

Aqui aproveitando o ensejo formulamos aos noivo um próspero futuro. Pedimos aos nossos assinantes, que nos comuniquem a mudança de seus endereços. Ficaremos agradecido.

## AVISOS

**BIG CESTA DE NATAL**  
**TITANUS**  
Mais mercadorias - mais economia - mais prêmios  
AGENCIA EM CUIABA:  
Praça do Ypiranga, 32 e 34 - perto do Armazem Bandeirante  
PRECISAMOS DE CORRETORES - BOA COMISSÃO

### EIS UM FATO



O PHILHARMONIC HALL - Em setembro de 1962, inaugurou-se o primeiro edifício do Lincoln Center, em Nova York. Tratava-se do Philharmonic Hall, primeira sede permanente da mundialmente famosa Orquestra Filarmônica de Nova York e é uma das sete estruturas que, no futuro, comporão um dos maiores centros mundiais dedicados às artes cênicas. Haverá instalações para "ballet", teatro, ópera, concertos ao ar livre e uma escola de música. Verifica-se nos E. U. A., atualmente, um interesse cada vez maior pela cultura em todos os seus aspectos, e o Lincoln Center é apenas um entre quase 70 centros de arte e cultura que estão sendo construídos no país inteiro.

### O COMEÇO



Em 1955, John D. Rockefeller III, eminente filantropo norte-americano, e Charles M. Spofford, ilustre advogado, iniciaram conversações sobre a premente necessidade de se proverem novas sedes tanto para a Metropolitan Opera como para a Filarmônica de Nova York. Essas duas entidades, de renome mundial, achavam-se em difícil situação.

# LOJAS Riachuelo

(Três endereços e somente um símbolo de confiança)

Fonte: Jornal A Cruz, 1963, on-line.

Dando continuidade à divulgação de conteúdos educativos na imprensa local, o jornal A Cruz do dia 14 de abril de 1963 publicou reportagem intitulada "A Lepra Hoje é Curável e não Afugenta mais Ninguém", apoiada em pesquisas científicas, cujos resultados foram didaticamente expostos pelo leprologista Abraão Rotberg. Mais uma vez o objetivo era convencer a população da eficiência dos novos

métodos empregados no tratamento de doentes de lepra e, ainda, da “certeza” de obtenção da cura, mesmo para as formas mais graves de manifestação da doença. Diante disso, o internamento de pacientes em sanatórios-colônia ou em quaisquer outros hospitais específicos para o isolamento de leprosos ficaria restrito aos casos clínicos indicados por médico especialista. Naquele período, com a realização do diagnóstico precoce e o tratamento sulfonoterápico em observação à prescrição médica, “as consequências das formas mais graves da moléstia de Hansen” também teriam praticamente desaparecido. O texto foi dividido em dois itens: “Resistência Natural” e “O Contágio”:

#### RESISTÊNCIA NATURAL

Segundo o prof. Abraão Rotberg, professor de Clínica Dermatológica da Escola Paulista de Medicina e consultor da Organização Mundial da Saúde para assuntos de Leprologia, cerca de 80% da população, em todas as partes do mundo, é naturalmente resistente à lepra. Por mais longo que seja seu contato com a doença, essa grande maioria não adquire a doença ou, na pior hipótese, passa a apresentá-la sob formas benignas e não contagiantes. Não se conhece bem a essência dessa resistência natural, mas muitos especialistas pensam que ela possa ser de caráter familiar e herdado (pode-se reconhecer o indivíduo resistente pela capacidade que ele tem de reagir a uma injeção intracutânea especial). Mas mesmo entre os 20% que não reagem a essas injeções, há ainda boa proporção de pessoas resistentes. É em virtude dessa pequena minoria de elementos suscetíveis - 5 a 10% - e a fraca atividade do bacilo de Hansen, ensina o prof. Rotberg, que a lepra é considerada uma moléstia pouco transmissível, muito menos, por exemplo, que a tuberculose. Isso explica porque ela não se estendeu avassaladoramente, sabendo-se que até uns 20 anos não havia tratamento eficaz para o mal. Essa resistência natural é um dos fatores considerados nos esquemas atualizados de profilaxia da lepra, ao lado do tratamento moderno, do diagnóstico precoce, das tentativas de imunização artificial, da educação sanitária e outros.

#### O CONTÁGIO

Para uma pessoa ficar doente de lepra, é necessário um contato íntimo e prolongado com um doente contagiante e nem todos o são. Onde se encontra um doente de lepra existe ou existiu outro que o contagiou com o bacilo de Hansen (*Mycobacterium leprae*), geralmente encontrado no muco nasal, nas lesões da pele, nos nervos, gânglios e sangue. A transmissão por insetos hematófagos ou qualquer hospedeiro intermediário não está provada, mas é possível. Por outro lado, a ocorrência de vários casos de lepra em uma mesma família não se deve à herança da moléstia, mas à convivência íntima e prolongada com parente enfermo e bacilífero, que contagia, de preferência, as pessoas mais suscetíveis, que são as crianças e os adolescentes.

Portanto, verifica-se ser bem difícil a transmissão da moléstia, nos moldes em que a maioria das pessoas faz ideia. Uma hipótese, no entanto, parece certa: a lepra é uma doença própria dos países subdesenvolvidos, principalmente naqueles onde se encontra higiene geral deficiente (A lepra hoje é [...], 1963, *on-line*).

Optei por citar, na íntegra, as duas seções do artigo, por considerar que as informações são bastante relevantes para sintetizar o teor do discurso médico-científico e dos conhecimentos produzidos até aquele momento sobre a etiologia da lepra, formas de contágio e transmissão, assim como da resistência natural ao bacilo de Hansen. O conteúdo educativo divulgado se aproxima muito das ações sanitárias de informação, conscientização e sensibilização da população para o enfrentamento da hanseníase na atualidade, a exemplo das atividades da mencionada campanha do “Janeiro Roxo”, desenvolvidas por estados e municípios brasileiros, sob orientação e acompanhamento do Ministério da Saúde.

A hipótese de ser a lepra “uma doença própria dos países subdesenvolvidos”, marcados por grandes deficiências nas condições gerais de higiene, já foi devidamente comprovada pelos estudiosos da matéria. Organismos internacionais como a OMS, ligados às questões sanitárias e ao estudo das desigualdades socioeconômicas - empecilhos à promoção de uma saúde pública eficiente e inclusiva em várias regiões do planeta - confirmam ser hanseníase uma doença endêmica ou hiperendêmica entre grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social, econômica, educacional, geográfica, ambiental, racial.

Como visto, as campanhas de educação e propaganda sanitária da época focavam no convencimento da população da baixa transmissibilidade e curabilidade da lepra. Defendiam a luta diuturna contra o estigma e a discriminação social e declaravam ser a informação imprescindível para avançar no diagnóstico precoce e aplacar o medo da busca pelo tratamento. Contudo, havia uma evidente contradição, somada a um grande distanciamento, entre os discursos empregados nessas campanhas e a falta de investimentos por parte dos governantes em políticas públicas efetivas e de forma continuada para melhorar, na prática, as condições de tratamento e reabilitação dos doentes de lepra, historicamente desassistidos e “esquecidos” pela saúde pública e a sociedade (Monteiro, 2019).

Todo o movimento de descobertas e atualizações científicas sobre a profilaxia da lepra (diagnóstico precoce, os medicamentos sulfonoterápicos, transferências para dispensário, visitas em domicílios, acompanhamento especializado, controle

dos comunicantes e vigilância dos pacientes liberados para continuidade do tratamento, educação sanitária, entre outras medidas de combate à doença) ainda não teriam resultado em impactos significativos na prática do isolamento de pessoas acometidas pelo mal de Hansen. A lentidão no desmonte do modelo isolacionista no Brasil e em Mato Grosso tornara-se uma preocupação para políticos e autoridades médicas da época, surpreendidas com as dificuldades, em especial as “razões sociais”<sup>72</sup> relacionadas ao estigma, que foram surgindo ao longo daquele complexo processo, marcado mais por continuidades e permanências do que por rupturas.

No transcorrer da década de 1960, foi possível perceber uma redução gradativa no quantitativo de pacientes internados no São Julião. Segundo consta na mensagem do governo estadual enviada em 1964, em 31 de dezembro de 1962 havia um total de 188 pacientes internados, dos quais 50 teriam deixado o sanatório-colônia ao longo de 1963, incluindo 11 óbitos; 6 evadidos, 11 transferências para dispensário; 14 para isolamento domiciliar e 8 reencaminhados aos dispensários, uma vez terem sido reinternados - 2 para tratamento de intercorrências, 3 para procedimentos cirúrgicos e os outros 3 “por razões sociais”. Em compensação, 26 pacientes teriam dado entrada no São Julião naquele ano: 13 devido a novos diagnósticos de lepra (que também teriam sido internados por questões sociais), 8 reinternados que estariam retornando dos dispensários (2 por razões sociais, 3 para procedimentos cirúrgicos e 3 para tratamento de intercorrências), 2 reinternados que teriam retornado do isolamento domiciliar (1 para tratamento de intercorrência e o outro para procedimento cirúrgico) e 3 reinternados que estariam evadidos. Sendo assim, em 31 de dezembro de 1963, haveria um total de 164 internos no São Julião, 24 a menos que no ano anterior (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1964, p. 128).

Segundo a mensagem datada de 1965, o movimento de pacientes internados no São Julião no anterior teria sido o seguinte:

---

<sup>72</sup> “Por razões sociais” entendia-se um conjunto diversificado de problemas (sociais, econômicos, estéticos, entre outros) enfrentados pelos egressos do isolamento leprocomial na sociedade extramuros, o que muitas vezes obrigava os pacientes que recebiam o benefício da alta a retornarem ao sanatório-colônia. Os “novos” indivíduos diagnosticados, por uma complexidade de fatores relacionados ao estigma, preconceitos, sequelas e incapacidades provocadas pelo diagnóstico tardio, entre outros, também tinham dificuldades de continuar convivendo (e sobrevivendo) em suas comunidades. Como vimos, ainda existiam aqueles pacientes internados que simplesmente se recusavam a deixar o espaço colonial, por medo de se aventurar em um mundo que havia se tornado totalmente estranho a eles, e no qual dificilmente conseguiriam trabalho, moradia, apoio familiar e aceitação social, por conta da forte discriminação a que estariam sujeitos fora do leprosário (Oliveira, 2012; Cahu, 2015).

Doentes internados existentes em 31/12/1963 – 164;

#### ENTRADAS

Doentes novos internados por razões sociais – 6

Doentes que estavam com transferência para dispensário, reinternados:

- a) Por razões sociais – 17
- b) Para tratamento cirúrgico – 4
- c) Para tratamento de intercorrência – 4
- d) Em trânsito – 3

Doentes que estavam com isolamento domiciliar reinternados:

- a) Para tratamento cirúrgico – 3

Doentes reinternados que estavam evadidos – 1

#### SAÍDAS

Doentes que saíram com transferência para dispensário – 4

Doentes que saíram com isolamento domiciliar – 1

Doentes evadidos – 9

Doentes falecidos – 9

Doentes que foram reencaminhados aos dispensários, que haviam sido reinternados:

- a) Para tratamento de intercorrência – 12
- b) Para tratamento cirúrgico – 1

Doentes internados existentes em 31/12/1964 – 152 (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1965, p. 174-175).

Ao analisar os movimentos de entradas no São Julião, referentes aos exercícios de 1963 e 1964, pude constatar que a maioria dos internados e reinternados no período tinham como justificativa as “razões sociais”, ou seja, a falta de condições de continuar convivendo e sobrevivendo fora do espaço isolacionista após as transferências e reencaminhamentos para os dispensários, liberações e retornos ao isolamento domiciliar, ou por consequência de novos diagnósticos de lepra. Os problemas sociais haviam se convertido no principal fator de continuidade e manutenção dos internamentos de doentes de lepra no São Julião. Em contrapartida, como apontam os mesmos dados, os movimentos de saídas passaram a ser bastante impactados pelo elevado quantitativo de internos evadidos e falecidos, em detrimento das outras causas relatadas. Esses dados, principalmente os relativos às constantes fugas, acabam reforçando a tese de abandono do São Julião pelo poder público, cujo argumento vem sendo desenvolvido desde o primeiro capítulo deste trabalho. Esse descaso dos dirigentes políticos com a manutenção do sanatório-colônia afetava diretamente a assistência e o tratamento oferecidos aos pacientes internados à época, estimulando as evasões

como ações de resistência às más condições de vida impostas pelo regime de segregação social.

Como vimos, as conquistas científicas possibilitaram avanços na terapêutica da lepra, condição que impactou, ainda que de forma paulatina, na política de isolamento compulsório. De principal alternativa profilática para o controle da doença essa medida se transformou em algo ultrapassado, ineficaz e, na maioria dos casos, desnecessária. No novo cenário de enfrentamento da doença, além da diminuição do número de doentes internados no São Julião anualmente, os fatores relatados para justificar os movimentos de entrada e saída de pacientes também teriam sido modificados com o passar dos anos. O isolamento compulsório, que na maioria das vezes seria perpétuo, foi substituído por outras situações associadas às condições clínicas: pacientes em trânsito, resistência medicamentosa, tratamento de intercorrências, procedimentos cirúrgicos e novos doentes diagnosticados, que passaram a figurar entre as principais causas de ingresso de pacientes no sanatório-colônia. Transferências para dispensários, liberações para isolamento domiciliar e reencaminhamentos para o dispensário e para isolamento em domicílios daqueles que necessitaram ser reinternados para tratamento cirúrgico e de intercorrências, também passaram a ser registrados como motivos de saídas do São Julião, e que antes se restringiam basicamente às evasões e óbitos.

Diante do conjunto de mudanças elencado, o controle dos comunicantes passou a ser apontado pelo governo de Fernando Corrêa da Costa como a maior dificuldade enfrentada pelo SPL estadual à época, cuja execução passou a exigir maiores investimentos, principalmente no âmbito da vigilância sanitária. Apesar das alegadas deficiências orçamentárias, sobretudo devido à redução e/ou atrasos nas transferências dos recursos do governo federal, os convênios com o SNL foram mantidos durante os exercícios de 1963 e 1964. Naquele período, entre os casos de lepra registrados em Mato Grosso, identificou-se um coeficiente de morbidade de 1,2 por mil habitantes e, quanto às formas clínicas diagnosticadas, 44,5% pertenceriam à lepromatosa (contagante), 33,6% à indeterminada e 21,3 à tuberculóide (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1964, p. 133-139; NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1965, p. 154 e 168).

O combate ao mal de Hansen em Mato Grosso, no exercício de 1964, foi realizado sob dois aspectos principais, tidos como prioritários para o SPL estadual:

1º - Através dos dispensários existentes em Cuiabá, Campo Grande e Corumbá;

2º - Dinamizando e estendendo a Campanha, pela instalação de dois grupos de trabalho, um na Zona Norte Central do Estado, com sede em Cuiabá, e o outro na Zona Leste, com sede em Rondonópolis. Ambos os grupos são chefiados por médicos especializados contratados pelo Ministério da Saúde, e que trabalham junto à Fusmat, através dos médicos chefes das Unidades Sanitárias e do pessoal auxiliar, objetivando:

- descoberta de casos iniciais;
- tratamento sulfônico dos doentes, principalmente das formas indeterminada e lepromatosa;
- controle dos comunicantes; e
- educação sanitária (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1965, p. 169).

Conforme abordado na seção anterior, as estratégias e ações antilepróticas instituídas pela CNCL deveriam ser executadas em todo o território nacional, estendendo as atividades de combate à endemia às unidades federadas, através da organização de grupos de trabalho e da divisão por zonas geográficas. Eram essas as medidas sanitárias defendidas e aprovadas pelos leprologistas envolvidos nos trabalhos de implantação da CNCL, com o propósito de dinamizar e descentralizar as ações, partindo do tratamento dos doentes em dispensários específicos de lepra à ampliação do atendimento nas unidades sanitárias gerais. No caso de Mato Grosso, a parceria entre o Ministério da Saúde (através do SNL) e a Fundação de Saúde de Mato Grosso (FUSMAT)<sup>73</sup> seria fortalecida com a contratação de leprologistas pelo governo federal, para atuarem em conjunto com os médicos e o pessoal auxiliar das unidades de saúde locais. Os objetivos explicitados na mensagem evidenciavam o papel secundário reservado ao Sanatório-Colônia São Julião naquele novo contexto da profilaxia da lepra no Estado, instituído a partir da implantação e aprovação da CNCL, em 1959. Resta questionar se tais objetivos teriam sido efetivamente colocados em prática. Como se verá mais adiante, a resposta parece ser não.

No cenário nacional, em 6 de janeiro de 1963, um plebiscito decidiu pela volta do Presidencialismo no Brasil. João Goulart permaneceu como presidente da República, defendendo um ambicioso plano de reformas de base para a nação: reorganização do sistema bancário, regulamentação da remessa de lucros para o

<sup>73</sup> Criada pela Lei nº 1.818, de 4 de julho de 1963 (para substituir o então DSE/MT), como “órgão essencialmente técnico-executivo de todas as atividades de saúde pública no Estado”. A FUSMAT estaria constituída por um Conselho Deliberativo, uma Superintendência e uma Junta de Controle (NDIHR/UFMT, 1964, p. 137).

exterior, reformas agrária e urbana, mudanças na Constituição Federal de 1946, entre outras. A partir de meados de 1963, radicalizaram-se as oposições ao governo de Jango, que acabou entrando em colapso no final do primeiro trimestre de 1964. Em meio às várias manifestações antigovernistas surgidas, em 31 de março de 1964, aconteceu o golpe de estado comandado pelas forças armadas, apoiadas por grupos conservadores nacionais e, internacionalmente, pelos EUA. Iniciava-se no Brasil o período denominado ditadura civil militar, também chamado de “os anos de chumbo”, caracterizado pelo fim da democracia, supressão do direito de greve, censura aos órgãos de imprensa, às manifestações artísticas e culturais, escolas e universidades. Um regime marcado pelo autoritarismo político e econômico, pela arbitrariedade, repressão e perseguição aos “inimigos do governo” e pela total ausência do estado de direito.

Era o fim da experiência democrática do período 1945-1964. Pela primeira vez na história do país, os militares assumiram o poder com a perspectiva de aí permanecer, começando a instaurar um regime autoritário. O governo Goulart, aparentemente assentado em forças poderosas, se esfacelara.

O movimento de 31 de março de 1964 tinha sido lançado aparentemente para livrar o país da corrupção e do comunismo e para restaurar a democracia, mas o novo regime começou a mudar as instituições do país através de decretos, chamados de Atos Institucionais (AI). Eles eram justificados como decorrência ‘do exercício do Poder Constituinte, inerente a todas as revoluções’ (Fausto, 1995, p. 461-465).

Quando as forças armadas e seus aliados políticos arquitetaram o golpe militar de 1964, o governador de Mato Grosso era o médico Fernando Corrêa da Costa, que estava em seu segundo mandato à frente do executivo estadual, iniciado em 31/01/1961 e findo em 15/03/1966. Segundo Leonice Maria Meira, “um dos fatos mais relevantes” da administração de Corrêa da Costa foi o seu apoio irrestrito ao movimento que resultou na tomada de poder pelos militares, em março daquele ano, inclusive enviando tropas militares mato-grossenses (sob o comando do Coronel Carlos Meira Mattos) à Brasília e contribuindo diretamente com as principais ações de implantação do regime de exceção.

O governo de Fernando Corrêa da Costa foi um dos primeiros a apoiar o Golpe Militar, junto com Adhemar de Barros (SP), Ildo Meneghetti (RS) e Nei Braga (PR). Estes governadores participaram de uma reunião em 04/04/1964, organizada por Carlos Lacerda, que

dava apoio à candidatura de Castello Branco à Presidência da República, em eleições a serem realizadas pelo Congresso Nacional.

Todavia é importante frisarmos, que neste momento histórico, os políticos tinham como preocupação se posicionarem favoráveis ao governo militar, pois com as novas ações políticas do governo federal muitos desses políticos poderiam perder seus mandatos (Meira, 2011, p. 71-79).

A mensagem de 1965, sobre a administração Corrêa da Costa no exercício de 1964, apresentou um relatório rico em detalhes sobre as realizações do governo na área de “saúde e assistência” em Mato Grosso, mas não tratou em momento algum da nova conjuntura política nacional, nem das consequências da implantação do regime militar para os rumos da campanha de combate à lepra no Estado, a partir de março de 1964. Por outro lado, a forte presença dos EUA no desenvolvimento de projetos voltados à saúde e à assistência social em território mato-grossense (característica das ditaduras implantadas nos países latino-americanos naquele período) foi descrita com frequência nos documentos produzidos durante o governo de Corrêa da Costa. Segundo as mensagens de 1962/63/64/65, as estratégias e ações sanitárias executadas através de convênios de cooperação com entidades e organizações públicas e privadas nacionais e internacionais, com destaque para as norte-americanas, estariam impactando positivamente na melhoria das condições de vida, saúde e assistência da população mato-grossense, em especial de suas camadas menos favorecidas.

Relaciono a seguir alguns acordos, e seus respectivos objetivos, firmados à época: o Plano Integrado de Saúde de Dourados (PISD), fruto de convênios entre o estado de Mato Grosso, o Ministério da Saúde, a OMS e o Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISI)<sup>74</sup>, tinha como propósito oferecer assistência à maternidade e à infância, executar obras de saneamento básico, entre outras ações sanitárias e sociais (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1962, p. 83-85); o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)<sup>75</sup> era responsável pelo desenvolvimento de atividades de planejamento, orientação e supervisão de serviços de saúde, formação de pessoal,

---

<sup>74</sup> Posterior Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

<sup>75</sup> Criado em 1942, o SESP nasceu intrinsecamente ligado à política externa norte-americana para a América Latina, em função da Segunda Guerra Mundial. No Brasil, o Serviço tinha o objetivo de atender aos interesses militares dos EUA relacionados ao conflito, mas perdeu sua autonomia em 1960, quando foi integrado ao Ministério da Saúde, sob a denominação de Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). A partir de então, a agência passou a vivenciar muitos problemas típicos da burocracia brasileira, tais como: falta de verbas, empreguismo, barganha do jogo político-partidário, entre outros. Para saber mais sobre o SESP, consultar, entre outros, o trabalho de Campos (2000, p. 195-220).

execução de serviços de abastecimento de água e saneamento básico, investimentos de capital, entre outros trabalhos, cujo foco era a região da Amazônia mato-grossense (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1963, p. 179-181) e o “Programa Alimentos da Paz”, que teria ficado incumbido da distribuição de leite em pó aos centros de saúde e postos de higiene pertencentes aos distritos sanitários, beneficiando “crianças e gestantes distróficas através dos lactários” (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1964, p. 130).

Sobre a importância conferida aos convênios com organizações internacionais, assim relatou a mensagem de 1965:

Não faltaram nunca a colaboração e a orientação de entidades internacionais, como o FISI e a Organização Mundial da Saúde, emprestando técnicos, fornecendo equipamentos e treinando pessoal especializado no trato com os problemas sanitários (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1965, p. 17, grifos meus).

O apoio dos órgãos federais e das entidades conveniadas também foi descrito como de grande importância para o bom funcionamento da recém criada FUSMAT, órgão que teria passado a compor a estrutura burocrática da então *Secretaria de Estado de Educação, Cultura e Saúde*, em processo de gradativa substituição ao DSE/MT.

#### ‘Instalação e funcionamento da FUSMAT’

Após sua nomeação, tomaram posse solene no Palácio Alencastro, a 20 de janeiro [de 1964], os membros do Conselho Deliberativo da Fusmat. A partir dessa data passou então a funcionar a Fundação de Saúde de Mato Grosso – órgão estruturado nos mais modernos moldes e dentro da mais perfeita técnica administrativa, com o apoio da OMS, do FISI e do Ministério da Saúde (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1965, p. 147, grifos meus).

Com vistas à manutenção e o funcionamento das atividades de formação e treinamento de pessoal da área de saúde, no exercício de 1964, também teriam sido concedidas pelo FISI e pela OMS bolsas de estudos no Brasil e no exterior. A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), além do fornecimento de equipamentos e supervisão das unidades sanitárias da “área amazônica” do Estado, também e responsabilizou pelo pagamento dos salários do pessoal técnico colocado à disposição da FUSMAT naquele ano. A mensagem destacou, ainda, que um novo convênio, a ser firmado entre o estado de Mato Grosso, o Ministério da Saúde, a

OMS e o FISI, estava sendo discutido em Washington (juntamente com os acordos de outras unidades federativas) e aguardando aprovação ao final daquele evento internacional (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1965, p. 154-157).

Na mesma linha de atuação colaborativa, os “Voluntários da Paz (The Peace Corps)” representavam mais um exemplo da presença de cidadãos norte-americanos em território mato-grossense. Essa “entidade” teria assumido o compromisso de cooperar com o fornecimento de 90 técnicos voluntários para prestarem serviços especializados em frentes como: educação sanitária, saneamento básico, imunização, visitas em domicílios, serviços de laboratório, enfermagem e treinamento de pessoal (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1964, p. 143). 1964, p. 143). Para o bom desempenho de suas atividades, aqueles voluntários estrangeiros precisariam priorizar a comunicação em língua portuguesa e, portanto, deveriam frequentar cursos e treinamentos intensivos (compostos por aulas teóricas e práticas), organizados com o objetivo de familiarizá-los com a nova língua e orientá-los sobre os trabalhos que executariam nos setores de saúde das comunidades locais.

Dois treinamentos foram efetuados em 1964 (julho e outubro), para orientação dos trabalhos dos Voluntários da Paz em nosso Estado no setor de saúde, como visitadoras sanitárias e auxiliares de saneamento. 43 elementos foram preparados, tendo aulas teóricas ministradas no Centro de Treinamento do Magistério, em Coxipó da Ponte, e as práticas em Várzea Grande, na unidade sanitária e em campo. [Os “Voluntários da Paz” era uma] entidade composta de cidadãos norte-americanos que participam ativamente nos programas de desenvolvimento econômico e social de vários países, inclusive na América Latina. São pessoas de nível universitário, selecionadas entre milhares de candidatos que realizam cursos intensivos nos Estados Unidos.

No Brasil, os Voluntários da Paz já vem exercendo atividades em alguns estados, sendo Mato Grosso beneficiado com uma equipe atuante em agricultura e saúde. Com a principal finalidade de planejar a vinda e o treinamento intensivo da equipe, estiveram em Cuiabá, por diversas vezes, diretores associados, médico e coordenadores da Entidade.

Em julho, iniciaram suas atividades entre nós, três elementos bandeirantes que, após treinamento intensivo no Centro de Treinamento em Saúde Pública de Várzea Grande, dirigiram-se ao Norte, Leste e Sul do Estado, a fim de conhecerem as autoridades locais e obterem informações para facilitar a adaptação dos demais.

Em outubro, chegou o primeiro grupo que, após re-treinamento de um mês em Cuiabá, com a finalidade de melhor familiarização com a língua, com o novo sistema de trabalho e com os nossos problemas de saúde pública, dirigiram-se a diversas localidades do Estado, ficando sediados nas unidades sanitárias,

exercendo funções de enfermeiras de saúde pública, visitadoras sanitárias e auxiliares de saneamento, dando ênfase ao desenvolvimento de comunidade.

Em dezembro, um segundo grupo veio completar 68 voluntários atualmente atuando no Estado, no setor de saúde. (NDIHR/UFMT, Mensagem [...], 1965, p. 160-161, grifos meus).

Trabalhar especificamente com a profilaxia da lepra nas comunidades de Mato Grosso não era uma tarefa que estava explicitada entre as atividades que seriam executadas pelos “Voluntários da Paz”. Entretanto, em meados dos anos 1960, já era consenso entre os leprologistas que os indivíduos acometidos pela doença deveriam ser atendidos e tratados como quaisquer outros pacientes, ou seja, nas unidades e ambulatórios gerais de saúde dos estados e municípios. Desse modo, os profissionais de saúde da entidade norte-americana também estariam, necessariamente, envolvidos com a execução das ações que faziam parte da campanha de combate à endemia leprótica em várias regiões do Estado.

Resta saber se todos aqueles investimentos em qualificação de pessoal, voluntariado, distribuição de alimentos, ações de assistência à maternidade e à infância, se converteram efetivamente em melhorias nas condições de vida e de saúde da população e, de modo mais específico, no cumprimento de medidas sanitárias de busca sistemática de novos casos de lepra, realização de diagnósticos precoces e tratamento adequado dos pacientes, seja nos dispensários ou em seus domicílios. Também não podemos deixar de indagar sobre a qualidade da assistência prestada àqueles que, por diferentes razões, acabaram prolongando sua permanência no São Julião. Havia ainda as controvérsias quanto ao atendimento oferecido aos “novos” doentes de lepra que continuavam sendo internados no sanatório-colônia, mesmo contrariando as decisões e resoluções apoiadas nos eventos científicos. A síntese dessas discussões e debates, somada ao conjunto de medidas profiláticas defendido pela CNCL - sobre a descentralização das formas de tratamento da doença e o fim do isolamento de pacientes em leprosários - foi normatizada no parágrafo único do artigo 1º do Decreto nº 968/1962:

No combate à endemia leprótica será, sempre que possível, evitada a aplicação de medidas que impliquem na quebra da unidade familiar, no desajustamento ocupacional e na criação de outros problemas sociais (Brasil, Decreto nº 968 [...], 1962, *on-line*, grifos meus).

Não encontrei referência ao decreto nas fontes pesquisadas, tampouco sobre sua aplicação visando inibir a permanência do isolamento de pacientes no São Julião desde sua publicação, em 7 de maio de 1962. O próprio enunciado do dispositivo legal, quando acrescentou a frase “sempre que possível”, parece diminuir o rigor esperado em sua aplicação pelas autoridades governamentais e médicas. Por outro lado, a realidade social, as condições econômicas e até a estética de alguns pacientes dificultava a sobrevivência dos mesmos fora do espaço colonial.

A Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, relativa à obrigatoriedade do isolamento nosocomial, não foi revogada com a publicação do Decreto nº 968/1962. Em tese continuaria valendo o que determinava a lei, em detrimento do que preceituava o decreto, até porque, segundo as ponderações de Maciel (2007, p. 282-283), como legislação inferior o decreto tinha menos poder de persuasão e força para promover a sua observação e incorporação às políticas sanitárias praticadas pelos serviços de profilaxia da lepra estaduais. A não previsão de mecanismos de sanção talvez tenha favorecido que os dirigentes estaduais, respaldados na lei federal ainda vigente, não sentissem obrigação de cumprir as recomendações nele normatizadas.

Há que se considerar também, como observam Teixeira & Paiva (2018), que a partir do segundo trimestre de 1964, muitas ações sanitárias executadas pelos governos estaduais tiveram que ser interrompidas bruscamente. Durante os primeiros anos do governo de exceção militar, as políticas da área de saúde seguiram estritamente as determinações do governo central, regidas pela abertura econômica ao capital privado e pelo forte incentivo aos investimentos estrangeiros. Assim,

[...] o que se viu no início do regime foi uma expressiva ampliação da medicina privada. O governo buscou atrair o setor por meio da privatização de serviços estatais e do estímulo às empresas médicas que prestassem serviços a grandes companhias e, em troca, recebiam compensações tributárias (Teixeira & Paiva, 2018, p. 433).

Em relação à saúde pública, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, os recursos orçamentários foram sendo reduzidos, ano após ano, indo em sentido contrário ao dos investimentos e expansão do mercado privado, focado na medicina curativa. “Estrangulado financeiramente, o setor vivenciou uma séria crise de

recursos e na capacidade de atuação do Ministério”. Como avaliam os autores, os retrocessos na saúde coletiva foram muitos, acirrando as históricas dificuldades enfrentadas pela população pobre e vulnerável. Nesse contexto de desigualdades, as condições de acesso à saúde, atendimento médico, tratamento das enfermidades e assistência social tornaram-se cada vez mais restritas e excludentes: “a saúde pública brasileira ia de mal a pior” (Teixeira & Paiva, 2018, p. 435).

Como apontam as mensagens do governo estadual (1962 a 1965), as dificuldades orçamentárias impostas ao Ministério da Saúde comprometeram a continuidade das atividades da CNCL, reduzindo a capacidade de atuação do SPL estadual e prejudicando a execução das ações de combate à endemia leprótica. Conseqüentemente, o atendimento, o tratamento e a assistência social prestados aos pacientes internados no São Julião à época também teriam piorado, chegando a entrar em colapso a partir de meados da década de 1960.

Com o acirramento das medidas arbitrárias instituídas pelos atos institucionais do governo da ditatorial, a lepra também começou a ser silenciada nos documentos administrativos<sup>76</sup> e mesmo nas publicações jornalísticas, então sob o crivo da censura. Outras questões passaram a receber mais espaço, tanto do governo quanto da imprensa: a preocupação com a profilaxia e controle de várias enfermidades, como a tuberculose, malária, distúrbios mentais, etc., somadas à necessidade de se promover campanhas de imunização pelo BCG e contra a varíola, poliomielite, difteria, coqueluche e tétano, concomitantes às ações de “amparo” à maternidade e à infância (com investimentos dos convênios internacionais), entre outras questões sanitárias. O conjunto dessas doenças e atividades de saúde e higiene acabou assumindo o lugar de destaque ocupado pela lepra nos decênios anteriores, quando a doença era conhecida e combatida pelas autoridades governamentais e médico-sanitárias como o “grande flagelo nacional”.

O mesmo processo de silenciamento, seguido pelo agravamento da situação de abandono, atingiu também os pacientes internados no São Julião, que passaram a experimentar a fase mais difícil desde a inauguração do então asilo-colônia, em 1941. Para Gomes & Rocha (2006), nas palavras de Ernesto de Arruda, era como se os internos fossem “culpados” pelo fato de ter circulado “em suas veias um mal

---

<sup>76</sup> Não localizei nos acervos pesquisados as mensagens de governadores do estado de Mato Grosso de 1966, 1967, 1968, 1970 e 1971. Lembrando que o APMT, conforme mencionado, permaneceu fechado até a finalização deste trabalho.

invisível”, que, mesmo depois de encontrada a cura pela ciência, ainda os obrigava a viver numa condição pior “do que animais”.

De tanto sofrimento, as pessoas já haviam se acostumado, e assim, homens e mulheres encontravam seu refúgio na cachaça.

A falta de poder e a fraqueza dos diretores eram observadas também quando eram enganados pelo governo, que se encontrava em Cuiabá, ao pedirem alguma ajuda financeira para o fim daquele caos e, contornando a situação, nada faziam. De mãos vazias sempre voltava o Diretor, que nunca permanecia por muito tempo neste cargo, pois sempre alegavam a real situação incontrolável e a enorme distância de suas casas (Gomes & Rocha, 2006, p. 87-88, grifos meus).

Conforme discutido anteriormente, os problemas causados pelo consumo excessivo de bebida alcoólica é algo que aparece com frequência na literatura sobre o cotidiano do São Julião, em várias fases de sua trajetória, condição observada para um número significativo de instituições dessa natureza em outros estados brasileiros à época (Jucá & Lima, 2015; Carvalho, 2016; Porto, 2018). Como abordarei na próxima seção, as dificuldades administrativas resultavam tanto de problemas internos (relacionados principalmente à violência) quanto de fatores externos (com destaque para as dotações orçamentárias insuficientes), que acabavam por gerar grande rotatividade de médicos no cargo de diretor geral do sanatório-colônia. Diante disso, no transcorrer da década de 1960, Orestes Rocha teria se tornado o leprologista que mais tempo permaneceu como diretor do São Julião, tendo sido nomeado para o cargo por três vezes (Ramos, 2014, p. 301).

Internamente, o São Julião havia se tornado um “depósito de doentes”, um “velho-oeste”, comandado por grupos de indivíduos que se aproveitavam da mencionada ausência e/ou descaso do poder público, somados à instabilidade e fragilidade da administração do leprosário, para criar um poder paralelo, subjugando, coagindo e aterrorizando, inclusive com o uso de armas de fogo, funcionários, médicos, enfermeiros, equipe gestora e demais pacientes ali segregados. Imperava a impunidade, o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, exploração sexual (prostituição), brigas e confrontos entre os grupos dominantes, entre outras formas de violência e opressão (Gomes & Rocha, 2006; Ramos, 2014).

Em suma, no percurso do São Julião, os anos finais da década de 1960 teriam sido profundamente influenciados, negativamente, por três fatores principais: a negligência do governo estadual (responsável direto pela administração do

sanatório-colônia), a desatenção por parte da União (que deveria fiscalizar o funcionamento daquela instituição) e o “esquecimento” de grandes parcelas da sociedade mato-grossense. Esse período sombrio da história do sanatório-colônia, que teria persistido durante os primeiros seis anos de vigência do regime de exceção no país, compreendido entre o início da atuação voluntária da Irmã Silvia junto aos doentes internados (1964) até a transferência da administração do São Julião à AARH (1970), constitui o objeto de estudo da seção seguinte.

### 3.3.1 A transição para o Hospital São Julião: da chegada da Irmã Silvia à administração da AARH

Na verdade, o que ocorria é que o São Julião era local estigmatizado, inteiramente à margem da cidade, ignorado pelos próprios campo-grandenses. São Julião era tabu.

(Ir. Silvia Vecellio, 2002, p.5)

Em entrevista concedida em maio de 2002 à Maria Eugênia Noviski Gallo, integrante do projeto de pesquisa *Memória e História da Hanseníase no Brasil através de seus depoentes - 1960-2000* (COC/FIOCRUZ), Silvia Vecellio<sup>77</sup> relatara que, após sua chegada da Itália (1959) como Irmã Missionária Salesiana, teria começado a trabalhar com um grupo de meninas do Colégio Nossa Senhora Auxiliadora, localizado na cidade de Campo Grande.

A fim de sensibilizá-las para problemas sociais enfrentados em comunidades da periferia, “costumava levá-las ao Educandário Getúlio Vargas que, naquela época, acolhia filhos de portadores do mal de Hansen internados no Sanatório São Julião”. Foi por intermédio destas visitas que descobriu o anseio de jovens e crianças do preventório em conhecerem seus pais. “Ora, os pais viviam aqui mesmo, no Sanatório São Julião, e nem mesmo disso sabiam os filhos”. E foi também em um

---

<sup>77</sup> Silvia Vecellio nasceu em Auronzo, Itália, no dia 19 de agosto de 1931. Formou-se em magistério e ingressou na vida religiosa aos 24 anos de idade. Graduiu-se em Meio de Comunicação Social, com especialização em Educação Cinematográfica, em Veneza. Posteriormente, também realizou cursos de teologia na Universidade Franciscana, em Petrópolis/RJ. Chegou ao Brasil em 1959 e nos anos seguintes passou a atuar como missionária no Colégio Nossa Senhora Auxiliadora, em Campo Grande/MT, período em que manteve contato com filhos de portadores do mal de Hansen no Educandário Getúlio Vargas, passando a assisti-los com doações de vestuários, alimentação e brinquedos. Em 1964, teve seu primeiro contato com os pacientes do São Julião e nunca mais se afastou do hospital. A partir de 1970, assumiu a administração do então sanatório-colônia e atualmente ainda reside e atua ativamente na diretoria (como presidente de honra) da AARH. Cf. VECELLIO, Silvia. **Silvia Vecellio**. Entrevista de História Oral, 27 maio 2002. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2002, p. 3.

desses encontros que prometeu a alguns daqueles “filhos separados” de levá-los ao São Julião para que pudessem conhecer os pais. Mas isso só seria possível quando eles completassem 18 anos e fossem autorizados a sair do Educandário (Vecellio, 2002, p. 5).

Outra lembrança mencionada pela missionária foi o encontro, em passeio por uma chácara da região, com uma mulher que fugira do São Julião “para dar à luz a uma criança dentro das moitas”:

Claro que o cavalo se assustou, empinou, refugou, quase me lançando por terra... A mulher só pedia água para beber. Estava à beira do córrego, mas este passava pelo matadouro antes de chegar ali; portanto, sua água estava contaminada e não podia ser usada. O bebê estava sujo e rodeado de mosquitos. [...] Ao sentir que a criança ia nascer, a mãe atravessara a cerca de arame farpado e se escondera no mato. Voltei à casa e lhe trouxe leite, pão e água. Prometi que ia ajudá-la, voltaria no dia seguinte, que ela me aguardasse ali. Tornou a se esconder entre as árvores, por detrás das moitas. Segui meu caminho, muito impressionada. No outro dia, domingo, voltei acompanhada de um menino que já completara 18 anos, filho de hanseniano procedente de Corumbá. O menino contava ano e meio quando tinham sido separados e não mais haviam se visto. O homem mostrou uma foto do filho ainda bebê, fotografado nuzinho sobre o travesseiro e o identifiquei pelo narizinho. Pai e filho abraçaram-se na emoção do reencontro. Assim foi o meu primeiro contato com os pacientes do São Julião. Era comovente constatar que pai e filho não se conheciam. Os internos eram incapazes de reconhecer seus filhos pelas fotos que lhes trazia, e que eram afixadas no parlatório. Ninguém conhecia ninguém. Depois desta primeira visita escondida de minhas superiores, continuei trazendo para o Hospital o que as meninas me forneciam. Ao ser flagrada, proibiram-me de voltar ao São Julião, onde era proibido entrar sem autorização do diretor-clínico, era proibido fazer isso e aquilo. Mas persisti, desobedecendo às ordens... (Vecellio, 2002 p. 5-6, grifos meus).

A fuga da interna do São Julião para dar à luz ao seu bebê no meio do mato, além de ter possibilitado o primeiro contato da Irmã Silvia com os pacientes ali “esquecidos”, sugere que, em meados da década de 1960, as crianças ainda eram retiradas de suas mães logo após o nascimento e levadas ao Educandário Getúlio Vargas, como forma de se evitar a transmissão da lepra entre pais doentes e filhos indenes. Assim, não apenas o isolamento de doentes de lepra continuava ocorrendo no sanatório-colônia, como também o envio dos bebês recém nascidos ao preventório de Campo Grande, procedimentos estes que contrariavam as novas recomendações dos leprologistas e as normas aprovadas pelo citado Decreto nº

968/1962. Essas medidas, integrantes do modelo tripé de profilaxia da doença, demonstram que as funções dos leprosários e preventórios, avaliadas como arcaicas e dispensáveis pelos especialistas desde o congresso internacional de lepra realizado em Tóquio (1958), ainda se sobrepunham ao papel conferido aos dispensários entre as práticas cotidianas de controle e combate à doença observadas em Mato Grosso no período.

Por conta do preconceito e da discriminação social em relação à lepra e aos doentes internados no São Julião, durante certo período, as visitas da Irmã Silvia ao sanatório-colônia, para levar donativos recolhidos entre as alunas do Colégio Nossa Senhora Auxiliadora, teriam ocorrido às escondidas, pois as outras freiras e, principalmente, suas superiores na instituição também condenavam tal aproximação<sup>78</sup>.

As idas da missionária ao São Julião também teriam sido repelidas por funcionários do sanatório-colônia, pois necessitariam de autorização do diretor clínico para que pudessem acontecer, mas ela, a princípio, teria persistido na empreitada, desobedecendo às normas institucionais. A continuidade das visitas (mesmo com a dita proibição de acesso ao espaço intramuros) sugere que as deficiências na fiscalização/controle de entradas e saídas de pessoas era uma realidade à época, condição esta que certamente facilitava as mencionadas evasões (e possíveis retornos) de pacientes ali segregados. Por outro lado, o fato de as infrações terem sido levadas a cabo por uma freira poderia ter contribuído para favorecer o acesso da Irmã Silvia aos espaços internos do São Julião. Certamente tais informações não constam nas fontes aqui consultadas, constituindo-se em suposições e hipóteses levantadas durante o trabalho de análise.

---

<sup>78</sup> Interessante assinalar que naquele período, ainda que a ciência discutisse sobre a não contagiosidade e a necessidade de novos protocolos para os portadores do mal de Hansen, boa parte da população talvez tivesse pouco acesso a essas informações. Não podemos esquecer que as teorias e conhecimentos desse universo científico muitas vezes precisam ser antes divulgados, absorvidos e aceitos pelos pares para, então, chegarem à população em geral. Assim, as descobertas científicas precisam vencer muitas resistências instituídas ao longo processo de acomodação, enraizamento e aceitação de velhas noções e teorias, que parecem estar entretecidas à ampla trama que compõe a visão de mundo de indivíduos e grupos sociais. As próprias discussões que resultaram na lei que instituiu a “terminologia oficial hanseníase” em substituição ao termo “lepra” (Brasil, Lei nº 9.010 [...], 1995, *on-line*) são prova de que esses acordos e decisões não são aceitos de imediato pelos grupos em disputa e pelo universo social. Às vezes, parece que há uma expectativa de que, uma vez definido pelas autoridades ou na legislação, a sociedade aceite e cumpra de imediato, mas na prática não é assim que funciona. Essa é uma experiência que só a história pode nos oferecer e nos ajudar a compreender, de que os fenômenos possuem temporalidades diversas, breves e longas, e que as mudanças culturais são mesmo aquelas que mais tempo gastam para se processarem.

Posteriormente, a Irmã Silvia teria conseguido permissão, tanto da administração do Educandário Getúlio Vargas quanto do São Julião, para prosseguir com seu trabalho voluntário junto aos internos do sanatório-colônia, conforme relatado a seguir:

Com Lenilde, aluna do colégio que tocava violão, íamos até o Educandário, e o diretor nos trazia até a portaria [do São Julião] e passávamos a manhã toda aqui. Num cartão, anotava o nome do paciente, o número de seu calçado (aproximado, se ele não soubesse o número exato), o do pulôver, o da camisa, o remédio, enfim, aquilo de que ele mais necessitava. Pegava o cartãozinho e voltava para o colégio, onde exercia a função de assistente de mais de duas mil meninas. Colocava-o na parede, à entrada das alunas e lhes dizia: ‘Se alguém quiser, pode trazer pacote contendo o que é pedido no cartãozinho. Quando tivermos uns 300 pacotes, poderemos levá-los para o São Julião’. Esta era a assistência social que procurava ensinar a elas. Pedia muito cigarro, porque os internos pediam muito cigarro. Pediam também faca, talher, mas eu não lhes levava faca. Assim, atravessei os anos de 65, 66, 67, 68. Certo dia, como a diretora continuasse dizendo que eu não deveria vir, coloquei-a no carro e a trouxe de visita. Depois ela pediu: ‘Quando você vier, avise que eu venho com você, mas não conte a ninguém. No Colégio, ninguém pode saber’. As notícias acabavam por vir à baila, e o problema era que também as Irmãs tinham medo de contágio. Minha roupa deveria ser lavada em separado, eu tinha que entrar pelos fundos, não podia me servir da mesma ducha usada pelas companheiras (Vecellio, 2002, p. 6, grifos meus).

Naqueles anos marcados pelo endurecimento do regime ditatorial (1964/68) e pelo aumento da concentração de riqueza e das desigualdades socioeconômicas entre os brasileiros, a atuação da Irmã Silvia era um contraponto na aprendizagem sobre a importância da assistência social e do voluntariado às alunas do tradicional Colégio Nossa Senhora Auxiliadora. Tal aprendizagem estaria diretamente relacionada à rotina de visitas realizadas por ela ao São Julião, para entregar aos doentes os “pacotes” de doativos recolhidos entre as “mais de duas mil meninas” do Colégio e à mobilização dessa comunidade em relação aos desejos e necessidades dos moradores do sanatório-colônia.

Segundo Lenilde Ramos (2014), a Irmã Silvia teria adquirido um veículo, que era usado como meio de transporte para realização de seus trabalhos voluntários na periferia de Campo Grande, incluindo as visitas ao São Julião, cuja localização, conforme mencionado ficava distante 15 quilômetros do centro da cidade e do

Colégio Nossa Senhora Auxiliadora, onde residia à época. A origem do recurso investido na compra desse “fusca verde” foi assim descrita pela escritora:

Seu pai havia falecido e era norma que a herança das freiras fosse para as obras da congregação. A freira mãe<sup>79</sup> lutou até a última instância e conseguiu, pela primeira vez, ter direito à própria herança. Com o dinheiro, comprou um fusca verde, para o desespero das superiores. O resto ela investiu na colônia: remédios, material de curativos e outras coisas (Ramos, 2014, p. 150, grifos meus).

Após a Irmã Silvia ter conseguido convencer a diretora do colégio a ir com ela ao São Julião, suas saídas para a realização daquele tipo de trabalho voluntário teriam ficado menos complicadas. Todavia, o medo do contágio, o preconceito e as atitudes discriminatórias das outras “companheiras” da instituição de ensino, por conta dos contatos da freira com os internos do sanatório-colônia, teriam permanecido na convivência cotidiana estabelecida nas dependências do colégio, inclusive entre as alunas. Nesse sentido, ainda de acordo com o depoimento de Vecellio, “o interessante” era que, quando ela conversava com os pacientes, eles contavam: “tenho uma tia... tenho uma prima lá no colégio...”. Naqueles momentos de descontração e sociabilidades, ela acabava ficando sabendo de certas “particularidades, mas guardava segredo para não ferir as suscetibilidades” (Vecellio, 2002, p. 6).

Sobre o São Julião, Lenilde Ramos (2014), afirma que “era tão feio e tenebroso”, que as duas freiras “não tinham coragem de contar, nem de levar ninguém lá”. Porém, quando alcançou a maioridade, colocou em prática a ideia de conhecer:

[...] o lugar escondido, onde ficavam os pais das crianças do orfanato. Já se sabia que esse lugar misterioso era um leprosário e, só de ouvir, as pessoas morriam de pavor. Isso aconteceu quando estourou a notícia de que a freira mãe tinha descoberto o tal leprosário e estava indo lá. Esse acontecimento causou uma revolução no colégio. Todo mundo falava e queria saber do mal que destruía a pessoa, que criava feridas que nunca cicatrizavam e que fazia o doente ficar atrofiado, até morrer. [...] O medo da doença também deixou muita gente com medo da freira mãe. Algumas meninas não queriam chegar perto dela e, no colégio, comentava-se que até outras freiras tinham medo de se sentar ao lado dela no

---

<sup>79</sup> Este foi o cognome utilizado por Lenilde Ramos para se referir à Irmã Silvia no livro “**História sem nome**: lembranças de uma menina quase gêmea”, 2014.

refeitório e de ajoelhar perto dela na igreja (Ramos, 2014, p. 138-142).

Como vimos, recolher donativos diversos (calçados, roupas, medicamentos, utensílios domésticos, cigarros etc.) entre as alunas do Colégio Nossa Senhora Auxiliadora e distribuí-los aos pacientes internados no São Julião passou a ser o principal trabalho de “assistência social” executado pela Irmã Silvia durante os cinco primeiros anos de suas visitas ao sanatório-colônia. Pela variedade de produtos arrecadados e distribuídos, percebe-se que as dificuldades e carências eram muitas, situação que reforça a narrativa sobre o estado de abandono vivenciado no cotidiano dos doentes à época, consequência “da completa ausência de administração” por parte do governo estadual (Favero, 1970, p. 2).

Quando da sua visita ao estado de Mato Grosso, em 1970, o médico da Divisão Nacional de Lepra (DNL), Wandyck Del Favero frisou em seu relatório que a responsabilidade pela execução e supervisão das medidas de controle e ações da campanha contra a endemia leprótica era do Estado. Do mesmo modo, o acervo destinado à profilaxia da doença existente em Mato Grosso - equipamentos, materiais, móveis e imóveis - utilizados em atividades de controle e tratamento da doença, também pertencia ao governo estadual.

O acervo existente para o combate à lepra em Mato Grosso – com exceção do Educandário Getúlio Vargas, pertencente à Sociedade de Defesa Contra a Lepra e de um reduzido equipamento que era utilizado pela Campanha Nacional contra a Lepra – pertence (e sempre pertenceu) ao Governo do Estado. Causou-me surpresa verificar, em Campo Grande, a dúvida levantada, quanto à responsabilidade pelo controle da lepra no Estado (se da União ou do Estado) e a quem pertencia o referido acervo. Com o intuito de esclarecer, definitivamente, esta situação, entreguei ao atual Secretário de Saúde de Mato Grosso, a minuta de um convênio a ser celebrado com o Estado, no qual também serão estabelecidos os compromissos futuros da União, no que diz respeito à lepra, inclusive no que se relaciona com a situação do pessoal da Divisão Nacional de Lepra, pessoal que passará a ser subordinado, técnica e administrativamente, à FUSMAT (Favero, 1970, p. 3, grifos do autor).

O acervo a que Favero se referia também incluía o São Julião e sua grande extensão de terras, que conforme sublinhou, sempre teria pertencido ao governo estadual. Do mesmo modo, cabia ao Estado sua administração e a responsabilidade pelo controle da lepra em Mato Grosso. Ao questionar sobre a situação de abandono

encontrada no sanatório-colônia, Fávero teria estranhado o fato de as autoridades locais parecerem ignorar a quem competia tais responsabilidades. Talvez a “dúvida” possa ter sido uma estratégia das autoridades médicas e políticas mato-grossenses para fugir da responsabilização pelo “estado deplorável” no qual se achava o São Julião, como constatado pela visita técnica dos representantes da DNL. Na opinião de Favero (1970, p. 7-11), essa “confusão” ainda podia advir “do fato de ter a União, entre 1952 e 1956, ter se responsabilizado por todas as tarefas de profilaxia da lepra no Estado”. Naquele cenário de dificuldades e incertezas sanitárias, um novo convênio com o governo federal era anunciado por Favero, com o objetivo de esclarecer possíveis mal entendidos e estabelecer os compromissos futuros da União e da FUSMAT em relação às medidas de controle da doença em Mato Grosso.

Conforme abordado anteriormente, o descaso de governantes com a criação e execução de políticas públicas de combate à endemia de lepra em Mato Grosso (e, mais especificamente, com a manutenção do São Julião) acabava, frequentemente, por transferir essas tarefas à sociedade civil. Assim, em diferentes momentos da história do leprosário, indivíduos, empresas privadas e grupos de voluntários, dispostos a desenvolver projetos e ações de cunho caritativo e filantrópico, criaram redes de solidariedade para tentar amenizar as carências e mazelas enfrentadas pelos internos da comunidade intramuros.

Ao investigar as práticas de saúde no São Julião, a psicóloga Kely Cristina Garcia Vilena priorizou, em parte da sua dissertação de mestrado, o papel desempenhado pela mídia impressa, no sentido de promover a associação da ideia de cuidado com a saúde dos pacientes internados no sanatório-colônia às ações benevolentes da sociedade campo-grandense, através de publicações que incentivavam o voluntariado, a caridade (individual e coletiva) e as campanhas filantrópicas. Nesse sentido, com o propósito de amenizar as dificuldades causadas pela ausência de políticas públicas voltadas à manutenção do São Julião e de “amparar” os internos em suas necessidades básicas de sobrevivência, entidades religiosas e beneficentes, grupos sociais, empresas privadas, organizações não governamentais, cidadãos e cidadãs comuns, entre outros, acabaram assumindo muitas tarefas e responsabilidades que teriam sido negligenciadas pelo governo estadual. As doações e contribuições ao sanatório-colônia e seus internos eram as

mais variadas: desde gêneros alimentícios e produtos diversos até significativas quantias em dinheiro (Vilena, 2018, p. 48-92).

Em junho de 1967, *A Cruz* publicou nota intitulada “Esteve em nossa Capital o Supervisor do Serviço Nacional contra Lepra”, focalizando a visita à Cuiabá do Dr. Rifacínio Ramos Pereira. O propósito da viagem era o de supervisionar o “Serviço de Zona de Trabalho” da campanha contra a lepra na capital, cuja chefia estaria a cargo do médico Benedito de Figueiredo. Na ocasião, o Dr. Clóvis Pitaluga de Moura, então secretário de saúde de Mato Grosso, e o Dr. Emanuel de Figueiredo, superintendente da FUSMAT, teriam aproveitado para discutir com o supervisor o problema de saúde pública representado pela lepra no Estado (Esteve em nossa capital [...], 1967, *on-line*). A publicação não tratou sobre o que teria sido discutido pelas autoridades sanitárias acerca das medidas e ações de combate à doença que estariam sendo então executadas pelo SPL. Do mesmo modo, as condições de funcionamento do São Julião e o tipo de atendimento, tratamento e assistência prestados aos doentes de lepra ali segregados foram também silenciados.

Mudanças na legislação sanitária daquele período também demonstravam a diminuição da importância conferida à lepra pelas autoridades governamentais e médicas, em detrimento de várias outras doenças e novos campos de atuação da saúde pública que foram sendo priorizados. Nesse sentido, o artigo 1º da Lei nº 5.511, de 15 de outubro de 1968, determinou que a CNCL (instituída em 1959) passasse a reger-se pelo disposto na Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966, que estabelecia normas gerais para a instituição e execução de todas as campanhas sanitárias exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde (Brasil, Lei nº 5.511 [...], 1968, *on-line*; Brasil, Lei nº 5.026 [...], 1966, *on-line*). Dessa maneira, a partir da publicação da Lei nº 5.511/1968, a CNCL deveria se enquadrar aos moldes gerais preconizados pelo Ministério da Saúde para prevenção e combate de todas as doenças infectocontagiosas, perdendo, deste modo, suas características específicas, incluindo investimentos diferenciados do governo federal, conquistadas a partir de meados dos anos 1950.

Também foi a citada lei nº 5.511/1968, em seu artigo 2º, que revogou a lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, que fixava normas para o isolamento compulsório de doentes de lepra como medida profilática no país, e a lei nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950, que dispunha sobre a concessão de altas a pacientes em tratamento sulfoterápico internados em leprosários, incluindo aqueles que haviam sido

transferidos para dar continuidade ao tratamento em dispensários ou em domicílios, sob o acompanhamento de médico especializado e o controle da vigilância sanitária. Logo, foi por força da referida lei federal que o isolamento obrigatório de doentes em leprosários finalmente passou a ser considerado abolido no Brasil. Diferentemente do decreto nº 968/1962 (revogado anos mais tarde, pelo decreto nº 77.513, de 29 de abril de 1976), a lei nº 5.511/1968 tinha o mesmo estatuto da também lei federal nº 610/1949, que havia instituído aquela prática.

Na *Mensagem de Governador do Estado de Mato Grosso* de 1969 (referente ao exercício de 1968), a administração de Pedro Pedrossian não citou, em momento algum, o SPL estadual. Também não tratou sobre o andamento das ações da campanha contra a lepra em Mato Grosso e simplesmente ignorou a existência do Sanatório-Colônia São Julião nas páginas do relatório. No espaço reservado à saúde pública, a mensagem priorizou o movimento burocrático da *Secretaria de Estado de Saúde*, com destaque para os surtos epidêmicos de malária em algumas cidades do Estado; as novas instalações do Hospital Abrigo Júlio Müller, destinado aos tuberculosos; as reformas realizadas no Hospital Adauto Botelho, para doentes mentais; a realização “da Semana da Criança em Cuiabá”, como parte das ações de assistência à maternidade e à infância; os estudos para implantação “de um novo plano de Assistência Médica Sanitária Volante”; e as atividades de treinamento e formação de pessoal técnico da área de saúde (IMPL/MT, Mensagem [...], 1969, n.p.).

Conforme Teixeira & Paiva (2018), na medida em que o regime militar endurecia e o governo do arbítrio se consolidava no país, os recursos destinados à saúde pública foram sendo drasticamente reduzidos, ano após ano. Segundo os autores, faltavam investimentos públicos para o enfrentamento dos mais elementares problemas de saúde que atingiam as populações mais vulneráveis. Nesse cenário marcado pela carência de verbas orçamentárias, a negligência de governos e autoridades médicas mato-grossenses teria imposto à lepra e ao São Julião um rigoroso processo de silenciamento, que pode ser observado nos documentos oficiais e na pouca relevância assumida pela doença e a atenção aos doentes nos jornais ainda em circulação em Mato Grosso à época (Meira, 2011). Esse quadro de instabilidade sanitária também teria agravado consideravelmente a condição de abandono imposta aos doentes do São Julião desde meados da década de 1940. Lembrando que, possivelmente, as medidas sanitárias de

acompanhamento, controle e continuidade da terapêutica nos dispensários específicos de lepra e em domicílios, assim como a realização do diagnóstico precoce, o atendimento e o tratamento oferecidos nos ambulatórios e nas unidades de saúde não especializadas, também teriam sido duramente atingidos pela precarização da saúde pública à época.

Assim, a partir de meados da década de 1960, a ausência de efetivas políticas públicas voltadas à manutenção da saúde em geral e mais especificamente para o enfrentamento à lepra no âmbito do governo estadual, também acabou por favorecer o aumento indiscriminado de diversas formas de violência no cotidiano do São Julião. Sobre as disputas de poder e os “grupos armados” que teriam se formado no sanatório-colônia à época, consta no livro de Gomes & Rocha (2006) o seguinte relato de Ernesto de Arruda, interno da instituição:

[...] era como se o poder no São Julião tivesse cinco ramificações: a oficial, na qual a principal figura era a que ocupava o cargo de Médico Diretor Geral, juntamente com os seus subordinados (guardas, médicos, enfermeiros, etc.). As outras quatro ramificações ficavam por conta da autoridade dos grupos armados que se formavam. Os líderes mais temidos eram Euclides e Pé de Boi (ninguém sabia seu verdadeiro nome), cada um deles continha oitenta homens sob seu comando. Os dois bandos menores eram representados por Marcimiliano e Bernão (Gomes & Rocha, 2006, p. 31, grifos meus).

Essa parte da história, que trata da violência imposta pela autoridade dos tais “bandos” formados entre os doentes do São Julião, foi a menos registrada e comentada, tanto nos documentos administrativos, jornais e na literatura, como pelas pessoas que teriam vivenciado essa experiência e que ainda estão vivas e atuando no hospital até hoje, a exemplo da Irmã Silvia. As “quatro ramificações” que compunham o poder paralelo no sanatório-colônia teriam sido responsáveis por espalhar o terror entre os demais internos, funcionários e equipe gestora, uma vez que estes grupos estariam totalmente desprotegidos e fragilizados pela ausência do poder de polícia do governo estadual.

Penso que a existência de 160 “homens” compondo os dois grupos sob a liderança de “Euclides e Pé e Boi” possa se configurar em exagero, pois, como discutido anteriormente, a média anual de internos do São Julião à época (incluindo mulheres e crianças), muito provavelmente, não teria passado de 300 pessoas. Contudo, sem ter tido acesso a fontes contendo esses dados, especialmente às

mensagens de governadores do estado de Mato Grosso de 1966, 1967, 1968, 1970 e 1971, além do mencionado silêncio identificado na mensagem de 1969, não tive como confirmar ou problematizar de modo mais aprofundado essas referências.

Ainda segundo o que nos traz a obra de Gomes & Rocha, a banalização da morte teria sido a principal consequência deste cenário de guerra no São Julião:

Muita gente morria nesta época, vítima da violência no Hospital. As desavenças eram resolvidas à bala, sem muita cerimônia, e as armas entravam com facilidade, apesar da rigorosa revista que os guardas impunham no parlatório. A maioria dos recém chegados, assim que conseguia algum dinheiro, via-se obrigada a pedir a suas esposas (quando essas ainda os visitavam) que comprassem um revólver e trouxessem para que pudessem se defender, caso fosse preciso. Ernesto chegou a presenciar o assassinato de um chefe enfermeiro chamado Valdemar em uma discussão banal próxima ao pavilhão 35 (Gomes & Rocha, 2006, p. 31, grifos meus).

Uma das formas de confrontar essa narrativa seria por meio dos documentos administrativos do São Julião. Por exemplo, os registros de óbito do período poderiam indicar os motivos das mortes. Outros dados poderiam estar em relatórios administrativos, mas nada disso foi possível consultar, primeiro devido ao distanciamento social imposto pela pandemia de Covid-19 em 2020 e 2021, segundo pela dificuldade de localizar os documentos, sem um acervo devidamente organizado nas dependências do hospital. Nos jornais consultados, também não encontrei nenhuma notícia, artigo, reportagem, entre outras fontes, que pudessem indicar a veracidade dessas informações. De tal modo, ficam as possibilidades para pesquisas futuras investigarem as condições em que o estabelecimento e os pacientes internados efetivamente se encontravam, de forma a respaldar ou não esse cenário “sem lei” descrito por Gomes & Rocha (2006), com base nas lembranças de Ernesto.

Para além dessa história de mortes e violência armada, outras formas de violência poderiam surgir naquele espaço marcado pelo abandono do poder público: mortes por consequência de maus tratos; por deficiência alimentar, pela falta de medicamentos, atendimento e tratamento adequados; devido a brigas entre internos; suicídios; por complicações causadas por anos convivendo com a lepra ou pelo acometimento de outras doenças mais letais, entre outras. Segundo Ramos (2014, p. 303), o cemitério que existia no São Julião até a década de 1960 “seguia

movimentado”, pois tinha enterro quase toda semana no local. Orestes Rocha, então diretor do sanatório-colônia, contava que “morriam uns três doentes por mês”, o que totalizava uma média de 36 falecimentos por ano. Se o médico multiplicasse esse quantitativo pelos 27 anos trabalhados por ele no São Julião, devia “ter enterrado novecentos e oitenta e dois doentes”.

Rocha iniciou suas atividades no asilo-colônia como “médico assistente”, em meados da década de 1940. Foi nomeado diretor geral por três vezes nos anos 1960 e se aposentou na primeira metade dos anos 1970. Sobre as dificuldades enfrentadas à frente da administração, relatou à Lenilde Ramos que uma das tarefas mais complicadas “era choramingar dinheiro para todo lado”, para tentar manter o estabelecimento em funcionamento. Com o propósito de melhorar as condições de sobrevivência dos internos, Rocha teria se preocupado em:

[...] melhorar a alimentação dos doentes, formando uma grande horta. Quando chegou à colônia, havia apenas uma vaca de leite. Conseguiu umas cinquenta com os amigos fazendeiros.

Sua luta contra a corrupção foi tão longa, quanto insana. Todo mundo metia a mão. Um dia o almoxarife com sacas de mantimentos escondidas no meio do mato, outras vezes era outro funcionário que, ao sair, levava um jogo de quarto ou mobília de sala, tudo madeira de lei na melhor qualidade.

De tempos em tempos, o ministério [da saúde] enviava fiscais, que circulavam nos estados fazendo inspeção e produzindo relatórios estarrecedores. A colônia da cidade de terra vermelha [Campo Grande] era descrita, com todas as letras, como um depósito de doentes. O que se conta é que estava classificada como a segunda pior do país (Ramos, 2014, p. 301, grifos meus).

O mencionado relatório da viagem realizada ao estado de Mato Grosso, pelos médicos da Divisão Nacional de Lepra (DNL), Wandyck Del Favero e Agenor de Mello, entre os meses de novembro e dezembro de 1970, se enquadrava entre os “relatórios estarrecedores” citados por Orestes Rocha. De acordo com o médico do São Julião, esses documentos teriam sido produzidos por “inspetores” enviados às unidades federativas pelo governo da União, para fiscalizar as condições de funcionamento dos leprosários.

Como o orçamento público era escasso e insuficiente para manter as despesas do São Julião, o diretor também acabava tendo que recorrer ao auxílio financeiro e diversas outras doações de empresas privadas, beneméritos, campanhas filantrópicas, entre outras formas de contribuição da sociedade externa.

Por consequência da falta de acompanhamento e fiscalização dos órgãos públicos estaduais e federais, a corrupção teria se tornado mais um entre os inúmeros problemas enfrentados pela administração do sanatório-colônia. Lembrando que, conforme estudado no capítulo anterior, alguns diretores também perderam seus cargos por conta de atitudes ilícitas e comportamentos alheios aos interesses da instituição e dos doentes ali recolhidos.

Para complicar ainda mais a crise orçamentária enfrentada pelo SPL de Mato Grosso, nos exercícios de 1968 e 1969, “os auxílios financeiros” da União não teriam sido repassados pelo SNL. Segundo Favero (1970, p. 8-15), esse atraso nos repasses federais decorria “do fato de não ter o Estado prestado contas de auxílios financeiros que a União lhe destinou em exercícios anteriores”. Diante de tal irregularidade, o envio das prestações de conta pelo governo estadual estaria sendo “reclamado constantemente” pelo SNL, a fim de que a liberação desses recursos orçamentários pudesse ser normalizada. Dessa forma, a espiral da crise se aprofundava.

Consta no relatório de Favero (1970, p. 13) que o então diretor do São Julião, “médico contratado pela FUSMAT”, raramente comparecia ao estabelecimento e, quando ia, nele permanecia por pouco tempo e somente na zona sadia, “para assinar o expediente”. Evitava o contato direto com os doentes internados, não tinha experiência como administrador e confiava esta função a outro funcionário, “o despenseiro” do sanatório-colônia, que também não possuía nenhuma formação na área administrativa. Para completar o descaso desses servidores públicos com o desempenho de suas funções no São Julião, segundo o superintendente do SPL estadual também não comparecia ao sanatório-colônia há oito anos.

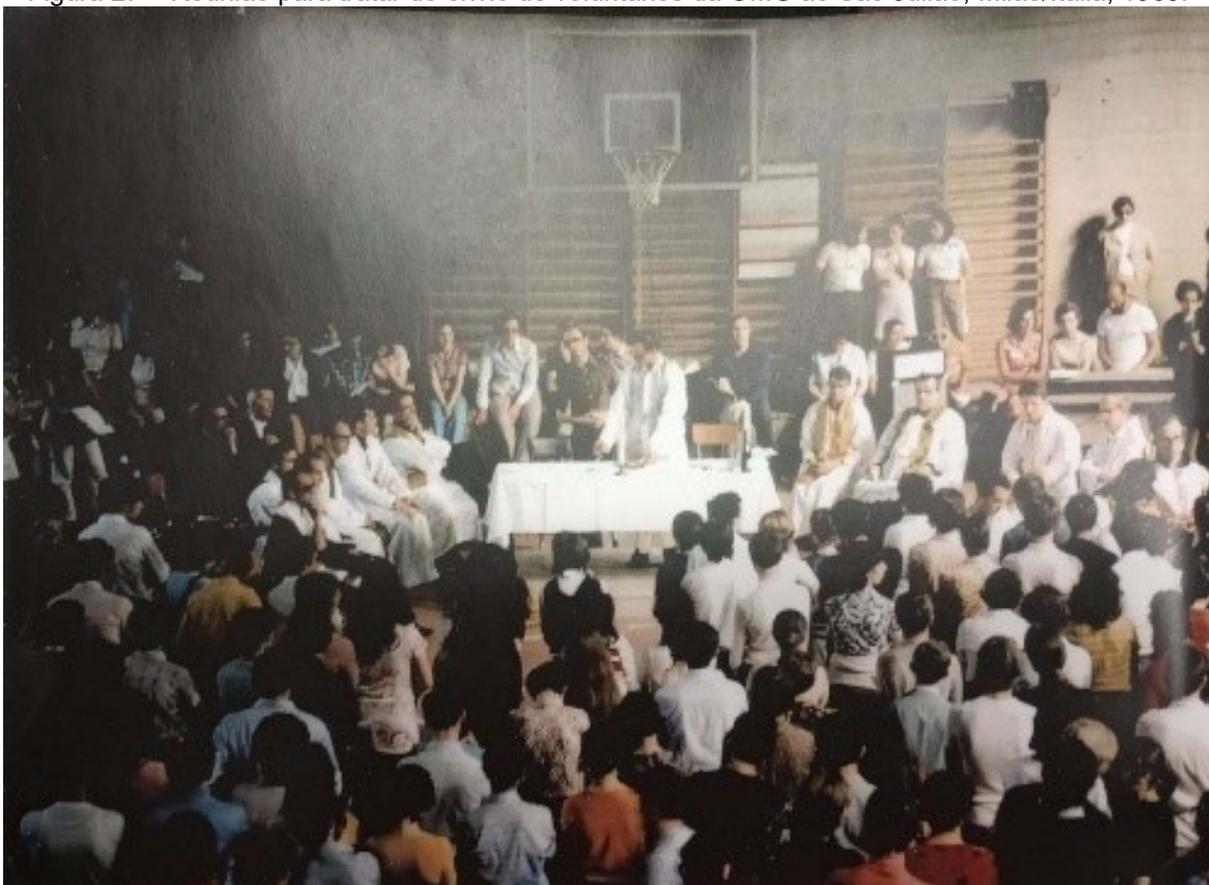
Em suma, todos os problemas descritos no relatório em questão contribuíam para reforçar o argumento da “completa ausência de administração” por parte do governo de Mato Grosso com relação à execução das tarefas de controle da lepra no Estado e, em particular, com a administração do São Julião e com os cuidados de saúde dispensados aos doentes de lepra nele internados.

Segundo Vecellio (2002, p. 7), em 1969, transitara por Campo Grande (com destino à cidade de Corumbá) um grupo composto por jovens italianos da chamada Operação Mato Grosso (OMG) que, em visita ao São Julião, teria constatado a situação de abandono em que se encontravam os doentes ali segregados. Naquela ocasião, foi celebrada uma missa no parlatório e os internos compareceram “sujos,

rasgados, expelindo misérias”. Uma vez constatada a necessidade premente de ajuda, os voluntários teriam desejado permanecer para contribuir com melhorias no local, mas não tinham permissão do governo de Mato Grosso para isso. Nas palavras da Irmã Silvia, “naquele ano seria impossível”, mas ela verificaria “a possibilidade de poderem vir mais tarde”.

No segundo semestre de 1970, após ter sido concedida à devida autorização pelo governo estadual, chegaram os primeiros 24 voluntários integrantes da OMG, os quais teriam permanecido de três a quatro meses trabalhando no São Julião. Durante esse período, o grupo deu início às primeiras obras de reforma, ampliação e construção de alguns edifícios no sanatório-colônia, com o propósito de promover melhorias urgentes nas condições de vida e de tratamento aos doentes de lepra ali isolados (Vecellio, 2002, p. 7-8).

Figura 27 – Reunião para tratar do envio de voluntários da OMG ao São Julião, Milão/Itália, 1969.



Fonte: Caniato, 2013, p. 20.

Figura 28 - Grupo dos primeiros voluntários da OMG a chegar ao São Julião, 1970.



Fonte: Caniato, 2013, p. 26.

Sobre os trabalhos iniciados pelos voluntários da OMG no asilo, Favero chegou à seguinte conclusão:

Do que me foi dado observar em São Julião, concluí que a Operação Mato Grosso visa, única e realmente, a promover o homem. A entidade encarregada dessa tarefa [AARH] é, portanto, merecedora do respeito, admiração, gratidão e apoio de todos. As críticas que a ela fazem quanto à sua atuação no São Julião, carecem de fundamento e partem de pessoas que desconhecem o problema (Favero, 1970, p. 3, grifos meus).

As críticas anônimas dirigidas à atuação da OMG estariam relacionadas às obras de reforma, ampliação e construção de edifícios iniciadas pelo grupo no sanatório-colônia à época. Como pontua Favero, o desconhecimento do que efetivamente ocorria fez surgir à alegação de que os voluntários, sob a liderança da Irmã Silvia, estariam começando a construção de um novo leprosário e, portanto, agindo no sentido contrário à política traçada para o controle da lepra naquele momento. Em defesa da OMG, Favero escreveu o seguinte:

Constrói a Operação, no citado leprosário, 1 (um) bloco cirúrgico e de ambulatórios e 1 (uma) cozinha, por serem irrecuperáveis os que lá existem, e propõe-se a recuperar os prédios lá existentes, que ofereçam condições para tal, além de proporcionar meios para dar aos doentes o que não se pode negar a qualquer homem, isto é, uma vida condigna. Para o controle da lepra, ainda há necessidade do leprosário, a fim de solucionar certos problemas sociais e para tratamento das intercorrências. Além disso, não se deve esquecer que o São Julião constitui um patrimônio imobiliário do Estado, que não pode ser abandonado. Ele deve ser recuperado para, quando não for mais ao controle da lepra, ter outra destinação, seja no setor saúde, seja em outros setores de atividades que visem a promover o desenvolvimento de Estado. O programa de trabalho da Operação Mato Grosso, no setor lepra é, pois, correto (Favero, 1970, p. 3, grifos meus).

Interessante problematizar que a discutida situação de abandono do São Julião também poderia estar relacionada às recomendações dos especialistas de que, devido aos avanços científicos empregados na terapêutica da lepra e a transferência do atendimento dos doentes para as unidades de saúde e ambulatórios não especializados, o isolamento em leprosários teria se tornado uma prática ultrapassada, ineficaz e desnecessária. Nessa linha de raciocínio, seria apenas uma questão de tempo para que aquelas instituições deixassem de existir e, portanto, no entendimento dos dirigentes políticos, elas não deveriam mais receber recursos orçamentários do poder público. Mas, no caso específico de Mato Grosso, como ficaria a situação daqueles pacientes que permaneceram internados no sanatório-colônia, sem perspectiva de voltar ao convívio social? E os novos doentes diagnosticados com a lepra, que continuaram sendo segregados no São Julião durante a década de 1960 e nos anos seguintes? Quem se responsabilizaria pelo tratamento e a assistência social que, por direito, deveriam continuar sendo oferecidos a esses grupos de internos que dependiam do funcionamento do sanatório-colônia para sobreviver? Essas responsabilidades seriam totalmente repassadas à sociedade civil? Tudo leva a crer que as respostas para esses questionamentos não estavam no rol das preocupações das autoridades governamentais e médicas do período.

No último trimestre de 1970, os voluntários da OMG (sob a liderança da Irmã Silvia) organizaram e instituíram a AARH, cujos estatutos foram publicados no *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso* do dia 26 de outubro de 1970. Segundo o artigo 1º dos estatutos, a recém criada associação, ao assumir a administração do

São Julião, estaria “destinada a participar” da execução das tarefas da CNCL em Campo Grande, auxiliando em suas atividades sociais e, principalmente, providenciando meios para o fortalecimento do interesse da sociedade em contribuir com as ações da campanha contra a lepra em Mato Grosso. A diretoria da AARH seria constituída por um presidente e um vice-presidente, 1º e 2º secretários e um tesoureiro, eleitos para desempenhar mandatos de dois anos, “admitindo-se reeleição”. O diretor do São Julião deveria compor o conselho técnico e, excepcionalmente, os integrantes da primeira diretoria teriam sido aclamados com mandatos de apenas um ano. Ainda de acordo com os preceitos que regiam os estatutos, os participantes da primeira assembleia geral escolheram o Padre Franco Delpiano para ser o patrono da AARH e o governador do estado de Mato Grosso, Pedro Pedrossian, o presidente de honra (Mato Grosso, Estatutos da [...], 1970, p. 6).

Voltando às impressões de Favero, ao tratar dos problemas relacionados à manutenção e ao funcionamento do São Julião, descreveu a seguinte situação:

O São Julião, atualmente, nada mais é que um ‘depósito de doentes’, retratando, fielmente, o que se lê sobre o isolamento na Idade Média. O momento não é, no entanto (e esse também não é do meu feitio), para lamúrias, críticas ou recriminações. O momento é para agir, no sentido de dar aos doentes que lá ‘vegetam’, condições humanas para que possam sobreviver. Proporcionar ‘pão’, material e espiritual, aos doentes de São Julião, é tarefa prioritária, que não pode ser adiada.

Os inúmeros problemas que apresenta o São Julião são decorrentes de um só: - a completa ausência de administração. Pudesse eu sugerir à associação um nome para administrar ou supervisionar a administração desse estabelecimento, não vacilaria um segundo e indicaria o seu. Estou certo de que a Irmã, contando com recursos necessários e com o apoio das autoridades, em pouco tempo transformaria, radicalmente, o São Julião (Favero, 1970, p. 2, grifos do autor).

É importante ressaltar que o fragmento de texto acima foi retirado de uma cópia do relatório enviada nominalmente “A Reverendíssima Irmã Silvia Vecellio”, no endereço do Colégio Nossa Senhora Auxiliadora. E o texto introdutório (p. 1-5), assinado somente por Favero, foi escrito com o inequívoco propósito de transmitir à freira a opinião pessoal dele sobre o que presenciou no São Julião durante a visita realizada em 19 de novembro de 1970, como parte das ações desenvolvidas durante da sua viagem. Sendo assim, o documento enfatizava que os “inúmeros”

problemas enfrentados pelo sanatório-colônia à época eram “decorrentes de um só: - a completa ausência de administração”, situação esta considerada por ele como de responsabilidade do poder público estadual, enquanto executor das políticas de profilaxia da lepra em nível local. Entretanto, ainda que indiretamente, a questão também envolvia o governo federal - naquele momento representado pelo próprio Favero - que teria a responsabilidade de acompanhar e fiscalizar, por intermédio do SNL, a execução da CNCL pelos serviços de controle da doença nas unidades federativas.

Quando Favero afirma que o momento era de ação, no sentido de oferecer aos pacientes internados as mínimas condições de sobrevivência, ficava evidente em seu discurso que “agir” significava providenciar, o mais rapidamente possível, a transferência da administração daquele “depósito de doentes” da esfera estadual para o comando da OMG, sob a direção ou supervisão da Irmã Silvia Vecellio. Como exemplo do que ainda ocorre na atualidade, quando há vontade política e pressão de autoridades que possuem grande influência junto aos governantes, as providências são tomadas com uma rapidez impressionante. Nesse sentido, um dia após a visita de Favero ao São Julião, foi publicado o Decreto nº 1.364, de 20 de novembro de 1970, que legalizou a transferência da administração do sanatório-colônia do governo de Mato Grosso para a AARRH, juntamente com a responsabilidade pela sua manutenção e o atendimento, tratamento e assistência social prestada aos doentes de lepra ali segregados, atribuições estas que antes também pertenciam ao Estado (Mato Grosso, Decreto [...], 1970, *on-line*). Sobre o seu empenho nas negociações que resultaram na referida transferência, Favero assim se manifestou:

Viajei de Campo Grande a Cuiabá com o firme propósito de tudo fazer para ver transferida, para a associação recentemente criada pela Operação Mato Grosso em Campo Grande, a administração do Sanatório-Colônia São Julião. A transferência já vinha sendo objeto de estudos por parte do Governo do Estado e foi efetivada pelo Decreto nº 1.364, de 20 do mês passado, publicado no Diário Oficial do Estado, na mesma data.

Há necessidade - e o momento é oportuno - que a referida associação entre em contato com as autoridades estaduais, a fim de firmar um contrato, no qual deverão ser claramente estabelecidos os compromissos de ambas as partes. Esse instrumento legal é de suma importância (Favero, 1970, p. 1-2).

Ainda de acordo com Favero (1970, p. 2-5), caso a AARH, fortalecida pelo empenho e dedicação dos voluntários da OMG e pela “brilhante” administração da Irmã Silvia, pudesse contar com os recursos públicos necessários para suplementar o montante recebido de diversas outras fontes, “em pouco tempo transformaria, radicalmente” o sanatório-colônia, que voltaria “a ser, realmente, um hospital”. E foi o que aconteceu nas décadas seguintes. Mas esta é outra história, que poderá ser escolhida como objeto de estudo de investigações futuras.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### HINO DO HOSPITAL SÃO JULIÃO

É agosto outra vez  
 Canta ao nosso coração  
 Lino Villachá poeta  
 Saudando os ipês floridos  
 Que desenham na lembrança  
 Um caminho de esperança  
 Hospital São Julião

Cada agosto que acontece  
 Perpetua a nossa história  
 Que atravessou milênios  
 Perdida na própria dor  
 Até que se abriu a porta  
 Com a luz de um novo tempo  
 Renovado pelo amor

Viva o 5 de agosto  
 Viva a nossa união  
 Que transforma um em três  
 Viva a fé e o trabalho  
 E o constante renascer  
 No Hospital São Julião  
 É agosto outra vez

Com saúde e liberdade  
 Vida nova conquistar  
 Com tão nobres aliados  
 Da Itália e do Brasil  
 Com Deus e a ciência  
 Com paz e dignidade  
 Nós dizemos sempre sim  
 Sim!

(letra e música de Lenilde Ramos)

1941 foi o ano escolhido como marco temporal para concluir a minha pesquisa de mestrado, à época sobre o Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá (Nascimento, 2001). Essa data era significativa justamente por ser o ano da inauguração do “novo e moderno” Asilo-Colônia São Julião de Campo Grande, naquele primeiro 5 de agosto de sua história. E foi em março de 2001, em um momento muito semelhante ao que estou vivenciando agora, ou seja, pouco mais de mês antes da defesa, que pensei ser apropriado findar as considerações finais da

dissertação, me referindo ao Hospital São Julião do início do século atual, com a seguinte indagação:

[...] se os leprosários do passado tiveram um perfil problemático, longe de alcançarem 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? (Nascimento, 2001, p. 157-158).

É certo que o São Julião de 2001 não era mais o asilo-colônia da década de 1940 e nem o sanatório-colônia dos decênios 1950/60/70. No entanto, aquele questionamento lançou as sementes que possibilitariam germinar outros tantos objetos de pesquisa, a serem explorados no campo de estudos da História da Saúde e das Doenças e valendo-se de abordagens temáticas no âmbito da história da lepra/hanseníase e das instituições criadas para efetivar o isolamento social de indivíduos acometidos pela enfermidade ao longo do tempo.

Brotava ali uma enorme gama de curiosidades e hipóteses de pesquisas para futuras investigações em perspectiva histórica que, anos mais tarde, acabaram frutificando nesta tese, por meio da qual busquei analisar e compreender as “principais características e funções sociais” atribuídas ao São Julião no enfrentamento à lepra/hanseníase em Mato Grosso, entre 1941 e 1970.

Durante o tempo dedicado à elaboração deste estudo, me deparei com várias histórias, dispersas em diferentes temporalidades e espacialidades. Conforme exposto na introdução, o cenário imposto pela pandemia de Covid-19 me fez percorrer caminhos repletos de curvas, encruzilhadas e desvios, em busca de outras possibilidades para desenvolver a investigação proposta no projeto original. As medidas restritivas de distanciamento social e o fechamento das instituições de pesquisa não me permitiriam continuar “escarafunchando” os arquivos e acervos documentais, em busca de registros históricos produzidos sobre o tema. Diante daquela realidade sanitária, fui obrigado a repensar, dentre outras coisas, os tipos de fontes, o recorte temporal e a abordagem temática.

Em face do emaranhado de questões que se apresentava, optei por começar este trabalho abordando, em linhas gerais, o isolamento nosocomial de leproso em Mato Grosso entre o século XIX e as primeiras décadas do XX, lidando, portanto, com um extenso período que extrapola o recorte temporal privilegiado nesta

pesquisa. Nesse percurso, busquei traçar um panorama do combate à lepra em Mato Grosso e suas interfaces com as políticas de saúde pública, analisando o primeiro momento da institucionalização do isolamento de doentes de lepra no Estado, com destaque para a trajetória do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá, marcada pelo abandono pelo poder público no período em questão. Na sequência, problematizei as correlações existentes entre as medidas e ações de enfrentamento à doença no Estado e os problemas sanitários discutidos em nível nacional. O foco ali foi o processo de constituição e institucionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual, ocorrido a partir dos anos finais do século XIX até as décadas de 1930/40. Naquele cenário de mudanças, mereceu destaque especial o conjunto de normas saneadoras instituído em Mato Grosso por meio da aprovação da *Reforma Sanitária Júlio Müller* e da publicação do *Regulamento Sanitário de 1938*.

Como observado, a maioria desses dispositivos legais e normativos não passou de letra morta no cotidiano do São Julião, pois havia no Brasil e em Mato Grosso à época uma enorme contradição entre aquilo que se legislava e a sua aplicabilidade na vida das pessoas, no sentido de garantir, na prática, as conquistas e os direitos estabelecidos em lei. Importante destacar que esse abismo entre teoria e prática ainda representa uma triste realidade entre os inúmeros problemas que emperram o bom funcionamento da saúde pública brasileira na atualidade, prejudicando, sobretudo, os grupos sociais em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

A tônica do 2º capítulo consistiu em analisar os momentos de esperança e desencanto dos pacientes isolados no São Julião durante os primeiros dez anos de seu funcionamento, ou seja, desde a inauguração até a federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra de Mato Grosso, oficializada em dezembro 1951. Para tanto, iniciei contextualizando a criação do São Julião como parte integrante das ações do governo estadonovista em Mato Grosso, desenvolvidas no âmbito do programa *Marcha para o Oeste*. Na sequência, abordei as dificuldades orçamentárias, administrativas e estruturais enfrentadas pela instituição nos primeiros anos da “República Populista” (iniciada em 1946), período marcado por grande instabilidade na nova configuração política estadual. Nesse cenário, destaquei o papel desempenhado pelo emblemático edifício do parlatório nas vivências e sociabilidades de pacientes internados no então asilo-colônia. A introdução da

sulfonoterapia na rotina clínica do São Julião (1947), a concessão das primeiras “altas” a doentes de lepra isolados no estabelecimento (1950) e o contexto de aprovação da lei federal (1951) que instituiu a mudança no nome dessas instituições, de asilos-colônias para sanatórios-colônias, também figuraram entre as temáticas estudadas no segundo momento.

Como vimos, apesar de aclamado como uma grande conquista para muitos doentes de lepra e a sociedade mato-grossense em geral quando da sua inauguração, o São Julião, durante a primeira década de funcionamento, teve sua trajetória marcada por altos e baixos. As referências encontradas sobre o leprosário naquela época deslocam-se da exaltação com que fora saudado nos discursos dos dirigentes políticos, autoridades médico-sanitárias e imprensa, para o abandono e descaso do poder público, narrados por alguns dos pacientes e outros testemunhos produzidos no período. No entanto, em fins da década de 1940 e inícios dos anos 1950, na esteira das mudanças provocadas pelo tratamento sulfonoterápico, a instituição passou por significativas melhorias (administrativas, financeiras e estruturais), promovidas pelos médicos leprologistas que assumiram sua administração à época e contando com o recebimento de recursos orçamentários suplementares, aprovados e liberados pelos governos de Mato Grosso e da União.

Por fim, investiguei os rumos do São Julião no contexto do chamado “otimismo sanitário”, durante as décadas de 1950/60, focalizando, respectivamente, no convênio de federalização do Serviço de Profilaxia da Lepra (SPL) de Mato Grosso (1952-1956), na criação e implantação da Campanha Nacional contra a Lepra (1954/59) e na publicação do Decreto Federal nº 968/1962, que oficializou o término do isolamento compulsório de doentes de lepra no Brasil. Também estudei o ápice da situação de abandono pelo poder público (federal e estadual) dos pacientes segregados no então sanatório-colônia a partir de meados da década de 1960, após a instauração do regime militar no Brasil, contemplando as mudanças políticas e institucionais iniciadas com os trabalhos desenvolvidos pela Irmã Silvia (a partir de 1964) e reforçadas pela atuação dos voluntários da OMG, a partir de 1970. Concluí o 3º e último capítulo, discutindo o contexto histórico que levou à transferência da administração do Sanatório-Colônia São Julião do governo estadual para a AARRH, efetivada através do Decreto Estadual nº 1.364, de 20 de novembro de 1970.

Conforme analisado, as fontes exploradas apontaram não ter havido avanços significativos nas condições de atendimento, tratamento e assistência dispensados

aos pacientes internados no período em que a instituição esteve sob a responsabilidade do governo federal. Entre a criação e implantação da CNCL e a publicação do Decreto nº 968/1962, mesmo com o aumento do quantitativo de recursos enviados pela União, também não teria havido melhorias significativas na rotina clínica e terapêutica do São Julião. Contudo, o incremento das verbas destinadas ao SPL estadual e à implementação da campanha antileprótica em Mato Grosso teria possibilitado a realização de reformas, ampliações e novas construções no conjunto arquitetônico da instituição no período.

A partir de meados da década de 1960, o São Julião teria amargado a pior fase de sua história. A lepra e o sanatório-colônia passaram por um processo de silenciamento nas fontes analisadas, consequência direta da chegada dos militares ao poder, em 1964, ano em que começaram as visitas da Irmã Silvia à instituição, com o propósito de ajudar na assistência social aos internos. Trabalho este que perdurou até a chegada dos primeiros voluntários italianos àquele “depósito de doentes”, em julho de 1970. Essa junção de esforços em prol da melhoria das condições de vida dos pacientes internados, sob a liderança da Irmã Silvia, resultou na transferência da administração do São Julião do governo estadual para a AARRH, concretizada em novembro de 1970, baliza final desta pesquisa.

Quando o célebre historiador francês Georges Duby (1999, p. 9) afirma que “o historiador tem o dever de não se fechar no passado e de refletir assiduamente sobre os problemas de seu tempo”, corrobora com a ideia de que os pesquisadores que escolhem temáticas de estudo ligadas à história da medicina e do binômio saúde/doença, mais especificamente da lepra/hanseníase e das instituições de isolamento para pessoas acometidas pela enfermidade, têm muito a contribuir com o debate, as reflexões e, principalmente, com a redução do forte estigma, preconceito e discriminação social que ainda persistem em torno hanseníase e das pessoas acometidas e afetadas pela doença na atualidade.

Temos que assumir o compromisso de analisar fragmentos do passado com o objetivo de contribuir para um maior e melhor entendimento sobre as manifestações da doença no presente. No cenário atual, a hanseníase ainda é uma doença bastante desconhecida e “esquecida” pela sociedade em geral. A ignorância das pessoas comuns - e mesmo das autoridades governamentais e médicas - acerca da doença contribui, sobremaneira, para aumentar o preconceito e o estigma em relação aos indivíduos diagnosticados com o agravo, fortalecendo, deste modo, os

sentimentos de aversão e rejeição, que têm relação direta com os comportamentos discriminatórios. Portanto, a hanseníase, enquanto doença tropical negligenciada, ainda se apresenta como um “fantasma” a ser “caçado” pelas autoridades governamentais e médicas, constituindo-se em um “mal” que atinge toda a população, mas que salta aos olhos entre os grupos sociais menos favorecidos. Para um número significativo de pessoas, a doença ainda é vista como um perigo que amedronta e deve ser camuflado, muitas vezes por meio do exílio voluntário, para tentar se livrar da mácula que a cerca.

Em fins do primeiro quartel do século XXI, homens e mulheres ainda sofrem com as marcas estigmatizantes da antiga lepra. Nesse cenário, a atual hanseníase se mostra como um grave problema de saúde pública, uma questão social a ser resolvida pelo poder instituído e sociedade civil organizada. A grande incidência da doença entre as populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica reafirma haver, nos dias atuais, uma íntima e triste correlação entre concentração de riqueza, desigualdades, pobreza e doença. Más condições de moradia, alimentação deficiente e um organismo fraco e debilitado são fatores essenciais para o desenvolvimento do *Mycobacterium leprae*. Ao nos depararmos com essas afirmações nos discursos e documentos dos tempos atuais, temos a sensação de estar em uma máquina do tempo. O que mudou? Muito, e pouco.

Assim, o anseio histórico de “debelar” a hanseníase ainda está por ser concretizado em Mato Grosso e no Brasil. As batalhas travadas nas trincheiras dessa “guerra” (que também deve considerar como inimigo o antigo estigma em relação à doença e aos acometidos por ela) carecem da vontade política de autoridades governamentais e médico-sanitárias, ou seja, da criação e desenvolvimento de políticas públicas efetivas de enfrentamento à endemia hansênica no país. A formação e capacitação de médicos, enfermeiros e demais profissionais da área de saúde, dispostos a atuarem nesse campo, também são necessárias e imprescindíveis. Todo esse conjunto de medidas e ações deve estar atrelado ao engajamento de instituições (públicas, privadas e filantrópicas), organizações não governamentais, indivíduos, projetos, movimentos e grupos sociais em luta. Todos envolvidos, solidários, bem informados e comprometidos com a busca de soluções urgentes para esse grave problema de saúde pública que ainda persiste, resiste (mas que é constantemente silenciado) em Mato Grosso e em vários outros estados brasileiros. Lutemos!

Como vimos na introdução, o Hospital São Julião, atualmente localizado no estado de Mato Grosso do Sul, desempenha um papel relevante na prevenção, atendimento, tratamento, cuidado e reabilitação de pessoas acometidas e afetadas pela hanseníase pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com uma estrutura física de qualidade, equipamentos modernos e de alta tecnologia, médicos e demais profissionais de saúde qualificados e comprometidos com o atendimento integral e humanizado dos pacientes que buscam o hospital para resolver problemas relacionados a diversas patologias clínicas. Para além da hanseníase, o São Julião atende várias outras especialidades médicas, sendo referência também na área de oftalmologia, inclusive com a realização de transplantes de córnea, uma experiência que concretiza a inserção da hanseníase no rol das doenças tratáveis e curáveis, como propalavam os especialistas desde a década de 1950, sem a distinção que tantas vezes foi mais um elemento de reforço ao preconceito. Conforme dados disponibilizados na página eletrônica, redes sociais e pela atual administração do hospital, o São Julião tem contribuído, de forma efetiva, com medidas e ações sanitárias voltadas ao enfrentamento da hanseníase não apenas em Mato Grosso do Sul, mas também no seu vizinho do norte, o estado de Mato Grosso. Em 5 de agosto de 2023, o hospital completou 82 anos de história, e como expressa o hino do São Julião: “É agosto outra vez Canta ao nosso coração [...] Um caminho de esperança Hospital São Julião [...] Cada agosto que acontece Perpetua a nossa história [...] Viva o 5 de agosto [...] E o constante renascer No Hospital São Julião É agosto outra vez [...]”.

Na instigante busca por reconstituir “mundos” e narrativas históricas, a premissa que acompanhou a realização desta pesquisa esteve sempre pautada da decisão “cidadã” de estudar passado, procurando compreender (e viver) melhor o presente e ao mesmo tempo planejar um futuro mais esperançoso, solidário e socialmente equânime. O resultado dessa busca é a tese ora finda, que descortina uma história do São Julião com muitas continuidades e permanências, assim como mudanças e rupturas. Conforme mencionado, nos caminhos percorridos até aqui, foi preciso fazer alterações nos recortes temporais, arranjos e rearranjos teóricos, novas escolhas metodológicas, enfim, exercitar com perseverança o ofício do historiador, cuja tarefa essencial, segundo Darnton (1987, p. 7), consiste em fazer “perguntas aos documentos”, “prestando atenção às respostas”, para se “ter o privilégio de auscultar almas mortas e avaliar as sociedades por elas habitadas”.

Concluir um trabalho não significa solucionar e responder todos os questionamentos em torno do tema analisado. Esta história do São Julião é, portanto, uma pesquisa inacabada e, obviamente, fruto das circunstâncias nas quais fora produzida. Está aberta a diversas outras possibilidades de abordagem e não teve em momento algum a pretensão de esgotar os estudos sobre o asilo-colônia, sanatório e hospital nas agendas sanitárias de controle e combate à lepra/hanseníase em Mato Grosso. Novas investigações serão sempre bem vindas, no sentido de ampliar e aprofundar os conhecimentos sobre os rumos tomados pelo então sanatório-colônia a partir da década de 1970 e esse tema tão candente para novos estudos e pesquisas que é a história das instituições de isolamento social de pessoas acometidas pela lepra/hanseníase em Mato Grosso e, por extensão, no Brasil.

## REFERÊNCIAS

### **Acervo do Hospital São Julião (AHSJ)**

CANIATO, Luca. **A História do São Julião de 1941 a 2013**: contada por Luca Caniato. Campo Grande/MS: [s.n.], 2013.

FAVERO, Wandyck Del. **Relatório da Viagem ao Estado de Mato Grosso**, realizada pelos médicos da Divisão Nacional de Lepra, Wandyck Del Favero e Agenor de Mello, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, dezembro de 1970.

AHSJ. Desembarque do presidente Getúlio Vargas em Campo Grande, para participar, dentre outras agendas, da inauguração do Asilo-Colônia São Julião. 1 fotografia. **Documentos avulsos**, 1941.

AHSJ. O Parlatório do São Julião, após a derrubada dos muros no meio do edifício. 1 fotografia. **Documentos avulsos**, s/d.

AHSJ. Pacientes antigos não informatizados (até o ano de 1996). *In*: **Livro de Registro de Pacientes [1941?]**. Campo Grande/MS: Hospital São Julião, encadernação sem data e sem numeração de páginas.

### **Acervo da Casa Barão de Melgaço (ACBM)**

ACBM. Hospital dos Lázarus. *In*: **Acervo da Família Rodrigues (AFR)**: Revista do Instituto Histórico de Mato Grosso. Plataforma Digital do Acervo das Famílias da Casa Barão de Melgaço. Cuiabá: RIHGMT, 1939. 2 fotografias. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1HjTMgdWWHaqubwN1dPTMvpuY6OnEe0sf/view>. Acesso em: 3 fev. 2024.

ACBM. Chegada de Eunice Weaver em Cuiabá, num hidroavião, sendo recepcionada por Júlio Müller. *In*: **Acervo da Família Rodrigues (AFR)**. Plataforma Digital do Acervo das Famílias da Casa Barão de Melgaço, Cuiabá: AFR/264, 1941. 1 fotografia. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1I7IUxswotTD7rfiK8HvRqH\\_gkbhtab3G/view](https://drive.google.com/file/d/1I7IUxswotTD7rfiK8HvRqH_gkbhtab3G/view). Acesso em: 3 fev. 2024.

ACBM. Baile do Palácio, oferecido a Getúlio Vargas em sua visita à Cuiabá, no ano de 1941. *In*: **Acervo da Família Rodrigues (AFR)**. Plataforma Digital do Acervo das Famílias da Casa Barão de Melgaço, Cuiabá: AFR/306, 1941. 1 fotografia. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1beHOHytcIcF4p\\_4zWs965NS6LtqmmvjG/view](https://drive.google.com/file/d/1beHOHytcIcF4p_4zWs965NS6LtqmmvjG/view). Acesso em: 3 fev. 2024.

### **Arquivo Público de Mato Grosso (APMT)**

APMT. Decreto-Lei nº 379, de 4 de dezembro de 1940, Institui o Serviço de Profilaxia da Lepra, pelo Bel. Júlio Strubing Müller, Interventor Federal. **Diário**

**Oficial do Estado de Mato Grosso**, ano LI, nº 8470, Cuiabá, 7 de dezembro de 1940.

APMT. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa pelo Interventor Federal em Mato Grosso, Manoel Ary da Silva Pires, e lida na abertura da 3ª sessão ordinária da sua 1ª legislatura. Cuiabá: Tipografia Oficial, 13 de junho de 1937.

APMT. Regulamento da Saúde Pública de Estado de Mato Grosso, pelo Dr. Mario Corrêa da Costa, Governador do Estado. Decreto nº 84, de 28 de novembro de 1936. *In*: **Gazeta Oficial do Estado de Mato Grosso**, Estados Unidos do Brasil, ano XLVII, 48º da República, nº 7353, Cuiabá, 15 de dezembro de 1936.

APMT. 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 providências, Cuiabá, 1938.

APMT. Relatório apresentado por Firmo José Rodrigues, vice-presidente em exercício da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá (Estado de Mato Grosso), ao Exmo. Sr. Presidente do Estado, relativo ao ano de 1924. Cuiabá: Escolas Profissionais Salesianas, 12 de Abril de 1925.

APMT. Relatório apresentado pelo Dr. Virgílio Alves Corrêa Neto, Diretor Geral do Departamento de Saúde. Movimento do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso referente ao ano de 1938. Cuiabá, 31 de março de 1939.

APMT. Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, apresentado pelo Dr. Hélio Ponce de Arruda, Diretor Geral, [referente ao exercício de 1939], Cuiabá, 1940.

APMT. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, Presidente da República, pelo Bel. Júlio Strübing Müller, Interventor Federal em Mato Grosso, referente ao ano de 1941, Cuiabá, 1942.

APMT. Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, apresentado pelo Dr. Hélio Ponce de Arruda, Diretor Geral, Cuiabá, 1944.

### **Instituto Memória do Poder Legislativo de Mato Grosso (IMPL/MT)**

IMPL/MT. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa, pelo governador do estado de Mato Grosso, João Ponce de Arruda, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1958 [referente ao exercício de 1957]. Cuiabá: Governo do Estado, 1958.

IMPL/MT. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa, pelo governador do estado de Mato Grosso, João Ponce de Arruda, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1959 [referente ao exercício de 1958]. Cuiabá: Governo do Estado, 1959.

IMPL/MT. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa, pelo governador do estado de Mato Grosso, João Ponce de Arruda, ao ensejo da abertura dos trabalhos

da 2ª sessão da 4ª legislatura, em 13 de junho de 1960 [referente ao exercício de 1959]. Cuiabá: Governo do Estado, 1960.

IMPL/MT. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa, pelo governador do estado de Mato Grosso, Pedro Pedrossian, quando da abertura dos trabalhos legislativos de 1969 [referente ao exercício de 1968]. Cuiabá: Governo do Estado, 1969.

### **Núcleo de Documentação e Informação Histórica Regional da Universidade Federal de Mato Grosso (NDIHR/UFMT)**

NDIHR-UFMT. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa, pelo governador do estado de Mato Grosso, Arnaldo Estevão de Figueiredo, e lida na abertura da 2ª sessão ordinária de sua 1ª legislatura [referente ao exercício de 1947]. Cuiabá, 13 de junho de 1948.

NDIHR-UFMT. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa, pelo governador do estado de Mato Grosso, Arnaldo Estevão de Figueiredo, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1949 [referente ao exercício de 1948]. Cuiabá: Imprensa Oficial, 13 de junho de 1949.

NDIHR-UFMT. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado, pelo governador de Mato Grosso, Arnaldo Estevão de Figueiredo, por ocasião do início da legislativa de 1950 [referente ao exercício de 1949]. Cuiabá, 13 de junho de 1950.

NDIHR-UFMT. Mensagem à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, apresentada pelo governador do Estado, Fernando Corrêa da Costa, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1952 [referente ao exercício de 1951]. Cuiabá, 13 de junho de 1952.

NDIHR-UFMT. Mensagem à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, apresentada pelo governador do Estado, Fernando Corrêa da Costa, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1953 [referente ao exercício de 1952]. Cuiabá, 13 de junho de 1953.

NDIHR-UFMT. Mensagem à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, apresentada pelo governador do Estado, Fernando Corrêa da Costa, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1954 [referente ao exercício de 1953]. Cuiabá: Imprensa Oficial, 13 de junho de 1954.

NDIHR-UFMT. Mensagem à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, apresentada pelo governador do Estado, Fernando Corrêa da Costa, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1955 [referente ao exercício de 1954]. Cuiabá: Imprensa Oficial, 13 de junho de 1955.

NDIHR-UFMT. Mensagem apresentada pelo governador do Estado, João Ponce de Arruda, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1956 [referente ao exercício de 1955]. Cuiabá: Imprensa Oficial, 13 de junho de 1956.

NDIHR-UFMT. Mensagem apresentada pelo governador do Estado, João Ponce de Arruda, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1957 [referente ao exercício de 1956]. Cuiabá: Imprensa Oficial, 13 de junho de 1957.

NDIHR-UFMT. Mensagem apresentada pelo governador do Estado, João Ponce de Arruda, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1959 [referente ao exercício de 1958]. Cuiabá: Imprensa Oficial, 13 de junho de 1959.

NDIHR-UFMT. Mensagem à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, apresentada pelo governador do Estado, Fernando Corrêa da Costa, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1962 [referente ao exercício de 1961]. Cuiabá: Imprensa Oficial, 13 de junho de 1962.

NDIHR-UFMT. Mensagem à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, apresentada pelo governador do Estado, Fernando Corrêa da Costa, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1963 [referente ao exercício de 1962]. Cuiabá: Imprensa Oficial, 13 de junho de 1963.

NDIHR-UFMT. Mensagem à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, apresentada pelo governador do Estado, Fernando Corrêa da Costa, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1964 [referente ao exercício de 1963]. Cuiabá: Imprensa Oficial, 13 de junho de 1964.

NDIHR-UFMT. Mensagem à Assembleia Legislativa de Mato Grosso, apresentada pelo governador do Estado, Fernando Corrêa da Costa, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1965 [referente ao exercício de 1964]. Cuiabá: Imprensa Oficial, 13 de junho de 1965.

NDIHR-UFMT. Relatório apresentado à Assembleia Legislativa da Província de Mato Grosso, pelo presidente da mesma Província, Francisco José Cardozo Junior, 1872.

### **Jornais – Hemeroteca da Fundação Biblioteca Nacional (BNDigital)**

A LEPRO HOJE É CURÁVEL E NÃO AFUGENTA MAIS NINGUÉM. **A Cruz**, ano LII, nº 2620, Cuiabá, 14 de abril de 1963. Disponível em:  
<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=765880&Pesq=lepra&pagfis=10866>. Acesso em: 16 nov. 2023.

A LEPRO TEM CURA. **A Cruz**, ano XLVI, nº 2158, Cuiabá, 7 de outubro de 1956. Disponível em:  
<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=765880&pesq=lepra&pasta=a no%20195&hf=memoria.bn.br&pagfis=8661>. Acesso em: 5 ago. 2023.

ARRUDA, Hélio Ponce de. Saúde Pública em Mato Grosso. **O Estado de Mato Grosso**, ano I, nº 1, Cuiabá, 27 de agosto de 1939. Disponível em:  
<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&Pesq=lepra&pagfis=10>. Acesso em: 27 abr. 2021.

ARRUDA, Hélio Ponce de. A conferência do Dr. Helio Ponce de Arruda. **O Estado de Mato Grosso**, ano I, nº 265, Cuiabá, 2 de agosto de 1940. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=clineu&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=982>. Acesso em: 10 out. 2022.

ARRUDA, Hélio Ponce de. O resultado da inspeção do Diretor do Departamento de Saúde a vários postos de higiene do Sul. **O Estado de Mato Grosso**, ano II, nº 406, Cuiabá, 2 de fevereiro de 1941. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22azilo-colonia%22&pagfis=1660>. Acesso em: 31 out. 2022.

ARRUDA, Hélio Ponce de. Saúde Pública em Marcha. **O Estado de Mato Grosso**, ano III, nº 573, Cuiabá, 4 de outubro de 1941. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22s.%20juli%C3%A3o%22&pagfis=2478>. Acesso em: 6 nov. 2022. Ver continuação em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22s.%20juli%C3%A3o%22&pagfis=2488>. Acesso em: 6 nov. 2022. Ver conclusão em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22s.%20juli%C3%A3o%22&pagfis=2483>. Acesso em: 6 nov. 2022.

ARRUDA, Hélio Ponce de. Ecos da Conferencia Nacional de Educação e Saúde. **O Estado de Mato Grosso**, ano III, nº 612, Cuiabá, 30 de novembro de 1941.

Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22dr%20heli%20ponce%20de%20arruda%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=2680>. Acesso em: 12 nov. 2022.

AS GRANDES HOMENAGENS RECEBIDAS PELO PRESIDENTE VARGAS EM CAMPO GRANDE E PONTA PORÃ. **O Estado de Mato Grosso**, ano II, nº 534, Cuiabá, 6 de agosto de 1941. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=leprosario&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=2278>. Acesso em: 3 nov. 2022.

BARBOSA, Alberto da Silva. Esclarecimentos sobre o Leprosário S. Julião. *In*: Tribuna do Povo - **O Estado de Mato Grosso**, ano VIII, nº 1527, Cuiabá, 4 de dezembro de 1946. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22sao%20juliao%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=7214>. Acesso em: 3 jan. 2023.

BARRETO, João de Barros. “Leprosário de São Julião”. **O Estado de Mato Grosso**, ano III, nº 598, Cuiabá, 6 de novembro de 1941. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22sao%20juliao%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=2608>. Acesso em: 11 nov. 2022.

BOTO, Azeredo. Homenagens dos hansenianos de Campo Grande a D. Adelina Ponce de Arruda. **O Estado de Mato Grosso**, ano III, nº 810, Cuiabá, 19 de agosto de 1942. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22S.%20Juli%C3%A3o%22&pagfis=3627>. Acesso em: 14 nov. 2022.

CARRO PARA O SANATÓRIO SÃO JULIÃO: AGRADECIMENTOS DE INTERNOS DAQUELE NOSOCÔMIO AO GOVERNADOR PONCE DE ARRUDA. **O Estado de Mato Grosso**, ano XXI, nº 3.725, Cuiabá, 8 de maio de 1960. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&Pesq=%22sao%20juliao%22&pagfis=15066>. Ver a Conclusão da reportagem, disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&Pesq=%22sao%20juliao%22&pagfis=15073>. Acesso em: 28 de out. 2023.

DELEGACIA FEDERAL DE SAÚDE DA 6ª REGIÃO. **O Estado de Mato Grosso**. Ano II, nº 307, Cuiabá, 26 de setembro de 1940. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22dr%20aurelio%20odorico%20antunes%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=1186>. Acesso em: 30 set. 2022.

ENTREGUES AO GOVERNO DO ESTADO O LEPROSÁRIO DE CAMPO GRANDE E O HOSPITAL DE PENFIGUS DE PONTA PORÃ. **O Estado de Mato Grosso**. Ano II, nº 472, Cuiabá, 7 de maio de 1941. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22lepros%C3%A1rio%20de%20campo%20grande%22&pagfis=1992>. Acesso em: 27 set. 2022.

ESTEVE EM NOSSA CAPITAL O SUPERVISOR DO SERVIÇO NACIONAL CONTRA LEPRO. **A Cruz**, ano LVII, nº 2802, Cuiabá, 13 de junho de 1967. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=765880&Pesq=lepra&pagfis=11523>. Acesso em: 11 dez. 2023.

FEDERALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PROFILAXIA DA LEPRO. **A Cruz**. Ano XLIII, nº 1988, Cuiabá, 23 de dezembro de 1951. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=765880&pesq=lepra&pasta=ano%20195&hf=memoria.bn.br&pagfis=8005>. Acesso em: 19 maio 2023.

GOMES, Ernani. O reverso da medalha. **O Estado de Mato Grosso**, ano XIV, nº 2212, Cuiabá, 29 de janeiro de 1953. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=sanat%C3%B3rio&pasta=ano%20195&hf=memoria.bn.br&pagfis=9814>. Ver a Conclusão da reportagem, disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=sanat%C3%B3rio&pasta=ano%20195&hf=memoria.bn.br&pagfis=9815>. Acesso em: 15 ago. 2023.

MONTEIRO, Durval Gomes. Assistência aos Lázaros. *In*: Tribuna do Povo - **O Estado de Mato Grosso**, ano VII, nº 1467, Cuiabá, 23 de junho de 1946. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22lepra%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=6897>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MONTEIRO, Durval Gomes. No Leprosário de Campo Grande. *In*: Tribuna do Povo - **O Estado de Mato Grosso**, ano VIII, nº 1507, Cuiabá, 6 de outubro de 1946.

Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22no%20leprosario%20de%20campo%20grande%22&pagfis=7114> Acesso em: 19 abr. 2022.

MONTEIRO, Durval Gomes. Assistência aos Lázaros. *In*: Tribuna do Povo - **O Estado de Mato Grosso**, ano VIII, nº 1574, Cuiabá, 27 de abril de 1947. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22S.%20Juli%C3%A3o%22&pagfis=7400>. Acesso em: 13 fev. 2023.

MÜLLER, Júlio Strubing. O Interventor Júlio Müller renovou o convite ao Presidente Vargas para visitar o nosso Estado. **O Estado de Mato Grosso**, ano II, nº 431, Cuiabá, 12 de março de 1941. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22mal%20de%20hansen%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=1773>. Acesso em: 1 nov. 2022.

NOTÍCIAS DIVERSAS. **O Estado de Mato Grosso**, ano XI, nº 1874, Cuiabá, 10 de março de 1950. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=lepra&pasta=ano%20195&hf=memoria.bn.br&pagfis=8376>. Acesso em: 15 maio 2023.

NOVIS, Amarelino. “Toda Corumbá vibrou de intenso júbilo ao receber o grande Presidente”. **O Estado de Mato Grosso**, ano II, nº 532, Cuiabá, 1º de agosto de 1941. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22dr%20heli%20ponce%20de%20arruda%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=2272>. Acesso em: 2 nov. 2022.

O QUE É A COLÔNIA S. JULIÃO, DE CAMPO GRANDE. **O Estado de Mato Grosso**, ano V, nº 1.186, Cuiabá, 16 de abril de 1944. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22mal%20de%20hansen%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=5447>. Ver a Conclusão da reportagem, disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22mal%20de%20hansen%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=5454>. Acesso em: 17 nov. 2022.

OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA EM MATO GROSSO. **O Estado de Mato Grosso**, ano IV, nº 1034, Cuiabá, 11 de julho de 1943. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22S.%20Juli%C3%A3o%22&pagfis=4697>. Acesso em: 16 nov. 2022. Ver conclusão da reportagem, disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22S.%20Juli%C3%A3o%22&pagfis=4700>. Acesso em: 16 nov. 2022.

PELA ENTREGA DO LEPROSÁRIO S. JULIÃO AO GOVERNO DO ESTADO: UM TELEGRAMA DA SRA. EUNICE WEAVER AO SR. INTERVENTOR FEDERAL. **O Estado de Mato Grosso**, ano II, nº 481, Cuiabá, 17 de abril de 1941. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22sao%20juliao%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=2032>. Acesso em: 21 out. 2022.

PELA SAUDE PUBLICA. **O Matto-Grosso**, ano LII, nº 2.148, Cuiabá, 9 de março de 1930. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=716189&pasta=ano%20193&pesq=%22saude%20publica%22&pagfis=3976>. Acesso em: 27 abr. 2021.

RODRIGUES, José Barbosa. Homens que voltam à vida. **O Estado de Mato Grosso**, ano XI, nº 1945, Cuiabá, 29 de outubro de 1950. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=%22mal%20de%20hansen%22&pasta=ano%20194&hf=memoria.bn.br&pagfis=8677>. Ver a conclusão da reportagem, disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&Pesq=%22sao%20juliao%22&pagfis=8680>. Acesso em: 10 maio 2023.

SECRETARIA DA SAÚDE COMEMOROU DIA MUNDIAL DOS LEPROSOS. **A Cruz**, ano LII, nº 2602, Cuiabá, 3 de fevereiro de 1963. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=765880&Pesq=lepra&pagfis=10798>. Acesso em: 8 nov. 2023.

TODA A CIDADE MOBILIZADA PARA A GRANDE CAMPANHA DA SOLIDARIEDADE, CHEFIADA POR D. EUNICE WEAVER. **O Estado de Mato Grosso**, ano I, nº 264, Cuiabá, 1º de agosto de 1940. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=098086&pasta=ano%20194&pesq=%22no%20leprosario%20de%20campo%20grande%22&pagfis=975>. Acesso em: 25 out. 2022.

60 MIL LEPROSOS ANDAM FORA DOS LEPROSÁRIOS. **O Estado de Mato Grosso**, ano XVIII, nº 3033, Cuiabá, 19 de maio de 1957. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=098086&pesq=lepra&pasta=ano%20195&hf=memoria.bn.br&pagfis=12658>. Acesso em: 13 set. 2023.

### Reportagens, notícias, artigos e páginas da internet

COLDENEWS. Hospital São Julião completa 80 anos de história de solidariedade e respeito à vida. *In*: **ColdLine Brasil**, Campo Grande/MS, ano VI, nº 97, agosto de 2021. Disponível em: <http://coldlinebrasil.com/newsagosto2021/>. Acesso em: 24 maio 2022.

CERTIFICAÇÃO LIXO ZERO. Hospital São Julião. **Instituto Lixo Zero Brasil**. Campo Grande/MS: categoria hospital, outubro de 2023. Disponível em: <https://certificacaolixozero.com/certificados/hospital-sao-juliao/>. Acesso em: 14 mar. 2024.

PANDEMIA: COVID: BRASIL É TIDO COMO 'COLÔNIA DE LEPROSOS'; VIZINHOS FECHAM FRONTEIRAS. Jornal **Estado de Minas**, Seção Nacional, Belo Horizonte, 14 de março de 2021. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/03/14/interna\\_nacional,1246545/covid-brasil-e-tido-como-colonia-de-leprosos-vizinhos-fecham-fronteiras.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/03/14/interna_nacional,1246545/covid-brasil-e-tido-como-colonia-de-leprosos-vizinhos-fecham-fronteiras.shtml). Acesso em 11 abr. 2021.

PREFEITURA DECRETA SITUAÇÃO DE CALAMIDADE PÚBLICA EM CHAPADA DOS GUIMARÃES (MT) POR FALTA DE LEITOS PARA COVID-19. **Portal de Notícias G1 Mato Grosso**. Centro América, Cuiabá, 19 de março de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2021/03/19/prefeitura-decreta-situacao-de-calamidade-publica-em-chapada-dos-guimaraes-mt-por-falta-de-leitos-para-covid-19.ghtml>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ROCHA, Lucas. Por que a hanseníase ainda persiste como problema de saúde pública no Brasil? **CNN Brasil**, São Paulo, 30 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/por-que-a-hanseniase-ainda-persiste-como-problema-de-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 11 jul. 2022.

SÃO JULIÃO. História de Solidariedade. **www.saojuliao.org.br**, Campo Grande/MS, 2022. Disponível em: [http://www.saojuliao.org.br/public\\_html/br/historia.htm](http://www.saojuliao.org.br/public_html/br/historia.htm). Acesso em: 19 jul. 2022.

SÃO JULIÃO É RECONHECIDO COMO PRIMEIRO HOSPITAL RUMO AO LIXO ZERO DO BRASIL: unidade receberá certificado após alcançar 82% de desvio de resíduos sólidos do aterro sanitário. **Midiamax/UOL**, 28 de novembro de 2023. Disponível em: <https://midiamax.uol.com.br/cotidiano/2023/sao-juliao-e-reconhecido-como-primeiro-hospital-rumo-ao-lixo-zero-do-brasil/>. Acesso em: 9 mar. 2024.

### Fontes Governamentais

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do Gestor do PSE** [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=caderno+do+gestor+do+pse+2022#vhid=Zm92gO78IQBqEM&vssid=l>. Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), **Boletim Epidemiológico: Hanseníase/2022**, número especial - jan. 2022, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2022 [Internet].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), **Boletim Epidemiológico: Hanseníase/2023**, número especial - jan. 2023, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2023 [Internet].

BRASIL. Serviço Nacional de Lepra, Diretor Dr. Ernani Agrícola, **Ata da reunião convocada pelo Serviço Nacional de Lepra para a elaboração das Instruções Reguladoras da concessão de altas aos doentes de lepra**. Rio de Janeiro, 22 de

fevereiro de 1947. Disponível em: <https://docplayer.com.br/140545401-Servico-nacional-de-lepra.html>. Acesso em: 6 maio 2023.

MATO GROSSO. ASSOCIAÇÃO DE AUXÍLIO E RECUPERAÇÃO DOS HANSENIANOS. Estatutos da Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso**, Ano LXXX, nº 15.723, Cuiabá, 26 de outubro de 1970. Disponível em: [www.iomat.mt.gov.br](http://www.iomat.mt.gov.br), busca por edição. Acesso em: 18 dez. 2023.

MATO GROSSO. **Plano Estratégico de Enfrentamento da Hanseníase em Mato Grosso (PEHAN-MT)**. Governo de Mato Grosso, Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT), Cuiabá, 2018.

MATO GROSSO. **SES confirma primeiro caso de Corona-vírus em MT**. Governo de Estado de Mato Grosso, Secretaria de Estado de Saúde, Notícia, Assessoria, SES-MT, 20/03/2020. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/noticia/6199>. Acesso em: 11 abr. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. **AEM/MS entrega doações ao Hospital São Julião**. Agência Estadual de Metrologia de Mato Grosso do Sul. SEMAGRO, Governo do Estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS, 2021. Disponível em: <https://www.aem.ms.gov.br/aem-ms-inmetro-entrega-doacoes-ao-hospital-sao-juliao/>. Acesso em: 24 maio 2022.

OMS. **Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 “Rumo à zero hanseníase”**. Nova Delhi: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para o Sudeste Asiático, 2021. Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO.

## Legislação

BRASIL. Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 10/3/1904, p. 1135. (Publicação Original). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 21 jan. 2023.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 4/4/1941, p. 6815. (Publicação Original). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-413188-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 12 fev. 2024.

BRASIL. Decreto nº 15.484, de 8 de maio de 1944. Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Lepra do Departamento Nacional de Saúde. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 10/5/1944, p. 8251, 1944. (Publicação Original). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-15484-8-maio-1944-450762-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 26 out. 2022.

BRASIL. Decreto do Conselho de Ministros nº 968, de 7 de maio de 1962. Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País, e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 9/5/1962, p. 5113. (Publicação Original). Coleção Leis do Brasil, v. 4, p. 109, 1962. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decmin/1960-1969/decretodoconselhodeministros-968-7-maio-1962-352366-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 8 nov. 2023.

BRASIL. Decreto nº 77.513, de 29 de abril de 1976. Revoga o Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962, e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 30/04/1976, p. 5399. (Publicação Original). Coleção Leis do Brasil, v. 4, p. 208, 1976. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-77513-29-abril-1976-426392-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 15/1/1937, p. 1210. (Publicação Original). Coleção Leis do Brasil, v. 1, p. 12, 1937. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949. Fixa normas para a profilaxia da lepra. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 2/2/1949, p. 1513. (Publicação Original). Coleção Leis do Brasil, v. 1, p. 10, 1949. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1940-1949/lei-610-13-janeiro-1949-366190-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950. Dispõe sobre a concessão de alta aos doentes de lepra. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 23/1/1950, p. 1121. (Publicação Original). Coleção Leis do Brasil, v. 1, p. 16, 1950. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1045-2-janeiro-1950-363438-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 8 maio 2023.

BRASIL. Lei nº 1.426, de 6 de setembro de 1951. Denomina sanatórios e sanatórios-colônias os leprocômios do Brasil. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 13/9/1951, p. 13633. (Publicação Original). Coleção Leis do Brasil, v. 5, p. 34, 1951. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1426-6-setembro-1951-361924-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 3.542, de 11 de fevereiro de 1959. Institui a Campanha Nacional contra a Lepra e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 11/2/1959, p. 2513. (Publicação Original). Coleção Leis do Brasil, v. 1, p. 18, 1959. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-3542-11-fevereiro-1959-354252-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 6 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966. Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 16/6/1966, p. 6459. (Publicação Original). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5026-14-junho-1966-368616-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 5.511, de 15 de outubro de 1968. Submete a Campanha Nacional contra a Lepra ao regime previsto na Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966, e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 16/10/1968, p. 9065. (Publicação Original). Coleção Leis do Brasil, v. 7, p. 117, 1968. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5511-15-outubro-1968-358654-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995. Dispões sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, 30/3/1995, p. 4509. (Publicação Original). Coleção Leis do Brasil, v. 3, p. 848, 1995. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1995/lei-9010-29-marco-1995-348623-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 3 mar. 2024.

BRASIL. Lei nº 12.135, de 18 de fevereiro de 2009. Institui o Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase. **Câmara dos Deputados**. Legislação Informatizada, Diário Oficial da União, Seção 1, p. 1, 21/12/2009. (Publicação Original). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12135-18-dezembro-2009-598801-publicacaooriginal-121237-pl.html>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3, de 28 de fevereiro de 1947**. Serviço Nacional de Lepra, Diretor Dr. Ernani Agrícola, Rio de Janeiro, 1947. Disponível em: <https://docplayer.com.br/140545401-Servico-nacional-de-lepra.html>. Acesso em: 6 maio 2023.

MATO GROSSO. Decreto nº 1.364, de 20 de novembro de 1970. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso**, Ano LXXX, nº 15.740, Cuiabá, 20 de novembro de 1970. Disponível em: [www.iomat.mt.gov.br](http://www.iomat.mt.gov.br), busca por edição. Acesso em: 6 set. 2021.

MATO GROSSO. Estatutos da Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso**, Ano LXXX, nº 15.723, Cuiabá, 26 de outubro de 1970. Disponível em: [www.iomat.mt.gov.br](http://www.iomat.mt.gov.br), busca por edição. Acesso em: 11 jan. 2024.

MATO GROSSO. Lei nº 316, de 9 de Novembro de 1949. Cria o cargo de Administrador da Colônia “São Julião”. **Instituto Memória do Poder Legislativo (IMPL)**, Assembleia Legislativa de Mato Grosso (ALMT), 1949. (Consulta presencial ao acervo do IMPL, realizada em fevereiro de 2023).

SÃO PAULO. Lei nº 520, de 1º de dezembro de 1949. Altera a denominação dos leprocômios do Estado de São Paulo. **Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo**. Secretaria Geral Parlamentar, Departamento de Documentação e Informação, São Paulo, 1º de dezembro de 1949. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1949/lei-520-01.12.1949.html>. Acesso em: 17 maio 2023.

### Fontes publicadas e documentos impressos

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Leprologia**. Departamento Nacional de Saúde, Publicação do Serviço Nacional de Lepra, Rio de Janeiro/Brasília: Gráfica da “Revista dos Tribunais”, 1960.

FREYRE, 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.

GOMES, Carlos Alfeu Guerra; ROCHA, Diego Araújo. **Confissões para o Esquecimento**: livro/reportagem elaborado por meio de entrevistas com relatos de vida de Ernesto, Felício e Íria, internos do São Julião. Campo Grande/MS: São Julião, 2006.

MACIEL, Laurinda Rosa; OLIVEIRA, Maria Leide W. de; GALLO, Maria Eugênia Noviski. (org.) **Memória e história da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)**: catálogo de história oral. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010. (instrumentos de pesquisa, 9).

MAURANO, Flávio. História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. *In*: **Tratado de Leprologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde (MES), Serviço Nacional de Lepra (SNL), v. I, tomo I, 1950.

PENNA, Belisario. **Saneamento do Brasil: sanear o Brasil é povoal-o; é enriquecel-o; é moralisal-o**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jacinto Ribeiro dos Santos Editora, 1923.

RODRIGUES, Firmo. **Figuras e coisas de nossa terra**. Cuiabá: Escola Técnica Federal de Mato Grosso, v. 2, 1969.

SILVA, Paulo Pitaluga Costa e. **Governantes de Mato Grosso**. Cuiabá: Edição do Arquivo Público do Estado de Mato Grosso: Policromos, 1993.

SOUZA-ARAÚJO, Heraclídes César de. **História da lepra no Brasil: período republicano (1889-1946) – Álbum das organizações antileprosas**. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, v. 2, 1948.

VILLACHÁ, Lino. **Aos meus amigos**. Campo Grande/MS: Hospital São Julião/Gráfica da Livraria Ruy Barbosa, 1976.

VILLACHÁ, Lino. **Luzes do meu caminho**. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1979.

VILLACHÁ, Lino. **Uma janela para os pássaros**. Campo Grande/MS: Hospital São Julião/Tipografia do Jornal do Comércio, 1986.

VILLACHÁ, Lino. **Minhas flores de flamboyant**. São Paulo: Salesianas, 1991.

VILLACHÁ, Lino. **Conversando com Deus e os amigos**. Campo Grande/MS: Hospital São Julião/Gráfica e Editora Ruy Barbosa, 1995.

VILLACHÁ, Lino. **Lino para sempre**: coletânea de crônicas e poesias de Lino Villachá. Campo Grande/MS: Hospital São Julião/Centro Gráfico Ruy Barbosa, 2009.

### **Entrevistas e depoimentos orais**

VECELLIO, Silvia. **Silvia Vecellio**. Entrevista de História Oral, 27 maio 2002. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2002, 13p.

### **Monografias, dissertações e teses**

BUZATO, Gino Francisco. **Transformações urbanas em Cuiabá e a formação do cidadão moderno (1937-1945)**. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação da UFMT, Cuiabá, 2017.

CUNHA, Vívian da Silva. **O Isolamento compulsório em questão**: políticas de combate à lepra do Brasil (1920-1941). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2005.

CURI, Luciano Marcos. **Excluir, isolar e conviver**: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil. Tese (Doutorado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da UFMG, Belo Horizonte, 2010.

FONSECA, Ana Carolina Resende. **“Esquistossomose: na qual tudo é difícil, inclusive o nome”**: a doença como problema de saúde pública no Brasil (1938-1975). Tese (Doutorado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da UFMG, Belo Horizonte, 2022.

GONÇALVES, Huener Silva. **De Epidemia à Endemia**: Uma História da Dengue em Belo Horizonte (1996-2016). Tese (Doutorado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da UFMG, Belo Horizonte, 2024.

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

MACIEL, Laurinda Rosa. **“Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade”**: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese (Doutorado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, 2007.

MEIRA, Leonice Maria. **Um estudo sobre os reflexos das ações da ditadura militar através do jornal “O Estado de Mato Grosso” (1964-1974)**. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da UFMT, Cuiabá, 2011.

NASCIMENTO, Heleno Braz do. **As origens do Hospital de São João dos Lázaros de Cuiabá (1755-1819)**. Monografia (Graduação em História) - Departamento de História da UFMT, Cuiabá, 1997.

NASCIMENTO, Heleno Braz do. **Lepra e leprosários: medo, exclusão social e isolamento hospitalar em Mato Grosso (1894-1941)**. Monografia (Especialização em História) - Departamento de História da UFMT, Cuiabá, 2000.

NASCIMENTO, Heleno Braz do. **A Lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924-1941)**. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da UFMT, Cuiabá, 2001.

OLIVEIRA, Carolina Pinheiro Mendes Cahu de. **De Lepra à Hanseníase: mais que um nome, novos discursos sobre a doença e o doente (1950-1970)**. Tese (Doutorado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2012.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. **Entidades Filantrópicas e Políticas Públicas no Combate à Lepra: ministério Gustavo Capanema (1934-1945)**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, Leicy Francisca da. **Eternos Órfãos da Saúde: medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962)**. Tese (Doutorado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, 2013.

SOUZA, Letícia Pumar Alves de. **Sentidos de um “País Tropical”: a lepra e a chaulmoogra brasileira**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2009.

VILENA, Kely Cristina Garcia. **História de práticas de saúde no Sanatório São Julião (1941-1986)**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande/MS, 2018.

### **Artigos e capítulos de livros**

ALVES, Gracinda Maria Gomes; MELO, Géssyca Cavalcante de; TEIXEIRA, Camila Silveira Silva. *et al.* Características epidemiológicas e espaço-temporal de casos novos de hanseníase em municípios do estado de Alagoas, Brasil. *In: Research,*

**Society and Development**, v. 10, n. 5, 2021. Disponível em: [rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14962/13619](http://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14962/13619). Acesso em: 13 maio 2022.

ARMUS, Diego. Qué hacer com los recuerdos de un enfermo? Memoria individual en historia socio-cultural de la enfermedad. *In*: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. (org.). **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino Traço, v. 5, 2015.

ARMUS, Diego. Prefácio. *In*: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; MARQUES, Vera Regina Beltrão. (org.). **Hanseníase: a voz dos que sofreram isolamento compulsório**. Curitiba: Editora UFPR, 2011. (Série Pesquisa, nº 189).

BENCHIMOL, Jaime Larry. A reforma urbana e a revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. *In*: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves. (org.). **O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente - da proclamação da República à Revolução de 1930**, Livro 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAHU, Carolina. As altas e o problema social dos egressos. *In*: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. (org.). **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino Traço, v. 5, 2015.

CALONGA, Maurilio Dantielly. A Marcha para Oeste e os intelectuais em Mato Grosso: política e identidade. *In*: **Revista Espaço Acadêmico**. Paraná: Universidade Estadual de Maringá/UEM, ano XIV, v. 14, nº 168, maio 2015.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. *In*: GOMES, Angela Maria de Castro. (org.). **Capanema: o ministro e o seu ministério**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

CUNHA, Vívian da Silva. Isolados 'como nós' ou isolados 'entre nós'? a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. *In*: **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, out.-dez. 2010.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. *In*: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. *In*: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO, Sebastião Pimentel; LIMA, Zilda Maria Menezes; MONTEIRO, Yara Nogueira. (org.). Apresentação - Dossiê História da saúde e da doença: da lepra a hanseníase. *In*: **Dimensões - Revista de História da UFES**. Vitória: Programa de Pós-Graduação em História, v. 47, dez. 2021.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina Maria Oliveira. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *In*: **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10(3): 791-825, set.-dez. 2003.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *In: Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, 1993.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. Oliveira. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. *In: PANDOLFI, Dulce C. (org.). Repensando o Estado Novo*, Rio de Janeiro: FGV, v. 1, 1999.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). Dossiê: Educação-Saúde: diferentes olhares. *In: Educar em Revista*, Curitiba: Editora UFPR, v. 21, n. 25, jun. 2005.

HOCHMAN, Gilberto. O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *In: História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, jul. 2009.

JUCÀ, Gisafran Nazareno Mota; LIMA, Zilda Maria Menezes. Memórias de hansenianos cearenses: outras histórias. *In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. (org.). Uma história brasileira das doenças*. Belo Horizonte: Fino Traço, v. 5, 2015.

MACIEL, Laura Antunes. A constituição dos serviços de saúde pública em Mato Grosso – 1880-1940. *In: NETO, Júlio Strubing Müller; SOARES, Nina Rosa Ferreira; SCHRADER, Fátima Ticianel. (org.). Políticas de saúde em Mato Grosso: participação social, descentralização e regionalização*, Cuiabá: EdUFMT, 2012.

MARQUES, Rita de Cássia; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; PIMENTA, Denise Nacif. A Pandemia de Covid-19: interseções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. *In: REIS, Tiago Siqueira; SOUZA, Carla, Monteiro de. et al. (org.). Coleção História do Tempo Presente: v. 3*, Boa Vista: Editora da UFRR, 2020.

MONTEIRO, Yara Nogueira. Imaginário sobre a lepra e a perpetuação dos medos. *In: MONTEIRO, Yara Nogueira; CARNEIRO, Maria Luiza Tucci. (org.). As doenças e os medos sociais*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012.

MORO, Nataniél Dal. Campo Grande: cognomes, simbolismos e representações. *In: Histórias e Culturas: revista eletrônica do mestrado acadêmico em História da UECE*, v. 3, n. 6, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://revistastestes.uece.br/index.php/revistahistoriaculturas/article/view/1863/1922>. Acesso em: 13 jan. 2023.

NASCIMENTO, Heleno Braz do. **Mato Grosso: lepra, segregação social e isolamento hospitalar (1816-1941)**. *In: MONTEIRO, Yara Nogueira. (org.). História da Hanseníase no Brasil: silêncios e segregação*. São Paulo: LEER-USP; Fundação Paulista Contra a Hanseníase; Intermeios, 2019.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. *In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. (org.). História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

SANTOS, Francieli Lunelli; LEANDRO, José Augusto. Mulheres da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus de Defesa Contra a Lepra (1926-1947). *In: História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, supl., dez. 2019.

SANGLARD, Gisele. Laços de sociabilidade, filantropia e o Hospital do Câncer do Rio de Janeiro (1922-1936). *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, supl.1, jul. 2010.

SERRES, Juliane C. Primon. Passados que existem quando narrados: lepra, memória e esquecimento. *In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. (org.). Uma história brasileira das doenças*. Belo Horizonte: Fino Traço, v. 5, 2015.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças. *In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. (org.). Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. Doenças negligenciadas: ancilostomíase em cem anos de história no Brasil. *In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (org.). Uma história brasileira das doenças*. Belo Horizonte: Fino Traço, v. 7, 2017.

TAVARES, Aline Menezes Rossi. Perfil epidemiológico da hanseníase no estado de Mato Grosso: estudo descritivo. *In: Einstein: Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein*, São Paulo, 2021.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia. *In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto. (org.). História da Saúde no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

TRONCA, Ítalo A. 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.

WEGNER, Robert. Em busca de Muiraquitã: uma reflexão sobre a literatura como fonte para estudos históricos de doenças. *In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. (org.). Uma história brasileira das doenças*. Belo Horizonte: Fino Traço, v. 5, 2015.

## Livros

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: UNESP, 1999.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **História da Educação**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1996.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996. (História em Movimento).

BOUTIER, Jean; JULIA, Dominique. (org.). **Passados recompostos**: campos e canteiros da história. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; Ed. FGV, 1998.

CARVALHO, Keila Auxiliadora. **Colônia Santa Izabel**: história e memória do isolamento compulsório de doentes de lepra. Curitiba: Editora Prismas, 2016.

CERTEAU, Michel de. **A escrita da História**. Tradução Maria de Lourdes Menezes; revisão técnica Arno Vogel. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHALHOUB, Sidney. **Trabalho, lar e botiquim**: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da *belle époque*. 3. ed. Campinas/SP: Editora da Unicamp, 2012.

CHARTIER, Roger. **A história cultural**: entre práticas e representações. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S. A., 1990.

CORRÊA, Valmir Batista. **Coronéis e bandidos em Mato Grosso 1889-1943**. Campo Grande/MS: Editora da UFMS, 1995.

COSTA, Cléria Botelho da; MACHADO, Maria Salete Kern. (org.). **Imaginário e História**. Brasília/DF: Paralelo 15; São Paulo: Marco Zero, 1999.

DARNTON, Robert. **Boemia literária e revolução**: o submundo das letras no Antigo Regime. Tradução Luis Carlos Borges. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

DELUMEAU, Jean. **História do medo no ocidente**: 1300-1800, uma cidade sitiada. 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**. 2. ed. São Paulo: EDUSP/Fundação do Desenvolvimento da Educação, 1995.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 16. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1997.

GALETTI, Lylia da Silva Guedes. **Sertão, Fronteira, Brasil: imagens de Mato Grosso no mapa da civilização**. Cuiabá: Entrelinhas-EdUFMT, 2012.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1975.

HERSCHMANN, Micael M; PEREIRA, Carlos Alberto Messeder. (org.). **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.

HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. (org.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. (Coleção História e Saúde).

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: UNESP, 1994.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. 3. ed. Campinas/SP: Editora da Unicamp, 1994.

LE GOFF, Jacques. **As doenças têm história**. 2. ed. Lisboa/Portugal: Terramar, 1997.

LE GOFF, Jacques. **A história nova**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1986.

LIMA, Zilda Maria Menezes. **Uma enfermidade à flor da pele: a lepra em Fortaleza (1920-1937)**. Fortaleza/Museu do Ceará/Secult: RDS Gráfica Editora, 2009. (Coleção Outras Histórias – 59).

LOPEZ, Luiz Roberto. **Uma história do Brasil: República**. São Paulo: Contexto, 1997.

LUCA, Tânia Regina de. **A Revista do Brasil: um diagnóstico para a (N)ação**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

MENDONÇA, Estevão de. **Datas matogrossenses**. 2. ed. Goiânia/GO: Editora Rio Bonito, v. I, 1973.

MENDONÇA, Rubens de. **História do Poder Legislativo de Mato Grosso**. 2. ed. Goiânia/GO: Editora Rio Bonito, v. I, 1974.

MENDONÇA, Rubens de. **História de Mato Grosso**. 4. ed. Cuiabá: Fundação Cultural de Mato Grosso, 1982.

MONTEIRO, Yara Nogueira. (org.). **História da Hanseníase no Brasil**: silêncios e segregação. São Paulo: LEER-USP; Fundação Paulista Contra a Hanseníase; Intermeios, 2019.

MONTEIRO, Yara Nogueira; CARNEIRO, Maria Luiza Tucci. (org.). **As doenças e os medos sociais**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012.

MONTENEGRO, Antonio Torres. **História oral e memória**: a cultura popular revisitada. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1994. (Coleção Caminhos da História).

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; MARQUES, Vera Regina Beltrão. (org.). **Hanseníase**: a voz dos que sofreram isolamento compulsório. Curitiba: Editora UFPR, 2011. (Série Pesquisa, nº 189).

NERIS, Cidinalva Silva Câmara. **Estigma e Isolamento Social**: lepra, saber médico e políticas públicas no Brasil. Jundiaí/SP: Paco Editorial/Edufma, 2014.

NEVES, Margarida de Souza; CHALHOUB, Sidney; PEREIRA, Leonardo Affonso de Miranda. (org.). **História em cousas miúdas**: capítulos de história social da crônica no Brasil. Campinas/SP: Editora da Unicamp, 2005.

PORTO, Carla Lisboa. **Memórias da Exclusão**: narrativas de ex-portadores do mal de Hansen na cidade de Bauru (1945-1969). Jundiaí/SP: Paco Editorial, 2018.

RAGO, Luzia Margareth. **Do cabaré ao lar**: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

RAMOS, Lenilde. **História sem nome**: lembranças de uma menina quase gêmea. Campo Grande/MS: L. Ramos, 2014.

REIS, José Carlos. **Escola dos Annales**: a inovação em história. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim... inventário da saúde pública**: São Paulo – 1890-1930. São Paulo: UNESP, 1993.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira**. 1ª reimpressão. São Paulo: Hucitec/EDUSP, v. 1, 1991.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec/EDUSP, v. 2, 1991.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. **Conselhos de Saúde**: construindo uma nova linguagem. Cuiabá: EdUFMT, 1998.

SIQUEIRA, Elizabeth Madureira. **História de Mato Grosso**: da ancestralidade aos dias atuais. Cuiabá: Entrelinhas, 2002.

SKIDMORE, Thomas Elliot. **Uma História do Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tania Salgado; HOCHMAN, Gilberto. (org.). **História da Saúde no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

TRONCA, Ítalo A. **As máscaras do medo**: lepra e aids. São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.

VAZ, Rafael Araldi. **Nos Poros da Civilização**: leprosos e leprólogos na cidade confinada (Santa Catarina – 1936-1952). Jundiaí/SP: Paco Editorial, 2016.

VIEIRA, Maria do Pilar de Araújo; PEIXOTO, Maria do Rosário da Cunha; KHOURY, Yara Maria Aun. **A pesquisa em história**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1991. (Série Princípios).

VOLPATO, Luiza Rios Ricci. **Cativos do sertão**: vida cotidiana e escravidão em Cuiabá (1850-1888). São Paulo: Marco Zero; Cuiabá: EdUFMT, 1993.