

# Uma história de práticas de cuidado no Sanatório São Julião (1941-1986): entre a saúde e o assistencialismo

A history of care practices at Sanatório São Julião (1941 – 1986): between health and assistance

**Kely Cristina Vilena<sup>a</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0003-2276-6165>

E-mail: kelyvilhena@yahoo.com.br

**Rodrigo Miranda<sup>b</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0003-3222-7368>

E-mail: rlmiranda@ucdb.br

**Anita Bernardes<sup>b</sup>**

 <http://orcid.org/0000-0003-4742-6036>

E-mail: rf7528@ucdb.br

<sup>a</sup>Universidade Católica Dom Bosco. Faculdade de Enfermagem. Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Católica Dom Bosco. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Campo Grande, MS, Brasil.

## Resumo

Este artigo descreve e analisa relações entre assistência, cuidado em saúde e benemerência aos doentes internados com lepra no Sanatório São Julião, entre os anos de 1941 e 1986. Este é um estudo historiográfico que analisou fontes primárias textuais e orais a partir de aportes da Análise Documental e da História Oral. Os resultados indicam, de maneira geral, que dois cenários se destacaram, por um lado, pelo cuidado com a população sadia, mantendo aquelas pessoas internadas na ausência de tratamento, por outro, no controle dos corpos dos internos que aparecia ora como prática de cuidado em saúde do corpo, por vezes pela produção de práticas assistencialistas. Assim, nota-se que a articulação daquelas práticas pode ser compreendida como estratégias de esquadramento da população sadia e não sadia, de modo a marcar os lugares em que se circula e quem pode circular, portanto, não propriamente como curativas de enfermidade, em si mesmas.

**Palavras chaves:** História da Saúde; Lepra; Políticas de Saúde; Políticas Públicas.

## Correspondência

Kely Cristina Vilena

Av. Tamandaré, 6000. Jardim Seminário, Campo Grande, MS, Brasil

CEP 79117-900

## Abstract

This article describes and analyzes the relationship between assistance, health care, and benevolence to patients hospitalized with leprosy at *Sanatório São Julião*, between 1941 and 1986. This is a historiographic study that analyzed primary textual and oral sources based on contributions from Document Analysis and Oral History. The results indicate, in general, that two scenarios stood out, on the one hand, by the care of the healthy population, keeping those people hospitalized in the absence of treatment, on the other hand, by the control of the bodies of the inmates that appeared at times as a practice of health care of patient's bodies, sometimes by the production social assistance practices. Hence, one notes the relationship of those practices can be understood as strategies for scanning the healthy and unhealthy population, to mark the places where they circulate and who could circulate; therefore, they were not exactly a cure for illness, in themselves.

Keywords: History of Health; Leprosy; Health Policy; Public Policy.

## Introdução

Uma das formas de compreender as práticas de cuidado em saúde, na contemporaneidade, passa por reflexão historiográfica (Berridge; Gorsky; Mold, 2011). No Brasil, há pesquisas recentes sobre a história das práticas de cuidado que apresentam a correlação do zelo em relação à saúde com questões sociais, vinculadas, entre outros, à assistência aos pobres por meio da caridade e da filantropia (Bovolenta, 2017; Teixeira, Pimenta; Hochman, 2018). Um exemplo dessa articulação entre cuidado, assistência e filantropia é a lepra (Leandro, 2009).

Nesse contexto, este artigo descreve e analisa relações entre assistencialismo, cuidado em saúde e benemerência referente aos hansenianos internados no Sanatório São Julião, no atual Mato Grosso do Sul (MS), que foi um dos hospitais-colônia a internar, compulsoriamente, os portadores da lepra. Para tanto, entende-se assistencialismo como uma estratégia de passividade à ordem, pela exclusão do ser social do processo de participação política na sociedade (Torres, 2002). Tal estratégia aparece articulada às práticas de benemerência, *i.e.*, ações de filantropia e caridade de entidades civis e religiosas. Ao mesmo tempo, o assistencialismo aparecia de maneira contrastada com a assistência, ou seja, uma política pública ativa, do Estado, na promoção de bem-estar social (Bobbio, 1992). Nesta interlocução, observa-se o cuidado em saúde a partir do esquadrinamento e docilização dos corpos e de seus movimentos (Foucault, 1987), sejam eles considerados saudáveis ou “leprosos”.

O recorte temporal deste estudo compreende o período entre a inauguração do sanatório e o ano em que o Estado declarou inconstitucionais os hospitais-colônia, *i.e.*, 1941 a 1986. Metodologicamente, esta é uma pesquisa historiográfica que se apropriou de aportes da História Oral (Thompson, 1992) e Análise Documental (Le Goff, 1992) para o escrutínio de fontes primárias textuais e orais. As primeiras foram documentos arquivados no Arquivo Municipal de Campo Grande (ARCA) e no Sanatório São Julião. As fontes orais foram produzidas por entrevistas com quatro funcionários e um ex-paciente do referido hospital. O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, identificado pelo número CCAE 73251417700005162. Para fins analíticos, o texto

está dividido em três seções, nas quais se abordará o contexto sociopolítico que circundou as políticas públicas e a internação compulsória, bem como as práticas de cuidados que as fontes nos apontaram.

## Antecedentes e condicionantes da internação compulsória e o Sanatório São Julião

No cenário nacional, com a Proclamação da República, novas configurações políticas foram pautadas nos ideais de “modernizar” o Brasil. Isso implicou que o mote positivista *ordem e progresso* “só iria se concretizar com um povo suficientemente saudável e educado para o trabalho cotidiano, força propulsora do progresso nacional” (Bertolli, 2004, p. 11), entretanto, as camadas mais pobres da população continuavam a ter precárias condições de vida e a serem as maiores vítimas de enfermidades.

O crescimento dos centros urbano-industriais trouxe à tona, especialmente para aquelas camadas mais pobres, um problema antigo: as epidemias. Parte daquelas propostas de modernização incidia no fato de que tais epidemias precisavam ser controladas para se alcançar os ideais de *ordem e progresso*. Instaurava-se, então, uma preocupação com a profilaxia rural, urbana e a higienização das cidades (Castro Santos; Faria; Menezes, 2008). Nesse sentido, as oligarquias da República Velha se apoiaram em explicações e intervenções biomédicas, de modo a “combaterem” os males da nação, entre eles a melhora das condições sanitárias de áreas consideradas vitais para a economia nacional. Nesta seara, o crescimento de ações públicas apareceria pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), por Carlos Chagas, em 1920, e pela criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930. Dentro do DNSP, em 1923, criou-se uma inspetoria específica para o caso da lepra: a Inspetoria de Profilaxia da Lepra.

Mesmo com a incidência e a prevalência de várias outras doenças infectocontagiosas, a lepra “ganhou” uma inspetoria própria, o que permite pensar que, de todas as doenças que “atrapalhavam” o progresso e a modernização do país, ela tinha um foco especial. Pode-se pensar, ainda, no forte impacto público que a doença causava, ou por sua dramaticidade ou pelo seu

indesejado conteúdo simbólico (Castro Santos; Faria; Menezes, 2008). Ademais, os processos migratórios pelo país, no início do século XX, contribuíram para a propagação da doença, tornando-a endêmica em diversas regiões (Opromolla; Laurenti, 2011). Destarte, o Estado teria que se empenhar na profilaxia e no controle de sua disseminação. Uma alternativa considerada viável foi a internação compulsória dos doentes em hospitais-colônia, a partir da promulgação do Decreto n. 16.300/23. A partir de Foucault (1987), entende-se que a forma de organização dos hospitais-colônia se apoia em diferentes tecnologias de controle a partir da disciplina e com ela as docilizações dos corpos. Isso implica considerar que o cuidado com a lepra fazia parte de uma estratégia de regulação de indivíduos e populações por meio do disciplinamento dos espaços, em termos de organização arquitetônica e das condutas, bem de uma vigilância sistemática das circulações das pessoas.

Com a instauração da política de isolamento compulsório e a construção de “modernas e higiênicas colônias de leprosos” (Nascimento, 2001, p. 50), na região Centro-Oeste, o local escolhido para a construção do leprosário foi a cidade de Campo Grande, município, então, pertencente ao estado de Mato Grosso (MT). Em agosto de 1941, um hospital-colônia, denominado Sanatório São Julião, foi inaugurado, na cidade, ocupando o lugar do antigo leprosário nomeado Hospital São João dos Lázarus, em Cuiabá, que se manteve ativo até aquele mesmo ano. Sobre a mudança de cidade e instituição, o Participante 4 (2018) nos disse: “*Lá não era um hospital, era um abrigo só. As pessoas ficavam lá jogadas, em precárias condições*”. Os doentes abrigados no São João dos Lázarus, ao saberem que estava se construindo um espaço com “todo conforto e recursos necessários”, puseram-se a caminho de Campo Grande, movidos pela vontade de melhorar a saúde e na ansiedade de encontrar a cura com a qual sonhavam (Villacha, 2009). No entanto, as pessoas não tinham transporte de Cuiabá para Campo Grande, já que havia dificuldade para se encontrar meios de transportá-las por, aproximadamente, 600 km. Desse modo, o mesmo participante afirma que “*elas fizeram todo o percurso a pé, em três meses de caminhada, com alguns morrendo pelo caminho, para chegarem ao leprosário ainda em construção*”.

Esse cenário nos sugere, de antemão, que o isolamento compulsório, a modernização e higiene dos espaços, mais do que focar em uma melhoria das condições de saúde das pessoas internadas, objetivava uma regulação dessas. Essa regulação fazia parte de uma forma de administração das condutas tanto dentro das colônias quanto fora. As colônias são uma tecnologia de disciplinamento e vigilância que compõe a organização das cidades, ou seja, criava-se um espaço de isolamento destinado aos hansenianos como forma de proteção às pessoas consideradas sadias, na ausência de terapêutica curativa eficaz.

## Configurando estruturas e práticas de saúde: materializando o hospital modelo

O Sanatório São Julião foi erguido no ambiente rural, essa escolha teve relação com o que preconizava o projeto para a construção dos hospitais-colônia, no que tangia a questões envolvidas com a estrutura física, localização, recursos federais etc. (Brasil, 1923). Essas instituições deveriam seguir um modelo de pequena cidade e, dentro dele, deveriam ser autossustentáveis economicamente. Os hospitais deveriam se localizar distantes dos centros urbanos, onde o interno pudesse manter as atividades, ser produtivo e autossuficiente, o que permitia a manutenção da vida social, bem como o resguardo da população considerada sadia (Silva, 2015). A conformação desses espaços, tal como se deu no Sanatório São Julião, permite-nos seguir com a interpretação de que eles eram situados longe das cidades como forma afastar os hansenianos do espaço urbano, reduzindo a transmissão da doença. Além disso, se fosse um espaço autossuficiente, haveria redução nos custos de manutenção por parte do Estado, bem como na necessidade de contato com o mundo externo ao hospital.

De acordo com Foucault (1987), a disciplina implica um conjunto de procedimentos de coerção ininterrupta sobre os movimentos dos corpos e dos corpos nos espaços. Essa coerção não se trata de uma apropriação do corpo, mas de investimento no movimento dos corpos, para maximizar suas habilidades, portanto, sua utilidade. O corpo hanseniano seria, assim, excluído dos espaços da cidade e disciplinado no interior das

colônias, de modo a não só controlar os contágios, mas tornar aqueles espaços autossuficientes. As práticas de cuidado, assim, tanto evitam o contágio e controlam as manifestações da doença, como tornam os corpos úteis e dóceis.

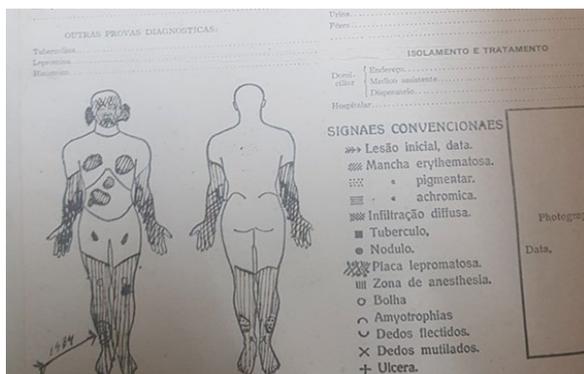
A propaganda divulgada pelo Estado, de que os hospitais-colônia eram estabelecimentos adequados para o hanseniano internar-se, fez com que doentes de diversos locais do estado de Mato Grosso (MT) procurassem o Sanatório São Julião. Nas palavras do Participante 4 (2018),

*Em Mato Grosso onde eu morava tinha um bairro chamado São João dos Lázaros onde havia uma construção bem antiga e que as pessoas costumavam ter medo de descer até lá [...] então fiquei sabendo que alguns pacientes que não estavam lá vieram pra Campo Grande pra residir nesse tão famoso [Sanatório] São Julião.*

Tais propagandas não revelaram o rigor com que aqueles pacientes seriam tratados. No âmbito estrutural, seguindo as orientações do regulamento sanitário, o Sanatório São Julião foi inaugurado com sete pavilhões, clínica, duas enfermarias, cadeia, quatro casas para casais, refeitório e cozinha a lenha, administração, portaria e parlatório (Caniato, 2013). No ambiente interno, práticas de controle apareciam de diferentes maneiras. No quesito das visitas, o parlatório foi uma construção que objetivava o encontro dos doentes com seus familiares. Concomitantemente, aqueles que recebiam visitas, devido à rigorosa profilaxia da doença, não podiam sequer dar as mãos para cumprimentá-las, pois eram observados pelos guardas ali vigilantes. Se porventura fugissem para ir à cidade, pelo motivo que fosse - como rever a família -, o destino era trinta dias de prisão, papel que ocupava a cadeia do sanatório. Toda essa organização do espaço se apoia nesse poder disciplinar, considerando que o foco não seria a lepra em si, mas os corpos que habitariam aqueles espaços e que precisariam de uma vigilância e um controle permanente, de modo que alguns procedimentos disciplinares que ocorriam nos presídios também eram comuns no hospital: o foco seria docilizar corpos.

A internação no Sanatório São Julião ocorria conforme indicava o modelo Tripé<sup>1</sup>: os casos suspeitos eram notificados e encaminhados ao médico do dispensário, para avaliação e confirmação do diagnóstico. O Regulamento Sanitário previa que o diagnóstico deveria empregar meios de pesquisa clínica, microscópica e sorológica a caso indicados (Brasil, 1923). Deveria, também, ser organizada uma ficha em que eram declarados os sintomas, presentes ou ausentes, que servissem, de acordo com o caso, para afirmar ou suspeitar da existência da lepra (ver Figura 1). Tal ficha deveria ser conservada e arquivada, juntamente às “provas” dos exames de laboratório ou outros a que se houvesse procedido. Uma cópia da ficha, com a documentação experimental possível, obtida do laboratório, deveria sempre ser enviada, para esse fim, à Inspeção da Lepra, onde quer que tenha sido feito o exame e, bem assim, ao estabelecimento nosocomial para onde for o hanseniano enviado (Brasil, 1923, p. 33). Isso implicava no seguinte procedimento: ao ser incluído como suspeito de ser portador da lepra, realizava-se o exame clínico por meio de inspeção corporal, com o registro de sinais e sintomas em cada região do corpo, no sentido céfalo-podálico e marcação dos sinais convencionais da doença, assinalando, com a ajuda de uma legenda pré-estabelecida, quais regiões corporais apresentavam lesões características, de acordo com a legenda indicada.

**Figura 1 – Ficha para avaliação topográfica dos sintomas atuais**



Fonte: Arquivo São Julião (1939).

Alguns elementos chamam a atenção na ficha de avaliação. Primeiramente, o indicativo do quadro clínico, especificando a forma clínica da doença, o que permite considerar que já se sabia que o agente infeccioso da lepra, *Mycobacterium leprae*, ao atacar os tecidos, provocava o aparecimento de aspectos reacionais diferentes, a depender do estado imunitário do paciente. Assim, sabia-se que existiam diferentes formas da doença e que, a depender do quadro clínico, o paciente estaria em estágio inicial ou avançado, o que indicaria a possibilidade não só do escrutínio da lepra, mas um cuidado com sua saúde, ainda que fosse para controle interno. Em segundo lugar, a listagem dos familiares que, porventura, pudessem alimentar o tripé. A ficha de avaliação também era composta pelo escrutínio dos dados dos familiares, no sentido de identificar casos ainda não suspeitos e que deveriam ser avaliados, uma vez que a ideia era internar e “salvar” os considerados sadios (Ficha [...], 1939). Assim, nota-se um controle sobre o corpo do paciente, pelo menos, a partir do acompanhamento da evolução do quadro clínico, já que não havia profilaxia no final dos anos 1930. Além disso, nota-se uma atenção especial aos familiares, já que eles poderiam ser futuros pacientes e vetores de transmissão, caso ainda estivessem fora do sanatório.

Dessa maneira, observa-se uma aparente duplicidade das práticas de cuidado. Por um lado, o controle da saúde do hanseniano internado, pelo acompanhamento da evolução da doença, por outro, o cuidado com a população considerada sadia e que se encontrava fora do hospital. Para equalizar tais práticas, os hansenianos eram mantidos internados e aqueles familiares que, por casualidade, pudessem se tornar vetores, seriam acompanhados. Essa minúcia do corpo a partir do escrutínio da lepra aponta práticas de cuidado apoiadas em um esquadramento do corpo e da própria família. O objetivo seria estabelecer um espaço analítico que permite disciplinar movimentos, sejam eles da própria doença ou das pessoas, indicando que a problemática maior era a contenção do contágio e não a cura da enfermidade.

1 O modelo tinha três instituições responsáveis pela doença, os doentes e com quem eles se relacionavam. O leprosário isolava e tratava o doente, enquanto o dispensário se ocupava das pessoas no entorno do doente (frequentemente, familiares) e o preventório, destinado aos filhos dos pacientes.

A organização das práticas demandava custos e, de acordo com as fontes orais desta pesquisa, a partir do final da década de 1950, as verbas para tanto deixaram de ser providenciadas. Isso culminou, entre outras consequências, na escassez de alimentos, materiais de higiene e medicamentos etc. Nas lembranças dos participantes, isso se devia a polêmicas e à desestabilidade administrativa. O Participante 4 (2018) diz: “*Então tinha toda uma administração interna [...] Eu acho até que vinha verba. Mas ela não era aplicada ali né?! Devia aplicar em outros interesses. Eles falam muito de um diretor que teve né?! [...] Ele devia ter um transtorno mental, não é possível né?!*” Nesta direção, o Participante 3 (2018) afirma:

*Infelizmente as vezes abusaram disso aqui tudo né?! Se a gente viesse aqui naquela época e queria sair lá fora pra falar como estava o hospital aqui, para pessoa vir aqui ajudar e tudo, ele não deixaria entrar depois. Então lá fora tinha que tá de boca fechada [...]. Tinha uns diretores aqui que era, meu Deus do céu. Eu conheci diretor aqui que matava o gado lá pra trazer a carne lá pro São Julião, vendia a melhor carne e trazia carne de pescoço pra cá né?!*

Assim, na ausência de formas de contornar os problemas administrativos, criava-se uma escassez de materiais, medicamentos e profissionais para o cuidado. Nas palavras do Participante 2 (2018): “*Os pacientes não tinham com o que fazer curativo e tinha jornais velhos que eles colocavam em cima das feridas pra as moscas não assentar e não criar miíase*”. O Participante 3 (2018) assevera:

*Faltava tudo, só fazia curativo com lençol velho coisa assim... De tratamento tinha, era fazer limpeza, ou às vezes pomadas de matos coisas e tal, porque não tinha outra coisa. Tinha muitos doentes que sabiam muitas coisas, usavam muitos produtos do mato... As vezes eles até usavam coisas que não deviam usar até mascarava a doença.*

As memórias dessas pessoas sugerem que, mesmo na escassez de recursos apropriados, práticas de cuidado apareciam. Eles procuravam produzir assepsia, utilizar “pomadas de mato” e

fazer curativos com o que era possível, todavia, o quadro de precariedade de tais práticas chama a atenção e, novamente, sugere um duplo sentido. O cuidado com a saúde era realizado da forma que era possível, com os poucos recursos disponíveis, mas os hansenianos eram impedidos de sair daquele espaço, tendo em vista o cuidado com a população considerada sadia, pertencente ao exterior do sanatório.

Esse quadro geral de escassez pode ser entendido a partir da tessitura de alguns fatores. Primeiramente, a imagem social da lepra, à época, em segundo lugar, uma ausência de locais para a formação dos profissionais e, por fim, a ausência de políticas públicas e interesse do Estado no cuidado com os doentes. Teríamos, à época, um quadro em que pouco se sabia sobre a doença e suas formas de contágio, o que inibiria muitas pessoas de se aproximar daqueles doentes. Concomitantemente, é importante considerar que o primeiro médico a atender os pacientes era um obstetra - Clineu Moraes - e, não, um leprologista (Galvão, 1999). Nos prontuários médicos do sanatório, referentes aos anos de 1963 e 1970, constam apenas a assinatura de um outro médico, Oreste Rocha, posterior a Clineu Moraes, o que aponta a existência de apenas um profissional médico, na instituição (Revisões [...], 1963-1970). Apesar da frequência e das avaliações médicas periódicas, a melhora do paciente dependia de diversos fatores, e.g., medicação adequada para a doença de base e suas comorbidades; materiais para curativo e tratamento das feridas, entre outros. Aqui, encontrava-se a situação já mencionada: na ausência de profissionais, quer seja pela carência de formação ou pelo receio de proximidade com os hansenianos, mecanismos alternativos precisaram ser produzidos. Nesse sentido, eram os próprios pacientes que atuavam como “atendentes de enfermagem”, como nos conta o Participante 4 (2018):

*Eles mesmos se cuidavam, o paciente melhorado era enfermeiro sabe?! E eles faziam o melhor que eles podiam e eram muito abertos ao aprendizado. Então quem cuidava mesmo era paciente cuidando de paciente, ele aprendia com alguém para fazer.*

*Os médicos ensinavam, qualquer um ali ensinava e eles iam prestando cuidados, um fazia do outro.*

Tais elementos sugerem que aquele sanatório, produzido como “hospital modelo” a partir do regulamento sanitário para ser autossuficiente, mantinha-se por práticas de cuidado dos pacientes consigo mesmos. Dessa maneira, observamos o cuidado precarizado com a saúde, pela “ajuda” dos próprios pacientes, já que “não tinha quem fizesse”. Essa “autossuficiência” se daria em razão dos efeitos da própria docilização dos corpos, na medida em que são corpos disciplinados por meio de certas práticas de vigilância, de procedimentos de higiene, de administração de medicações.

O “desinteresse” do Estado e a carência de recursos também apareciam em mecanismos de aproximação com a comunidade saudável, externa ao sanatório. É importante ressaltar que o desinteresse faz parte de um modo de organização social, que, ao ser esquadrihada por procedimentos de controle e vigilância disciplinares, estabelece aquilo e como será investido, permitindo assim que a assistência/dever seja assistencialismo/caridade. A aproximação ocorria, principalmente, mediada pela mídia local, com a produção de campanhas assistencialistas.

Entre as notícias que se destacaram estava “Donativos ao Preventório” (Donativos [...], 1958), que fazia referência a doações em prol das crianças internadas no preventório, que se destinava a abrigar crianças sadias, filhas de pais hansenianos internados no Sanatório São Julião. A notícia anunciou os resultados de uma campanha iniciada pela Sociedade Campo-Grandense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, em que “pessoas generosas” enviavam donativos para as crianças internadas. A campanha listava, então, o nome das pessoas e suas respectivas doações, que variavam entre alimentos, brinquedos, roupas e cobertores etc. O jornal encerra a notícia fazendo um apelo por futuras doações e enfatizando a publicação do nome das pessoas que contribuísem com aquela simpática iniciativa. Sendo assim, a prática de cuidado acabava subsumida em uma prática de benevolência, de modo a focalizar primeiro no sujeito da benevolência e, depois, no sujeito hanseniano (Bovolenta, 2017).

## Reestruturando o hospital-modelo: tessituras e conjunturas

No final da década de 1960, um grupo de jovens italianos veio ao Brasil com a proposta de ajudar a população pobre do estado de MT, ficando conhecido como Operação Mato Grosso (Caniato, 2013). Esse grupo de jovens era liderado pelo Pe. Francesco Caniato que, após uma visita ao Sanatório São Julião, decidiu que deveria trabalhar no local, devido à situação em que se encontrava. Esses jovens italianos fizeram circular fotos da situação do sanatório entre os grupos, na Itália, que decidiram traçar uma estratégia para “ajudá-los”. Em 1970, um novo grupo, acompanhado pelo Pe. Franco Delpiano, chegou ao São Julião e, por meio de doações da Itália e da Alemanha, trabalhou para “reconstruí-lo”. Naquele momento, o sanatório se encontrava em precárias condições, tanto materiais quanto estruturais: “falta-nos equipamento: cama, armário, pratos, copos etc., para 300 internos. O que lá existia estava podre, contaminado, estragado, sem condições de recuperação. Será tudo queimado, numa necessidade profilática de higiene, de limpeza” (Carta [...], 1972, p. 6). É importante ressaltar que junto a esse grupo estava a Ir. Silvia Vecchellio, uma freira que teve um papel de destaque na reestruturação do São Julião, desde a década de 1970 aos dias atuais.

Com o apoio da Operação Mato Grosso, criou-se uma Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos (AARH), composta por integrantes da sociedade campo-grandense. Dessa maneira, observa-se, de forma mais clara, a organização da população considerada saudável, externa ao sanatório, em prol de práticas de assistência para o Sanatório São Julião. A AARH de Campo Grande aparecia como responsável pelo sanatório, a partir de 1970, em diferentes fontes (e.g., Associação [...], 1970). A associação não dispunha de recursos próprios para investir no São Julião, assim sendo, diferentes medidas, no sentido de angariar verbas para tal intento, foram realizadas, focando, inclusive, em outros estados e países. Dessa forma, aparentemente, os recursos permaneceram fortemente provenientes de caridade e filantropias, como pode ser observado em notícias sobre a necessidade de doações e verbas para o Sanatório São Julião. A título de exemplo,

cite-se que, em notícia veiculada em 8 de janeiro de 1972, o jornal *Correio do Estado* circulou uma carta da presidente da AARH direcionada a um jornalista local. Na fonte, lê-se: “como é difícil a missão que nos foi confiada, como é duro, humilhante e doloroso pedir. Pedir sempre. Pedir ajuda dos governos, pedir ao povo, pedir também à nossa gente internada no Sanatório” (Carta [...], 1972, p. 6). Embora o conteúdo da carta indique necessidade de doações a partir do engendramento de discursos de caridade e benemerência, há um detalhe que chama a atenção: a “ajuda” do governo. Se o governo “ajudasse”, significaria que não era mais de sua responsabilidade criar condições para o funcionamento daquele espaço e, portanto, ele também aparecia como “doador”, não como gestor de uma instituição de saúde.

O lugar do Governo do Estado como “doador” surgiu em várias outras reportagens, como no jornal *Correio do Estado* (Mais [...], 1972; Inaugurações [...], 1972). Embora o governo apareça em todas elas, a matéria “Mais ajuda ao São Julião” se destaca pela forma como certos atores circularam: o jornal ressaltou que, em um ato que se poderia chamar “inérito” e atendendo ao seu pedido, o governador teria contribuído com uma “destacada” verba, que teria sido destinada às tais reformas que seriam inauguradas logo mais. Ademais, outros elementos daquele discurso sugeriam alguns jogos de interesses, tendo como exemplo a reportagem que faz “ataques” ao sistema de governo estadual, sugerindo que movimentasse verbas de outras secretarias e as direcionasse ao sanatório. Outro exemplo é a forma como a Operação Mato Grosso e o próprio jornal apareciam, dando a entender que, sem o primeiro grupo, os doentes ainda estariam abandonados e, sem o segundo, haveria perda de um grupo que “como sempre o fez, volta a empunhar a bandeira dos pedidos, desinteressadamente, para apelar, mais uma vez ao governador José Fragelli para que consiga um acréscimo nesta verba do Governo Estadual” (Mais [...], 1972).

Com a AARH administrando o Sanatório São Julião, na figura da Ir. Silvia como diretora executiva, as verbas arrecadadas foram direcionadas para a organização de práticas de cuidado em saúde com os internados. Tais cuidados visavam desde a melhoria do ambiente, até o tratamento da doença. As lembranças dos participantes denotam uma

administração que aplicava os recursos em práticas de cuidado, no espaço interno, a partir das práticas assistencialistas dispostas no ambiente externo ao sanatório. Esse cuidado aparecia na forma de melhorias estruturais – “reformatar um pavilhão” –, cuidados com itens básicos – “alimentação” – e cuidados com a saúde – “medicamentos.” Segundo o Participante 3 (2018), entre essas ações estava a instalação de uma sapataria que disponibilizaria sapatos apropriados para os pés amputados, de forma que permitisse que o doente voltasse a andar. Além do cuidado com o corpo acometido pela doença, havia uma preocupação com o cuidado em diferentes esferas, como nos diz o Participante 1 (2018):

*Fazia fisioterapia, fazia é, curativos, cortava cabelo né?! irmã Luíza conseguiu fazer a aposentaria do fundo rural pra todos eles. Eles iam na igreja, é, faziam piquenique, pessoal, as irmãs sempre se preocupavam bastante com isso de, de tratá-los bem, de não só dá remédios e fazer curativos, sabe?! De tratar, de conversar, de tá presente, isso era bem importante para eles [...].*

Assim, as fontes sugerem que foi a partir das iniciativas capitaneadas pela AARH, associadas à Missão Mato Grosso, que práticas de cuidado figuravam de forma mais clara no ambiente asilar. Entretanto, como as fontes primárias sinalizam, tais práticas ainda vinham acompanhadas de elementos assistencialistas, contando com a benemerência da população externa ao ambiente asilar.

Ao longo do tempo, nota-se que o poder público municipal apresentava limites, bem como uma fragilidade nos recursos que investia na assistência ao Sanatório São Julião e aos seus internos. Isso culminou, até o início da década de 1980, na necessidade de ações de entidades beneficentes, por meio de recursos e investimentos dos próprios internos para o estabelecimento de práticas de cuidado com sua saúde. Impactos dessa história, por exemplo, culminaram na instalação de uma favela no entorno do sanatório, fato esse que, inclusive, circulava na mídia local (Hansenianos [...], 1975; Figura 2). A organização social era produzida por ex-internos e alguns poucos de seus familiares que, com o desenvolvimento das sulfonas, deles se aproximavam.

**Figura 2 – Imagem da notícia “Hansenianos favelados esperam substituição dos casebres por habitações mais condizentes”**



Fonte: Hansenianos [...] (1975).

Outro exemplo é o fato de que aqueles pacientes, internados no período em que a internação compulsória vigorou no país e não tinham para onde ir, consideravam o Sanatório São Julião como sua moradia. Além disso, a instituição era o local para que o interno tratasse suas comorbidades (Bernardes; Marques, 2015). Assim, aquelas fragilidades do Estado se materializaram, ao longo do tempo, em práticas de controle dos corpos dentro da instituição e na articulação, com outros atores sociais, de práticas assistencialistas. Desse modo, as práticas de cuidado podem ser compreendidas não propriamente como curativas de enfermidade, mas como formas que visam o esquadramento da população sadia e não sadia, de modo a marcar os lugares que se circulava e quem podia circular. A disciplina torna possíveis essas formas de exclusão/separação que ao mesmo tempo incluem: estar fora dos espaços de circulação das cidades e dentro dos espaços internos do hospital, minuciosamente vigiados e controlados.

## Considerações finais

Este estudo objetivou descrever e analisar as relações entre assistencialismo, cuidado em saúde e benemerência referente aos hansenianos internados compulsoriamente no Sanatório São Julião, entre 1941 e 1986. Seu percurso permitiu considerar que, de maneira geral, há dois cenários que se destacaram, por um lado, o cuidado com a população sadia, mantendo as pessoas internadas compulsoriamente, por outro, o cuidado com os internos, que aparecia na forma de práticas (1) de controle dos corpos e (2) assistencialista.

Os resultados sugerem que o cuidado com a população sadia ocorreu pela proposição de um modelo hospitalar afastado do perímetro urbano e que funcionasse como uma “pequena cidade”. Isso tornaria o contato com os internos pouco frequentes, além disso, no caso de MT, a mudança do Hospital São João dos Lázarus, de Cuiabá, para o Sanatório São Julião, em Campo Grande, deslocava os hansenianos da capital para o interior do estado. Isso poderia dificultar a potencial difusão da lepra, especialmente ao se considerar que o sanatório ficava em uma área rural da cidade, então, essa primeira prática de cuidado ressalta o controle do contágio pela internação compulsória e o distanciamento social dos internos.

Em segundo lugar, notam-se práticas de controle dos corpos dos internos. O controle apareceu a partir do encerramento compulsório dos hansenianos dentro do ambiente asilar. Isso aparecia, por exemplo, no policiamento das pessoas que fugissem do sanatório e o controle das visitas, sem contatos físicos. O que as fontes sugerem como cuidado daqueles corpos diz respeito aos minuciosos exames para o acompanhamento do quadro clínico, haja vista a inexistência de medicamentos que os curassem. Permeando tal prática, nota-se o escrutínio do histórico familiar que, mais uma vez, poderia esclarecer os mecanismos de investigação de como o bacilo poderia se dispersar no ambiente exterior ao sanatório.

Ademais, nota-se que as práticas assistencialistas atravessavam a relação entre internos e população sadia, *i.e.*, na relação entre os espaços sociais intra e extra sanatório. Elas apareciam para aliviar o sofrimento dos mais necessitados - internos - e atribuir *status* e privilégios políticos a quem os concedia - população sadia. Elas atenuavam seu infortúnio porque possibilitavam o acesso a itens básicos, *e.g.*, alimentação, curativos etc. No ambiente externo, vários atores construam práticas de assistência aos internos, com doações daqueles itens básicos e de recursos financeiros. Nesse cenário, chama a atenção o Governo do Estado ser alardeado como ator de “ajuda” e, não, de “administração” do São Julião. Essas práticas assistencialistas eram apresentadas como atos de benesse daquelas pessoas “generosas”, membros da elite mato-grossense e da administração pública. Sendo assim, as práticas

de cuidado são formas de esquadramento e docilização de corpos.

Por fim, reconhecem-se as limitações metodológicas deste estudo. Apesar de termos utilizado diferentes tipos de fontes primárias, as orais ficaram fortemente vinculadas a ex-profissionais que atuavam no sanatório, assim, houve pouco - ou nenhum - acesso às memórias dos internos. Além disso, todos os participantes eram pessoas que estiveram vinculadas ao São Julião durante sua administração pela AARH, o que pode influenciar a forma como a história foi lembrada e narrada. Ademais, apenas uma instituição asilar foi analisada, impossibilitando generalizações para outros hospitais-colônia no período. Outrossim, os resultados sugerem uma correlação entre assistencialismo, cuidado e benemerência que coaduna com um cenário ampliado de saúde coletiva do Brasil, à época.

## Referências

- ASSOCIAÇÃO Campo-grandense vai administrar o São Julião. *Jornal Correio do Estado*, Campo Grande, 28 nov. 1970.
- BERRIDGE, V.; GORSKY, M.; MOLD, A. *Public Health in History*. Nova Iorque: McGraw-Hill - Open University Press. 2011.
- BERNARDES, A. G.; MARQUES, C. F. Narrativas de existência: da lepra a hanseníase. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1291-1302, 2015.
- BERTOLLI, C. F. *História da Saúde pública no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Editora Ática, 2004.
- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BOVOLENTA, G. A. A atenção aos pobres: apontamentos históricos sobre a assistência e proteção social no Brasil. *História e Cultura*, Franca, v. 6, n. 2, p. 9-34, 2017.
- BRASIL. Decreto de n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Diário Oficial da União*: Rio de Janeiro, 1923.
- CANIATO, L. *A História do São Julião de 1941 a 2013 Contada por Luca Caniato*. Campo Grande, 2013.
- CARTA a Pedro Dobes. *Jornal Correio do Estado*, Campo Grande, p. 6, 8 jan. 1972.
- CASTRO SANTOS, L. A.; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, 2008. DOI: 10.1590/S0102-30982008000100010
- DONATIVOS ao preventório. *Jornal Correio do Estado*, Campo Grande, 11 maio 1958.
- FICHA para avaliação topográfica dos sintomas atuais. *Arquivo São Julião*, 1939.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GALVÃO, O. C. História da medicina de Campo Grande. In: CUNHA, F. A. M. (coord.). *Campo Grande 100 anos de construção*. Campo Grande: Matriz Editora Ltda., 1999. p. 255-272.
- HANSENIANOS favelados esperam substituições dos casebres por habitações mais condizentes. *Jornal Diário da Serra*, Campo Grande, 5 nov. 1975, 2º caderno, p. 7.
- INAUGURAÇÕES no São Julião. *Jornal Correio do Estado*, Campo Grande, 20 jan. 1972.
- LEANDRO, J. A. A hanseníase no Maranhão na década de 1930: Rumo à Colônia do Bonfim. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 16, n. 2, p. 433-447, 2009. DOI: 10.1590/S0104-59702009000200009
- LE GOFF, J. *História e memória*. Campinas: Unicamp, 1992.
- MAIS ajuda ao São Julião. *Jornal Correio do Estado*, Campo Grande, 20 jan. 1972.
- NASCIMENTO, H. B. *A Lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924-1941)*. 2001. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2001.
- OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da Hanseníase no Estado de São Paulo: análise

histórica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 195-192, 2011. DOI: 10.1590/S0034-89102011000100022

REVISÕES leproológicas. *Arquivo São Julião*, 1963-1970.

SILVA, F. A Construção da Lepra em Goiás: Contágio e isolamento (1890-1943). *Fronteiras*, Anápolis, v. 4, n. 1, p. 38-56, 2015. DOI: 10.21664/2238-8869.2015v4i1.p38-56.

TEIXEIRA, L. A., PIMENTA, T. S., HOCHMAN, G. *História da saúde no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 2018.

THOMPSON, P. *A voz do passado: história oral*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TORRES, I. C. *As primeiras-damas e a assistência social: relações de gênero e poder*. São Paulo: Cortez, 2002.

VILLACHA, L. *Lino para sempre*. Campo Grande: São Julião, 2009.

---

### Contribuição dos autores

Miranda foi responsável pela orientação da pesquisa. Vilena foi responsável pela coleta do corpus documental. Todos realizaram a análise e interpretação dos dados e a escrita do artigo.

Recebido: 03/03/2021

Reapresentado: 03/03/2021

Aprovado: 18/01/2022