

MARCIA ADRIANA DOS SANTOS

**A Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá (1817-1930):
assistencialismo, práticas médicas, memórias e razões de Estado.**

CUIABÁ- MT

2016

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

**A Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá (1817-1930):
assistencialismo, práticas médicas, memórias e razões de Estado.**

MARCIA ADRIANA DOS SANTOS

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

Orientador: Profº. Dr. Ernesto Cerveira de Sena

CUIABÁ- MT

2016

Ficha Catalográfica**Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

S237s Santos, Marcia Adriana dos.

A Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá (1817-1930):
assistencialismo, práticas médicas, memórias e razões de Estado. /
Marcia Adriana dos Santos. -- 2016
162 f. ; 30 cm.

Orientador: Ernesto Cerveira de Sena.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso,
Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-
Graduação em História, Cuiabá, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Santa Casa. 2. memória. 3. assistencialismo. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Agradecimentos

Manifesto meus eternos agradecimentos a todos os envolvidos e, de forma particular:

Ao Prof. Dr. Ernesto Cerveira de Sena, meu orientador , agradeço pelas pertinentes indicações de leitura, pela orientação competente, e por estimular questionamentos importantes que só a experiência permite perceber.

Ao Profº doutorando Silvânio Barcelos, meu colega de curso, amigo de luz e um dos primeiros a me incentivar nessa tarefa. Tenho a certeza de que suas palavras de apoio ainda no processo seletivo foram fundamentais.

Ao Profº Drº João Antônio Botelho Lucídio, com quem pude compreender melhor o árduo e dedicado trabalho de pesquisador, e realmente ninguém teria mais paciência de ensinar do que ele.

À Profª Maria Auxiliadora Coutinho, amiga que fiz durante o mestrado e que possibilitou-me o acesso aos arquivos ainda inéditos da Santa Casa de Misericórdia, seu empenho e confiança foram fundamentais para a conclusão desse trabalho.

Ao Dr. Antônio Preza, presidente da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá que abriu-me as portas da instituição, onde iniciei as pesquisas, sua sensibilidade e consciência da importância história da documentação ali existente permitiu-o fazer esse gesto, antes negado a outros pesquisadores na gestão de outros presidentes.

A Profª Maria Adenir Peraro que disponibilizou seu tempo acompanhando-me até a Santa Casa cumprindo uma exigência do Dr. Preza, e suas observações durante a qualificação contribuíram para possibilitar novos horizontes de pesquisa.

Aos amigos, colegas, professores do Programa de Pós-Graduação em História da UFMT que direta ou indiretamente contribuíram nas reflexões e na elaboração desta pesquisa.

Aos funcionários do Arquivo Público de Mato Grosso (APMT) e da Biblioteca Central da Universidade Federal de Mato Grosso, pela dedicação no atendimento, facilitando a trabalho de pesquisa.

Destaco nesse momento de agradecimento algumas pessoas especiais que estiveram comigo em mais esse desafio:

Jusuemerson, meu esposo incentivador incansável, que me faz acreditar a cada dia que tudo é possível.

Delvânia, minha prima querida que mesmo distante sempre incentivou-me nos estudos, é em você que me inspiro.

Ana Cláudia, minha grande amiga, sempre na torcida, porque merecemos sim ter a chance de fazer o que gostamos.

Aos meus Avós (*in memorian*) que nunca tiveram a chance de estudar, mas orgulhavam-se de dizer que seus netos estavam na universidade.

A elaboração desta dissertação foi possível ao importante apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através da concessão de uma bolsa de estudos pelo Programa de Demanda Social. Meus agradecimentos a essa Coordenação que possibilita a pesquisa científica no Brasil.

Resumo

Em Portugal, foi fundada, em 15 de agosto de 1498, a primeira Misericórdia, oriunda de um processo denominado de reformas de hospitais. Essa Misericórdia, em Lisboa, se deve em grande parte à figura da Rainha D. Leonor, que difundiu a ideia de misericórdia como de auxílio aos mais necessitados, em função de um objetivo maior que era da formação de uma espiritualidade. As primeiras Misericórdias brasileiras foram fundadas no período colonial. O serviço praticado pelas Misericórdias no Brasil, sob autorização régia, foi administrado pela elite dominante, com estratégias para garantirem seus privilégios, uma instituição de caráter laico, porém sob influência da igreja católica. A Misericórdia em terras mato-grossenses foi possível devido ao legado de Manoel Fernandes Guimarães, o Capitão-General João Augusto D'Oyennhausen e Gravenburg, ficou responsável pela administração do valor doado. Concluída a construção do hospital dos Lázaros, em 1816, com ajuda das doações, iniciou a construção do hospital de Nossa Senhora da Conceição da Misericórdia em Cuiabá, inaugurado em 1817. O medo das epidemias como a da varíola que atingiu Cuiabá em 1867, fez com que a Província começasse a aplicar medidas profiláticas relacionadas à saúde e higiene pública. As políticas de proteção social foram surgindo à medida que a infraestrutura do Estado monárquico avançava. Doações eram feitas pela população de forma a minimizar as dificuldades e disseminar o espírito de solidariedade, na forma de valores deixados em testamentos, imóveis, joias, escravos, e objetos de valor doados, alguns em vida. No início do século XX Estado de Mato Grosso seguindo um plano político de saúde de nível nacional, implantou projetos que tornariam a saúde uma questão pública.

Palavras Chave: Santa Casa, memória, assistencialismo.

Abstract

In Portugal, was founded in August 15, 1498, the first Mercy, originating from a process called hospitals reforms. This Mercy, in Lisbon, is due in large part to the figure of Queen Leonor, who spread the idea of mercy as aid to the needy, due to a higher goal that was forming a spirituality. The first Brazilian Mercy were founded in the colonial period. The service practiced by Mercy in Brazil, under royal authorization was given by the ruling elite, with strategies to ensure their privileges a secular character of the institution, but under the influence of the Catholic Church. The Mercy in Mato Grosso land was possible due to the legacy of Manuel Fernandes Guimarães, the Captain-General João Augusto D'Oyennhausen and Gravenburg, was responsible for the administration of the amount donated. Completed the construction of the hospital of Lazarus in 1816, with the help of donations, started building the hospital of Our Lady of the Conception of Mercy in Cuiaba, opened in 1817. The fear of epidemics such as smallpox which reached Cuiaba in 1867, did with the State began to apply preventive measures related to health and public hygiene. Social protection policies have emerged as the state's infrastructure progressed. Donations were made by the population in order to minimize the difficulties and spread the spirit of solidarity, values left in wills, real estate, jewelry, slaves, and donated valuables, some in life. In the early twentieth century the state of Mato Grosso following a national health policy plan implemented projects that would make a public health issue.

Key Words: Santa Casa, memory, assistance.

Sumário

Introdução	08
Capítulo I - Santa Casa de Misericórdia: Práticas e Representações em Portugal e no Brasil.	
1.O contexto médico e religioso em que se instituíram as primeiras confrarias	15
1.1O aspecto caritativo das primeiras confrarias.....	17
1.2 Pobreza e Misericórdia	19
1.3 As Misericórdias em Portugal.....	21
1.4 O hospital como local de prática da caridade.....	27
1.5 As obrigações dos membros.....	29
1.6 As primeiras Misericórdias no Brasil.....	33
1.7 Precariedade e Assistência.....	36
1.8 As diversas formas de se obter recursos para a caridade.....	41
1.9 A falta de médicos na colônia	44
1.10 Hospital: de abrigo para pobres à local de tratamento das doenças.....	47
Capítulo 2 - Século XIX: O século da Santa Casa de Misericórdia em Mato Grosso.	
2.1O legado de Manuel Fernandes Guimarães	56
2.2 A assistência médica na província de Mato Grosso.....	65
2.3 O pensamento médico no século XIX.....	72
2.4 As principais enfermidades que atingiram a população de Mato Grosso.....	77
2.5 As dificuldade enfrentadas pela Santa Casa de Misericórdia em Mato Grosso.....	84
Capítulo 3 –A Santa Casa de Misericórdia e a saúde pública em Mato Grosso nas primeiras décadas do século XX.	
3.1 Os problemas na estrutura física do hospital.....	101
3.2 O patrimônio da instituição.....	115
3.3Os serviços prestados pela Santa Casa de Misericórdia.....	120
3.4 A ciência e a “nação” em construção	132
3.5 Higiene e Saúde Pública em Mato Grosso.....	135
Considerações Finais.....	152
Fontes e referências bibliográficas	155

Introdução

Esta dissertação pretende contribuir com a historiografia sobre as Santas Casas de Misericórdia no Brasil, destacando o papel assistencialista da Santa Casa de Misericórdia de Mato Grosso e sua importância para a sociedade mato-grossense no período de 1817 a 1930, retratando a resistência secular da instituição, a constante escassez de recursos, o papel das autoridades políticas e médicas diante das enfermidades que acometiam a população.

A princípio, pretendia estudar a história dos alienados internados naquela instituição, ao iniciar a pesquisa percebi que a escassa documentação não possibilitava tal estudo, então meu olhar se voltou para o Hospital da Misericórdia e sua atuação na capital da província que ia muito além do atendimento a população alienada. O Hospital da Misericórdia fundado em Cuiabá em 1817, já nascia com uma tradição histórica desse tipo de instituição, de auxílio aos pobres e posteriormente no tratamento dos doentes. Uma particularidade dessas instituições era de contar com a caridade para continuar exercendo sua função caritativa. A função participativa do Estado, monárquico e depois republicano, com subvenções que pudessem garantir a manutenção da instituição, a princípio não era regra a ser seguida, esse auxílio era importante, porém sempre vinha com enormes atrasos. De uma maneira geral, o hospital se mantinha com doações de todos os tipos.

Nesse sentido fiz a opção de analisar a importância da instituição para a sociedade mato-grossense no período de 1817 -1930, privilegiando as práticas sociais que influenciavam o cotidiano de uma instituição que faz parte do processo de desenvolvimento e institucionalização da medicina no Brasil. Ao longo dos anos as práticas de cura oficiais foram desenvolvidas no interior dessas instituições, que em muitas localidades funcionavam também como escolas de medicina.

Essa pesquisa procura, mais precisamente, tentar compreender como a instituição prestava socorros à população, como lidava com as doenças e como se dava a administração dos recursos que não eram poucos, mas diante da demanda por atendimento se tornavam inferiores às necessidades. Visa também compreender o papel exercido pelo Estado, que também dependia dos serviços de saúde prestados pelo

Hospital da Misericórdia, além do pensamento médico da época responsável por avanços significativos para a Medicina do século XIX e XX.

Quanto ao recorte temporal, os anos de 1817-1930, apresentam-se como balizas significativas, quanto a assistência médica no Estado de Mato Grosso e ao novo cenário político do país. O ano de 1817 foi a data de inauguração do Hospital da Misericórdia em Cuiabá (Mato Grosso), aguardado pela população e desde o século XVIII tornou-se o único estabelecimento destinado ao atendimento aos pobres que antes de sua inauguração só podiam contar com as práticas de cura não oficiais.

O ano de 1930, marca um novo período da história política do Brasil, com o final da Primeira República. É um período onde as descobertas e mudanças da medicina e da higiene pública, implementadas na segunda metade do século XIX e início do século XX, passam a ter outro olhar: as epidemias precisam ser evitadas, o espaço público precisava ser asseado, inicia-se uma preocupação com a saúde pública diretamente relacionada à manutenção da vida.

Ressaltamos que os estudos desenvolvidos nessa dissertação não se limitam ao período de 1817-1930. Procurando melhor fundamentar esse trabalho, o primeiro capítulo fornece subsídios sobre a história dos Hospitais de Misericórdia no imaginário ocidental. Desde a Idade Média já havia lugares dedicados a dar assistência e abrigo aos pobres, no século XV houve uma disseminação desse tipo de instituição em Portugal. A partir desse momento surgiu uma estrutura que possibilitou o surgimento de várias congêneres em outros países. Instituição que surgiu com as “bênçãos” e a autorização do Estado, mas sempre necessitou de doações para manter-se.

Esta dissertação visa analisar as representações e práticas sociais sobre o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, especialmente as dificuldades enfrentadas no atendimento à população, a falta de profissionais da medicina e a escassez de medicamentos. Analisa também a prática de doações pela sociedade mato-grossense. Objetiva ainda analisar as condições sócio-políticas e médico sanitárias em que o Hospital da Misericórdia prestava assistência. Analisa ainda a atuação do Estado diante da Saúde Pública, e quais foram as implicações diretas à população.

A respeito da documentação utilizada nesta dissertação, privilegiou-se um conjunto de documentos nos quais as representações, as práticas sociais, memórias e as

atitudes do Estado, que são objetos desse estudo, puderam ser melhor identificadas ao longo da pesquisa. Os documentos consultados na Santa Casa constituem fontes inéditas, cujo acesso não é permitido ao público. Lá foram consultados: Livro de registro Administração e Polícia de Real Casa Pia ao S. Lázaro (1815), Livro para registros de impressões dos visitantes (1919), Relatório da Santa Casa de Misericórdia em Cuiabá (1923).

Também foram utilizados relatórios e mensagens dos presidentes de província, jornais, semanários médicos e decretos da Câmara Legislativa. Além da bibliografia disponível, arrolada nas referências bibliográficas, através da qual o horizonte da pesquisa foi ampliado, permitindo um melhor entendimento sobre a instituição e sobre as práticas no período estudado. A documentação foi pesquisada no Arquivo Público de Mato Grosso (APMT) e nos Arquivos da Santa Casa de Misericórdia (ASCMMT).

A análise da documentação permitiu perceber como se deu a atuação das autoridades político-administrativas diante das necessidades da Província de Mato Grosso no que se refere às questões de saúde pública, e a esforços realizados pelo Hospital da Misericórdia para continuar a prestar um mínimo de assistência à população, as representações e as práticas sociais que muitas vezes caminhavam em total desencontro com as reais necessidades da população.

Algumas obras foram absolutamente relevantes. Entre elas destaco *Uma história do corpo na Idade Média*, de Jacques Le Goff, que trás um estudo sobre a figura do corpo na sociedade medieval. Essa obra que permitiu compreender que o desenvolvimento dos hospitais medievais esta relacionado à caridade e às doenças. O hospital medieval era um lugar de prática da caridade, servindo assim de abrigo aos pobres. Somente quando a preocupação com o corpo deixa de estar associada à cura da alma, é que o hospital passará a ser considerado um local de cura. Mas sem dúvida, as epidemias exerceram papel importante para que essa transformação ocorresse.

Na Idade Média a cura do corpo era associada à cura da alma, as doenças eram tidas como castigo divino, uma punição pelos pecados, a explicação encontrada para as doenças sempre estavam associadas a males da alma. A teoria galênica dos humores (o sangue, a fleuma, bile amarela e bile escura) considerava que o equilíbrio desses elementos garantiria a saúde do corpo, por sua vez a desproporcionalidade de algum desses elementos é que eram as causas das doenças.

Os padres considerados médicos da alma aos poucos vão se dissociando dos médicos. Esses últimos, com o aumento da difusão de discursos médicos, atrelados às políticas sociais, foram se distanciando dos preceitos da cristandade.

A obra permitiu também a compreensão de que muitas dessas teorias, herança do período medieval, continuaram a serem enquanto a medicina caminhava para a descoberta de novas explicações que pudessem cada vez mais, garantir a cura.

Em Portugal, no ano de 1498, foi criada a primeira Misericórdia portuguesa. A importância dessa instituição se dá à medida que a partir desse momento várias congêneres são fundadas nos domínios portugueses. Nesse sentido a obra *As Misericórdias portuguesas, séculos XVI e XVIII* de Isabel Guimarães Sá, me permitiu compreender qual foi o modelo de Misericórdia instalado no Brasil. As primeiras misericórdias brasileiras datam do século XVI, e foram criadas sob a proteção e autorização da Coroa portuguesa, mas ao mesmo tempo tinham sua autonomia garantida, principalmente no que dizia respeito às condições financeiras para manter seu funcionamento.

O objetivo primeiro das Misericórdias era a prática da caridade, uma vez que os atos caritativos eram exercidos por quem ocupava melhor posição social. De todo modo pode se dizer que a atuação das Misericórdias exerceu e sofreu influência dos poderes locais e das elites, dos quais provinha a fonte de seus recursos. A obra permitiu compreender sob quais aspectos e condições as Misericórdias foram fundadas e como se deu sua propagação pelos domínios portugueses através das relações sociais e políticas que se estabeleceram nas localidades em que foram fundadas.

Importante também na pesquisa do tema analisado foi os estudos de Lycurgo de Castro Santos Filho, em *História Geral da Medicina Brasileira. Volume I*, onde o autor apresenta os problemas enfrentados pelas primeiras Misericórdias: a falta de medicamentos; alimentos; rouparia; a precariedade enfrentada por algumas Misericórdias como a de Santos, em São Paulo que no início do século XVII quase deixou de existir. O autor traça um panorama dos principais problemas enfrentados pelas primeiras Misericórdias brasileiras: os serviços que eram oferecidos à população; o fechamento de muitos hospitais por falta de recursos; doações que variavam muito de um hospital para o outro; a precariedade das instalações dentre outros aspectos abordados.

De fundamental importância constitui a obra de Flávio Coelho Edler, *A Medicina no Brasil Imperial*. Esse trabalho me permitiu conhecer um pouco mais sobre o pensamento médico no período de 1860 até finais do século XIX. O autor apresenta a origem da medicina tropical no Brasil, as disputas existentes entre vários grupos de médicos que, com os recursos disponíveis à época reformularam vários conceitos. O pensamento médico à época, descrito pelo autor procurava associar os conceitos médicos, a higiene e a geografia médica, contribuindo assim para o diagnóstico prevenção e tratamento de muitas doenças simples, mas que levavam à morte, como aquelas causadas por parasitas.

As disputas entre grupos médicos para validarem suas afirmações voltadas as doenças que acometiam as populações dos trópicos foi responsável, entre outras conquistas, pela consolidação da própria carreira médica, expressa principalmente na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro.

A leitura dessa obra possibilitou um olhar sobre a medicina no período imperial, num momento retratado pelo autor como de descobertas, que mudariam os rumos do tratamento, diagnósticos, e prevenção respaldados pela ciência médica em desenvolvimento. Proporcionou ainda o entendimento do quanto essas descobertas ainda demorariam a mudar, na prática, o atendimento médico na Província de Mato Grosso.

Ainda sobre o pensamento médico no século XIX destaco aqui a obra de Alisson Eugênio, *Arautos do Progresso*, o autor demonstra o empenho dos médicos para combater a “falta de higiene” pública no Brasil, especialmente no que diz respeito aos proprietários de escravos, a importância desse empenho por parte da classe médica em encontrar soluções para os problemas de saúde que atingiam a população.

A aplicação do saber médico vai cada vez mais se tornando uma intervenção direta nos costumes das sociedades, e isso também foi objeto de análise do autor, que segue no intuito de verificar se as propostas destinadas ao combate às más condições de saúde no país, feitas pela elite médica concentrada no Rio de Janeiro e em Salvador, repercutiram nos textos dos médicos que atuavam na mais populosa unidade provincial do Império (Minas Gerais).

Nesse sentido, essa leitura permitiu-me compreender como os médicos defenderam no século XIX mudanças de hábitos, há séculos arraigados na sociedade, considerados por eles prejudiciais a saúde. Hábitos esses fortemente presentes também na Província de Mato Grosso.

Destaco também a obra de Gilberto Hochman – *A era do Saneamento*, onde o autor detalha o processo de implantação de uma política nacional de saúde no Brasil durante a Primeira República, combinando fatos históricos com uma análise sociológica das principais dificuldades de tal projeto.

A leitura desse trabalho riquíssimo permitiu-me compreender o universo político-estratégico das ações implantadas nos Estados, o conceito de interdependência humana: a doença como um elo que liga as classes sociais, e por conta disso os investimentos das elites serão no sentido de proporcionar uma coletivização da saúde, uma vez que todos ocupam os mesmos espaços. E como os Estados tiveram que aderir aos investimentos em saúde de forma quase que obrigatória.

Conhecer esse cenário brasileiro das doenças e suas profilaxias trouxe esclarecimentos sobre um projeto que não foi bem sucedido em Mato Grosso, como o Serviço de Profilaxia Rural, contrariando o plano político para saúde a nível nacional.

No intuito de dar conta dos objetivos propostos, esta dissertação encontra-se dividida em três capítulos. O primeiro intitulado “Santa Casa de Misericórdia: Práticas e Representações em Portugal e no Brasil”, traz o aspecto caritativo das primeiras confrarias. Apresenta a primeira Misericórdia portuguesa, fundada em 1498, que inaugura um novo tipo de assistência voltada aos pobres, sendo realizada somente através de doações, instituição autônoma, mas que contava com a influência da Igreja Católica. Esse aspecto é mantido em suas congêneres inauguradas nos domínios portugueses. O destaque é dado às primeiras Misericórdias brasileiras, as condições para se obter a autorização da Coroa Portuguesa para a inauguração de uma nova Misericórdia, a precariedade das instalações e a falta de recursos de toda ordem. Trata ainda da resistência secular de uma instituição que nasceu com a função de abrigar aos pobres e que ao longo do tempo também passa a contribuir para a manutenção da vida, através do desenvolvimento e ampliação da assistência médica.

O segundo capítulo, intitulado “Século XIX: O século da Santa Casa de Misericórdia em Mato Grosso”, apresenta alguns aspectos da fundação do hospital de Misericórdia em Cuiabá em 1817, assinalando que sua construção foi possível especialmente pelo legado deixado por Manuel Fernandes Guimarães e pela administração do então Capitão-General João Augusto D’Oyennhausene Gravenburg. Destacamos também: os serviços prestados pelo hospital; a falta de médicos na província enfrentada pela população civil e militar; as práticas de cura do século XIX existentes na província de Mato Grosso, ainda fortemente marcada pela medicina galênica; as epidemias que atingiram a população da província; as dificuldades financeiras enfrentadas por essa instituição e as medidas adotadas para manter seu trabalho assistencial. A atuação do Estado e suas implicações diretas à população.

O terceiro capítulo, intitulado “A Santa Casa de Misericórdia e a saúde pública em Mato Grosso nas primeiras décadas do século XX”, traz, de acordo com a documentação disponível, os aspectos relacionados ao dia a dia da instituição, sua estrutura física, o atendimento aos doentes, sua organização interna, seu patrimônio. As políticas de proteção social foram surgindo à medida que a infraestrutura do Estado avançava, paralelo aos avanços da ciência no país. Assim caminhamos para a reta final com a abordagem de algumas ações importantes por parte do Estado que seguindo um plano político de saúde de nível nacional implantou projetos a fim de tornar a saúde de fato uma questão pública. O que não diminuiu a importância da Santa Casa de Misericórdia para o Estado de Mato Grosso.

Espera-se que as reflexões apresentadas possam contribuir para valorização das Santas Casas de Misericórdia, especialmente a valorização do papel atuante dessa instituição em Mato Grosso, que a exemplo do passado ainda enfrenta sérias dificuldades.

Capítulo 1

Santa Casa de Misericórdia: Práticas e Representações em Portugal e no Brasil

A justiça é dar o devido, a misericórdia é remediar a miséria.

São Tomás de Aquino.

1. O contexto médico e religioso em que se instituíram as primeiras confrarias

A Idade Média foi um período em que as epidemias como a peste negra, a lepra dizimavam grandes populações, o medo do contágio segregava uma boa parcela da população, os miseráveis eram os primeiros atingidos¹. As doenças e suas consequências eram envoltas numa áurea espiritual. Assim “a peste negra, a lepra e as doenças de um modo geral constitui também uma questão espiritual, pois, na Idade Média, não há doença que atinja o corpo como um todo que não seja simbólica”².

As doenças significavam uma punição pelos pecados cometidos, e toda essa simbologia da doença sempre foi fomentada pela Igreja. A Igreja representava o corpo sadio, imaculado.

Inicialmente, a medicina irá se desenvolver principalmente em torno da patologia dos humores³, originária de Galeno no século II. Entenda-se por humores: o sangue, a fleuma, a bile amarela e a bile escura. “A boa mistura desses elementos resultava na saúde física, a desproporcionalidade de qualquer um desses elementos seria responsável pelo aparecimento dos males do corpo, ou seja, as doenças”⁴.

“A saúde da alma é predominante ao corpo, afinal acreditava-se que todos os males do corpo provinham de problemas da alma, a medicina é antes de tudo uma medicina da alma”⁵. Todos os representantes da Igreja, utilizando dos “poderes” a eles

¹ SILVA, Marinalva Freire da. A Literatura Médica Medieval: Uma Abordagem Fonológica. Revista Científica da UFPB. Rev. de Letras v. 19 - No. 1/2- jan/dez 1997.

² LE GOFF, Jacques. Uma história do corpo na Idade Média, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. p. 107.

³ Ibidem, p. 110

⁴ LE GOFF, Op. Cit., p. 113

⁵ Ibidem, p. 116

conferidos (como sendo a representação de Deus na Terra), podiam curar a alma e assim diminuir os males do corpo, mas não sem algum padecimento, pois o sofrimento era uma ponte para a salvação, nesse sentido para a cura.

Os primeiros hospitais medievais servirão de abrigo, acolhida ao pobre doente, assim como local de prática da caridade a noção do ambiente hospitalar como espaço de cura, de difusão do saber médico e prática da medicina com base científica vai ocorrer mais tarde, quando os cuidados com o corpo deixam de estar vinculados à cura da alma.

Como lembra-nos Le Goff, pouco a pouco os médicos da alma, os padres, vão se distinguindo daqueles do corpo, os médicos. Esses últimos vão se tornar cada vez mais especialistas em sua profissão, com o surgimento das universidades. Os médicos vão se distanciando dos barbeiros e sangradores, e sua profissão considerada um dom de Deus.

Os séculos XIV e XV são marcados por uma secularização da cultura, e nesse contexto:

[...] surge uma nova classe social, a burguesia -, nos centros reitores da medicina da baixa Idade Média; Montpellier, Bolônia, Pádua, Florença e Paris foram configurando novos modos e orientações tanto da práxis como da ciência médica. Compuseram tratados - glossários, coleções de sentenças, súmulas, comentários e manuais didáticos [...] através dos quais se difundia o saber médico que tinham um caráter razoavelmente empírico, segundo os casos⁶.

Nesse período “ressurge na Europa a anatomia, que trouxe consigo a prática da dissecação de cadáveres , a autopsia, como via de conhecimento da estrutura do corpo humano, mas também de busca de lesões ocasionadas pelas enfermidades pestilenciais”⁷. Os textos médicos traziam advertências sobre higiene já relacionada com a prevenção de enfermidades.

Com o surgimento das universidades a cientificidade foi aos poucos ocupando o lugar da espiritualidade. Os médicos também acabam por se distanciar dos preceitos cristãos, uma vez que essa profissão nasceu dos ricos para os ricos, aos pobres restava quase sempre contar com a benevolência das confrarias, contar com a caridade.

⁶SILVA, Op. Cit., p. 2

⁷Ibidem, p. 3

1.1 O aspecto caritativo das primeiras confrarias

A salvação da alma foi certamente um dos mais fortes elementos para a união de pessoas a princípio leigas em torno de confrarias, para praticarem a caridade junto às populações dos excluídos: doentes, presos, órfãos, idosos. Um dos motivos além do imaginário do “Juízo Final” seria que a caridade coletiva tinha mais força, uma maior representação diante da sociedade local, podendo assim almejar mais doações e praticar a caridade a um maior número de necessitados, pondo em prática a representação iconográfica adotada pelas confrarias⁸.

O entendimento do caráter essencial da caridade como parte do processo de desenvolvimento espiritual apregoado pela Igreja Católica, sofreu transformações ao longo dos séculos. Na Idade Média onde o caráter escatológico que a Igreja atribuía ao fim dos tempos ocupava um lugar significativo na vida das pessoas, a caridade era mais do que um modo de relacionamento social, entre quem tinha para dar e quem precisava receber, inscrevia-se numa gramática de salvação, em que a ideia do Juízo Final preocupava mais os homens do que o bem-estar físico ou material dos seus próximos⁹.

A caridade é um dos pilares de sustentação das instituições de assistência, mas é somente quando essas instituições, a exemplo das confrarias, direcionam o olhar para fora de seu círculo e percebem que a assistência pode abranger uma dimensão muito mais ampla, no sentido de preservar a vida. Atingindo assim uma parcela muito maior da sociedade, e atribuindo à caridade um sentido essencial, pois a princípio:

[...] as confrarias tornam-se muito cedo, e permaneceram durante muito tempo, instituições da morte. O seu desenvolvimento no século XIV está ligado às alterações que deram então aos funerais e aos serviços pelos defuntos o carácter de solenidades religiosas e de acontecimentos eclesiásticos¹⁰

⁸ “A iconografia das obras de misericórdia provém da parábola do Juízo Final em Mateus 25, fonte principal, [...] da escatologia da segunda Idade Média. Quando o filho do Homem vier na sua majestade sentar-se no seu trono no meio das nações reunidas, separará as ovelhas dos bodes. Às ovelhas colocadas a sua direita, o rei dirá: Vinde, Ovelhas do meu Pai, tomai posse do reino que foi preparado para vós desde a origem do Mundo. Tive fome e destes-me de comer; tive sede e destes-me de beber; era um estrangeiro e acolhestes-me, estive nu e vestistes-me, doente visitastes-me, prisioneiro e viestes ver-me”. (25,35-37). ARIÈS, Philippe. O homem perante a morte I. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. p. 218.

⁹ SÁ, Isabel dos Guimarães. As Misericórdias Portuguesas, séculos XVI a XVIII. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013. P. 16.

¹⁰ ARIÈS, Philippe. Op. cit., p. 221

O surgimento das primeiras confrarias nos leva a Europa do século XII, quando aparecem as confrarias de misericórdia, no papel de sociedades de socorro mútuo, tanto material como espiritual, quando a ajuda recíproca se limita aos membros da associação ou quando ela reserva apenas uma pequena esmola anual aos pobres da cidade¹¹. O modo como se organizam essas primeiras confrarias voltadas para si, pregando entre seus membros uma caridade individual, é um modelo que marcou inicialmente a atividade das confrarias.

Com menor intensidade no começo, a atividade caritativa já despontava desde o início como um traço essencial às primeiras confrarias, favorecendo a união de seus membros. A atividade caritativa fora desse círculo fechado ocupa, nesse momento, uma posição secundária a exemplo das confrarias de piedade e penitência, que tinham como sua intenção primeira o progresso espiritual de seus membros¹². Também havia as confrarias de ofício, que tinham um caráter mútuo, uma centralidade nos membros, que deveriam ajudar uns aos outros.

O século XIII é marcado pela renovação da caridade. A partir de então, na Europa surgem as primeiras esmolarias, fundadas com ordem e apoio de príncipes e reis. A título de exemplo, temos Isabel, mulher de Diniz I de Portugal que organizou um serviço de esmolaria para atender as vítimas das calamidades de 1333, cativos, crianças abandonadas e pobres. A coroa de Aragão em 1343 instituiu o procurador dos miseráveis que por sua vez, tinha a obrigação de “visitar as prisões, fornecer alimentos a essas prisões e responsabilizar-se pela visita semanal de um médico a essas instituições, também possuía o padre dos órfãos, que cuidava de garantir dotes para as moças abandonadas e trabalho para os aprendizes¹³”.

Esses exemplos demonstram a tentativa de minimizar as condições de miséria que enfrentavam os membros dessas sociedades, ações individuais que cada vez menos conseguiam assistir ao grande número dos que precisavam. As primeiras confrarias se depararam com essa realidade, a necessidade de ajudar o próximo, inicialmente seus membros. A partir do século XIII as iniciativas coletivas passam a ser mais frequentes, e as confrarias já dispõem de uma organização maior, devido à demanda por seus serviços.

¹¹MOLLAT, Michel. Os pobres na Idade Média. Rio de Janeiro: Campus, 1989. P. 98

¹²Ibidemp. 137.

¹³Ibidem p. 135.

1.2 Pobreza e Misericórdia

Apesar de serem organizações laicas as confrarias precisavam de uma ordem régia para manter suas atividades. Num momento em que o Estado absolutista era fortemente influenciado pela Igreja, essas organizações, que nasceram com intuito laico, eram subjugadas a Igreja. A mesma se fez presente de maneira direta exercendo mais tarde atividades dentro das Misericórdias.

Uma das chaves explicativas do discurso católico pode ser encontrada na naturalização das diferenças como algo previamente determinado e que cumpriria aos homens reafirmar por meio de um intercâmbio desigual de graças e benefícios¹⁴. Com esse pensamento, praticar a caridade, além de um gesto salvador de almas, também poderia ser compreendido como algo natural, ou seja, era tão natural a existência de miseráveis quanto praticar a caridade para com eles.

Nesse sentido, as confrarias passam a assumir um papel de destaque na sociedade com relação à ajuda e assistência aos pobres, seja na manutenção das suas vidas, ou na cerimônia de suas mortes:

[...] no século XIV os pobres, que eram enterrados envoltos num sudário ou inteiramente nus, nem sempre eram sepultados diretamente na terra, como se afirma tantas vezes; a Esmola comprava caixões de verdade e em sua intenção. As confrarias pagavam pelos pobres as taxas de exéquias que, de acordo com os hábitos, cabiam ao clero. Certos bispos foram obrigados a sancionar sacerdotes rígidos na cobrança das taxas paroquiais, mesmo sacrificando os pobres: determinado bispo, mostrado em um *exemplum*, ao saber que um sacerdote negligenciaria seus deveres no sepultamento de um indigente, interferiu no ocorrido exigindo que aquele sacerdote lhe pagasse a quantia à qual teria tido direito se fosse seu vigário¹⁵.

Considerando uma acumulação progressiva de tipos marginais cada vez mais numerosos e diversos, e sua multiplicação no curso do tempo¹⁶, somados a forças de integração que acabam por gerar exclusão, como a família. Na sua ausência ou completa

¹⁴FRANCO, Renato Júnio. Pobreza e caridade leiga - as Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. 2011. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-25052012-133000/>>. Acesso em: 2014-02-05 P. 32-33.

¹⁵MOLLAT, Michel. Op. Cit., p. 141

¹⁶SCHMIT, Jean-Claude. A história dos marginais. In: Le Goff, Jacques. A história nova. 3ª ed.- São Paulo: Martins Fontes, 1995. P. 278.

inexistência quem iria olhar pelos pobres? Quem poderia lhes fornecer abrigo, roupas e comida?

Inúmeras vezes as confrarias atuavam fazendo o papel da família ausente, seja a ausência física ou financeira, como no cuidado com os órfãos, a visitação dos encarcerados, custeando o enterramento dos pobres. Realizando nesse sentido um papel integrador entre os necessitados e a assistência.

Os trabalhos assistenciais das primeiras confrarias eram dedicados a uma população marginal, os pobres, e as obras de caridade eram tão necessária a quem recebia como a quem as praticava. Tanto que era sabido que esse ciclo de dar e receber deveria ser mantido, como forma de salvação dos ricos e alívio dos menos favorecidos:

Mesmo sublimado como imagem de Cristo, o pobre em si, permanece um esquecido: ele é apresentado como o instrumento da salvação do rico benfeitor. Sua fisionomia desaparece por trás da imagem do Cristo-Juiz e Salvador, e seu semblante atormentado é iluminado pelo reflexo do rosto de cristo sofredor. O pobre continua à entrada das igrejas junto com os penitentes. O pobre é eclipsado pelo rico e pelo próprio Deus, que se deseja ver nele. Na realidade abandonados a si próprios, os pobres, muito numerosos no início do século XIII, conservam as posição dos humildes na dupla acepção do termo: a humildade com sua carga salvadora espiritual, a humilhação com o peso da depreciação social¹⁷.

Diante desse cenário era crucial para a Igreja preservar a chave da sua salvação, e foi o que a população de miseráveis famintos e doentes acabou por se tornar, essa figura sofredora e sem reação continuaria a existir durante muito tempo, alimentada pelo imaginário religioso. Isso somado a carência de assistência por parte do Estado, que verá mais tarde nas confrarias, principalmente em Portugal, uma possibilidade de estruturação da assistência.

¹⁷MOLLAT, Michel. Op. Cit. p. 111.

1.3 As Misericórdias em Portugal

Em Portugal, a instituição da confraria da Misericórdia, na Sé de Lisboa remete ainda para o século XV. Foi fundada formalmente em 15 de agosto de 1498 a Misericórdia de Lisboa em Portugal, oriunda de um processo denominado de reformas dos hospitais, a partir da concentração das pequenas instituições em hospitais centrais e, em seguida, a criação das Misericórdias¹⁸.

Dos séculos XV ao XVI, trata-se de uma estruturação e aumento do número de hospitais urbanos, os ditos “grandes hospitais”, devido principalmente ao aumento do número de pobres¹⁹. É nesse período que se registra a expansão acelerada e sequencial das Misericórdias Portuguesas.

[...] Cabe observar que, mesmo nas Misericórdias para as quais se apontam datas precisas, estas são socialmente construídas: ora se conta a data do alvará régio, não se sabendo quanto tempo decorreu entre a sua criação e a aprovação régia, ora se mencionam testamentos que contemplam as Misericórdias, partindo do princípio de que, se alguém faz uma doação a uma Misericórdia, é porque ela existe, ou está prestes a ser criada. Para muitas Misericórdias, portanto, existe não uma data de fundação, mas uma primeira data que comprova a sua existência²⁰.

O funcionamento das Misericórdias portuguesas também sofreu com fortes críticas que antecederam o processo de Reforma da Igreja Católica. Martinho Lutero, no intuito de esclarecer os verdadeiros sentidos de algumas manifestações de religiosidade vinculadas à igreja católica, defendia que a mesma era marcada negativamente por seis idolatrias, e entre elas estava a edificação de fundações pias²¹.

Para Martinho Lutero era uma instituição que não contava com a palavra de Deus, era mais uma idolatria²². No entanto a demanda social de: pobres, doentes,

¹⁸FERNANDES, Liliane Alves. As Santas Casas na República Brasileira 1922-1945. Mestrado em Políticas de Bem Estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Atores /Phoenix Erasmus Mundus Dynamics of Health andWelfare. Universidade de Évora- Portugal, 2009.

¹⁹SÁ, Isabel dos Guimarães. As Misericórdias Portuguesas, séculos XVI a XVIII. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013. p . 23

²⁰ SÁ. Op. Cit., p. 34.

²¹SOUZA, Ivo Carneiro de. A Rainha D. Leonor (1458-1525) Poder, Misericórdias, Religiosidade e Espiritualidade no Portugal do Renascimento. Fundação Calouste Gulbenkian, Ministério da Ciência e do Ensino Superior, 2002. P. 200.

²²As outras cinco idolatrias referidas por Martinho Lutero são: 1-a crença no Purgatório, 2-as peregrinações, 3-a devoção as relíquias, 4-a prática das indulgências, 5-as confrarias. Martinho Lutero em 1538 mandou imprimir um

encarcerados, idosos e crianças abandonadas só fazia aumentar, o que proporcionou que mesmo no século de Lutero as Misericórdias portuguesas se expandissem quase que em sequência.

Em Portugal, no contexto da criação da Misericórdia de Lisboa, foi uma confraria laica que assumiu a administração desse hospital que passou a ter uma grande demanda, devido a concentrar os serviços que antes eram prestados por vários hospitais, agora num único local, como decorrência da reforma hospitalar, a qual objetivava uma centralidade visando uma administração mais eficaz.

“O olhar negativo que Lutero tinha para as confrarias, era resultado da ligação que muitas direta ou indiretamente mantinham com a Igreja católica, que nesse momento encontrava-se envolta na indignidade, pecado, crise e declínio”²³. Assim Lutero não admitia a importância das atividades de assistência prestadas por essas confrarias, que vinculadas à Igreja a tornou mais popular e com o poder de adentrar cada vez mais na vida das pessoas. Para os mais necessitados serem acolhidos era o que importava naquele momento

[...] De fato, nos países do Sul da Europa, em Portugal, na Espanha e na Itália, essas manifestações e práticas de profunda fé e religiosidade conseguiram vivificar ainda no século de Lutero [...] esforços e iniciativas apostados não tanto em reformar a Igreja, mas em aprofundar, desenvolver, aperfeiçoar e, até, multiplicar essa catolicidade feita também de confrarias, santos e peregrinações, relíquias e imagens [...] ²⁴

Ao longo do tempo essas confrarias se expandiram para os domínios portugueses sempre no atendimento à camada mais vulnerável e necessitada da população, e a origem laica das confrarias se identifica por não terem nenhuma ligação direta com a igreja. Apesar de funcionarem sob princípios religiosos, sua atuação sempre foi baseada na caridade cristã, porém, como veremos a admissão de religiosos junto a essas confrarias, sobretudo no trato aos doentes e necessitados fez com que também fossem reconhecidas como irmandades, sendo entendidas assim como instituições com

folheto que quase de imediato se tornou o mais divulgado catecismo das doutrinas do protestantismo. Souza, 2002 op. cit., p. 200-201

²³ SOUZA, Ivo Carneiro de. Op. Cit. p. 201

²⁴ SOUZA, Ivo Carneiro de. Op. Cit. p. 202

finalidades religiosas. Nesse sentido, compreendemos que religião e caridade estiveram, ou pareciam estar sempre muito próximas:

Nunca é demais referir que as religiões influenciaram e influenciam as ações das pessoas ao longo do tempo, moldando a conduta para com os desvalidos na esfera pública. No caso em apreço, sobretudo pelo facto do imaginário religioso europeu ter sido reproduzido com alguma extensão nos territórios portugueses da época moderna, nomeadamente no Brasil, é oportuno compreender como as práticas baseadas na caritas cristã em relação aos pobres resultaram numa estrutura assistencial homogênea, a partir das Misericórdias²⁵

A atuação das misericórdias em Portugal tinha a finalidade de auxiliar a monarquia na sua necessidade de prestar assistência aos desvalidos em um momento em que se clamava pela reforma da Igreja e da sua relação com os fiéis. No entanto, manter uma Misericórdia funcionando nunca foi tarefa fácil, uma vez que:

Antes do fluxo de doações testamentárias propiciadas pela difusão da ideia de Purgatório, muitas Misericórdias tiveram inícios marcados pela precariedade, e nem todas enriqueceram. [...] O rei D. Manuel distribuía anualmente açúcar da Madeira por pessoas da família real e numerosas instituições, entre elas conventos, casas de beatas, hospitais e Misericórdias, em quantidades que variavam consoante a importância atribuída a cada receptor. Tratava-se de uma substância preciosa na época, não só pelo seu valor comercial, mas também pelo seu uso como fortificante no tratamento de doentes e na confecção de medicamentos²⁶.

“A fim de enfrentar as dificuldades a partir de finais do século XVI, as Misericórdias tenderam a diversificar as suas fontes de rendimentos, a e algumas delas constituíram sólidos patrimônios fundiários, rurais ou urbanos”²⁷. Havia um propósito bem definido: o de que elas “servissem de veículo dos ideais de renovação religiosa que a sociedade, ou pelo menos parte dela almejava; que funcionassem como espaços de uma maior intervenção dos leigos”²⁸. Outra exigência era que atuassem seguindo padrões similares, criando uniformidade nos procedimentos.

Essa uniformidade nos procedimentos é algo inerente à criação da primeira Misericórdia Portuguesa retratada nas Explicações das Obras de Misericórdia²⁹. As

²⁵Fernandes, Op. cit., 2009 p. 23

²⁶Sá, 2013 Op. Cit., p. 38

²⁷Sá, 2013 Op. Cit., p. 38

²⁸ABREU, Laurinda. O papel das Misericórdias na sociedade portuguesa do Antigo Regime. In: As misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal-Brasil (séculos XV-XX). – Cuiabá, MT: Carlini&Canato, 2009. P.19

²⁹“Talvez ainda início da centúria de Quatrocentos, ressalta do esforço intelectual da comunidade cisterciense de Alcobaça um pequeno tratado manuscrito que, integrado num volume coletâneo de tradução de trabalhos de alguns dos principais autores da Igreja – S. Agostinho, S. Jerónimo. S. Gregório Magno...-, oferecia um conjunto de

quais orientavam como se deveria fazer a misericórdia, e mais importante ainda, tais obras seriam praticadas em conjunto para que os indivíduos pudessem assim ter uma vida virtuosa. O conjunto das obras revela também a relação contraditória entre a caridade direcionada para o próximo e a edificação pessoal de uma vida marcada pela virtude.

A fundação da Misericórdia de Lisboa se deve em grande parte à figura da Rainha D. Leonor no século XVI, uma vez que houve por parte da mesma a tentativa de difusão da ideia de misericórdia, como de auxílio aos mais necessitados, em função de um objetivo maior que era da formação de uma espiritualidade que pudesse orientar os cidadãos do reino, sobretudo a elite, a ter uma vida moral exemplar, com vistas à salvação após a morte.

Dia de nossa senhora em quinze de Agosto de 1498. Numa capela da Sé de Lisboa funda-se uma nova confraria dedicada à Virgem da Misericórdia. Reunindo cem confrades de várias extrações sociais, convocando o apoio do futuro arcebispo D. Martinho da Costa, a nova confraternidade levanta-se sob o impulso e a proteção da rainha D. Leonor, na altura regente do reino devido à ausência em terras castelhanas do monarca venturoso seu irmão, D.Manuel³⁰.

A Rainha D. Leonor promoveu a impressão de textos religiosos sobre penitências, meditações espirituais e outros que falavam da centralidade da misericórdia. Entendendo a Misericórdia como o ato que deveria ser inerente a todos os homens, que almejassem uma vida virtuosa, e um paraíso espiritual vinculando-a ainda mais estreitamente ao tema da Redenção através de Jesus Cristo.

Outra figura não menos importante que teria exercido papel fundamental na renovação³¹ da confraria portuguesa foi a de um frade, Miguel de Contreiras, um orador popular, que dava conforto aos encarcerados e os pobres necessitados. Foi o frade que

reflexões que haveria de ficar conhecido por Explicações das Obras de Misericórdia. Informado e atualizado para a sua época, normalmente atribuído ao labor de Frei Luís de Melgaço, o texto distribuía as suas lições ao longo de dezassete (sic) longos capítulos que permitiam compreender, para além da relação de dialética exclusão entre pecado e misericórdia, as principais dimensões ético- espirituais da doutrina das obras. Explica-se e caracteriza-se nos primeiros andamentos do tratado, detalhadamente, as sete obras de misericórdia corporais e as sete obras de misericórdia espirituais para, em continuação, esta investigação de nítido pendor didático tratar de discriminar as condições e as finalidades da misericórdia [...]” SOUZA, Ivo Carneiro de. Op. Cit. p. 207.

³⁰SOUZA, Ivo Carneiro de. Op. Cit. p. 330.

³¹Foi usado o termo renovação devido ao fato da confraria da Misericórdia ter nascido a partir da confraria da Piedade, passando então a renovadamente ser dedicada a Virgem de Misericórdia, em função é claro da devoção da Rainha D. Leonor a Misericórdia. Ver SOUZA, Ivo Carneiro de. Op. Cit.

teria elaborado o Compromisso fundador da Confraria dando posteriormente parte dele a D. Leonor.

Era costume que sua imagem fosse representada nas bandeiras da irmandade, tradição que foi se perdendo com o passar dos anos, o que levou a partir de 1574 frei Bernardo da Madre de Deus membro da Ordem da Trindade a enviar uma solicitação à mesa da Misericórdia de Lisboa. Solicitando o reconhecimento da importância do frade Miguel de Contreiras, justificando que fora o mesmo quem instituiu a Santa Irmandade.

“Depois de várias tentativas a Misericórdia lisbonense acatou a solicitação e assim ficou decidido que o dito servo de Deus seria novamente pintado nas bandeiras da irmandade”³². Embora parem dúvidas até mesmo de sua existência, pois a pesquisa documental realizada por Ivo Carneiro constatou que não há registros do Frei Miguel de Contreiras no tempo de D. Leonor e nenhuma ligação da mesma com a Ordem da Santíssima Trindade à qual o frei pertenceria, e restando assim somente os processos abertos pelo Frei Bernardo da Madre de Deus. Importante lembrarmos que muitos foram os colaboradores que participaram ativamente na fundação da Misericórdia em 1498, dedicando suas vidas à caridade. E que infelizmente muito contribuiu a construção histórica para que não fossem mencionados, ou que fossem quase esquecidos como foi o caso do frei.

Importante ressaltar a importância da Misericórdia de Lisboa face à sua função hospitalar, que foi tomando cada vez mais forma, a começar pela sua própria fundação com a missão de centralizar vários hospitais num só local:

A Misericórdia de Lisboa fundada por D. Leonor, em 1498, inaugura, de facto, um movimento confraternal verdadeiramente moderno, procurando combinar uma dimensão fraternal com uma ampla coleção de tarefas assistenciais, em comunicação com as características e os problemas específicos da pobreza e da marginalidade da sociedade renascentista portuguesa, a que se devem ainda somar renovadas funções religiosas generosamente centradas numa assumida dimensão penitencial confraternal e pública³³

³²SOUZA, Ivo Carneiro de. Op. Cit. p. 337-339

³³Souza, Ivo Carneiro, 2002 op. cit., p. 359

A relação entre Igreja e misericórdias inicialmente não deveria ser de confronto, considerando que os cuidados espirituais ficavam a cargo da Igreja e das misericórdias:

[...] se concentravam sobretudo na assistência física, "reservando" os cuidados espirituais às almas dos defuntos, a partilha das doações pias e a prestação dos serviços funerários acabaram por funcionar como focos de contencioso permanente, especialmente problemáticos quando os agentes religiosos se organizavam em confrarias e tentavam conquistar o espaço das Santas Casas.³⁴

No entanto uma questão que gerou divergências foi a relação entre a igreja católica e as misericórdias. Nascidas como confraria no período medieval era natural que fossem abrigadas pela igreja, no entanto a ajuda financeira se tornou um alicerce principal como mantenedor dessas instituições ao longo dos séculos. Podemos compreender que o auxílio financeiro do Estado monárquico proporcionou determinado controle, mas apesar a atuação de cada um dos lados é algo que requer uma análise mais aprofundada do tema.

O que não deixava dúvida era a função assistencial das misericórdias. A definição do perfil dos pobres com direito a assistência foi definida em Portugal ainda em 1521, onde já existiam mais de setenta Misericórdias espalhadas pela metrópole e territórios ultramarinos, “no momento do que se denominou primeira fase da reforma dos hospitais, incluindo a definição das condições em que se daria a instalação das Misericórdias, ou seja, de que modo a mesma atuaria junto aos necessitados”³⁵. Portanto, a definição do pobre merecedor de assistência se dá:

[...] à entrada do período moderno, ou seja, paralelo à criação das Misericórdias, que o conceito se clarificou e fixou acabando por ter influências diretas nas reformas em curso. As razões encontram-se nas profundas mudanças econômicas e sociais, com consequências ao nível do aumento da pobreza e da mendicância, e na emergência do Estado moderno – um poder cada vez menos tolerante com o desenraizamento social, com a mobilidade não controlada, muitas vezes associada à ociosidade e à vagabundagem, limitadores da

³⁴ ABREU, Laurinda.: 'O papel das Misericórdias dos "lugares de além-mar" na formação do Império português'. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. VIII(3): 591-611, set.-dez. 2001

³⁵ ABREU, Laurinda. O papel das Misericórdias na sociedade portuguesa do Antigo Regime. In: As misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal-Brasil (séculos XV-XX). – Cuiabá, MT: Carlini&Canato, 2009. p. 18-22.

arrecadação tributária e da incorporação militar, dois elementos cruciais das novas formas do exercício do poder [...]³⁶

1.4 O hospital como local de prática da caridade

A noção de hospital nos séculos XV até finais do XIX é de um local de abrigo para necessitados, de pouso para andarilhos, viajantes, em síntese um local de prática da caridade. Aos poucos é que a atuação das misericórdias se especializa na área da saúde, e essa função solidária de amparar a todos que precisavam de auxílio por vezes comprometeu a própria existência da instituição.

Na tentativa de superar as dificuldades financeiras são criadas várias novas formas de angariar recursos, como bailes, espetáculos, quermesses, saraus, exposições. Em finais do século XIX a Santa Casa de Lisboa utilizava a maior parte de suas verbas com o trato aos expostos e sopas de caridade, um cenário que exemplifica bem a função original dessas confrarias, que era de cuidar dos pobres, dos desvalidos em função dos presos. As misericórdias portuguesas foram ampliando e diversificando suas formas de assistência, do apoio ao ensino primário até a criação de um banco agrícola industrial administrado pela Misericórdia de Viseu. De todo o modo, os serviços de saúde acabaram por tornar-se sua especialidade, já que não houve precedentes no campo assistencial³⁷

A dependência de doações para realizarem seus trabalhos de assistência sempre foi uma constante na história das Misericórdias em Portugal. No século XVI essas instituições eram impedidas de possuírem bem de raiz devido à sua condição do que era denominado à época corporações de mão-morta, e que com a falta de doações, ficavam impedidas de garantirem uma assistência singular para o período, sendo recorrentes os pedidos de donativos³⁸.

³⁶ ABREU, Laurinda. op.cit, 2009, p. 15.

³⁷ LOPES, Op.cit, 2009, p. 167-168

³⁸ ABREU. Op.cit, 2009, p.22-23

As dificuldades financeiras precisavam ser superadas, pois o estatuto das misericórdias portuguesas preconizava o cumprimento das 14 obras de Misericórdias de inspiração bíblica³⁹, e a prática de doar e receber esmolas continuou a existir:

[...] Ricos e pobres doavam dinheiro e bens às instituições assistenciais, que alcançaram importante patrimônio. O receio de morrer sem salvação espiritual, além do desejo de se ter missas em favor da alma, fazia com que os crentes, sobretudo com a proximidade da morte, disponibilizassem parte das suas fortunas à manutenção das Misericórdias⁴⁰.

Com a falta de recursos aos poucos houve a redução de cerimônias religiosas, que, além de demoradas e pomposas, eram realizadas à custas de gastos que, com o passar do tempo, foram considerados desnecessários.

A variedade de formas de se obter recursos se justificava, pois cada vez mais a atuação das misericórdias portuguesas estarem voltadas para os problemas dos menos favorecidos, com destaque para a população de presos, compromisso que se fez presente desde a criação de seu regulamento primitivo. Realmente um dos compromissos fundamentais das misericórdias o apoio e as intervenções sobre questões que se relacionassem com a justiça na cidade de Lisboa, “procurando a Misericórdia intervir não tanto, naturalmente, na produção das penas, mas antes tratando de acautelar as consequências das sentenças da justiça, visando mesmo aplacar com a Misericórdia as suas condenações mais dramáticas”⁴¹.

Importa recordar que a situação dos presos nos finais do século XV era pautada pela subalternidade social e pelo quase completo abandono e marginalidade. Os reclusos eram exclusivamente alimentados por esmola, não havendo qualquer tipo de instituição ou poder oficial que se encarregasse de outra qualquer função que não fosse justamente a repressão, encarceramento e punição, geralmente física e violenta, de suspeitos e criminosos.

³⁹ As catorze obras da Misericórdia (sete corporais e sete espirituais) foram compiladas no século XII por Tomás de Aquino, teólogo italiano e consistiam em práticas a serem realizadas pelos cristãos. As Misericórdias portuguesas definiam suas atividades de acordo com as obras corporais, veja-se as enunciadas por Charles Boxer no seu livro *O Império colonial português (1415-1825)*, Edições Setenta, Lisboa, 1969, p. 280: — 1. Dar de comer a quem tem fome; 2. Dar de beber a quem tem sede; 3. Vestir os nus; 4. Visitar os doentes e presos; 5. Dar abrigo a todos os viajantes; 6. Resgatar os cativos; 5. Enterrar os mortos. As obras espirituais são: — 1. Ensinar os simples; 2. Dar conselho a quem pede; 3. Castigar os que erram; 4. Consolar os desconsolados; 5. Perdoar os que nos ofenderam; 6. Sofrer injúrias com paciência; 7. Rezar pelos vivos e mortos. Apud FERNANDES, Liliane Alves. op.cit, 2009, p. 35

⁴⁰ Fernandes, Op. cit, 2009. p.49

⁴¹ SOUZA. Op. cit., p. 366.

1.5 As obrigações dos membros

A fundação da Misericórdia de Lisboa seguia, como vimos, uma sequência de ordenamentos que visavam a melhoria da assistência caritativa, era uma forma de deixar a cargo de pessoas laicas e sem vínculos com o Estado a administração de uma demanda de necessitados que só fazia aumentar. Ao mesmo tempo é o início de uma centralidade, voltada para os grandes hospitais como forma de controle que, naquele momento, ainda estava por ser construída. Essa ausência do Estado é que permitiu que membros da Igreja ocupassem lugares importantes dentro da instituição.

De um modo geral, as filiais de Lisboa reproduziam seu compromissos, mas nem todas as Misericórdias consideraram imprescindível a criação de compromissos próprios. “De acordo com comodidade julgada necessária pelos seus membros era sempre possível fazer exceções ao compromisso, ou alterá-lo formalmente nos cabidos de mesa. Nessa altura, a decisão, registrada no livro de Acórdãos, passava a constituir regra interna”⁴².

Ao que parece ao menos os compromissos e tradições religiosas procuravam ser fielmente mantido. Um exemplo eram os encontros semanais de mesários, que deviam ser obrigatoriamente precedidos de ofícios religiosos, como ocorria quando se reunia o cabido geral dos confrades para eleger o provedor e demais oficiais de mesa, convocado para o dia de Nossa Senhora da Visitação⁴³. Os membros eram também sempre lembrados da importância da oração, especialmente nas ocasiões de enterros dos pobres. Nessas cerimônias os membros eram convidados a acompanharem todo o cortejo bem como a participarem do enterro. Contudo nem todos os membros seguiam essa tradição. No caso de enterramento de pobres, era, de fato, garantida a presença de todos os membros, apenas quando se tratava de enterrar um membro da confraria:

A complexidade da cerimônia dependia da condição do defunto. Havia dois tipos de ritual: o dos que não tinham acompanhamento confraternal, cujo enterro era realizado por funcionários da Misericórdia [...]; apenas um irmão oficial, um irmão nobre e um dos capelães da casa integravam o cortejo. O segundo tipo de ritual fúnebre dizia respeito aos irmãos, acompanhados pela irmandade em peso, uma vez que em teoria todos eram obrigados a estar presentes⁴⁴

⁴²SÁ, 2013 Op. Cit., p. 33.

⁴³SOUZA. Op. cit., p. 371.

⁴⁴ SÁ, Op. cit., p. 96

Mas presença obrigatória mesmo ficava a cargo de pelos menos duas das quatro cerimônias anuais mais importantes, quais sejam: 1) o dia de Nossa Senhora da Visitação, 2) as procissões de Quinta-Feira Santa, 3) de Todos os Santos, e 4) de Quinta-Feira de Endoenças.

No que se refere às procissões de Quinta-Feira Santa e de Todos os Santos, constavam no compromisso fundador, elevando o sentido das mesmas, explicando que as duas grandes procissões anuais constituíam verdadeiramente obrigações de todos os irmãos que, concretizando a doutrina das obras de misericórdia, concorriam para sua própria salvação⁴⁵. A procissão de Todos os Santos estava diretamente ligada ao compromisso da Misericórdia com relação aos presos, na misericórdia tida como sentido de justiça para como próximo, seria essa uma das explicações para convocação obrigatória de seus membros:

[...] Quanto à procissão do dia de Todos-os Santos, encontramos uma realização promovida, em termos originais, pela Misericórdia. Comunicando diretamente, de forma geral, com a assistência aos encarcerados e condenados, especializando também, a um nível completo e exemplar, esse regimento fundamental dos que padecerem por justiça, a procissão do primeiro de Novembro combinava-se ainda com os espaços de execução da justiça na cidade de Lisboa. Tradicionalmente conhecido por Campo da Força, acolhia o campo de S. Bárbara e espaço mais comum de realização de enforcamentos na capital do reino. Para esse local se dirigia a manifestação processional do dia de Todos-os-Santos, procurando recolher as ossadas dos justicados e garantir a sua sepultura em espaço sagrado, no cemitério da confraria⁴⁶.

Cada membro da confraria além de obrigatoriamente contribuir com um valor mensal em auxílio para a confraria, ocupava um cargo a ele atribuído, ressaltando sua importância dentro da confraria, bem como uma ou mais obrigações que o cargo lhe incumbisse. Era uma forma encontrada pela administração da Misericórdia de Lisboa para organizar suas frentes de atendimento, procedimento que tendeu a se repetir nas demais misericórdias tanto portuguesas como do ultramar. Nem sempre seus membros cumpriam com o que lhes era designado como acontecia na irregularidade do pagamento mensal da sua contribuição, na ausência aos enterros dos pobres.

⁴⁵SOUZA. Op. cit., p. 373

⁴⁶SOUZA. Op. cit., p. 373

Ressaltamos aqui a existência de normas administrativas bem definidas, o que não quer dizer que assim se cumpria:

...o provedor procurava distribuir os cargos em função das direções assistenciais especializadas pela Misericórdia. Concretizavam-se as funções de assistência [...], destinando-se dois conselheiros para a visita dos hospitais e pobres da cidade; outros dois oficiais encarregavam-se do apoio aos doentes pobres e presos; mais dois procuravam dar de comer aos encarcerados pobres e desamparados; dois mesários organizavam a arrecadação das esmolas, rendas e foros destinados à confraria; outro conselheiro, juntamente com o escrivão, tratava de acompanhar os pobres envergonhados, devendo os oficiais restantes cumprir, em mandato mensal, as funções de mordomos, respectivamente, da capela e de fora. Cargos indispensáveis da atividade quotidiana das Misericórdias, as mordomias eram eleitas nos últimos domingos de cada mês, estendendo o seu trabalho da recolha de esmolas e da assistência ao acompanhamento, com as suas varas, das exéquias para que fosse chamada a Misericórdia, concretizando uma verdadeira militância diária que se apresentava mesmo especialmente intensa no caso do mordomo de fora, ativamente obrigado a concretizar o apoio e visita aos presos, obrigações que deveriam ter suscitado sérias dificuldades de recrutamento que o Compromisso original não apenas se julga indiciar, mas que também intenta obviar [...]⁴⁷.

“No caso serem os eleitos idosos ou doentes, os demais deveriam se organizar para que a falta de um membro não prejudicasse a realização de qualquer cerimônia”⁴⁸. O cumprimento de tais obrigações certamente não era realizado em sua totalidade, pelo menos no que se refere aos membros voluntários, que buscavam prestígios e privilégios pertencendo a uma confraria, sobretudo devido ao fato de que as terras onde as Misericórdias se fundam em primeiro lugar eram aquelas com maior ligação com a casa real ou onde a presença do rei se fazia sentir com maior frequência (Lisboa, Beja, Santarém, Évora, Montemor-o-Novo)⁴⁹, como nos lembra Isabel Sá:

[...] um olhar sobre as listas de irmãos de Misericórdias em territórios metropolitanos revela-nos idêntica participação dos funcionários régios e seus filhos nas Misericórdias: governadores e capitães gerais, corregedores de comarca, juízes de fora e capitães de fortaleza. Assiste-se também a uma

⁴⁷ SOUZA. Op. cit., p. 377.

⁴⁸ Ibidem, p. 377

⁴⁹ SÁ. Op. cit., p. 35

penetração de oficiais do exército que se inicia com as Guerras de Restauração para continuar sem quebra durante o século XVIII.⁵⁰

Outro ponto importante que diz respeito tanto aos membros como a toda comunidade em que as Misericórdias atuavam: os empréstimos a juros. A princípio uma contradição, diante do que determinavam os preceitos de caridade da confraria, além do fato que pela lei canônica, a “concessão de empréstimos continuava a ser considerada usura e proibida à luz de todas as leis possíveis: natural, divina, humana, canônica e civil”⁵¹.

Uma das explicações para tal prática era a diversidade de rendas que as Misericórdias necessitavam para poderem manter as suas atividades. No intuito de aumentar as doações recebidas principalmente em testamentos, optou-se por incorporar essa prática à administração das Misericórdias, o que favorecia tanto a instituição como a comunidade, que se beneficiava dos empréstimos a juros mais baixos do que os praticados por outros:

Tal como S. Francisco fez aceitar a acumulação de riquezas nas cidades medievais em processo acelerado de crescimento artesanal e comercial, aconselhando os ricos a despojarem-se da riqueza e partilhar os seus bens com os pobres o final do século XV inventou o empréstimo a juros ao serviço da caridade⁵².

Mas essa atividade, mesmo parecendo ser muito lucrativa, comportava riscos, pois as Misericórdias não dispunham de meios legais para realizar as cobranças daqueles que não cumpriam com os prazos de pagamento. Além disso, muitas vezes também ocorria do pagamento ser efetuado em víveres, o que não impedia que a Misericórdia aceitasse, pois, diariamente, tinha o compromisso de alimentar inúmeros famintos, e o devedor saldasse sua dívida. Essa era uma das formas de se evitar o prejuízo e a perda dos recursos, por esse motivo:

[...]uma das lutas das Misericórdias locais tenha consistido em obter do rei autorização para que as suas dívidas fossem cobradas como Fazenda Régia, isto é, usando os mesmos meios utilizados pelo rei para cobrar seus rendimentos. Entre estes, a certeza de que a dívida não cessava por parte do devedor, sendo transmitida aos seus herdeiros⁵³.

⁵⁰SÁ. Op. cit., p. 63.

⁵¹SÁ. Op. cit., p. 40.

⁵²SÁ. Op. cit., p. 40.

⁵³SÁ. Op. cit., p. 42

Outra dificuldade com relação ao recebimento dos empréstimos é que as elites que compunham as Mesas tinham acesso preferencial aos capitais destinados a empréstimos. De fato "muitos membros no topo da confraria, provedores, definidores e mesários conseguiriam retirar capitais que não eram averbados nos livros de contabilidades"⁵⁴. Nesse sentido, alguns privilégios que os membros obtinham por pertencerem à confraria estavam de acordo apenas com benefícios particulares que se sobrepunham ao compromisso maior da instituição, que era o de amparar aos mais necessitados.

1.6 As primeiras Misericórdias no Brasil

As primeiras Misericórdias brasileiras foram fundadas no período colonial e durante todo esse período a maior parte da população era curada pela sabedoria popular: cirurgiões, barbeiros e sangradores. A presença do médico no cuidado dos enfermos era para aqueles que pudessem dispor de boa quantia, para pagar os seus serviços.

As primeiras Santas Casas no Brasil, como as de Portugal não tiveram inicialmente o amparo do Estado, até por que a estrutura do mesmo era muito incipiente para assumir tal obrigação. E como aquelas, foram fundadas com a função caritativa de assistência à população pobre. E como dependiam de doações para manterem suas atividades, muitas, sem ajuda, tiveram que fechar as suas portas:

Segundo o historiador Robert Southey, em fins do século XVI havia em cada capitânia uma Irmandade com seu hospital. E escreveu Capistrano de Abreu que em 1618 "quase todas as capitânias sustentavam casas de misericórdia, que o governo socorria". Não socorreu o suficiente, tanto que se viram em muitas ocasiões forçadas a cerrarem as portas, com evidente e grave prejuízo para a população que nelas possuía a única e mais ou menos eficiente forma de assistência, além da propiciada pelas enfermarias jesuíticas⁵⁵

O que nos revela que o recebimento de doações financeiras em testamentos, imóveis, e avultadas doações nem sempre fizeram parte de todas essas instituições, especialmente no início de suas atividades. A autorização régia para abertura de filiais

⁵⁴ SÁ, Op. cit., p. 44

⁵⁵ SANTOS FILHO, Lyrurgo de Castro. História Geral da Medicina Brasileira. São Paulo: Hucitec – Edusp, 1977. P. 241.

da irmandade portuguesa só era dada se de fato ficasse claro que havia população suficiente e uma economia próspera, ou seja, se a localidade pudesse manter a instituição, como ocorreu na região do Cuiabá e do Mato Grosso:

Em 1740 o ouvidor da comarca de Cuiabá, João Gonçalves Pereira, solicitou a criação de uma Misericórdia na região, justificando sua importante função, pois, junto com a Câmara, exerceria influência na instabilidade do Império, no valor moral da caridade, além da rede de serviços de abrigo aos desamparados, cuidados com os presos e sepultamento dos pobres. Essa solicitação foi negada, sob alegação de que não havia condições de a instituição se manter ou conquistar autonomia, em virtude do pouco tempo de existência daquele arraial⁵⁶.

A capacidade de a instituição manter-se com recursos obtidos em doações era, portanto, o primeiro fator a ser considerado, já que pobres enfermos para serem assistidos havia em toda a colônia.

Segundo Lycurgo Santos Filho, a falta de certeza com relação a qual teria sido a primeira Santa Casa de Misericórdia em terras brasileiras se deve, além da ausência de documentação, à confusão que muitos historiadores regionais teriam feito sobre a data de fundação da confraria da Misericórdia e a data de fundação do hospital por ela mantido. Essa confusão teria sido um dos motivos que gerou controvérsias sobre qual localidade teria sediado a primeira Santa Casa. Outro motivo para alimentar tais dúvidas é que muitas tão logo foram fundadas em pouco tempo fecharam suas portas devido a escassez de doações. Assim sem terem como se manter encerram suas atividades tão rapidamente que muitos pesquisadores concluíram que elas não tivessem sequer existido⁵⁷. De acordo com esses historiadores:

Historiadores baianos têm a Santa Casa de Salvador como a primeira, referem-se que em princípios de 1549, logo após a chegada, o governador geral Tomé de Sousa mandou providenciar a organização da Irmandade e a Instalação do hospital. [...] Francisco Augusto Pereira da Costa, nos Anais Pernambucanos, sustenta que foi em Olinda que se situou a primeira Irmandade, com o seu hospital. Diz ele que para a construção, em 9 de janeiro de 1540, [...] A do Rio

⁵⁶ ROCHA, Maria Aparecida B. Barros. Atitudes diante da morte em Cuiabá – 1860-1926: A guerra, a doença e a secularização dos cemitérios da cidade. 2013. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Goiás, Faculdade de História, 2013. p.143.

⁵⁷ SANTOS FILHO, Op. cit., p. 245.

de Janeiro e a de Ilhéus passam também por terem sido as primeiras. Vê-se, então, quão grande se mostra a discordância. É ponto que ainda requer estudo [...] a mor parte dos historiadores continuam tacitamente a aceitar a confraria de Santos como a pioneira, em 1543⁵⁸.

Seguindo a ordem estabelecida por Lycurgo Santos Filho, a sequência na fundação das Misericórdias brasileiras teria sido:

Ano de Fundação	Nome da Instituição	Local
1540	Santa Casa de Olinda	PE
1543	Santa Casa do Rio de Janeiro	RJ
1543	Santa Casa de Santos	SP
1549	Santa Casa de Salvador	BA
1553	Santa Casa de Ilhéus	BA
1590	Santa Casa de Sergipe	SE
1595	Santa Casa do Espírito Santo	SE

Fonte: Santos Filho, Lycurgo. História Geral da Medicina Brasileira, 1977

Essas seriam as Santas Casas mais antigas. No século XVIII e início do XIX várias outras foram fundadas, como as de Recife, a de São Luiz do Maranhão, a de Belém do Pará. Contudo sem, documentação que possa comprovar a data exata de suas fundações⁵⁹.

1.7 Precariedade e Assistência

Quase todos os autores consultados até aqui, são unânimes em um ponto: as dificuldades encontradas por parte das Misericórdias brasileiras em exercer as suas obras de assistência aos mais necessitados, diante da precariedade dos locais de atendimento e dos diminutos recursos. Resultantes da não garantia das doações, ocasionando inúmeras vezes a descontinuidade dos trabalhos de ajuda aos mais carentes.

No Brasil colonial houve a formação de uma rede fragmentária de Misericórdias, que se caracterizavam desta forma: poucas com avultados recursos próprios e muitas em condição de total precariedade. Isso somado ao fato de não haver qualquer tipo de

⁵⁸ SANTOS FILHO, Op. cit., p. 244

⁵⁹ SANTOS FILHO. Op. cit., p. 248-254.

ligação que se traduzisse em ajuda mútua às mesmas. O que pode ser comprovado também pelo fato de que até 1800 várias regiões do Brasil não possuíam em seu território um hospital de Misericórdia, a exemplo de Mato Grosso.

Entre as Misericórdias brasileiras, as de maior destaque foram a de Salvador e a do Rio de Janeiro: “ambas sedes administrativas da colônia, são os exemplos mais próximos das congêneres portuguesas, afastando-se consideravelmente, em termos de patrimônio e importância social, das demais Santas Casas que se estabeleceram na América”⁶⁰. De um modo geral, a maior parte das Misericórdias brasileiras foram marcadas por períodos de grandes dificuldades, salvo algumas representantes como no caso da Bahia. Ressaltamos, entretanto, que a boa fase em que se encontrava uma misericórdia tão logo podia ser sucedida por períodos difíceis, dependendo da prosperidade da economia local, que garantia os privilégios dados pela Coroa e as doações:

A correlação entre o ano de fundação de uma dada Misericórdia com o contexto histórico e socioeconômico de uma cidade exemplifica igualmente a decadência que estavam sujeitas pela perda de relevância política ou econômica. Foi o que aconteceu na cidade de Salvador na Bahia ao ser descoberto ouro em Minas Gerais no século XVII: a cidade perdeu hegemonia política e econômica que a tinha transformado em capital do Império português na colônia e consequentemente a sua Misericórdia entrou em declínio⁶¹.

Assim como ocorria nas Misericórdias portuguesas, as Santas Casas de Misericórdias brasileiras eram fundadas e mantidas por doações e trabalhos voluntários. De toda forma em muitos casos resultava em instalações rudimentares para um local que tentava preservar a vida, seja com o incipiente saber médico ou na maioria das vezes o saber empírico. O abrigo encontrado nem sempre tinha instalações adequadas, mas era o que de melhor tinham aqueles doentes ou desamparados naquele momento:

A Santa Casa dos tempos da colonização constou de um edifício de taipa, de um só andar, ou dois em algumas, com salas para as enfermarias de homens e mulheres, alguns quartos para dois leitos, e pequenos compartimentos para a direção, a recepção ou “sala dos bancos”, com alguns bancos de madeira, dormitórios dos empregados, cozinha e botica, quando havia. Uma capela e uma

⁶⁰ FRANCO, Op. Cit., p. 74

⁶¹ FERNANDES, Op. Cit., p. 40

igreja em anexo. Não existiam a sala de cirurgia ou de curativos. Pouca ou nenhuma higiene. Penúria de medicamentos, de instrumental de rouparia e de alimentos. A direção estava entregue a leigos, o provedor os mordomos e os encarregados dos serviços internos e da enfermagem, praticada esta por escravos ou por indivíduos de baixo nível social⁶².

Lembramos que a ideia inicial que moveu a criação das Misericórdias portuguesas e suas congêneres em várias localidades pelo mundo, como as Santas Casas no Brasil, era de acolher aos pobres, doentes, e dar assistência aos encarcerados, à função de hospital foi se sobressaindo aos poucos, com a preocupação das localidades com a higiene pública. Procedimentos e regras relacionados à saúde pública, a medicina social só começa a aparecer com a medicina moderna científica em finais do século XVIII, como lembra-nos Foucault⁶³. Nesse sentido, no período colonial, antes de se tornarem hospitais, as Santas Casas eram locais de acolhida, de amparo e nesse momento pouco ou quase nada se podia fazer pela saúde física dos enfermos.

O século XVI foi notadamente marcado pela fundação das misericórdias em territórios brasileiros, a maioria instalada nas sedes administrativas. E no final do século XVII, as permissões régias para a fundação de novas misericórdias passam a ser dadas de forma mais restritiva, evitando assim que fechassem suas portas tão logo fossem inauguradas, sobretudo por problemas de ordem financeira.

A capacidade de se comunicar com a Coroa, ressalta a importância dessa instituição como pertencente ao cunho real, esse fato representava maior credibilidade junto à comunidade e podia garantir a manutenção das doações.

Aos irmãos de Misericórdia ficava a função de administrar corretamente os recursos, para que, conforme a demanda por assistência cada vez mais crescente, fossem construindo anexos, como salas de cirurgias, pavilhão para alienados, ambientes para crianças e mulheres. Essa ampliação ocorria ao longo dos anos, mas, sem dispor de muitos recursos, apenas reformavam e ampliavam os espaços conforme as necessidades e possibilidades financeiras. Administrada pela elite local, a falta de recursos não era um atrativo para que surgissem candidatos para os seus cargos, como o de provedor,

⁶² SANTOS FILHO, Op. Cit., p. 242

⁶³ FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1979.

pois muitos acabavam tendo a responsabilidade de suprir com seus próprios recursos o que fosse necessária à manutenção da Misericórdia:

Em 1738, a Misericórdia do Pará propôs, como solução à sua difícil condição financeira, comprar uma fazenda de cacau. Segundo os confrades, todos os atos de caridade, como dar esmolas aos presos, acompanhar os justicados, curar enfermos, enterrar encarcerados e pobres, era, pagos pelos mesários, do que resultava a recusa dos cargos de provedor e demais irmãos de mesa⁶⁴.

O objetivo era que, com a prosperidade econômica da fazenda, pudesse manter a Misericórdia local. O que, contudo, não ocorreu, essa foi uma dentre tantas táticas utilizadas pelos irmãos das Misericórdias brasileiras para manterem as portas abertas. Assim, colocar em prática o que orientava os compromissos nem sempre foi possível. De fato, nos momentos de dificuldades o status de instituição ligada à Coroa, e auxiliada pela Igreja, não era revertido para uma solução imediata dos problemas.

Conforme João José Reis havia irmandades poderosíssimas, cujos membros pertenciam à nata da elite branca colonial. E nessa hierarquia de irmandades, no topo estavam as Santas Casas de Misericórdias que, no caso da Bahia e de algumas outras regiões do Brasil, controlavam vasta rede filantrópica de hospitais, recolhimentos, orfanatos e cemitérios. Destinar a administração à elite era assegurar que os recursos, em pequenas ou grandes somas, seriam bem administrados, não tomando assim outro destino que não fosse o atendimento aos necessitados:

O compromisso de 1618 da Misericórdia de Lisboa, que regia a da Bahia, estabelecia que seus membros fossem alfabetizados e “abastados de fazenda”, proibindo expressamente a entrada de trabalhadores manuais. Seus membros se dividiam em nobres ou irmãos maiores os aristocratas portugueses titulados ou nossos fidalgos sem título (senhores de engenho, grandes negociantes, altos funcionários) e oficiais ou irmãos menores aqueles prosperaram nas profissões “mecânicas” (ourives, por exemplo)⁶⁵

Mas um detalhe chama a atenção sobre a relação que as elites possuíam com as Misericórdias, os privilégios seriam realmente bem aproveitados somente se a condição

⁶⁴ FRANCO. Op.Cit. p. 109

⁶⁵ REIS, João José. A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. São Paulo: Companhia das letras, 1991.p . 51

financeira da Misericórdia fosse boa, ou seja, se ela conseguisse cumprir suas obras de caridade estipuladas em seu compromisso, através de doações e de legados pios deixados em testamento. Caso contrário, como já mencionamos, ser irmão de mesa era extremamente oneroso:

Por seguir o mesmo estatuto de Lisboa, o Compromisso de 1618, a maioria das Misericórdias brasileiras possuía privilégios semelhantes aos recebidos em Portugal, exceto em situações inexistentes nesse lado do Atlântico. Seus funcionários estavam livres de alojar soldados a serviço do Rei em suas casas, de ter seus bens sujeitos ao confisco, eram isentos de deveres e impostos municipais e de inspeção por parte de bispos e funcionários reais, além de possuírem um juiz privativo para suas causas. Esses tradicionais privilégios poderiam ser ainda ampliados conforme surgiam novas situações, como foi o caso em 1824 que, ao ser estabelecido um esmoler para pedir em nome da Santa Casa de Misericórdia em cada freguesia da província de São Paulo, o Imperador confirma a ordem do ex-governador que os dispensou temporariamente de todo serviço militar e civil para que continuassem no exercício em favor do estabelecimento⁶⁶.

Os privilégios eram oferecidos às confrarias de uma maneira geral. Com o oferecimento deles privilégios, as mesmas objetivavam atrair a maior quantidade de membros, o nível de privilégios ficava a cargo da importância da confraria, que não raro também fazia exigências para concedê-los:

Além de regularem a administração das irmandades, os compromissos estabeleciam a condição social ou racial exigida dos sócios, seus deveres e direitos. Entre os deveres estavam o bom comportamento e a devoção católica, o pagamento de anuidades, a participação das cerimônias civis e religiosas da irmandades. Em troca, os irmãos tinham o direito à assistência médica e jurídica, ao socorro em momento de crise financeira, em alguns casos ajuda para a compra de alforria e, muito especialmente, direito a enterro decente para si e membros da família, com acompanhamento de irmãos e irmãs de confraria, e sepultura na capela da irmandade⁶⁷.

⁶⁶SOUZA, Simone Elias de. Os Socorros Públicos no Império do Brasil 1822 a 1834- Dissertação de Mestrado Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Universidade Estadual Paulista, Assis, 2007. p . 53-54.

⁶⁷ REIS. Op. cit., p . 50.

O primeiro critério de aceitação na Santa Casa de Misericórdia era ser “limpo de sangue, sem alguma raça de Mouro, ou Judeu, não somente na sua pessoa, mas também sua mulher”⁶⁸. Alguns estudos afirmam haver critérios dessa natureza também com relação aos atendimentos⁶⁹. De todo modo essas preferências deixaram margem para que outros grupos sociais se organizassem, formando um ambiente onde pudessem se expressar e se ajudar mutuamente. E é sabido também que a exemplo de outras irmandades a da Misericórdia não somente aceitou a escravidão, como também possuía escravos. “Como outras irmandades ou ordens religiosas, a Irmandade aceitou pacificamente a escravidão, sendo ela própria possuidora de pequeno plantel de escravos, muitos deles recebidos em testamentos, como outros donativos, por ocasião do falecimento de seus irmãos”⁷⁰.

Também é considerável nesse sentido a forte influência da Igreja Católica, pois “até o século 17 a medicina pouco tinha evoluído devido principalmente ao controle exercido pela Igreja Católica à produção intelectual”⁷¹. A igreja estimulada ou não pelo espírito de caridade, aliou-se as Misericórdias influenciando a sua atuação. As relações entre Misericórdias e igrejas por vezes se confundem, as Misericórdias eram uma instituição laica, porém seguiam os ritos da igreja católica, frequentemente ocorriam disputas principalmente sobre a destinação dos legados pios, que correspondiam a quantias em dinheiro ou imóveis deixados em testamento, à administração dessas doações e seus futuros rendimentos muitas vezes não pagavam a soma avultada de missas que o testador solicitava, em muitos casos o desejo não foi realizado, pois a Misericórdia estava impossibilitada de pagar os custos a igreja⁷².

⁶⁸Ibidem p. 53

⁶⁹“Os europeus, brancos por definição ainda que pobres ou em estado de pobreza envergonhada, eram auxiliados pelas Misericórdias, mesmo que não trabalhassem. Aos africanos cativos, num processo de sincretismo religioso, foi permitido fundarem confrarias de escravos. Estas irmandades negras eram uma rara modalidade de associação consentida e uma clara indicação de que o imaginário social da caridade e das suas formas de manifestação estiveram presentes em todos os estratos sociais”. FERNANDES, Liliane Alves. op.cit, 2009, p. 44.

⁷⁰ROCHA. Op. cit., p.143

⁷¹EUGENIO, Alisson. Arautos do Progresso – O ideário médico sobre a saúde pública no Brasil na época do Império. Bauru, SP: Edusc, 2012. P. 43.

⁷²Ver: Ariès, Philippe. O homem diante da morte.

1.8 As diversas formas de se obter recursos para a caridade

No Brasil a vinda da família real Portuguesa foi um marco que impulsionou mudanças consideráveis no campo médico:

“[...] o discurso médico a esse respeito, ‘uma reforma nos costumes’. Essa necessidade está embasada em um conjunto de propostas formuladas por médicos para combater as más condições de saúde no Brasil desde 1808, quando, com a conversão do Rio de Janeiro na nova sede do trono português, foi iniciada a criação das primeiras instituições médicas neste país, como a Fisicatura-mor (encarregada da vigilância dos assuntos atinentes à salubridade pública)⁷³.

Ainda tivemos também no ano de 1808 a criação da Escola de Anatomia, Cirurgia e Médica em Salvador e a do Rio de Janeiro, que posteriormente seriam as primeiras faculdades de medicina do país. E mais tarde “alguns médicos criaram a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1831, e em 1835 passa a ser Academia Imperial de Medicina sendo incluída no quadro das instituições do país”⁷⁴.

Mas anteriormente a essa mudança de concepção sobre o saber médico que se inicia no século XIX, é exclusivamente da bondade alheia, ou seja, da caridade cristã, que a maioria da população tinha que contar. Nas Misericórdias a maior clientela constituiu-se das classes pobres e dos negros escravos. Mas neste primeiro período nos séculos XVI e XVII, os indivíduos abonados também eram internados para tratamento, o que só aumentavam as despesas. Quanto aos negros, muitos já velhos e muitos doentes, eram abandonados na Santa Casa pelos seus donos, muitos que se recuperavam ficavam ali exercendo alguma função. Alguns donos de escravos pagavam por seu tratamento e enterramento, que ficava a cargo da Santa Casa.

Quando o Estado ainda no período imperial começa a dar algum tipo de auxílio para as Misericórdias isso também não é feito de forma contínua, e sem recursos a instituição ficava a mercê de doações que por sua vez também não eram contínuas. Diante da necessidade de obter recursos, era comum cada Misericórdia contar com uma rede de esmoleres autorizados pela Coroa, que pediam doações para o seu sustento, prerrogativa concedida às Misericórdias como fonte de arrecadação de quaisquer

⁷³ EUGENIO, Op. Cit. P. 81.

⁷⁴ Ibidem, p. 67

recursos financeiros⁷⁵. Eram pedintes considerados pessoas de boa índole, que em troca recebiam o reconhecimento social e até a dispensa do serviço militar.

Muita criatividade teve que ser usada, seguindo os passos das Misericórdias Portuguesas aqui no Brasil tentou-se variar a aplicação dos recursos no intuito de ampliar as somas recebidas, uma alternativa encontrada foi a prática de empréstimo a juros. A atividade de emprestar dinheiro sempre foi inerente as Misericórdias que dispunham de capital para tal, com o intuito de aumentar os ganhos com o dinheiro deixado para as obras pias.

Uma das possibilidades de investimento era a de empréstimos, porém quando o pagamento não era efetuado a cobrança se tornava um problema, pois a Misericórdia não dispunha de meios legais para a cobrança, e muitas vezes nem de pessoal para realizar essa tarefa, quase sempre o pagamento acabava sendo feito com alimentos e víveres utilizados na manutenção na própria casa pia:

Em 1763, a Misericórdia de Sergipe del Rei solicitou ao monarca a autorização para cobrar dívidas judicialmente dos senhores de engenho e lavradores que deviam a irmandade. Àquela altura, parte do patrimônio que era investido em empréstimo de dinheiro encontrava-se mal parado, impossibilitando os confrades de cumprir as obras de misericórdia, “como são curar enfermos, criar enjeitados e as outras obras pias de esmolas, casamento de órfãos e principalmente o trato do culto divino com a necessária decência”⁷⁶.

Também o fato de essencialmente serem administradas pela elite local, garantia alguma autonomia financeira para a instituição, era uma verdadeira relação de troca entre o auxílio financeiro exigido pela Misericórdia como condição para se aceitar novos irmãos e os privilégios, que estando no topo das confrarias ela podia oferecer. Nesse sentido, os membros da Misericórdia a mantinham por meio de joias de entrada, anuidades, esmolas coletadas periodicamente, loterias, rendas de propriedade e legados em testamento⁷⁷, e toda a arrecadação deveria ser revertida para manutenção das obras pias.

⁷⁵ RESENDE, Maria Leônia de. SILVEIRA, Natalia da. Misericórdias da Santa Casa: um estudo de caso das práticas médicas nas Minas Gerais oitocentistas. In: As misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal e Brasil (séc. XV a XX. Araújo, Maria Marta Lobo de. (org.). Cuiabá, MT: Carlini&Canato, 2009.

⁷⁶ FRANCO. Op. cit., p. 110

⁷⁷ REIS. Op. cit., p. 59

Outra importante fonte de renda das Misericórdias foi por muito tempo a concessão exclusiva dos enterros, seja de rico, pobre, branco, negro liberto ou escravo. Alias as confrarias negras foram as primeiras a solicitarem o fim do monopólio de tumbas⁷⁸ mas até que essa revogação da concessão ocorresse de fato, os ganhos com os enterramentos eram consideráveis:

A Santa Casa de Salvador, além de enterrar seus irmãos com muita pompa, fazia funerais de ricos e pobres. Ela detinha, desde o início do século XVII, o privilegio exclusivo de usar e alugar esquifes ou tumbas em que eram obrigatoriamente transportados os mortos à sepultura. Vários eram os tipos de tumba, a melhor delas, um pesado esquife de madeira de lei, usada pelos próprios irmãos da Misericórdia, e a mais ordinária, o chamado banguê, utilizado para a condução de indigentes e escravos. A origem do banguê é incerta. Segundo informação do provedor da Misericórdia em 1830, o banguê resultou de um contrato com os senhores para levar os cadáveres de seus escravos à sepultura nas igrejas, pelo preço de quatrocentos réis⁷⁹.

As Santas Casas da Bahia e a do Rio de Janeiro tinham a concessão dos enterramentos, privilégio concedido por alvará régio, o que contribuía para aumentar a renda de ambas. Outra fonte de renda eram as doações deixadas em testamento. É importante notar que nem todas as Santas Casas recebiam grandes doações. E quanto àquelas que recebiam altas somas, a doação de um modo geral só era sabida pela população se fosse aplicada em benfeitorias na própria instituição.

O aspecto assistencial é, portanto, o que melhor caracteriza a atividade hospitalar nos séculos XVII e XVIII. Por outro lado, está assistência seja ela exercida por instituições religiosas leigas ou eclesiásticas será sempre de origem privada⁸⁰. A manutenção dos hospitais nesse período sempre dependeu da caridade dos habitantes. Sem dispor de opções de assistência à saúde, cada um colaborava com o pouco que dispunha, o que não conseguia garantir o atendimento a todos.

⁷⁸ “[...] as irmandades de brancos, pretos e mestiços, bem como as pessoas privadamente, terminam por conseguir a substituição do monopólio por uma espécie de imposto funerário em benefício da Santa Casa. Seria pago o equivalente ao uso da tumba por quem fosse levado em caixão particular ou alugado, ou ainda em esquife de irmandade. [...] Pagava-se agora o “costume”, não o serviço”. Reis, João José, 1991. Op. cit., p. 149 – relata a realidade da Bahia, não temos a data do término do monopólio.

⁷⁹ REIS. Op. cit., p. 146.

⁸⁰ MACHADO, Roberto. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p. 71

1.9A falta de médicos na colônia

A falta de médicos com formação acadêmica foi um dos problemas enfrentados pelas Misericórdias brasileiras durante e depois de sua implantação. As Santas Casas receberam pacientes atacados de todas as doenças, desde os tísicos e os portadores de moléstias infecto contagiosas, até mesmo os alienados, quando estes não eram recolhidos às cadeias. “Excetuaram-se os leprosos, para os quais havia os lazaretos”⁸¹. Por medo do contágio para esses últimos a localidade logo providenciava um local mais afastado, para seu recolhimento evitando assim que o mal se espalhasse a todos. Diante desse quadro de doenças graves, somente garantir abrigo e assistência não eram suficientes, e a partir dessa percepção é que se caminha em busca da cura. Para uma maior intervenção por parte do médico, “Em 1782, D. Maria I criou a junta do Proto-Medicato que representou uma centralização dos poderes individuais dos Físicos e Cirurgiões mores em um conselho ou tribunal”⁸².

A junta do Proto -Medicato estabelecida em Portugal exercia quase a mesma função da Fisicatura já existente, ou seja, composta pelo Físico-Mor do reino e seus auxiliares tinha o objetivo de fiscalizar a atuação médica.

Com a impossibilidade de transferência da junta, em 1808, “D. João, recém chegado ao Brasil, depois de ter restabelecido os cargos de cirurgião e Físico-mores, aboliu definitivamente a junta do Proto-Medicato em 1809”⁸³. Essas reformulações na fiscalização do exercício da medicina demonstravam certa preocupação por parte da Coroa. Assim a fragmentada rede de hospitais era uma das opções procuradas pelos habitantes.

A falta de médicos também teria contribuído para a expansão do curandeirismo, muitos exerciam suas funções acobertados pelas autoridades. Para Lycurgo Santos Filho eles eram competidores dos profissionais, e esse seria um dos motivos pelo qual os médicos tinham seus rendimentos reduzidos. Os profissionais da medicina que para cá vieram não teriam tido a mesma prosperidade financeira de mercadores, comerciantes, agricultores, traficantes de escravos entre outros. Para esse autor “chegaram pobres e tornaram-se remediados”. Auferiram maiores rendimentos apenas aqueles que se

⁸¹ SANTOS FILHO. Op. cit., p. 241

⁸² MACHADO. Op. cit., p. 35

⁸³ MACHADO. Op. cit., p. 36

dedicaram a atividades mais lucrativas como a compra e venda de escravos, e fazendas de criação⁸⁴.

Em 1783, dois físicos, sete cirurgiões aprovados e seis boticários atendiam aos onze mil habitantes de Belém do Pará. No Rio de Janeiro, capital do Vice-Reino, em 1789 residiam quatro físicos, que se elevaram para nove em 1794, além de vinte e nove cirurgiões⁸⁵. Ressaltamos que os trabalhos realizados por esses profissionais no que se refere as Misericórdias era um trabalho voluntário, portanto não remunerado. Neste caso, podemos supor que nem sempre esses poucos médicos estavam disponíveis à caridade, o que em algumas localidades justificaria a falta de médicos.

No entanto avançando em busca de informações sobre essa temática, identificamos que possivelmente ocorria uma desproporcionalidade na distribuição de médicos nas províncias. Mesmo aquelas que não dispunham de Misericórdias contavam com um percentual de agentes de cura, conforme demonstrou Nauk Maria de Jesus ao analisar a presença desses agentes na América portuguesa no período de 1726 a 1822 no local que denominou de centro da América do sul. A autora identificou 60 agentes de cura entre médicos (03), cirurgiões (38), boticários (06) barbeiro-sangrador (06), enfermeiros (07), o que seria justificado pela grande presença de militares nessa região de fronteira, o maior número de agentes de cura pertenciam as tropas militares estabelecidas na região, a autora afirma que o atendimento não se limitava apenas aos soldados⁸⁶.

A presença de agentes de cura nesta região demonstra que houve uma preocupação pública com os corpos dos colonos, peças fundamentais para a preservação do território. Uma preocupação que ultrapassava o nível do discurso. Isso pode ser constatado a partir desse levantamento quantitativo dos agentes da arte contratados para exercer a cura. Em estudos recentes esse panorama não vem sendo amplamente considerado, pois prevalecem conclusões genéricas sobre a escassez de agentes de cura na América portuguesa. Tais conclusões, em sua maior parte, não estão assentadas em suporte empírico

⁸⁴ MACHADO. Op. cit., p. 316.

⁸⁵ MACHADO. Op. cit., p. 315.

⁸⁶ JESUS, Nauk Maria de. Saúde e doença: Práticas de cura no centro da América do Sul (1727-1808) Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, UFMT, 2001, p. 74.

consistente, devido a própria dispersão das fontes nos diversos arquivos brasileiros⁸⁷.

Essa desproporcionalidade de médicos que nos referimos anteriormente ganha mais uma evidência quando em “1768 é criado o hospital militar no Rio de Janeiro por iniciativa do Conde de Azambuja”⁸⁸, a criação do referido hospital seria uma saída encontrada para que os soldados pudessem ser atendidos. Provavelmente os médicos presentes nas tropas não supriam a assistência médica aos soldados. Nesse caso seria a situação inversa do que ocorria em Mato Grosso, onde os médicos militares atendiam também aos civis⁸⁹.

Como demonstrou Renato Franco Júnior (2011) o que há tempos existia era a dificuldade por parte da Misericórdia do Rio de Janeiro em receber pelo tratamento dos soldados, já que os mesmos além de serem em grande número não eram considerados pobres e carentes:

Em janeiro de 1694, uma provisão régia autorizou a cobrança do subsídio das miunças e, porque se curavam soldados, além de renovar o privilégio de um dos ramos do imposto, a coroa ordenou que a Fazenda Real pagasse anualmente 200 mil réis para ajudar com as despesas do hospital, conforme sugestão do provedor da Fazenda⁹⁰.

Esse auxílio por parte da Coroa efetuado pela Fazenda Real quando ocorria era um pagamento anual, e destinado a Misericórdias de alguma relevância em número de atendimentos, o que não garantia que mesmo recebendo os valores determinados as Misericórdias não enfrentassem dificuldades de toda a ordem.

Com a demanda pelos serviços das Misericórdias aumentando em algumas regiões, como o caso do Rio de Janeiro em início do século XVIII, a Misericórdia daquela cidade vivenciou momentos de mudanças estruturais, em que as negociações tiveram que ser mais rígidas, a despeito do pagamento do tratamento dos soldados por

⁸⁷ Ibidem, p. 75

⁸⁸ MACHADO. Op. Cit., p. 124

⁸⁹ Conforme demonstrou Lycurgo Santos Filho, a maioria dos profissionais aprovados que recebiam a carta de exame pertenciam às tropas e quanto aos seus atendimentos: “Competia-lhes o tratamento de soldados doentes e feridos, internados nas Santas Casas ou em outros nosocômios, como nos próprios hospitais militares, instalados em meados do século XVIII em algumas cidades do país. Eram eles, regra geral, nomeados para os cargos de comissários ou delegados do Cirurgião-mor do Reino. Obrigados por disposição regulamentar desde o século XVIII, a apresentarem relatórios sobre os pacientes e sobre as enfermidades mais habituais, contribuíram, de certa forma, para o conhecimento da patologia reinante e da terapêutica empregada. Op. Cit., p. 298.

⁹⁰ FRANCO, Op. Cit., p. 127

parte da Coroa. Inicialmente até teria sido confirmado a construção de um hospital militar que diante da recusa da Misericórdia em atender aos soldados enfermos sem receber por isso, o novo hospital ficaria com as esmolas destinadas a Misericórdia do Rio de Janeiro. Mas diante da demora na construção do referido hospital se optou por reabrir as negociações com os confrades, que negociaram receber por soldado tratado conforme a despesa que o mesmo gerasse, além de receber o salário mensal dos soldados enquanto estivessem em tratamento. Por falta de pagamento a Misericórdia suspendeu o atendimento aos soldados no ano de 1725 e 1743. Esses fatos contribuíram para a criação dos hospitais militares, numa atividade totalmente separada das Misericórdias que afirmavam não terem condições de atender a todos gratuitamente, ao negar que seus gastos com remédios e alimentos fossem abusivos⁹¹.

Esse fato demonstra como uma esfera privada dentro de uma instituição pública, caritativa, aos poucos foi se criando, essas relações foram solidificadas e mantidas para que a instituição em si conseguisse sobreviver, e ao mesmo tempo manter o status e privilégios inerentes a esfera pública.

1.10. Hospital: de abrigo para pobres a local de tratamento das doenças.

O modelo assistencial praticado pelas Misericórdias no Brasil, sob autorização régia foi marcado por uma administração realizada pela elite dominante, não raro com estratégia para garantir seus privilégios, como uma troca de favores entre uma pequena parte da sociedade e uma instituição de caráter laico, porém sob forte influência da igreja católica. Influência que regia a conduta de funcionários, médicos e pacientes com procedimentos e regras a serem cumpridas dentro de um local considerado sagrado.

Esse modelo de assistência utilizado como forma de se manter atuante utilizou de inúmeras estratégias para obtenção de recursos. As Misericórdias de maior relevância como a de Salvador e Rio de Janeiro, acumularam ao longo dos anos um patrimônio considerável, realizando até operações financeiras, como vimos os empréstimos a juros, as loterias. Uma explicação para tais ações seria:

“[...] Antes do século XIX não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho do estado, a relação explícita entre saúde e sociedade

⁹¹ Ibidem p. 129-136

[...]. Até está época a totalidade da administração colonial não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate as causadas doenças, procurando instaurar ou conservar um regime de saúde. A produção da saúde não faz parte de sua configuração histórica. Seu objetivo é, neste campo, fundamentalmente evitar a morte [...]”⁹²

A concepção do hospital como ambiente de cura surge a partir do século XIX⁹³. É com o aparecimento de epidemias, que os olhares na administração pública se vêm diante da necessidade de mudanças nas práticas e nos costumes visando um ambiente mais sadio. A participação da medicina nesse momento é decisiva, e o médico como seu representante torna-se cada vez mais um elemento ativo nesse processo:

Foi no âmbito das discussões da Assembleia Constituinte de 1823 que os espaços da Santa Casa do Rio de Janeiro começaram a ser questionados e considerados insalubres, e somente em 1835 a comissão formada na década de 1820, com o propósito de observar a instituição e informar as autoridades sobre suas condições de atendimento, apresentou um relatório concluindo sobre a necessidade de espaços distintos para o hospital, o Recolhimento das Órfãs (o prédio de 1743 fora considerado inadequado) e a Casa da Roda (ou dos Expostos)⁹⁴.

Com as epidemias que atingiram a capital do Império a partir da década de 1850, inevitavelmente os hospitais estabeleceram outra relação com a doença, era preciso evitá-la já que não havia estrutura para atender a todos. O cuidado com a saúde passou a ser visto como uma condição para o progresso, a medicina foi transformada na época em instrumento de intervenção na sociedade, para que as causas das moléstias, sobretudo as que se manifestavam com maior frequência de forma epidêmica, pudessem ser combatidas preventivamente⁹⁵.

⁹²MACHADO. Op. cit., p. 154

⁹³“E o conceito de saúde, tal como se formula e se torna uma evidência a partir do séc. XIX, ganha uma inesperada clareza justamente quando comparado com o sentido que teve esse termo no período colonial”. Machado. Op.Cit., p.19.

⁹⁴SANGLARD. Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. Departamento de Patrimônio Histórico/Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ Revista científica. REVISTA ESBOÇOS Nº 16 UFSC. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/download/119/166>. Acesso em 28.03.2014, p. 13.

⁹⁵EUGÊNIO. Op. Cit., p.82

As epidemias por sua vez alteraram a forma de encarar as classes pobres, que não passaram a ser vistas como “classes perigosas apenas porque poderiam oferecer problemas para a organização do trabalho e a manutenção da ordem pública. Os pobres ofereciam também perigo de contágio”⁹⁶.

Para Chalhoub o século XIX trouxe um novo tipo de preocupação com a sociedade, nesse momento era preciso conhecê-la, os governantes do Império do Brasil mal sabiam qual era o contingente populacional do país, e para se implantar novos modelos administrativos, sanitários era preciso conhecer tanto o território quanto os problemas enfrentados pela população:

...Não surpreende que tenha sido assim, diante da instabilidade política do Primeiro Reinado, das insurreições e guerras civis da década de 1830, da incerteza dos anos 1840, quando um gabinete após o outro teve que lidar com o problema da pressão britânica contra o tráfico africano ilegal. O ano de 1850 é um divisor de águas na vida política e social do Império. [...]. Viu-se logo que a articulação entre as políticas de terra e de mão de obra exigia instrumentos renovados de administração, pois parecia obvio que não se avançaria nessa área sem conhecimento da ordem de grandeza dos problemas a enfrentar. Ademais, uma terrível epidemia de febre amarela, no verão de 1849-1850, que atingiu várias províncias e vitimou dezenas de milhares de pessoas, agudizou o sentimento de inadequação do conhecimento que as autoridades públicas dispunham sobre o país⁹⁷.

A epidemia de febre amarela supunha as autoridades, teria sido causada pela permanência do costume de enterrar os mortos no interior das igrejas. “As pessoas abastadas, mediante esmolas e donativos testamentários, obtiveram sempre um lugar no chão sagrado da Matriz ou das igrejas dos conventos e dos colégios religiosos”⁹⁸. Prática condenada pelas autoridades, mas somente a partir desse episódio é que o governo passa a dar maior ênfase na proibição desse costume.

Como vimos, a atuação ainda incipiente do Estado se refletia na falta de dados estatísticos sobre a população, na continuidade de práticas religiosas como os

⁹⁶ CHALHOUB, Sidney. Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial. – São Paulo: Companhia das letras, 1996. P. 29.

⁹⁷ CHALHOUB, Sidney. População e Sociedade. In : A Construção Nacional 1830-1889. José Murilo de Carvalho (org.). Rio de Janeiro, Editora Objetiva, 2012. p . 37-38.

⁹⁸ SANTOS FILHO. Op. cit., p. 272

enterramentos no interior das igrejas que remetem ao período medieval, e na falta de uma fiscalização efetiva com relação ao exercício da medicina. Por um lado, o Estado procurou custear a melhora das condições de saúde da população e por outro os médicos tiveram que se organizar para ampliar os recursos contra as enfermidades.

Essa organização teve seu início em 1832 com a “criação da faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a de Salvador e a imigração de doutores estrangeiros para o Brasil, desencadeou-se nas suas grandes cidades um processo de expansão da oferta de médicos”⁹⁹. Os médicos sempre dividiram espaço com as pessoas que mesmo sem formação exerciam a medicina, pela observação, curiosidade e mesmo necessidade como no caso das parteiras. No entanto quanto mais a prática médica caminhou para sua institucionalização, mais distantes os profissionais da medicina foram se tornando dos curandeiros, figuras sempre muito populares, especialmente no período colonial.

Para entendermos a importância da criação da faculdade de Medicina do Rio e a de Salvador em 1832 é preciso recuar um pouco no tempo e compreender quem era o médico no período colonial. “O médico foi por muito tempo uma personagem que figurou na relação entre o Rei e seus vassalos através da presença da doença e da morte”¹⁰⁰. Os médicos do período colonial representavam o prolongamento do poder real, um dos cargos mais importantes era o de Físico- Mor ,aquele que em nome do Rei concede carta de licença para o exercício da medicina:

Foram muito poucos os “físicos”, isto é, os bacharéis e doutores, empregados no serviço militar, onde a maioria se compôs de cirurgiões. Geralmente únicos, um apenas para cada capitania, recebiam a designação de “físico-mor”. Mediante o soldo correspondente ao de tenente ou ao de ajudante, encarregavam-se do atendimento médico do governador e de outras autoridades. [...] Depois da instalação de hospitais militares, no século XVIII, passaram a supervisioná-los, em hierarquia superior à dos cirurgiões, que lhes ficaram subordinados¹⁰¹.

Recebiam licença para exercer a medicina apenas na localidade em que praticavam e por tempo determinado. “Não havia um discurso médico para orientar a

⁹⁹ EUGÊNIO. Op. cit., p. 202

¹⁰⁰ MACHADO. Op. cit., p. 23

¹⁰¹ SANTOS FILHO. Op. Cit., p. 299

prática, a fiscalização servira apenas para articular a atividade médica ao poder soberano”¹⁰².

Esse cenário era propício para que pessoas sem licença ou autorização para exercer a prática médica continuassem atuando no interior, longe das capitais, onde a fiscalização não era eficaz e mesmo nas grandes cidades, longe do olhar das autoridades. Além das pessoas não habilitadas estarem a exercer o uso da medicina popular, outro problema a ser combatido conforme demonstrou Alisson Eugênio, era a atividade de formulação, manipulação e venda de medicamentos também por práticos, ou seja, pessoas sem o diploma universitário. Somente com a Instalação da Junta Central de Higiene Pública em 1851 é que o exercício dessa atividade foi perdendo seu campo de atuação. Uma das críticas feitas a esse tipo de comércio era com relação as fórmulas milagrosas nunca reveladas, contrariando o princípio da Ilustração de que o saber deveria ser compartilhado em benefício da vida humana¹⁰³.

O corpo ao ser transformado em objeto de estudo, depois de séculos de interdição comandada pela Igreja, permitiu avanços significativos à medicina que cada vez mais foi abandonando a visão mística sobre as causas das doenças, e assim valorizando a atuação dos profissionais da medicina. Um conjunto de médicos elaborou propostas destinadas a orientar o Estado e a sociedade, transformando o saber em instrumento de intervenção. Alguns deles criaram a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1831, e em 1835 passa a ser Academia Imperial de Medicina sendo incluída no quadro das instituições do país¹⁰⁴.

No entanto não bastava apenas a elite médica¹⁰⁵ se organizar, combater os charlatães, inibir o uso de remédios sem procedência, ampliar as escolas de ensino de medicina, fiscalizar a prática médica, para que as condições de saúde da população pudessem melhorar. Era preciso uma mudança nos costumes, algo muito maior que deveria contar com a conscientização da população. Os hospitais só seriam espaços de

¹⁰² Ibidem, p. 27

¹⁰³ EUGÊNIO. Op. cit., p. 223-224

¹⁰⁴ Sobre a extensão da reforma do saber médico no Brasil, Ver EUGÊNIO, Op. cit.

¹⁰⁵ “[...] quer dizer, um grupo de profissionais que obteve êxito na sua área de atuação, tanto na esfera funcional, ocupando importantes cargos quanto na esfera intelectual, escrevendo sobre assuntos do seu campo de conhecimento. [...] ao terem se associado em sociedades científicas como Academia Imperial de Medicina, lecionando nas faculdades de medicina, chefiado instituições médicas, como o Hospício Pedro II, integrado comissões de órgãos de controle na área de saúde, como a Junta de Higiene Pública, assumido postos políticos ligados a essa mesma área, EUGÊNIO. Op. Cit., p.34.

cura se dentro e fora deles não existissem condições para a proliferação de doenças. Algo muito distante para a população ainda no século XIX:

As práticas que deveriam ser confrontadas para que essa finalidade fosse alcançada são em resumo as seguintes: o despejo de sujeira nas ruas, o uso das igrejas como cemitérios, o abate de reses no perímetro urbano, a venda de alimentos estragados, o descuido com o asseio pessoal, a falta de maior precaução com as gestantes e os recém-nascidos, a contratação de amas-de-leite, a aversão a vacinação contra a varíola e a prostituição¹⁰⁶.

O asseio público deveria fazer parte da rotina da população, embora não houvesse condições estruturais para que de fato isso ocorresse. A exemplo temos os resíduos residenciais que sem um sistema de coleta, acabam por ter o seu destino os locais públicos. Os negros que retiravam os resíduos fecais das casas armazenados em barris que quando cheios eram lançados no litoral¹⁰⁷. É muito lentamente que a sociedade depois de sofrer com várias epidemias, passa a colocar em prática as recomendações médicas sobre o asseio público, uma mudança de práticas que começou pelo Estado implantando novas ações voltadas à saúde:

[...] Nas últimas décadas do século 19, porém, o Estado começou a contratar empresas para construir rede de esgotos, como a The Rio de Janeiro City Improvements Company Ltda em 1862, e para cuidarem da limpeza urbana, como a Aleixo Gary e Cia em 1871, ambas no Rio de Janeiro, inaugurando uma nova trajetória na história do asseio público neste país¹⁰⁸.

Um dos problemas relacionados a saúde pública era a população escrava, pois desde meados do século XVI até os anos de 1850, chegaram ao país mais de 4,8 milhões de africanos, e outros 6,8 mil vieram após a nova lei de proibição do tráfico de 1850¹⁰⁹. O entendimento das Santas Casas de um modo geral era o de que: se o negro possuía um dono e era de grande valia para o mesmo como mão de obra escrava, no caso da sua mão de obra adoecer o dono com condições financeiras e sem querer ter maiores prejuízos deveria pagar o tratamento dos seus escravos. A atitude dos hospitais

¹⁰⁶ EUGÊNIO. Op. cit., p. 84

¹⁰⁷ EUGÊNIO, Op. cit., p. 92

¹⁰⁸ EUGENIO. Op. cit., p. 95

¹⁰⁹ CHALHOUB. Op. Cit., p. 49

da misericórdia em não admitir o negro como um pobre carente, traduzia-se em reforço de preconceitos de classe e cor, segundo a comparação da perspectiva dos autores¹¹⁰.

Muitos médicos a partir do século XVII começaram a se dedicar à elaboração de escritos sobre os problemas de saúde da população escrava. Não se questionava a legalidade ou não da escravidão, ou quanto a atitude de escravizar populações inteiras era um ato desumano, o que os médicos de um modo geral pretendiam com esses escritos era expor meios de prevenção para que se pudesse evitar algumas doenças, e assim evitar que a enfermidade levasse a um mal maior que era a perda do escravo. E também chamar a atenção para os elevados índices de mortalidade da população escrava¹¹¹:

Com essas propostas, os médicos que escreveram sobre esse assunto, defendendo a humanização da exploração da mão-de-obra cativa, contribuíram para inaugurar uma inédita preocupação com os corpos dos escravos que repercutiu na mentalidade senhorial à medida que os ataques à escravidão foram se acumulando e, sobretudo, quando o tráfico que a abastecia foi abolido[...]¹¹².

De qualquer forma uma mudança na mentalidade dos proprietários de escravos era algo difícil de conseguirem curto prazo, pois mesmo utilizando como argumento que com alguns procedimentos simples como: locais mais adequados para abrigá-los, uma alimentação menos pobre, adoção de práticas de higiene de um modo geral, enfim o que se tentava era justificar a um dono de escravo que se podia evitar a perda do mesmo. Na maioria das vezes sem sucesso, pois, para muitos a morte de um escravo não representava perda alguma por que o intuito era que o escravo trabalhasse tanto durante um ano, que o dono recuperava o valor pago e ainda tirava um lucro considerável.

Uma prática tomada quase como regra era dos cuidados com os negros enfermos serem realizados por outros negros com a utilização de ervas e conhecimentos práticos sobre as enfermidades mais comuns que afetavam os negros. Destacamos também a publicação do manual do fazendeiro ou tratado doméstico sobre as enfermidades dos negros escrito pelo francês Jean Baptiste Alban Imbert. Segundo autor o manual tinha como objetivo:

¹¹⁰ FERNADES. Op. Cit., p. 26

¹¹¹ EUGENIO. Op. Cit., p. 145

¹¹² Ibidem, p. 148

“[...] a orientação dos ‘proprietários, distantes de todo o socorro, no tratamento das enfermidades dos negros de seus estabelecimentos’, o que poderia evitar muitas perdas precoces de vida se o seu conteúdo fosse devidamente colocado em prática¹¹³ .

O primeiro capítulo do seu Manual era dedicado a toda pessoa que deseja fazer uma boa compra de escravos, reiterando a necessidade dos senhores terem compaixão por seus escravos ”uma das primeiras providências era a escolha de uma localização da casa-grande, da senzala e da enfermaria, que precisavam ficar em uma área exposta aos raios de sol, arejada pelas brisas da noite e isenta de toda umidade”¹¹⁴ .

Não raro foram os casos de escravos doentes entregues as Santas Casas de Misericórdias para lá chegarem ao fim de suas vidas, isso ocorria quando o tratamento do enfermo ficava muito oneroso aos olhos do seu proprietário, e quanto já velho e doente não compensava para seu dono ter gastos com quem não lhe daria mais lucro algum. Assim a população escrava por conta das condições de vida a ela impostas acabavam contribuindo para a disseminação de doenças que poderiam ser evitadas, uma vez que toda a população deveria fazer parte dos projetos de asseio público.

Vários outros problemas direta ou indiretamente atingiam a questão da saúde pública, como a falta de estrutura das escolas de medicina, falta de equipamentos, falta de pessoal capacitado para ocupar os cargos relativos à fiscalização, falta de médicos que se aventurassem a trabalhar no interior do Brasil. Essas e outras dificuldades num ambiente em que a comunicação era precária, e em que muitos médicos ainda reproduziam práticas já condenadas pelo movimento da Ilustração como o tratamento com sanguessugas, ou seja, um ambiente propício para a prática médica sem autorização.

Todos esses problemas eram vivenciados pelos hospitais que como as Misericórdias viram-se obrigadas em muitos momentos a restringirem seu atendimento por motivos de sobrevivência da própria instituição, num momento em que o Estado quando muito, contribuía com algum auxílio, sem maiores compromissos:

No caso das instituições hospitalares, o encargo da sua criação e da sua manutenção continuava, desde o tempo da Colônia, sobre os ombros de

¹¹³ EUGENIO. Op. cit., p. 171

¹¹⁴ Ibidem, p. 174

particulares. Isso por que o governo se limitava a fazer doações para ajuda-las a prestar assistência médica aos pobres e, no mais ressarciam pelos custos relativos à internação de soldados e detentos em suas enfermarias. Por isso elas estavam ausentes na maior parte dos municípios, uma vez que na maioria deles faltava gente com cabedal suficiente para construí-las, mantê-las e aprimorá-las, de forma que a maior parte da população ficava entregue à sua própria sorte quando se via às voltas com algum problema de saúde que demandava a internação, motivando várias críticas da elite médica¹¹⁵.

Mesmo com tantas dificuldades a serem superadas novos hospitais de Misericórdia foram ¹¹⁶inaugurados no século XIX. Nessas localidades ainda havia muitos a quem as Misericórdias puderam assistir, prestando cuidados físicos, espirituais ou apenas ainda servindo de abrigo, afinal teria sido essa a finalidade primeira que impulsionou a multiplicação das Misericórdias. Sua atuação em terras brasileiras foi vital ao atendimento de uma população ainda desassistida pelo poder público, seu longo período de atuação lhe permitiu a participação em todos os processos da saúde no Brasil da caridade à cura, passando pela medicina preventiva, pelas práticas de higiene sanitária. Uma instituição que esteve presente em todo o processo de institucionalização da medicina no país.

¹¹⁵ EUGENIO. Op. cit., p. 262.

¹¹⁶ 1803 SP Sorocaba Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba-1812 MG Sabará Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sabará - 1814 RS Porto Alegre Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre-1822 RJ Parati Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paraty. Ver: FERNANDES, Op. Cit., VER ARTIGO : ABREU, Laurinda. —O papel das Misericórdias dos —lugares de além-mar na formação do Império Português. Notadamente acrescentamos a essa informação o ano de 1817 como ano de fundação da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, MT.

Capítulo 2

Século XIX: O século da Santa Casa de Misericórdia em Mato Grosso.

O historiador, conscientemente ou não, faz para o passado as perguntas que sua própria sociedade lhe dirige.

Jacques Le Goff.

2.1 O legado de Manuel Fernandes Guimarães

O hospital da Misericórdia já era aguardado em Cuiabá desde 1740, quando houve a formalização de um pedido por parte dos moradores, encaminhado por carta pelo então ouvidor João Gonçalves Pereira. No pedido o ouvidor destacava uma condição importante: que o futuro hospital pudesse dispor dos valores arrecadados em forma de dízimos na comarca, conforme ocorrera com o hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro¹¹⁷.

Esperava-se que instalada em Cuiabá a população local pudesse usufruir de toda a rede ampla de serviços que ficava a cargo das Misericórdias em outras localidades: “os pobres sepultura para seus cadáveres, sufrágio para suas almas, os cativos [...] asilos para seu resgate, os presos [...] quem solicite sua sustentação, soltura [...], as orfandades abrigo ao seu desamparo, e a pobreza remédio para as carências e fomes¹¹⁸”.

As necessidades de uma localidade em processo de formação não eram poucas, falta de médicos, surgimento de enfermidades, condições insalubres, as enormes distâncias que não podem ser desconsideradas, porém não justificam os problemas. Mas mesmo diante de um pedido com argumentos tão consideráveis, o fato de ser uma região de ocupação recente, que sofria constantemente os ataques dos indígenas, e a instabilidade que a atividade mineradora proporcionava, fez com que o Conselho Ultramarino negasse o pedido, “não me parece estar ainda esta vila tão estabelecida que

¹¹⁷ FRANCO, Op. Cit., p. 89

¹¹⁸ AHM, Mato Grosso, cx. 3 doc. 139 apud FRANCO, Op. Cit., p. 90

se faça já precisa a Casa da Misericórdia e o que eu julgo por cedo”¹¹⁹. Uma prerrogativa importante para autorização de novas Misericórdias especialmente a partir do século XIX, como já mencionado no primeiro capítulo, é que elas deveriam ter condições financeiras para manter-se, isso explicaria o fato de somente em 1817, fora inaugurada o Hospital da Misericórdia em Cuiabá, decorridos 77 anos do pedido feito pelos moradores locais.

A instalação de uma Misericórdia em terras mato-grossenses só foi possível devido ao fato de que “em 1755, Manoel Fernandes Guimarães fez um testamento no qual deixava metade de sua fortuna para a Misericórdia de Guimarães para dotar órfãs e a outra metade deveria ser aplicada no esforço de fundação de uma Misericórdia em Cuiabá”¹²⁰.

Manoel Fernandes Guimarães foi um português que viveu em Vila Bela da Santíssima Trindade, falecendo em 1755, “deixou em testamento, como sua última vontade cristã, um legado para a construção de uma casa de caridade na vila de Cuiabá, destinada a acolher os portadores da moléstia conhecida como morfêia¹²¹. Essa doença era a tão temida lepra, devido a sua propagação acreditava-se pelo contágio, a saída encontrada à época era a exclusão social dos doentes:

Em princípios do século XVIII, alarmados com a disseminação da lepra nas várias regiões brasileiras, as autoridades governamentais começaram a utilizar e a propagar (como forma de evitar o contágio) a segregação social e o isolamento dos morféticos em pequenos hospitais situados nos arredores das povoações. Naquele período, entretanto, apenas as principais cidades brasileiras podiam contar com os lazaretos, onde era ministrada uma precária assistência aos doentes neles abandonados¹²².

Devido ao medo do contágio acima descrito a explicação mais coerente e baseada na documentação consultada é de que o legado do testador fosse destinado à construção de um leprosário, pois uma Misericórdia fundada dentro da cidade não poderia abrigar um grande número de leprosos, como o hospital, além de que uma

¹¹⁹ AHM, Mato Grosso, cx. 3 doc. 139 apud FRANCO, Op. Cit., p. 91

¹²⁰ FRANCO, Op. Cit., p. 91

¹²¹ NASCIMENTO, Heleno Braz do. A lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924-1941) Cuiabá: Instituto de Ciências Humanas e Sociais da UFMT, 2001. p. 53

¹²² Ibidem, p. 48

característica primordial desses leprosários era de serem edificadas nos arredores da cidade.

Em 1803 o “Capitão-General Caetano Pinto de Montenegro projetou a construção do hospital em Vila Bela da Santíssima Trindade, por ser ali à época sede do governo e também devido à insalubridade e a constante manifestação de doença naquela região”¹²³, porém com sua transferência para a Capitânia de Pernambuco, a construção do referido hospital não se concretizou. O novo Capitão-General João Augusto D'Oyennhausene Gravenburgue governou de 1807 a 1819 é quem ficou então responsável pela empreitada, empenhando-se em realizar o desejo do testador Manoel Fernandes Guimarães e acudir os moradores da vila de Cuiabá.

Em um trecho do relatório apresentado em 1874 pelo então provedor da Santa Casa, comendador Joaquim Gaudie Ley, transcrito em 1879 pelo Dr. João José Pedrosa a época presidente da província menciona-se o valor que teria sido deixado em testamento: “*Este legado, que importou em certa de doze contos de réis, foi recolhido ao cofre de ausentes, e posto em giro a juros da lei, então de 5 por cento*”¹²⁴.

Cerca de cinquenta e nove anos depois, em 1814, o “*capital tinha-se elevado á mais de sessenta contos de réis*”¹²⁵. Existindo “a enorme dívida sessenta e um conto oito contos sessenta e seis mil e vinte e três reis repartida por sessenta e nove devedores”¹²⁶(61.866,23). Oeynhausene, preocupado com a lepra que se alastrava não só entre os escravos, mas por toda a sociedade sem discriminação:

Transferiu-se o crédito existente de dotação testamentária para o Erário Real, verificando que a referida dotação testamentária constava de obrigações, pelas quais respondiam mais de 60 devedores, em geral dedicados à agricultura e criação, e que não tinham pressa em saldar seus débitos, embora os garantissem com haveres suficientes¹²⁷

O valor do montante emprestado a juros era ainda maior, a dívida teria sido quitada parcialmente, “Oeynhausene, concebeu e executou um plano em consequência do

¹²³ Ibidem, p. 54

¹²⁴ Relatório com que o exm. Sr. Dr. João José Pedrosa, presidente da província de Mato Grosso, abriu a 2ª sessão da 22ª legislatura da respectiva Assembleia em 10 de outubro. Cuiabá, Typ. de J.J.R. Calhão, 1879.p . 104,105.

¹²⁵ Ibidem, p. 105

¹²⁶ ASCMMT- Livro de registro Administração e Polícia de Real Casa Pia ao S. Lázaro, Agosto de 1815 § 2º, p.2.

¹²⁷ MOURANO, Flávio. Tratado de Leprologia, 2ª Edição, Volume I. - M. E. S. Rio de Janeiro, 1950. p . 88.

qual a Real Fazenda, tomou por empréstimo a dívida existente, escriturada à conta de Guimarães, e em compensação fez-se credora dos devedores da herança”¹²⁸.

Havia a preocupação de que o valor mesmo tendo sido emprestado a juros para ser multiplicado, ainda sim não fosse o suficiente:

...ainda que se tenha arrematado um eficiente capital para cumprir a intenção pia do testador, e que este capital já chegue não só para remédio, rouparia mas até para administração do Edifício e nas oficinas, está ele contudo tão espalhado, é lhe tão difícil divina (ilegível) arrecadação, que não se pode ver ainda senão muito afastado a tempo de findar o estabelecimento para que a caridade do testador aplique este legado, entretanto aumente as misérias, a que se haveria ocorrido se mais se cuidasse desse importante negócio¹²⁹.

O Capitão-General João Augusto D'Oyennhausen e Gravenburg transferido da Capitania do Ceará para Mato Grosso “já trouxe consigo o renome de um administrador criterioso e inteligente sendo, portanto recebido pelos cuiabanos com demonstrações de regozijo”¹³⁰. Oyennhausen, não foi o único governador a ter uma visão dos problemas de saúde que diretamente afetavam seu desempenho como administrador, mostrando um espírito humanitário ao propor soluções para situação alarmante proporcionada pela lepra¹³¹.

¹²⁸ Ibidem, p. 88.

¹²⁹ ASCMMT – Livro de registro Op. Cit., § 3º, p. 03

¹³⁰ NASCIMENTO, Op. cit., p. 54

¹³¹ “Em 1740, o Dr. EUZEBIO FERREIRA foi enviado ao Rio de Janeiro, por D. João V, para opinar sobre o problema da lepra. Este, em relatório declarou que o número de doentes era pequeno e que não havia necessidade de hospital para os mesmos.

No ano seguinte, dois médicos, DRS. FRANCISCO TEIXEIRA e JOSÉ RODRIGUES FRÓES, redigiram na corte o primeiro regulamento para combater a lepra no Brasil [...]. Nesse regulamento considerava-se a lepra moléstia contagiosa, estabelecia-se o tratamento dos doentes, considerando como curáveis os casos incipientes, determinava-se o isolamento dos leprosos, segundo o seu sexo e condição social, em asilos especiais; recomendava-se a segregação dos filhos de doentes e rigor na seleção dos imigrantes africanos; instituía-se uma alimentação apropriada aos doentes, recordava-se a confusão possível da lepra e a sífilis e promulgavam-se outras medidas.

Este regulamento foi remetido, ao então Governador do Rio de Janeiro, Capitão General GOMES FREIRE DE ANDRADE, conde de Bobadela. [...] o Conde de Bobadela, sem esperanças mais de uma providência oficial tomou a si a iniciativa e mandou construir à suapropria custa pequenas habitações toscas ou choupanas, sitas no Campo de São Cristovão a pequena distância do Convento, lugar considerado afastado, onde os leprosos já há muitos anos se agrupavam. Falecendo o Conde de Bobadela em 1763, por intervenção do Frei BENEDITO ANTONIO DO DESTERRO, os enfermos passaram a ser cuidados pela Irmandade de N. S. da Candelaria. A pedido do Conde da Cunha e com autorização do Rei D. José, foram os doentes removidos das casas construídas pelo Conde de Bobadela para o Convento dos Jesuítas, próximo daquelas, e então deshabitado em consequência da ordem de expulsão, determinada pelo Marquês de Pombal àqueles religiosos.

O regulamento instituído em 17 de Fevereiro de 1766 contém dispositivos perfeitamente de acordo com a moderna profilaxia da lepra”

Esta foi a origem do Hospital Frei Antônio ainda existente no Rio de Janeiro. MOURANO, Op.cit., p. 85-86.

Deixar a cobrança a cargo da Real Fazenda atendia reclamações que já tinham sido feitas por parte dos moradores, que de antemão agradeciam a competência do Capitão General Augusto Oyenhausen, pois diante dos poucos recursos da Capitânia, não poderia negar tal cobrança aos sessenta e nove devedores, uma vez que poucos deles só iriam pagar através da cobrança realizada pela Real Fazenda¹³².

A solução encontrada de fato parecia a mais viável, pois de certo modo protegia o capital dos devedores, e garantiria a edificação do hospital para os necessitados “assim se facilita aos primeiros um suave pagamento, e se abre logo para o segundo um abrigo para a sua miséria”¹³³. Como demonstra a documentação os dois lados interessados na solução desse impasse de declaravam otimistas, pois depositavam confiança no trabalho realizado pela Provedoria da Real Fazenda, além de que essa opção favorecia a mesma, pois estaria lidando com uma soma considerável à época:

Tendo se em vista estes dois inegáveis princípios e observando-se a prática constante da Provedoria que aliás tem sido proveitosa, porque é está que tem engrossado tanto este capital parece que é seguindo está mesma prática que se achará o modo de aprontar logo um fundo permanente, e disponível, para principiar a fundação de um estabelecimento pio. Se esta prática tem servido pela indulgência dos provedores em benefício dos particulares como poderá eles negar-se a elas. Quando o estado nos seus maiores apertos recorre ao mesmo mais cujo emprego lhe é atestado pela circunstância já exposta deverá restar em cofre mais que uma significante quantia por conta de um tão grande capital¹³⁴.

As vantagens de tal acordo seriam: primeiro o fato da maior parte dos devedores estarem estabelecidos em plantações, isso facilitaria o pagamento. Segundo, desse modo a Provedoria teria também facilitado o seu trabalho de cobrança¹³⁵. Objetivando receber o montante cedido a empréstimos Oyenhausen autorizou que a Real Fazenda aceitasse o pagamento em espécie “em gêneros alimentícios (plantações e criações) e em utensílios domésticos para usufruto dos internos que seriam segregados no projetado nosocômio”¹³⁶.

¹³² ASCMMT – Livro de registro Op. Cit., § 4º, p. 03

¹³³ ASCMMT – Livro de registro Op. Cit., § 5º, p. 03,04.

¹³⁴ Ibidem, § 6º, p. 04.

¹³⁵ Ibidem, § 8º, p. 05.

¹³⁶ NASCIMENTO, Op. cit., p. 56

Tanto a solução encontrada quanto o papel a ser exercido pela Provedoria só poderiam ser vistos como a melhor opção encontrada pelo governo, o que diretamente vinha no encontro das necessidades e benefícios para a população:

Nenhuma objeção se poderá fazer enquanto se segue o pagamento dos juros mas além de ser (ilegível) responder aos que tivessem a temeridade de duvidar do sagrado empenho deste governo, dar-se as providências, que ainda aos olhos menos desinteressados no negócio desaparecerão essas injuriosas dúvidas¹³⁷.

A documentação consultada também relata as dificuldades enfrentadas pela população que além da miséria ainda se deparava com o flagelo da lepra, mal incurável para à época, e mesmo com a boa vontade do testador reconheciam ser impossível amparar a todos:

São tantas as misérias, e necessidades dos pobres desse distrito que se condoem apenas o testador que dificilmente a obra geria a todos a mais urgente caridade. Trate-se pois de acodir o mal que já te mais vítimas, e cuja espantosa propagação ameaça a população inteira do Cuiabá por tantos canais, que é difícil, e talvez impossível veda-los todos, a não se entregará a polícia a cidade de vigiar sobre os seus progressos. Até a terrível moléstia de que lhe falo a morfêia mal funesto que tem familiarizado a tal ponto a classe mais infeliz que (ilegível) os escravos (ilegível) nela um título. E a sua liberdade. Todos os pais de família temem, quando (ilegível) por quanto muito se pode introduzir este (ilegível) na sua família.¹³⁸

Assim destacava-se a importância da solução encontrada para multiplicar o capital de Manoel Fernandes Guimarães, objetivando a construção do hospital dos Lázaros e vislumbrando a possibilidade de surgirem a partir desse mesmo legado novas instituições. O que viria a ser concretizado em 1817 com a inauguração da Santa Casa de Misericórdia em Cuiabá:

Acodir aos que (ilegível) estão incuravelmente atacados, e impedir a sua comunicação e cessar aos que por infelicidade caem nesta moléstia, a única maneira que se pode agir à sua propagação. Retardar esse remédio é um crime quando há meios de o aplicar, e é a isso que se dirige este projeto, em que os detalhes se trataram separadamente. Para lhe merecer uma justa aproximação bastará me parece além da mais vantagem que ele lhe oferece a de programar um meio tão pronto de fundar quase somente com os juros deste capital o estabelecimento S. Lázaro ficando o que sobrar do mesmo capital ainda aplicável para o fim que tiver em vista o fundaram o qual regido por uma sábia economia pode ser o manancial de muitas outras instituições proveitosas sem o

¹³⁷ ASCMMT – Livro de registro Op. Cit., § 5º, p. 06.

¹³⁸ Ibidem, § 12, p. 06,07.

prejuízo de prevaricar qualquer delas por quando mas sempre debaixo das vistas, e direção deste governo¹³⁹

Um detalhe importante à aplicação desde projeto é que ele foi posto em prática antes mesmo da aprovação régia, o que poderia ser justificado pelo número cada vez maior de pessoas infectadas pela lepra, e a longa demora na chegada das correspondências da corte. E possivelmente até a certeza que o Capitão General Oyenhausen tinha na aprovação de seu projeto, nesse sentido:

(ilegível) para evitar confusão tão bem parece que apesar deve transferir para a Real Fazenda a cobrança desta dívida, se não transferirão as contas dos devedores que a Real Fazenda prove conhecimento as que pagaram, para lhe serem abonados na Provedoria, e que assim se pratique, **até que aprovado este projeto** pelo Príncipe nosso Senhor se transfira para a competente esta ação todos (ilegível) pertencentes a este negócio¹⁴⁰.

Mais do que garantir o recebimento, também era preciso administrar de forma particular tudo o que fosse arrecadado e a sua destinação, de modo tanto a garantir a realização do referido projeto como saldar justamente a dívida dos devedores:

Para Receita, e Despesa desta cobrança, haverá na repartição que dela se encarregar, um livro separado, e com uma escrituração que indique bem claramente a natureza da receita, e da despesa, e por esta repartição se fará a despesa da consignação, pagando-se esta a quem, como e quando nos detalhes desse projeto se determinar, fazendo-se assim haverá uma administração distinta e separada das outras Rendias Reais¹⁴¹.

A cobrança dos juros devidos referente ao legado de Manuel Fernandes Guimarães, bem como sua destinação idealizada pelo Capitão- General Augusto Oyenhausen, foi aprovado por Carta Régia datada de 06 de junho de 1814. A carta foi registrada no Livro de registro Administração e Polícia da Real Casa Pia ao S. Lázaro em 06 de setembro de 1814, e traz a aprovação do projeto por Dom João VI, além de algumas recomendações importantes:

João Carlos Augusto d'Oyenhausen, do Meu conselho, e Capitão General da Capitânia de Mato Grosso. Amigo Sr. o Príncipe Regente nos envia muito saudar. Sendo tomado em consideração o arbítrio que adotastes para ocorrer,

¹³⁹ Ibidem, § 12, p. 06,07.

¹⁴⁰ Ibidem, § 14, p. 07,08. Grifo meu.

¹⁴¹ Ibidem, § 16, p. 08

posto que momentaneamente, às incontáveis despesas que apague o estado atual desta capitânia de cuja defesa depende a principal segurança do interior do Brasil, mandando distratar o capital proveniente da herança, ou legado de Manuel Fernandes e Guimarães cuja administração estará a cargo da Provedoria Geral das Fazendas dos Defuntos, e Ausentes, Capela e Resíduos de Cuiabá, importante, em quarenta e nove contos quatrocentos e vinte e sete mil e seis contos (49.427,06) (ilegível) o projeto dos juros que lhe estão devendo (ilegível) encontrarem na quantia de descontos trezentos e noventa mil *cento e sessenta e três* reis (390.163,00), se transfere para a Real Fazenda a responsabilidade da soma total destas obras assistenciais, importando sessenta e um contos oitocentos e dezessete mil setecentos e sessenta e cinco reis (61.817,765) vencendo o juro da Ley contado no dia em que no cofre particular que para a sua especial tendes instituído, forem entrando os pagamentos parciais dos respectivos devedores: **sou servido aprovarem a sua extensão o plano a que este fim organizaste [...] pondo em prática antes de louvar a minha Real Aprovação**, visto que, (ilegível) tendes distinguido do meu Real Serviço, e o iminente perigo a que acha exposta esta capitania, são bastantes a justificar aquela antecipação, pois de outro modo não conviria alterar o que se acha tão praticamente Legislado com respeito da administração que tenho cometido a sobredita Ouvidoria dos Ausentes. **Confio da vossa prudência** que na cobrança das dívidas que formam o mencionado fundo de sessenta e um contos oitocentos e dezessete mil setecentos e sessenta e cinco reis (61.817,765) **procedais com a arrecadação que for compatível com as urgências** da Real (ilegível) para que não aconteça de arrecadar espontaneamente essas quantias (por que se quer assim) sofrão por sua falta, a diversão para outros objetivos ou (ilegível) e justiça no centro desse vasto País, que tanto quer favorecer subministrando quaisquer auxílios que seja conveniente ao assentamento daquela população e trabalhos úteis para serem verdadeiros exponenciais da riqueza particular de que (ilegível) a progressiva prosperidade e a benemerancia do meu Real Erário: aplicando, e outro sim para o louvável destino propodes, as quantias competentes ao prêmio do que se for cobrando em cada ano. O que tereis assim entendido, e (ilegível) assim as necessárias participação em às Authorities a que possa pertencer a observância desta minha Real Determinação não obstante quaisquer (ilegível) ou Disposição em contrário que para este efeito somente sou servido de rogar. Escrita no Palácio do Rio de Janeiro em seis de junho de mil oitocentos e quatorze = Príncipe = João Carlos Augusto d'Oyenhausen¹⁴².

Comprova-se na carta régia a antecipação da aplicação do projeto por parte de Oyenhausen, devido como mencionado na carta ao perigo eminente a que se achava exposta a Capitânia, o que sem dúvida comprometia sua função estratégica e geopolítica, uma das causas responsáveis pela sua fundação.

¹⁴²ASCMMT – Livro de registro Op. Cit. Registro da Carta Régia, 06 setembro de 1814, p. 09. Grifos meu.

Interessante também a recomendação de que a arrecadação deveria ser compatível com as urgências, com a justificativa de que assim não ficariam sem recursos em outro momento. Ao mesmo tempo em que fica reconhecida a necessidade do recebimento para a construção do abrigo para os leprosos, parece, solicitar certa cautela na realização da cobrança.

Ficando assim acordado que o recebimento dos juros vencidos por parte dos devedores poderia dar-se em espécie, ficou determinado, através de um registro de portaria, a assistência de mantimentos pelos Reais Armazéns para sustentar o hospital dos Lázaros. De posse de vales assinados pelo inspetor da administração dos Lázaros os mantimentos deveriam ser a eles entregues, minimizando assim suas dificuldades:

O Doutor Intendente dos Reais armazéns passe as ordens necessárias para que o almoxarife delles entregue as porções de farinha, feijão, e sal que lhe forem pedidas por vales assinados pelo Capitão Mor das Ordenanças na qualidade de Inspetor da administração dos Lazaros para o sustento deles (ilegível) receber os dittos gêneros passará recibo nas costas dos tais valles e esses recibos serão apresentados no ultimo dia de cada mês almoxarife ao mesmo capitão mor para se formalizar a descarga dos referidos gêneros pelo modo que tenho Ordenado – Cuiabá 29 de setembro de 1815 = Com a Rubrica de sua Excelencia = cumpra-se e registre-se Cuiabá 29 de setembro de 1815¹⁴³.

Concluído o projeto de construção do hospital dos Lázaros em 1816, com o capital proveniente da herança de Manoel Fernandes Guimarães e também das doações, que mesmo diminutas nunca cessaram, refletindo não só o espírito de caridade cristã dos doadores, mas a importância do significado que a caridade realizada em vida teria após sua morte, importava agora a construção de outro hospital, que seria o de Nossa Senhora da Conceição da Misericórdia em Cuiabá. E para esse novo empreendimento decisões importantes são tomadas de modo a garantir e acelerar a construção do hospital, uma delas era administrar os valores dados em doação. Para essa ação foram nomeados dois oficiais para pedir esmolas em cada mês:

§ 2º Serão nomeados para este governo de hoje em diante no primeiro domingo de cada mês dois officiaes, sejam pagos, de milícias ou ordenação recolherem nesta villa em dias alternados (ilegível) esmolas para os Lazaros

¹⁴³ Ibidem, p. 13

§ 3º Os dias desse peditório serão as sextas os sábados e nesse dia nenhuma Irmandade poderá pedir esmola¹⁴⁴

Em 1817, foi inaugurado o hospital de Nossa Senhora da Conceição da Misericórdia, a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, devido a escassa documentação sobre esse período não temos detalhes de seu processo de edificação, que na verdade foi gerado junto ao hospital dos Lázaros, mas através da bibliografia e documentação oficial e não oficial que será abordada mais adiante, temos assim a clareza de que não se tratava de um hospital na dimensão e estrutura que inicialmente vem a nossa mente, como veremos no decorrer da pesquisa, pois ao longo de sua trajetória a Misericórdia mato-grossense passou por inúmeras reformas de ampliação. Como vimos no capítulo primeiro, as Misericórdias nasceram em Portugal com uma função caritativa, religiosa e social, dando abrigo e alimentando os pobres e doentes, isso não ocorreu de modo diferenciado em Mato Grosso, mas teve peculiaridades inerentes ao seu território:

Passada a febre do ouro dos primeiros anos, o povoamento foi avançando de forma lenta, estando totalmente constituído no início do século XIX, quando a construção da Santa Casa de Misericórdia incorporou ao espaço urbano as imediações do terreno onde se localizava¹⁴⁵.

2.2 A assistência médica na província de Mato Grosso.

Em 1835 os únicos locais de atendimento à saúde da população eram o hospital de S. João dos Lázaros e o Hospital de Nossa Senhora da Conceição da Misericórdia, a manutenção dos mesmos era garantida pelo recebimento de cinco por cento de juros referente ao legado de Manuel Fernandes Guimarães administrado pela Fazenda Pública, além de aluguel de prédios, serviços de escravos, e dívidas a Administração¹⁴⁶. Com poucas doações em esmolas, a sensação de abandono atingia a quem se propunha a fazer caridade e também aqueles que tinham nesses hospitais como seus únicos recursos.

¹⁴⁴ Ibidem, p. 15,16

¹⁴⁵ Volpato, Luiza Rios Ricci. Cativos do sertão: vida cotidiana e escravidão em Cuiabá em 1850-1888. São Paulo: Editora Marco Zero; Cuiabá, MT : Editora da Universidade Federal de Mato Grosso, 1993. p . 26

¹⁴⁶ APMT- Discurso recitado pelo Exmº. presidente da província de Mato Grosso, Antônio Pedro d'Alencastro, na abertura da primeira sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial, em o dia 3 de julho de 1835. p . 05,06.

A comunicação oficial da Província de Mato Grosso com a Corte fazia-se através dos relatórios dos presidentes de província, esse era o veículo utilizado para manter a administração geral informada sobre o andamento das instituições instaladas, sobre as condições necessárias a manutenção da vida, e não raro como meio para solicitações, que requeriam recursos financeiros externos. Como o pedido de um asilo para abrigo de crianças que estariam sendo abandonadas nas estradas, ou nas portas de particulares, a mesma correspondência relata que, “conseguiu-se outrora uma roda de Expostos no Edifício d’aquelle Hospital de Misericórdia as expensas dos sócios consignados, onde já pela primeira vez, e esta creando um innocente¹⁴⁷”.

Entre os serviços prestados pelo hospital da misericórdia, esta o acolhimento as crianças abandonadas, a função da roda dos expostos era que pudesse deixar o recém-nascido na instituição sem que a identidade de quem praticasse tal ato fosse revelada. Em Cuiabá ao contrário de outras localidades¹⁴⁸ esse instrumento foi muito pouco utilizado¹⁴⁹.

Na primeira metade do século XIX a falta de médicos era um problema enfrentado pela população civil e militar, na cidade de Mato Grosso então capital da província situada às margens do rio Guaporé. Havia aí um único professor de saúde, o Cirurgião – mor do Corpo de Ligeiros, havendo a necessidade de pelos menos mais dois cirurgiões ajudantes para tratar das forças militares que guarneciam diferentes pontos do território bem como seus habitantes¹⁵⁰. Um ano depois o pedido foi parcialmente atendido, foi enviado um cirurgião¹⁵¹. Não era somente o envio de novos profissionais

¹⁴⁷ Ibidem, p. 05,06

¹⁴⁸ “O serviço mais generalizante prestado pela Misericórdia do Rio de Janeiro foi, certamente, o da roda dos expostos. Criada em 1738, a partir do legado de Romão de Mattos Duarte, a casa dos expostos acolhia todos os recém-nascidos deixados anonimamente na roda. A Misericórdia do Rio, não obstante reclamasse ao longo de todo o século XVIII do alto custo dos enjeitados, jamais aventou selecioná-los. O anonimato estava na base do abandono e, ao que tudo indica, o acolhimento dos expostos se deu de forma irrestrita, sobretudo porque enjeitar os filhos era uma prática corrente entre as populações dos mais diferentes estratos sociais, o que dificultava a contenção baseada nas origens étnicas; assim, o atendimento universal minimizava os custos morais de se descobrir a ascendência das crianças. Era uma questão tão importante, que era um serviço que recaía sobre as Câmaras desde as Ordenações *Manuelinas*”. FRANCO, Op. Cit., p. 271,272.

¹⁴⁹ “...apesar de a Roda de Expostos ter sido instituída apenas na primeira metade do século XIX, especificamente no ano de 1833, não era utilizada pela população, tanto assim que causas, porém, que ignoro, fizeram a muito cessar esse benefício público. pois a mais de dezesseis anos nenhum exposto tem recebido a Santa Casa’. Isso significa dizer que em Cuiabá a existência da Roda teve curta duração, possivelmente não mais que trinta anos” PERARO, Maria Adenir. A população de Cuiabá no final do século XIX – 1871 a 1890 Segundo os Registros Paroquiais apud Siqueira, Elizabeth Madureira. Luzes e Sombras: modernidade e educação pública em Mato Grosso (1870-1889). Cuiabá: INEP/COMPED/EdUFMT, 2000. p. 85

¹⁵⁰ APMT - Discurso recitado pelo exmº. presidente da província de Mato Grosso, José Antônio Pimenta Bueno, na abertura da primeira sessão da segunda legislatura da Assembleia Provincial, em o dia 1.de março de 1838.p. 22.

¹⁵¹ APMT - Discurso recitado pelo exmº. presidente da província de Mato Grosso, José Antônio Pimenta Bueno, na abertura da primeira sessão da segunda legislatura da Assembleia Provincial, em 1839.p. 55,56

que sanaria os problemas de saúde. A própria capital da província encontrava-se em difícil situação, pois era tida como uma “cidade privada de socorros hygienicos de que tanto necessita: não tem hum Professor de Medicina, ou de Cirurgia , e nem ao menos huma botica”¹⁵².

“Apesar de a legislação proibir que as pessoas não autorizadas praticassem alguma arte de curar, existia por parte das autoridades certa tolerância e flexibilidade quanto à atuação de terapeutas populares”¹⁵³. No início do século XIX, a preferência da população era ser atendida por curandeiros que viviam com eles, que conheciam bem suas moléstias. A medicina oficial inicialmente era vista com desconfiança pela população, além disso, os medicamentos utilizados nas boticas não conseguiam suprir em quantidade suficiente a demanda.

Uma solução encontrada pelos viajantes para a falta de medicamentos foi a botica portátil, onde já traziam os medicamentos possivelmente na certeza que tinham que os mesmos eram escassos:

...era uma caixa ou baú feito de madeira ou couro, em que eram guardados os medicamentos necessários para uma longa viagem. Durante sua jornada, o viajante deveria reabastecer frequentemente sua botica com remédios necessários para combater as principais doenças dos trópicos, como a malária, além de outras enfermidades que poderiam acometer sua tripulação¹⁵⁴.

A falta de condições estruturais relacionadas tanto a saúde como em todas as áreas, foi um desafio enfrentado não somente pela província de Mato Grosso. Os problemas vividos aqui também estavam em busca de soluções em outras localidades:

Os problemas enfrentados pela cidade de Cuiabá mais a aproximavam dos demais núcleos urbanos brasileiros do que a distinguiam. A preocupação com a ordenação das ruas e de seu movimento, com a limpeza de águas e logradouros públicos foi, no Brasil, uma característica do século XIX¹⁵⁵.

Um fato negativo comumente mencionado pela historiografia são as enormes distâncias, usadas pelas elites locais quase sempre representantes do Estado para

¹⁵² Ibidem, p. 55,56.

¹⁵³ PIMENTA, Tânia Salgado. O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855). Tese (Doutorado) UNESP- Campinas- SP, 2003. p. 20

¹⁵⁴ PORTO, Ângela de Araújo (org.). Enfermidades Endêmicas da capitania de Mato Grosso: a memória de Alexandre Rodrigues Ferreira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 123

¹⁵⁵ VOLPATO, Op. Cit., p. 32

justificar a precária situação da província mato-grossense. Nesse sentido, partilhamos do pensamento de André Nicácio Lima: “a distância, por si só, pouco explica é uma variável estritamente quantitativa, que àquele tempo era medida em léguas¹⁵⁶, não apenas a localização de novos grupamentos humanos, mas todo o universo que isso implica, dos motivos da formação de novos grupamentos, que no caso da província de Mato Grosso foi motivada pela febre do ouro, até os interesses posteriores na criação de redes de comunicação e manutenção dessas novas localidades além de “sua inserção num sistema de centros e periferias, bem como as consequências sociais, políticas, econômicas e mesmo culturais dos marcos dessa inserção¹⁵⁷. A distância de acordo com o autor mencionado pode tanto ser um fator positivo como negativo:

A distância é evocada, ainda, como entrave ao desenvolvimento, desde a crise da mineração, até o período de elaboração das narrativas regionalistas. Uma barreira natural, que pode servir tanto para engrandecer os feitos dos desbravadores, quanto para justificar as condições sociais e econômicas e a necessidade de investimentos em projetos de integração e desenvolvimento. Na realidade, certo discurso nesse sentido foi sendo elaborado desde o século XIX, em parte pela necessidade de as classes dominantes cuiabanas refutarem as reiteradas acusações de autoridades e intelectuais sobre os vícios daquela sociedade, sobre a suposta indolência e falta de civilização que os mantinham no atraso¹⁵⁸.

Nesse sentido, procuraremos no desenvolver do trabalho não utilizar a distância por si só, para explicar as dificuldades enfrentadas nesse ponto situado ao centro da América do Sul¹⁵⁹.

Fatores políticos, relacionados ao que se parece com privilégios para alguns em detrimento de outros nos trazem um caminho explicativo mais interessante. De acordo com a Carta Regia de 06 de Junho de 1814 recomendava-se prudência na cobrança das dívidas, e que a arrecadação fosse compatível com as urgências. Urgências estas que mesmo com a construção dos dois hospitais, sobretudo o que nos interessa no momento o de Nossa Senhora da Conceição de Misericórdia, não foram sanadas, os donativos em forma de esmolas foram importantes durante e depois desse processo, então a prudência

¹⁵⁶ LIMA, André Nicácio. Caminhos da integração, fronteiras da política: a formação das províncias de Goiás e Mato Grosso. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, 2005. p. 156

¹⁵⁷ Ibidem, p. 156

¹⁵⁸ Ibidem, p. 155

¹⁵⁹ Alusão a obra de Nauk Maria de Jesus. Saúde e doença no centro da América do Sul (1727-1808). Já citada.

recomendada beneficiava a quem? Provavelmente percebendo essa incoerência é que o então presidente de província José A. Pimenta Bueno faz a seguinte solicitação:

A Mesa Directoria e o Governo tem pagamento desta quantia bem como proposto o destracto da estipulação confirmada pela Carta Regia de 06 de Junho de 1814, pelo que respeita ás dividas activas pertencentes ao patrimônio Pio ainda não cobradas pela Fazenda Publica: essa estipulação, então util as *duas* partes contratantes, é hoje, pela mudança das circunstancias, prejudicial a ambas¹⁶⁰

A cobrança dos juros era feita semestralmente, o que contribuía para o aumento das dificuldades financeiras do hospital, que contava com outros rendimentos como, alugueis de prédios, esmolas, que mesmo somados eram insuficientes diante das despesas¹⁶¹, urgência se deveria ter para com os interesses do estabelecimento, que desde sua inauguração padecia em meio a obras intermináveis:

Fundados estes Estabelecimentos no anno de 1817 o Governo Provincial de então (ilegível) enviou-lhes ordens, e instruções mui boas para aquelles tempos he verdade mas que hoje não servem, húas porque em parte estão vagas de razão, e outras porque carecem de harmonia com o systema que felizmente nos rege, e assim convém que lhes decrete um compromisso a commodado do estado em que se achão, as suas circunstancias peculiares, e a superior inspeção do Governo Provincial.

Como acima disse só existem, na Santa Casa, três expostos porém não é improvável que outros appareçam, e cresça o seu número, no entanto que o Edifício não terá os commodos necessários para recebê-los se não se der andamento as suas obras, que a tanto tempo se achão paralisadas por falta de meios¹⁶²

Recomendava-se que mesmo os pobres, guardassem algum pecúlio, uma quantia em dinheiro para que quando necessitassem dos serviços dos hospitais pudessem contribuir com algum valor, pois quando “todos sentem a necessidade de taes estabelecimentos, a filantropia se tranquiliza, e a polícia prevenirá os males econômicos que da beneficência podem reverter a sociedade¹⁶³”.

De 1º de julho de 1838 a janeiro de 1839 deram entrada no hospital da Misericórdia 83 enfermos, “sahirão destes sãos e salvos 51, fallecendo apenas 11,

¹⁶⁰ Relatório de 1839, Op, Cit., p. 23

¹⁶¹ Ibidem, p. 58

¹⁶² Ibidem, p. 59

¹⁶³ Ibidem, p. 60

inclusive 2 que forão recebidos já moribundos¹⁶⁴”. Os 21 pacientes restantes não são mencionados, interessante notarmos que o número de mortos era considerado baixo e, portanto dentro da normalidade. As obras da Santa Casa é assunto constante nos relatórios dos presidentes de província consultados, são feitas solicitações, os pedidos de auxílio tornam a serem reafirmados, “Alem de que delas [obras] depende o melhor agasalho das enfermarias existentes, urge aumentar-se o número dellas, para o que tem o Edificio da Santa Casa todas as proporções a fim de poder receber todos os doentes que se lhe apresentarem¹⁶⁵”.

Sempre é apresentada a justificativa de que os rendimentos da Santa Casa são insuficientes para conclusão. Lembramos que uma das prerrogativas para a instalação das Misericórdias sempre foi a de que pudessem manter-se com recursos próprios, “ a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá necessitou de reconhecimento da monarquia portuguesa que se mostrava muito exigente, permitindo o estabelecimento dessas confrarias apenas quando houvesse garantias de sua independência financeira”¹⁶⁶, talvez essa seja a explicação mais acertada sobre a falta de interesse do governo central em auxiliar tais entidades que somente por filantropia não teriam condições de continuar seus atendimentos.

Uma medida mais do que coerente por parte do governo local era a não cobrança de tributos referente a Misericórdia de Cuiabá “§ 21. Dito de 50\$000 reis sobre cada huma botica, ou casa em que se manipularem remédios, excepto a botica de S. casa da misericórdia¹⁶⁷”. A administração pública cobrava esse valor sobre todas as boticas, sendo o hospital da Santa Casa voltado a caridade, do mesmo tal quantia não era cobrada.

O hospital da Misericórdia de Cuiabá assim como o hospital dos Lázaros recebia visitas frequentes dos representantes da Câmara Municipal que faziam suas observações e posteriormente repassavam ao presidente da província:

As novas preocupações com a higiene e com a disciplinarização das populações pobres exigiam que fossem frequentes, desde 1850, em Cuiabá, as visitas de vistoria de uma comissão de representantes da Câmara Municipal aos estabelecimentos públicos de caridade e prisões , apontando tanto as falhas dos

¹⁶⁴ APMT- Discurso que recitou o exm. sr. doutor Estevão Ribeiro de Rezende, presidente desta província, na ocasião da abertura da Assembleia Legislativa Provincial no dia 1.o de março do corrente ano. Cuiabá, Typ. Provincial, 1840. p.14

¹⁶⁵ Ibidem, p. 14

¹⁶⁶ ROCHA, Op. Cit., p. 143

¹⁶⁷ APMT- A Imprensa de Cuiabá, 19 de Julho de 1848, Ano I, N. 29, p. 2.

prédios e necessidade de reformas, quanto as condições de higiene em que viviam doentes, presos e órfãos¹⁶⁸.

Chamamos a atenção para as limitações do papel exercido pela Câmara Municipal:

A iniciativa de organizar o espaço, visando a impedir doenças ou a aumentar o nível de saúde, parece não fazer parte da configuração deste tipo de poder. A Câmara sobretudo responde a uma constatação de desordem em que o próprio habitante desempenha um papel fundamental. A queixa aciona um processo que também depende do habitante na medida em que muitas vezes a câmara é incapaz de realiza-lo eficazmente¹⁶⁹.

Desse modo, a câmara teria sido criada com um objetivo, mas diante das inúmeras falhas no sistema passou a ser apenas um mediador entre a população e a administração central, sem poderes e recursos para resolver de fato os problemas relacionados a saúde pública.

Outra fonte de recursos encontrada pela administração da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá foi alugar um espaço em seu já diminuto estabelecimento para a enfermaria militar:

No 1º do corrente trasladou-se a enfermaria militar do local em que se achava para o edifício do hospital de caridade. Muito vantajosa por sem duvida foi a troca a salubridade dos enfermos, pois a antiga enfermaria além de acanhada ressentia-se de reparos, e asseio, que talvez só com a mudança se pudessem realizar¹⁷⁰.

Por um lado garantia um novo recurso financeiro, por outro em caso de necessidade da ocupação do espaço pela população civil, esta estaria desamparada:

Um dos principaes rendimentos da Santa Casa é o do Hospital Geral alugado para a Enfermaria militar, à Repartição da Guerra, a rasão de 1:800\$000 réis por anno.

Fôra para desejar que pudesse ser dispensada esta parcela da Receita, a fim de ficar o Hospital disponível para maior numero de enfermos desvalidos, em caso de epidemia, mas infelizmente esta supressão exporia o estabelecimento a sensível déficit¹⁷¹.

A fonte consultada traz outra informação importante, a precariedade de recursos atingia a civis e militares, esses últimos com a tarefa de guarnecer as fronteiras territoriais da província “à fronteira oeste era conferida a responsabilidade da

¹⁶⁸ VOLPATO, Op. cit., p. 52

¹⁶⁹ MACHADO, Op. Cit., p. 49

¹⁷⁰ APMT- A imprensa de Cuiabá, 7 de Agosto de 1859, Ano I, N. 29, p. 3.

¹⁷¹ APMT- A Situação, Cuiabá, 24 de outubro de 1869, Ano II, N. 56, p. 2

defesa; esta, porém, era assumida socialmente por sua população com pouca ajuda da metrópole e, posteriormente, da Corte do Rio de Janeiro¹⁷². A pouca ajuda mencionada se referia também ao atendimento médico, que mesmo a Santa Casa com todos as suas dificuldades oferecia um local mais salubre do que o local onde eles estavam alojados.

A segunda metade do século XIX compreende um período de extrema dificuldade financeira, enfrentadas pela Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, o número de atendimentos foram reduzidos, muitas pessoas preferiam se tratar em casa, até pelo medo dos altos índices de mortalidade no estabelecimento. “A Santa Casa deixou de ser reconhecida como um lugar de tratamento, e suas enfermarias eram consideradas *antecâmaras da morte*, em virtude do grande número de falecimentos no interior de seus muros, gerando forte associação com a morte iminente¹⁷³”.

2.3 O pensamento médico no século XIX.

“Ao estudar as práticas médicas dos Oitocentos, não podemos esquecer que a medicina acadêmica era apenas mais uma das possibilidades de terapia à que a população, ou parte dela, tinha acesso”¹⁷⁴. Isso se deve não somente a falta de médicos em algumas localidades, mas ao costume e a preferência da população que antes desse período não dispunha dessas instituições como local de manutenção à vida:

Antes do século XIX não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho do estado, a relação explícita entre saúde e sociedade, que chega a aparecer como óbvia e temporal. Até esta época a totalidade da administração colonial não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate às doenças, procurando instaurar ou conservar um regime de saúde. A produção da saúde não faz parte de sua configuração histórica. Seu objetivo é, neste campo, fundamentalmente evitar a morte ...¹⁷⁵.

Um resquício anterior ao que podemos chamar de nova fase da medicina e muito difundido ao longo do século XIX é a medicina galênica ou hipocrática baseada na teoria dos humores¹⁷⁶, embora aos poucos parte da classe médica ao entrar em contato

¹⁷² VOLPATO, Op. Cit., p. 59

¹⁷³ ROCHA, Op. Cit., p. 152

¹⁷⁴ PIMENTA, Op. Cit., p. 23

¹⁷⁵ MACHADO, Op. Cit., p. 154

¹⁷⁶ “As enfermidades se manifestariam na variação e desequilíbrio dos humores. As teorias de Galeno são parte das referências médicas aqui presentes. O corpo viveria sujeito às alterações de seus humores, devido aos fatores exteriores, como o meio os alimentos ingeridos ou o estado psíquico. A teoria dos humores divide-os em quatro tipos,

com as novas ideias trazidas da Europa vão alterando as formas de análise e prática da medicina:

Os médicos diplomados, por sua vez, estavam cada vez mais afastados dessas concepções e mais envolvidos na luta pelo monopólio da medicina. Essa distância acentuada entre as concepções médicas populares e acadêmicas evidencia-se com a grande popularidade, nas décadas de 1840 e 1850, da homeopatia que, como as primeiras, também baseava-se numa visão espiritualizada da doença e da saúde. Ainda assim, os acadêmicos estavam longe de constituírem um grupo homogêneo, mesmo a elite médica, tanto em relação às teorias sobre a doença, quanto a cerca da relação com os demais ofícios ligados às artes de curar¹⁷⁷.

Umas das dificuldades de homogeneizar as idéias se daria pelo fato de quão incipiente era a medicina ensinada e praticada nas províncias, principalmente no início do século XIX, uma preocupação com a falta de livros, material para a prática e tipos de tratamento:

Basta olhar para as preparações Pharmaceuticas usadas a dez ou quinze annos na Santa Casa da Misericórdia, onde se curavão doentes com unguento de lagarto, de carangueijo e para se formar humaidea de atrazo das luzes a respeito da arte de Pharmaceutica. E se de outra parte reparamos para os livros de Pharmacia, que andão pela mãos dos estudantes, o pouco numero d'elles, a única Pharmacopéia geral ou londrinense attestão quão pouco o ensino a tal respeito se achava e se acha ainda adiantado¹⁷⁸.

Por causa da precariedade estrutural e mesmo da falta de professores formados, muitos alunos buscavam na Europa ou em outras localidades um ensino de melhor qualidade:

Fica então reduzida a mocidade que deseja applicar-se ao estudo da Pharmacia, a por se debaixo da tutela de hum Boticario pratico, cujo Laboratório raras vezes trabalha com as grandes preparações chimicas, e d'ordinário acha se transformado em hum deposito de medicamentos vindos das diversas partes da Europa. Fica então authorisada a mocidade a procurar nas Escolas estrangeiras hum ensino, que não se completana academia medica-cirurgica, ou alistar-se nas outras academias da Capital para allia pprender alguma cousa da Chimica, da Phisica, e da Botanica¹⁷⁹.

cada um identificado com uma porção do corpo: o sangue, produzido pelo fígado e ligado ao coração; a bÍlis amarela, que estaria concentrada no fel; a bÍlis negra, concentrada no baço; a fleuma, ou pituita, que se concentraria na região do cérebro. [...] Embora as teorias dentro da tradição galênico-hipocrática variem, pode-se dizer que de modo geral elas concebiam a saúde como um restabelecimento do equilíbrio dos fluidos” Os humores ainda estariam ligados as estações do ano, e também aos quatro elementos, a terra, o fogo, a água e o ar. PORTO, Op. Cit., p. 133

¹⁷⁷ PIMENTA, Op. Cit., p. 28

¹⁷⁸ Semanário de saúde Publica, Rio de Janeiro, Ano: 1832, nº 95. p.2,3. Disponível em <http://memoria.bn.br/hdb/periodico.aspx>.

¹⁷⁹ Ibidem.

Com a organização dos médicos em torno das Faculdades, Sociedade de Medicina e periódicos especializados, observamos a tentativa de monopolizar cada vez mais o discurso médico¹⁸⁰. Os médicos em sua grande maioria provenientes das classes mais altas da sociedade, atribuíam à profissão um status de superioridade, o diploma veio substituir as antigas cartas de autorização, e cada vez mais se tornaram um mecanismo de exclusão social¹⁸¹. A impotência diante da falta de conhecimento científico dos curandeiros não dava a chance dos mesmos de contrapor-se aos procedimentos de diagnóstico e tratamento adotados pelos médicos, por isso em determinados momentos são tidos como charlatães o que contribuiu para geração de conflitos entre essas duas classes, agravados pela atuação indiscriminada de alguns agentes de cura¹⁸² considerados charlatães à época:

sem duvida que no Rio de Janeiro a Pharmacia, julgando pelo numero das boticas, dos depósitos de remédios ou medicamentos estabelecidos na Corte, tem chegado ao maior auge da sua reputação e pode julgar-se como o ramo da Medicina o mais proveitoso á arte e aos artistas . Hum verdadeiro pacto Pharmaceuticocorre pela capital. Em vão huma Lei da Câmara Municipal tem querido modelar o seucurso: prevenir a inundação e pôr um termo aos perigos de um tal trespordamento; mas a lei fica muda em presença dos pomposos annuncios inseridos nos diarios ou pregados nos cantos das ruas com toda a brilhante impostura e luxo enganador da Typographia, Pílulas stomacaes, Elixir de Saude, Opiat calmante, Xarope balsâmico, Remedio americano de Swen, Remedio Leroy, RemedioGuillú, Remedio s' Gervais, Pó anti- herpetico, Agoaanti-venerea, Pommada soberana, Bebida preservativa da Embriaguez, dos piolhos e da Gotta, Collyrio para Cegos, Loções para Surdos e Mudos e mesmo para afogados...¹⁸³

Nesse momento ainda era tênue a linha que separava a prática médica baseada no cientificismo e as práticas de cura baseadas no empirismo:

... a maioria dos médicos acreditava que a medicina que praticavam era já científica. E ciência significava para eles empirismo. [...] Cada uma dessas práticas científicas impunha uma zona de discursividade retórica e normativa, que implicava o uso de um critério próprio de cientificidade¹⁸⁴

¹⁸⁰ PIMENTA, Op. Cit., p. 25

¹⁸¹ Ver Coelho, Edmundo Campos. As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822- 1930, Rio de Janeiro: Record, 1999.

¹⁸² Tomamos por empréstimo o termo adotado na obra de Nauk Maria de Jesus. Saúde e doença no centro da América do Sul (1727-1808). Já citado.

¹⁸³ Semanário de saúde Publica, Rio de Janeiro, Ano: 1832, nº 95

¹⁸⁴ EDLER, Flávio Coelho. A medicina no Brasil Imperial: clima parasitas e patologia tropical. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 72

O governo imperial tinha dificuldades em coibir o uso de falsos medicamentos e a atuação dos charlatães um problema que certamente se agravou com a extinção da Fisicatura-mor¹⁸⁵ em 1828, dois anos antes o ensino de medicina já havia ganhado autonomia em relação a esse órgão, que tendo a função de coibir abusos era tido como abusivo, comprovando assim sua deficiência¹⁸⁶. Nem mesmo as assembleias legislativas nas províncias, criadas em 1834, com a função de legislar sobre diversos assuntos¹⁸⁷ não tinham como função auxiliar nesses assuntos médicos, percebe-se aí talvez a delegação quase que exclusiva à Academia Imperial de Medicina criada em 1835¹⁸⁸.

Esse inicial descaso no campo da medicina especialmente na primeira metade do século XIX, dá-se inclusive também pelo tipo de formação do ensino superior no país, pautado inicialmente pelo crescimento do direito, da engenharia e das ciências agrárias organizadas já no início do XIX¹⁸⁹, devido a necessidade de um sólido sistema jurídico para assegurar os direitos e deveres dos cidadãos, enquanto as outras ciências só ganham maior espaço no final do XIX.

Para a Sociedade de Medicina era impossível exercer a função de fiscalização em meio a um sistema ainda exíguo de redes de comunicação, isso aliado a falta de pessoas habilitadas para executar esse serviço nas províncias:

não lhe era possível fazer hum tratado completo de Hygiene applicado a esta Cidade, e muito menos ao Brasil inteiro, enquanto não existirem com a Provincias as correspondências, que os Estatutos supõe, quando dizem “ que o fim da sociedade he melhorar o exercício da Medicina, e esclarecer as questões concernentes á salubridade das grandes Cidades, e do interior das provincias do

¹⁸⁵ “A fisicatura[...] coibir os abusos, punir os excessos delimitar o âmbito de ação de cada tipo de “profissional de saúde” e impedir a existência não legal de qualquer pessoa nas mesmas atribuições. E as Câmaras respondem a denúncia de sujeira e podridão, ou a sua eventual descoberta, através de fragmentada prática de punição e reparação, onde na maioria das vezes nem mesmo aparece referência à doença “. MACHADO, Op. Cit., p. 54

¹⁸⁶ “... O ano de 1826 momento em que o ensino médico ganha autonomia com a relação à Fisicatura significa um importante golpe em seu poder que, entre outros, será responsável por sua extinção dois anos depois, caracterizada como um poder cego, arbitrário, identificado aos interesses portugueses” Ibidem, p. 177.

¹⁸⁷ “...a elas competia legislar sobre diversos assuntos, como fixação das despesas municipais e provinciais, nomeação dos funcionários públicos, ficando as resoluções da Assembleia sujeitas à sansão do presidente de província. Basile, Marcello. O laboratório da nação: a era regencial (1831-1840). In: O Brasil Imperial, volume II: 1831-1870 –orgs. Keila Grinberg e Ricardo Salles. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. p. 81

¹⁸⁸ “Alguns deles [médicos] criaram a Sociedade de medicina do Rio de Janeiro, em 1831, e em 1835 passa a ser Academia Imperial de Medicina sendo incluída no quadro das instituições do país. EUGÊNIO, Op. cit., p. 67

¹⁸⁹ “...com maior destaque, o ensino jurídico. Por motivos decorrentes tanto das exigências do momento (a organização do Estado depois da independência), quanto da tradição bacharelesca herdada de Portugal, foi no campo do direito, na busca da normatização da vida político-institucional do país, que se deram as maiores iniciativas intelectuais. A elaboração da constituição, em 1824, do Código criminal, de 1831, do Código de Processo Criminal, em 1832, do ato adicional a Constituição, em 1834, da lei de Interpretação do Ato adicional, em 1840, do Código comercial, em 1850, dão conta de um importante esforço legislador. [...] Mais do que isso, é possível afirmar que toda a vida político-cultural brasileira é filtrada pela cultura jurídica” PAULA, João Antônio de. O Processo Econômico. In: A Construção Nacional 1830-1889. José Murilo de Carvalho (org.). Rio de Janeiro, Editora Objetiva, 2012. p. 180.

Império” por este mesmo artigo se vê que nos achamos todos comprometidos no desempenho do trabalho confiado á Comissão, e que ella tem direito de reclamar a vossa cooperação sem deixar por isso de esforçar-se para se tornar digna da vossa confiança¹⁹⁰.

É somente quando se torna um bem de interesse público, e isso ocorre ao longo do século XIX com as mudanças que contribuíram para o fortalecimento do Estado¹⁹¹ e como consequência de suas instituições, é que a saúde passa a ter uma importância pública, no sentido de garantir tanto a ordem quanto a vida. Para Gilberto Hochman “a transformação da saúde em um bem público interage fortemente com a constituição de uma comunidade nacional e com a formação do Estado no Brasil¹⁹². Comunidade nacional no sentido das pessoas estarem unidas num só território e mesmo que separadas pelas distâncias ter a sensação de estarem todos muito próximos, portanto usufruindo de qualquer benefício que isso possa ocasionar e de qualquer malefício que por ventura atinja uma determinada localidade, como as epidemias, é o que o autor denominou de interdependência humana.

Conforme Hochman “... a saúde, ou a doença, é um dos melhores exemplos dos problemas da interdependência humana e de suas possíveis soluções”¹⁹³, porque através delas a uma reação em cadeia positiva ou negativa que atinge toda a sociedade, e no caso de doenças epidêmicas a situação é mais preocupante, exigindo maiores esforços com relação a recursos financeiros e estruturais para garantir a vida.

“A coletivização do bem estar e a formação do Estado são processos mais específicos de mudança e rearranjo nos elos da interdependência humana e de seus impactos, contidos em um curso mais geral e de longa duração”¹⁹⁴. Ou seja, o entendimento que essa interdependência não é algo que possa ser revertido, é inerente a vida em sociedade, a coletivização dos espaços assim como a coletivização dos serviços

¹⁹⁰ Semanário de saúde Pública, Rio de Janeiro, Ano: 1831, nº 115. Disponível <http://memoria.bn.br/hdb/periodico.aspx>.

¹⁹¹ “Em poucos anos, sucessivamente, foi promulgado um conjunto de leis e diretrizes que darão uma nova conformação ao Império. São leis, decretos e orientações onde vários autores viram um processo de intensa centralização política conseguida através de vários instrumentos: Interpretação do Ato Adicional (1840), reforma do Código de Processo Criminal (1840), reforma da Guarda Nacional (1850), início da reorganização do exército (1850)”. GARCIA, Domingos Sávio da Cunha. Mato Grosso (1850-1889) Uma província na fronteira do Império. Dissertação de Mestrado. Instituto de Economia –UNICAMP.São Paulo,2001. P. 21.

¹⁹² HOCHMAN, Gilberto. A era do saneamento. Editora Hucitec – São Paulo, 1998. p. 23

¹⁹³ Ibidem, p. 28

¹⁹⁴ Ibidem, p. 25

tornou aos poucos esse processo mais evidente e melhor compreendido. Especialmente com a intensa ocupação urbana proporcionada pela expansão da indústria, comércio e serviços.

A interdependência humana talvez tenha sido o fator primordial responsável pelo surgimento das instituições destinadas a caridade como as Misericórdias:

O crescimento da interdependência humana trouxe a ampliação e a intensificação dos efeitos externos da ação, ou da própria existência, de uns, pobres, sobre outros, ricos. A transição para uma sociedade urbana e industrial, ao potencializar problemas da dependência mútua, promoveu o abandono gradual tanto de soluções individuais – fugir do contato com os destituídos e/ou deixá-los ao sabor da sorte ou do mercado, por exemplo – quanto de soluções voluntárias – como as organizações filantrópicas, de caridade e auxílio-mútuo –, devido à sua ineficácia diante da extensão do problema¹⁹⁵

As instituições de caridade ou filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia se enquadram nesse cenário, em princípio necessitou da caridade para continuar a fazer caridade, não vemos como ineficaz a sua atuação como considera o autor, mas sim que diante de uma demanda cada vez maior e recursos cada vez mais diminutos a sua atuação deve ser considerada de grande importância, pois mesmo com recursos escassos garantia atendimento a uma parcela da população. E dentro dessa parcela da população não eram apenas os pobres, a quem a Santa Casa atendia, mas todos aqueles que dela necessitavam.

2.4 As principais enfermidades que atingiram a população da província de Mato Grosso.

Se as distâncias por si só não explicavam os diversos problemas enfrentados pela província de Mato Grosso, os fatores ambientais por si só não explicavam as doenças, e nem o número de mortos, embora essa tenha sido uma explicação recorrente nos relatórios de presidentes de províncias consultados:

Em quase todos os pontos habitados da Província, especialmente n'esta Capital, cujo clima, aliás apesar de quente, sempre passou por sadio, grassarão fortemente de Maio a Novembro do anno passado, sobre tudo em Setembro e Outubro, pleurizes¹⁹⁶, pulmonias e febres catharraes¹⁹⁷, que os facultativos

¹⁹⁵ Ibidem, p. 26

¹⁹⁶ “*Pleuris inflamação na membrana que envolve os pulmões, chamada pleura, com pontada e febre aguda; dor que dificulta a respiração*”. PORTO, Op. Cit., p. 114

atribuem á excessiva secca e aturado calor, que reinou, e ás súbitas e passageiras mudanças de temperatura produzidas pelo vento Sul ou Sudeste¹⁹⁸.

Em meados do século XIX na França ainda caminhavam os estudos sobre métodos de identificação de doenças nos mais diversos lugares do globo, buscando uma superação da teoria miasmática, e de respostas definidas apenas por justificativas climáticas. A Geografia médica¹⁹⁹, disciplina que se consolidou em meados do século XIX teve seu nascimento vinculado ao colonialismo europeu, e mesmo com todas as implicações que isso possa acarretar²⁰⁰, o que se pretendia era avançar em termos de diagnóstico:

A partir de meados dos anos 1860, começam a se difundir no seio da geografia médica os elementos que corroboravam a noção de que tanto os miasmas como os parasitas seriam a chave explicativa capaz de esclarecer a existência de raras doenças restritas a algumas localidades. Haveria, entretanto, grande reação à ideia essencialista de doença²⁰¹.

Nesse sentido na província de Mato Grosso existiam falhas nas condições físicas dos hospitais, que comprometiam seu funcionamento, justificadas pela falta de recursos. E deficiências nos diagnósticos, que comprometiam a saúde do paciente, justificadas pelo próprio estágio de desenvolvimento da profissão médica.

Em 1844 pairava no ar o medo das bexigas, a varíola, especialmente pela falta da medicação, a vacina que *“he quase desconhecido a Província, e que não tem sido possível fazer-se aqui desenvolver o pus secco, que vem em laminas do Rio de Janeiro*

¹⁹⁷ “Catarral (1) relativo a mucosas inflamadas com o sem o aumento de secreção. (2) bronquite aguda” PORTO, Op. Cit., p. 108

¹⁹⁸ APMT -Discurso recitado pelo Ex^o. Presidente da Província de Mato Grosso, Ricardo José Gomes Jardim, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial, em o 1º de março de 1845. Cuiabá, Typ. Provincial, 1845. p. 13

¹⁹⁹ “O primeiro tratado de geografia médica foi redigido por LeonhardLuwigFinke, em 1785. Vieram sucessivamente os de Friedrich Schnurrer (1813), Emil Insensee (1833), Berghaus (1838) Caspar F. Fuchs (1853), Adolf Muhry (1856) e August Hirsch (1859) Jean Christian Marc Boudim, com seu Essai de GéographieMédicale (1843) e depois com o erudito Traité de Géographieet de StatisqueMédicales et desMaladiesEndémiques (1857), inaugurou, na França, os estudos que pretendiam focalizar o homem doente nas suas relações com o globo terrestre, tendo em vista a constituição de uma carta nosográfica que abrangesse os limites do ecúmeno. A novidade estava menos na abrangência do tema – alguns manuais consagrados, tanto de higiene como de climatologia médica, já incluíam estudos relacionados as doenças com as regiões climáticas – do que no enfoque que reunia e reinterpretava diversos estudos parciais de topografia médica à luz do método estatístico” EDLER, Op. Cit., p. 57

²⁰⁰ “é evidente que as generalizações sobre a sociedade, a economia e os costumes não estão apenas condicionados a um olhar estrangeiro, mas ainda à inserção social do viajante, que ao mesmo tempo que o torna capaz de perceber contradições que muitos não vêem, os levam a traçar quadros amplos a partir de um único ou de uns poucos episódios. Até mesmo a natureza é capaz de enganá-los, por exemplo, com a sazonalidade que faz de uma única área árida ou excessivamente chuvosa, fria ou quente, com campos empoeirados ou verdejantes”LIMA, Op. Cit., p. 134

²⁰¹ EDLER, Op. Cit., p. 59

de da Europa²⁰². As febres eram muito *recorrentes* “especialmente n’esta Cidade durante a estação calmosa²⁰³. Alguns anos elas surgiam com menos intensidade, mas não deixavam de acometer a população:

felizmente não tornarão no decurso do anno findo, ao menos com a mesma intensidade, mas as cessões ou febres intermitentes têm continuado a atacar os moradores, e os destacamentos d’alguns Pontos militares e Povoados como Villa Maria, o Registro do Jaurú, Matto-grosso e o Diamantino²⁰⁴

Esses sintomas desde muito tempo vinham atingindo a população, Alexandre Rodrigues Ferreira naturalista, luso-brasileiro nascido na Bahia, em expedição científica pela região norte da América portuguesa entre 1783-1792, nos estados do Pará, sertões do Rio Negro, Mato Grosso e Cuiabá, registrou e anotou:

no extrato das “Enfermidades endêmicas da capitânia de Mato Grosso” uma extensão variada de tipos de “febres” e doenças que mais frequentemente acometiam a população local que havia visitado em sua viagem. Nesse escrito encontramos denominações de febres segundo uma classificação por suas “qualidades”, tais como as febres simples e contínuas, podres, ardentes ou podre-biliosas. Registrou também a presença da malária, ou febre palustre, terçã ou quartã entre os habitantes de Mato Grosso²⁰⁵.

A febre não era tida, como na atualidade, como apenas um sintoma, mas a própria doença, sua intensidade e recorrência é que determinava o tratamento, o mesmo naturalista:

considerou “próprias do país” as seguintes “febres”: a obstrução, a hidropisia, o escorbuto, a catarral, o pleuriz, a constipação, o tenesmo, as hemorróidas, a disenteria, a corrupção, a sarna, a impigem e o bório. Enfermidades endêmicas são as doenças infecciosas que ocorrem habitualmente e com incidência significativa em dada população e/ou região²⁰⁶

Diante desse cenário, aos poucos a necessidade de medidas profiláticas foram sendo consideradas essenciais à manutenção da vida, mesmo que isso implicasse na

²⁰² APMT - Discurso recitado pelo Ex^o. Presidente da Província de Mato Grosso, Ricardo José Gomes Jardim, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 10 de junho de 1846. Cuiabá, Typ. Provincial, 1846. p. 14

²⁰³ Ibidem, p. 14

²⁰⁴ Ibidem, p. 14

²⁰⁵ PORTO, Op. Cit., p. 127

²⁰⁶ Ibidem, p. 25 [**Obstrução**: Provocada por tumores duros. **Escorbuto**: Doença conhecida como ‘mal de Luanda’ e ‘mal das gengivas’ era provocada basicamente pela carência de vitamina C e pela salinidade dos ares marinhos. Além de inchar as gengivas [...] apresentavam inflamação dos joelhos e nas pernas, e forte dor no peito. **Catarral**: bronquite aguda. **Constipação**: doença que procede de opilação das veias e do mesentério; pode ocorrer por interrupção do trânsito fecal ou prisão de ventre; constipação nasal, resfriado, infecção das vias aéreas. **Tenesmo**: “sensação dolorosa na bexiga ou região anal, com desejo contínuo, mas quase inútil, de urinar ou evacuar. **Bório**: aumento da glândula tireóide com cronicidade] Ver: PORTO, Op. Cit., p. 107 a 116.

modificação de certos hábitos e costumes validados pela Igreja²⁰⁷ como os enterramentos dentro dos templos:

Referindo-me ás providencias que indiquei o anno passado para tornar as Povoações mais salubres, e evitar até certo ponto as doenças endêmicas, devo dizer que huma d'essas providencias, o estabelecimento dos cemitérios, sobre ser determinada pela Lei de 1º de Outubro de 1828, acha-se mui judiciosamente prescripta pela Lei Provincial nº 21 de 1835; mas exige para ser levada a efeito, em primeiro lugar que cada huma das Camaras seja habilitada com os precisos meios pecuniários para haver e cercar o terreno apropriado a este fim, e para fazer construir no interior a necessária Capella, e depois que se jão effectivam enteproibidos, com as excepções que forem convenientes, os enterros nas Igrejas [...]²⁰⁸.

Temos nesse momento tentativas iniciais da aplicação de medidas profiláticas, mas as intervenções ainda são mínimas. Por parte dos médicos reunidos em torno da Academia Imperial de Medicina a primeira metade do século XIX foi um momento de identificação das doenças, causas e suas incidências:

Outras endemias constatadas por aquele corpo de profissionais seriam o reumatismo, a erisipela, o piã, a hidrocele, a lepra, as hemorroidas, a hipoemia intertropical, a elefantíase dos árabes e a hematoquilúria. Ao lado dessas endemias, algumas epidemias tinham orientado os debates nas suas sessões semanais: a gripe, a sífilis, as bexigas, as doenças do fígado, do coração e da pele, o sarampo, a escarlatina, as febres tifoides, o tétano e o escorbuto. A avaliação dos acadêmicos era a de que o país ostentava uma boa condição de salubridade²⁰⁹.

Os casos de enfermidade que atingiam a província de Cuiabá eram principalmente agravados: devido ao lixo sem destinação adequada, regularização dos matadouros, a falta de água potável²¹⁰, a escassez de medicamentos entre outros:

²⁰⁷ “A população da cidade de Cuiabá, desde a sua fundação no século XVIII até a década de 60 do século XIX, efetuou o enterramento de seus mortos no interior dos templos religiosos, locais onde professavam sua fé e realizavam os primeiros rituais de vida e de morte. Era ali que os cuiabanos recebiam o batismo, se uniam em matrimônio e, depois de suas mortes, recebiam a extrema-unção e ali mesmo eram enterrados, apesar de haver, desde 1828, explícita proibição de enterramentos no interior dos templos. Mas como em outras cidades do Império, a lei proibindo os enterramentos não ‘pegou’, e os sepultamentos só passaram a ser efetuados nos cemitérios de Cuiabá na segunda metade do século XIX, quando a morte se defronta violentamente com os vivos, pois a cidade se depara com uma grande crise de abastecimento e, em consequência, com a fome, além da Guerra do Paraguai e a variola” ROCHA, Op.Cit., p 134.

²⁰⁸ Relatório de 1846, Op. cit., p. 14,15

²⁰⁹ EDLER, Op. Cit., p. 156

²¹⁰ “A localização de Cuiabá fora definida em função da mineração. Sendo esta a preocupação central, outras questões importantes foram desprezadas, entre as quais o suprimento de água do povoamento que surgia. O rápido crescimento da população seus primeiros tempos já fez notar as dificuldades que poderiam advir da falta desse elemento: desde o século XVIII, ficou patente a necessidade de se buscarem medidas que pudessem resolver o problema de abastecimento de água de Cuiabá. VOLPATO, Op. Cit., p. 31

Achando se a Botica da Santa Casa sem medicamentos encomendou-se para a Corte um sortimento de drogas e remédios, que chegou a esta Capital no dia 11 de abril próximo passado, sendo suficiente esse sortimento não só para se pagar os medicamentos pedidos por empréstimo ao Hospital militar, como para o consumo da Santa Casa, e mesmo para se vender ao publico a fim de obter-se algum rendimento²¹¹.

Fica evidenciado que são problemas que sem uma intervenção efetiva por parte da administração pública, seria impossível da população tomar as medidas necessárias, sendo mais do que preciso um suporte do Estado.

Uma parte vulnerável da população desprovida de qualquer tipo de assistência era a população escrava. A legislação escravista constituída de um aparato jurídico garantia a legitimação de sua exploração como também o considerava como coisa, assim seria destituída de qualquer tipo de vontade ou necessidade, devendo obediência a seu senhor. O escravo, buscando tornar sua vivência menos penosa, é obrigado a resolver questões do dia a dia²¹², como pequenas enfermidades, com conhecimentos sobre raízes e plantas. De uma maneira geral eram os escravos que cuidavam de outros escravos.

As alterações no trato dos escravos passam a ocorrer após a proibição da importação de africanos para o Império, a partir de 1850 onde a melhoria na qualidade de vida se torna essencial, entre outros motivos para incentivar a reprodução biológica natural:

Após 1850 há indícios de que essa situação tendeu a mudar. Um deles é a descoberta de propriedades rurais (em grandes fazendas produtoras de café) e empreendimentos urbanos (como a mina de Morro Velho), que concentravam grande escravaria, e cujos proprietários investiram em enfermarias, farmácias, manuais de medicina prática, contratação de médicos e na reprodução natural da mão de obra servil²¹³.

As principais doenças que atingiam os escravos eram em geral as mesmas em todo país variando apenas a sua incidência relacionada a peculiaridades regionais:

...as feridas e contusões, as doenças pulmonares, as doenças gastrointestinais, as doenças venéreas, as verminoses, diversas dermatoses e as mais variadas febres (na época muitas doenças infecciosas eram consideradas febres, como o tifo e o tétano). Desse grupo destacam-se como as mais mortíferas: bronquite,

²¹¹ O Mato Grosso, 17 de Julho de 1864, Ano II. N. 28, p. 4

²¹² VOLPATO, Op.Cit., p 119

²¹³ EUGÊNIO, Alisson. A saúde dos escravos em Minas Gerais após a abolição da importação de africanos. *Histórica*. Revista online do arquivo público de Estado de São Paulo. Ano 10, nº 61, Maio 2014.

pneumonia, diarreia, disenteria, hidropsias e tétano (esta última atacava em grande número as crianças recém-nascidas, devido ao pouco cuidado com a assepsia durante e depois do corte do cordão umbilical; era chamada de “mal dos sete dias”)²¹⁴

Além disso, as causas de morte eram agravadas pelas más condições que aos escravos eram impostas: alimentação inadequada, vestimenta insuficiente, moradia precária, excessivas jornadas de trabalho e falta de cuidado com os enfermos.

Em Cuiabá diante do medo do contágio da varíola pela população, foi orientado em 1841, pelo então presidente de província José da Silva Guimarães, aos senhores vacinarem todos os seus familiares bem como os seus escravos²¹⁵. O que demonstra mesmo indiretamente uma preocupação com a população escrava.

Durante a epidemia da varíola que atingiu Cuiabá em 1867 foi dizimados 24,03 % da população escrava, de qualquer forma um número bem menor do que a população livre 74,46%²¹⁶. A escravidão era defendida por se considerar que o país não sobreviveria sem a mão de obra escrava, e principalmente por considerar o negro uma raça com uma resistência natural para o trabalho forçado nas lavouras:

O fato é que muitos dos defensores da permanência desse tipo de atividade comercial se apoiavam no argumento de que ela era necessária para evitar a decadência da agricultura. Por que, como havia justificado o ministro José Anselmo Correa Henriques em 1816, ninguém poderia aturar os intensos calores do sol e fazer o trabalho que fazem a gente de cor preta²¹⁷.

As epidemias de cólera em 1856, e de varíola, em 1867, pela quantidade de pessoas que vitimaram, obrigaram uma mudança na administração pública evitar a contaminação significa evitar a morte.

A contaminação da varíola se espalhou por Cuiabá, devido aos soldados, já contaminados com o vírus, oriundos de Corumbá, por ocasião da Guerra com o Paraguai, a primeira morte por varíola registrada em Cuiabá foi de um militar, atendido no Hospital Militar, no momento, já era proposta a quarentena, com o objetivo de impedir que outros doentes ameaçassem a população²¹⁸

²¹⁴ Ibidem.

²¹⁵ VILELA, Marlene Menezes. Quando o dedo de Deus apontou a nossa província ao anjo da morte: A ocasião da varíola em Cuiabá (1867). Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em História-UFMT, 2001. p. 50

²¹⁶ Ibidem, p. 85

²¹⁷ EUGÊNIO, Op. Cit., p. 180

²¹⁸ VILELA, Op. Cit., p. 75

Como nenhuma medida profilática foi tomada, até mesmo porque em um ambiente de guerra, isolar soldados com suspeita de contaminação pelo vírus, seria um risco à guarnição das fronteiras e possivelmente foi pensando assim que o Comandante Hermenegildo Porto Carrero, a época comandante Interino das Armas em Mato Grosso, encaminhou um parecer da Junta Militar de saúde formada por três médicos, Dr. Francisco Antônio de Azevedo, Dormevil José dos Santos Malhado e João Adolpho Josetti,²¹⁹ ao presidente da província. No parecer expressou que não havia a necessidade de uma quarentena, uma vez que considerava a própria viagem uma quarentena.

O presidente da província, a quem cabia à decisão, não decretou o isolamento. Assim, os soldados continuaram o regresso e entraram em Cuiabá, transformando-a em uma cidade epidêmica²²⁰ e se abriu as portas da cidade para o surto de varíola ocorrido em 1867. É somente depois de vários casos da doença sendo confirmados que as autoridades decidem pelo isolamento, agora da própria cidade e determinam que só adentre a região militares vacinados²²¹.

A vacina antivariólica foi a primeira iniciativa bem sucedida no controle das doenças infecciosas, algumas das quais causaram aos homens e ainda causam devastações e sofrimentos. Até sua erradicação na década de 70 do século XIX, a varíola foi uma dessas doenças e destacou-se no quadro epidemiológico, tanto pela quantidade de vítimas como pelas marcas físicas e sociais²²².

A doença transmissível (ou considerada como tal), em uma sociedade que se torna mais complexa, é um objeto privilegiado, uma vez que expõe as fronteiras entre Poder Público e privado, e poder central e local²²³. As doenças transmissíveis, as epidemias, forçaram as autoridades ligadas a saúde a se organizarem, de modo a combatê-las, não que isso não fosse ocorrer ao longo do tempo, mas sem dúvida o medo do contágio acelerou esse processo dentro dos órgãos responsáveis. É a ciência que passa a ter o controle, não mais os castigos divinos, ou o determinismo ambiental que condena lugares e populações inteiras, isso ocorre é claro com uma valorização da profissão médica.

As políticas de proteção social foram surgindo a medida que a infraestrutura do Estado avança. A criação de políticas sociais é uma iniciativa da elite, primeiro por

²¹⁹ Ibidem, p. 75

²²⁰ Ibidem, p. 76

²²¹ Ibidem, p. 76

²²² Ibidem, p. 46

²²³ HOCHMAN, Op. Cit., p. 38

estarem local privilegiado o que possibilitou trazer para debate dentro de seus círculos a questão da saúde pública, além de deterem o controle financeiro dos recursos que poderiam ser empregados, e depois não menos importante o fato de estarem protegendo seus pares, intervindo na proteção social.

Todas as ações implementadas pelo Estado são realizadas ou não, considerando o custo/ benefício.

A avaliação e decisão no sentido da coletivização estaria condicionada pela regra que organiza a decisão e pelo conteúdo do que seria nacionalizado. *Regra* e conteúdo garantiriam a negociação, com aceitação ou veto, das unidades que considerassem os custos da estatização superiores aos custos externos e aos seus benefícios²²⁴.

Nesse sentido, a questão econômica, nesse caso, parece ter sempre ocupado o primeiro lugar. E isso certamente atingia a população mais pobre que necessitava de maiores investimentos não somente em saúde, mas em todas as áreas inerentes a sua sobrevivência.

2.5 As dificuldades enfrentadas pela Santa Casa de Misericórdia em Mato Grosso

Reiteramos que as análises feitas nesse capítulo compreendem ao período de 1817, ano de fundação Misericórdia em Cuiabá, até 1880, por questões de ordem documental, uma vez que referente ao início do século XX existe um maior número de documentos que irão demonstrar no capítulo terceiro, um pouco do dia a dia dentro da instituição, acompanhado das mudanças que surgiram nas questões sanitárias com o advento da República.

Fundada por obra da caridade, a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá dependia quase que totalmente da mesma caridade para continuar a prestar seus serviços. A caridade também se estendia a sua administração que nos primeiros anos era composta por: Presidente da Província na qualidade de diretor geral, um inspetor, um tesoureiro que também exercia a atividade de procurador geral, um escrivão, para registrar as receitas e despesas, e que também acumulava a função de enfermeiro, e de um advogado fiscal. Com exceção do escrivão todos prestavam seus serviços sem qualquer remuneração²²⁵. Não havia estatutos que regessem o funcionamento do hospital, pois

²²⁴ HOCHMAN, Op. Cit., p. 42

²²⁵ Relatório de 1835, Op. Cit., p. 05,06.

ainda não havia sido elaborado o Compromisso, comum a esse tipo de irmandade, o que viria a ocorrer somente em 12 de novembro de 1879²²⁶.

Diante das dificuldades enfrentadas, em relatório o presidente de província Pimenta Bueno em 1839, solicita para que seja feita uma revisão nas instruções dadas na Carta Régia de 1814, no que se refere a cobrança dos juros do capital do testador Manoel Fernandes Guimarães, o presidente em questão afirma que as instruções foram muito boas para aqueles tempos, mas que já não serviam mais diante do sistema a que eram regidos²²⁷.

Um dos benefícios oferecidos pela Misericórdia de Cuiabá, a exemplo de suas congêneres pelo Brasil, era o acolhimento de crianças filhas de mães solteiras, esse serviço em Mato Grosso foi muito pouco utilizado. Interessante notarmos que mesmo com a escassez de recursos havia um esforço para que determinados serviços historicamente oferecidos pelas Misericórdias existissem também na de Cuiabá. De qualquer modo como já mencionamos um número muito pequeno de crianças foi deixado aos cuidados da Santa Casa de Cuiabá, através da roda dos expostos, e também a falta de condições estruturais não permitiria grande número de crianças sob sua tutela, faltava cômodos necessários²²⁸. As obras de ampliação do hospital eram constantemente paralisadas por falta de recursos, a construção de um novo cômodo ou uma simples reforma, não tinha data para ser concluída.

Com relação a origem das crianças entregues a Misericórdia, “ao que parece, a Roda acolhia crianças abandonadas por vários motivos: pobreza, morte dos pais, doenças, ilegitimidade, etc.”,²²⁹ a confiança nas Misericórdias também envolvia uma questão espiritual “os familiares estavam muito mais preocupados em proteger o futuro espiritual dos pequeninos do que justificar o próprio gesto”²³⁰.

²²⁶Principais objetivos do Compromisso da Irmandade de Misericórdia de Cuiabá: “1º- Praticar obras de caridade. 2º Prestar devoto culto a Mãe de Deus, sob a invocação da Imaculada Conceição, padroeira desde hospital. 3º Dar sepulturas aos corpos dos irmãos falecidos, de suas mulheres, viúvas ou filhos que faleçam sob seu poder. 4º Socorrer aos irmãos enfermos, que necessitarem dos auxílios da irmandade; acolhendo-os em seus hospitais ou ministrando-lhes socorro em suas casas, se nisso acordar o provedor. 5º Receber nos hospitais indistintamente todos os pobres enfermos, tratando-os e dando-lhes mortalha e sepulturas, quando faleçam. 6º Exercitar o maior número de obras de caridade que as circunstâncias da irmandade permitirem”. ROCHA, Op. Cit., p. 151.

²²⁷ Relatório de 1839, Op. cit., p. 59

²²⁸ Ibidem, p. 59

²²⁹Venâncio, Renato. Entre dois Impérios: a Santa Casa da Misericórdia e as “Rodas dos expostos” no Brasil. In: As misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal-Brasil (séculos XV-XX). – Cuiabá, MT: Carlini&Caniato, 2009. p. 125.

²³⁰Ibidem, p. 125.

Lembramos que a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, como suas congêneres, foi fundada sob a condição de que pudesse se manter. Ao longo do tempo o hospital lutou por manter seus serviços pioneiros. Um quadro das despesas do hospital de 1862 nos ajuda a ter uma ideia do quão amplo eram seus atendimentos:

- 1- Dieta aos enfermos, rações dos menores, dos Empregados e dos escravos ... 6:000\$000
- 2-Vestuario para os menores e morpheticos, e roupas para as Enfermarias . . .600\$000
- 3- Ordenados dos Empregados, inclusive o aumento de80\$000.
- 4-Exequiasao testador Manoel Fernandes Guimarães, e guisamento para as capelas .. 60\$000
- 5- Compras de medicamentos para montar-se a Botica para o uso das Enfermarias desde já ... 24000\$000
- 6-Concertos e reparos dos predios . . . 400\$000
- 7-Utensilios para as Enfermarias mortallas, enterramento de corpos e eventuais 600\$000
- 8- Pagamento ao ex Provedor João Alves Ferreira, credor mutuante, desde já,.. 1:043\$767
- 9- Dito de ordenados aos Empregados que ainda estão em divida . . . 3:126\$416²³¹.

Algumas outras obrigações foram surgindo, como ministrar socorro aos irmãos necessitados era uma de suas funções, novas despesas não poderiam deixar de serem honradas como o fornecimento de “rações de mantimento ao Dr. Augusto Muller, médico da santa casa, e ao octogenário Manoel Antônio Martins, que em outro tempo bem servira por bastantes anos de guarda-mor do hospital de S. João dos Lázaros, e ora acha-se reduzido a suma necessidade²³².

Nem todos os compromissos conseguiam ser honrados dentro do prazo a exemplo do ex-enfermeiro Severiano Catharino Monteiro, que pedia através de requerimento o pagamento da quantia de 210\$000 reis, que a Santa Casa o devia em ordenados vencidos nos anos anteriores²³³. Antônio Carlos Pereira e Benedicta Maria do Espírito Santo eram ex- empregados da Santa Casa, buscando solucionar o problema

²³¹ APMT- A Imprensa de Cuyabá, 09 de Julho de 1862, Anno IV, N. 234, p. 1

²³² APMT- A Gazeta Cuyabana, 12 de Fevereiro de 1848, N. 7, p. 3

²³³ APMT- O Matto- Grosso, Cuyaba 1863, Ano 1. N. 24, p. 1

dos salários devidos e possivelmente compreendendo as dificuldades enfrentadas pelo hospital, cederam em benefício da mesma Santa Casa metade dos ditos vencimentos com a condição de se lhes mandar pagar outra metade. O mesmo fez o Dr. João Adolpho Josetti que cedeu parte do que deveria receber²³⁴, assim ficou determinado para que sejam pagos pela quantia que a Santa Casa tem no Banco Rural e Hypothecario o pagamento desses e de outros credores que também concordarem em ceder parte dos valores a que teriam direito²³⁵.

Quando as despesas ultrapassavam os valores recebidos essa era umas das justificativas quanto a solicitação de recursos financeiros, tão caros aquele hospital. Mesmo havendo um compromisso entre os irmãos de sustentar as irmandades, nem sempre isso era possível devido ao leque muito amplo de serviços oferecidos:

Os irmãos tinham a obrigação de sustentar as irmandades, pagando joias de entrada, anuidades, esmolas, loterias, rendas de propriedades e legados em testamentos. Na irmandade da Santa Casa em Cuiabá, essas práticas eram comuns, além de rendas provenientes de juros de capital e de apólices e auxílio do governo da Província, definidos como subvenções [...]. Esses recursos, conforme definido pela Provedoria da Santa Casa, costumavam custear, além das despesas citadas, a construção, reforma e manutenção de igrejas, asilos, hospitais e cemitérios; a compra de objetos de culto e de utensílios diversos para as enfermarias; sustento aos presos pobres e a folha de pagamento de religiosos e funcionários, além de fornecimento de vestuário aos morféuticos e escravos sob sua responsabilidade e de mortalhas para enterramento dos pobres²³⁶.

Doações eram feitas pela população de forma a contribuir com as despesas e minimizar as dificuldades, além de disseminar o espírito de solidariedade, algumas foram avultados valores deixados em testamentos, imóveis, joias, escravos, e objetos de valor doados em vida a exemplo da senhora Idalina Nunes da Cunha Gonçalves, esposa do Sr. Capitão tenente Eduardo Frederico Mounier Gonçalves, residentes na Capital Federal que doou a Santa Casa: uma coroa de prata dourada cravejada de pedras finas com as insígnias do Divino Espírito Santo, um cetro de prata, uma almofada de veludo que seriam colocadas no altar do referido estabelecimento²³⁷. Além de também ter doado cortinas de damasco de seda carmesim, 24 guardanapos adamascados, 24 toalhas

²³⁴“Um requerimento do Dr. João Adolpho Josetti, ex- médico da Santa Casa de Misericórdia d’esta Cidade, reclamando a quantia de 1:450\$000 reis, ordenado e gratificações de trinta mezes, que servio na mencionada Santa Casa de Misericórdia, de julho de 1860 á dezembro de 1862, pelo estipendio de 400\$00 reis por anno, de ordenado, e 480\$000 annual de gratificação, como encarregado da botica. – A Commissão de Estabelecimentos Pios” APMT -O Matto- Grosso, 17 de Julho de 1864 Ano II. N. 28, p. 1

²³⁵ APMT- O Matto- Grosso, 31 de Julho de 1864, Ano II. N. 30, p. 2

²³⁶ ROCHA, Op. Cit., p. 142.

²³⁷ APMT - Jornal A GAZETA (Estado de Matto Grosso) Cuyaba, 26 de Março de 1890. Ano II, Num. 24, p. 4

para cozinha, 12 lençãos grandes de linho, 4 grandes cobertores de lã encorpados, 6 toalhas de rosto e 12 camisas de morim para mulher²³⁸.

Para Paul Ricoeur o ato de dar alguma coisa sempre sugere uma troca, que em geral é o reconhecimento do próprio doador. Dar em troca é fazer retornar ao doador a força contida no dom²³⁹. Nesse sentido as pessoas mais abastadas pertencente a elite local, não raramente eram acometidas por esse gesto que em troca lhes trazia um reconhecimento simbólico:

A coisa dada, seja qual ela for – as pérolas ou as trocas matrimoniais, não importa qual possa ser o presente, o dom, o regalo – nada disso substitui o reconhecimento tácito. É o doador que se dá a si mesmo em troca no que foi dado e ao mesmo tempo o que foi dado é a garantia de restituição. O funcionamento do dom em realidade não está na coisa dada, mas na relação doador-recebido, a saber, há um reconhecimento tácito simbolicamente figurado pelo dom²⁴⁰.

De um modo geral eram as pessoas ilustres da província que mais colaboravam com doações de toda a espécie, o que não ocorria por acaso, “não somente por serem as pessoas que desejavam ser reconhecidas como benfeitoras da região, mas também por serem as que mais tinham condições de abrir mão de parte do que era de sua propriedade ou de seu direito em prol de uma causa pública”²⁴¹.

Todas as doações eram aceitas:

Sendo já grande o clamor publico relativamente ao atravessio, consta-nos que o SrDr, Chefe de Policia mandara algumas praças ao porto na manhã de 3 do corrente afim de obstar os atravessadores. Forão tomadas e remetidas ao hospital da santa casa de misericordia 11 cambadas de peixe. A apreensão que podia ser em maior escala, e cair na malha policial mais alguns atravessadores limitou-se por falta de segredo na ordem; pois segundo as informações que tivemos, já na noite antecedente disso se falava, e servia de objeto de discussão...²⁴²

No dia 3 chegou preso, e foi recolhido na Cadea, o escravo José, pertencente a Emerenianna Maria de Jesus, que foi capturado nas partes do ribeirão denominado- Quilombo por Manoel Pereira Pinto, e foi tomado, e entregue ao

²³⁸ Ibidem, p. 04.

²³⁹ RICOEUR, Paul. A luta pelo reconhecimento e a economia do dom. Tradução do original francês por Cláudio Reichert do Nascimento e Noeli Dutra Rossato. *ethic@ - Florianópolis* v. 9, n. 2 p. 357 - 367 Dez. 2010, p. 08.

²⁴⁰ Ibidem, p. 08

²⁴¹ SENA, Ernesto Cerveira de. Entre anarquizadores e pessoas de costumes – A dinâmica política e o ideário civilizatório em Mato Grosso (1834-1870). Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, UnB, 2006. P. 280.

²⁴² APMT- A Imprensa de Cuyabá, 7 de Agosto de 1859, Ano I, N. 3, p. 3

Provedor da Santa Casa da Misericórdia, todo o peixe achado nas canôas dos atravessadores José Rodrigues, e Manoel Joaquim, e de um escravo do Alferes Porfirio Gomes de Mello, sendo preso o dito Manoel Joaquim, e recolhido na Cadeia por ter recusado fazer entrega do peixe atravessado²⁴³.

Devido à falta de condições físicas as instalações da Misericórdia receberam durante o século XIX um número muito pequeno de doentes, “*o número destes não excede a 20, são 16 tratados no Hospital, e 4 em suas casas por falta de comodo no Edifício*”²⁴⁴. A falta de cômodos para servir de leito, obrigava os pacientes a serem tratados em casa. Isso sem dúvida contribuía para deixar os doentes mais próximos das práticas de cura não oficiais.

Consertar muros, construir a sala destinada para os convalescentes, construir os cômodos para abrigar aos alienados, reconstruir um sobrado anexo ao hospital que se achava em ruínas, além de algumas questões religiosas não menos importantes à época também precisavam ser definidas como a nomeação de um Capelão para garantir aos enfermos os socorros espirituais²⁴⁵.

Outra solução encontrada para suprir a falta de recursos seria pela aquisição de uma botica, a ser instalada na Misericórdia de Cuiabá, pois comprando os medicamentos diretamente em beira-mar, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, além de conseguir um melhor preço, o objetivo era também poder revendê-los ao grande público e até mesmo para os hospitais militares da província²⁴⁶. O prazo recomendado para o consumo desses medicamentos era de dois anos. Mas ao que consta na documentação ao longo do século XIX é que a falta de medicamentos sempre foi uma constante, não supria nem ao menos as necessidades da Santa Casa.

Era muito comum a Santa Casa fornecer, ou dar prioridade ao fornecimento de medicamentos ao hospital militar, quando isso era possível, pois a mesma recorria a ele

²⁴³ APMT- A Imprensa de Cuiabá, 14 de Agosto de 1859, Ano I, N. 3, p. 3

²⁴⁴ Relatório de 1840, Op. Cit., p. 40.

²⁴⁵ Relatório de 1846, Op. Cit., p. 19

²⁴⁶ Fala dirigida pelo Exmº senhor doutor João Cipriano Soares, atual presidente da província de Mato Grosso á respectiva Assembleia Legislativa no ato de sua instalação em 3 de maio de 1847. Cuiabá, Typ. Provincial, 1847. P. 23

quando se achava sem medicamentos, havendo então uma reciprocidade entre eles que acabava por deixar de fora qualquer outro particular que necessitasse²⁴⁷.

Idealizada no início de 1847, passado um ano depois, a projeto da botica continuava no papel, e a população padecia com a falta de medicamentos, entre o pedido feito pela Santa Casa a aprovação do Governo provincial e a chegada desses medicamentos passavam-se de três a quatro meses, a esse quadro somava-se a falta de um boticário no estabelecimento, que outrora o pedido feito ainda não havia sido ocupado o cargo²⁴⁸.

Outro detalhe importante é o grande número de mortos mencionados nos primeiros relatórios de presidente de província na Santa Casa de Misericórdia:

Período	Doentes	Faleceram
1840	83	11
1845	61	19
1846	40	11
1864	149	37

Fonte: Relatórios de Presidente de Província de Mato Grosso.

Nota-se que é somente nos primeiros relatórios de 1840 a 1864 que é feita a menção ao número de mortos, que pode vir a ser muito maior, pois temos aqui a informação oficial, e devemos considerar que se haviam pessoas que se tratavam em suas casas e obtinham a cura, também havia pessoas que vieram a óbito. A lacuna entre os anos de 1847 a 1867, procura encobrir o período que houve o maior número de mortos, em decorrência das epidemias. A época da varíola e períodos posteriores somente é mencionada o número de pessoas vacinadas:

Os inspetores de saúde, embora iniciassem seus relatórios afirmando que o quadro sanitário da Província era geralmente bom, que se mantinha inalterado de um ano para outro, imediatamente anunciavam uma variedade de doenças que apareciam constantemente e que afetavam a população de um modo geral, como as disenterias, as febres intermitentes, as bronquites e o sarampo, dentre outras. Paralelamente a essas enfermidades, no decorrer do século XIX, a

²⁴⁷Relatório do presidente da província de Mato Grosso, o major doutor Joaquim José de Oliveira, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1849. Rio de Janeiro, Typ. Imp. e Const. de J. Villeneuve e Comp., 1850. p. 12

²⁴⁸Discurso recitado pelo Exm^o. vice-presidente de Mato Grosso, Manoel Alves Ribeiro, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1848. Cuyabá, Typ. Provincial, 1848. p. 12

Província foi surpreendida diversas vezes por surtos epidêmicos, com destaque para a febre amarela, a varíola e a cólera²⁴⁹.

A abertura da navegação pelo rio Paraguai em 1858, permitiu um avanço econômico e a vinda de militares também fez crescer o quadro de pessoas atendidas pela Santa Casa:

O período que vai de 1850 a 1864, na província de Mato Grosso marca o início de uma nova fase econômica, com o desenvolvimento do comércio e da pecuária. Acreditamos que o fator mais importante que permite o avanço econômico da província foi a abertura da navegação do rio Paraguai, em 1858. Esse foi o fator que determina os demais, abrindo a via para a forte penetração do capital mercantil que vai se desenvolver a partir da vila de Corumbá. Também permitirá o desenvolvimento de instalações militares que ajudarão a drenar para a província recursos que ela não possuía e que alimentará o seu setor comercial²⁵⁰.

Mesmo com um aumento do fluxo de pessoas e atividades comerciais a Santa Casa de Misericórdia tentava sobreviver com recursos diminutos diante de novas necessidades.

Nota-se que exatamente entre o período de 1847 a 1867, onde as informações sobre o número de mortos se extinguem, foi instituída a Junta Central de Higiene Pública “que fora criada pela lei nº 598, de 14 de setembro de 1850 por votação e aprovação da Assembleia Geral. Em 1851 o seu regulamento foi apresentado pelo decreto de nº 858²⁵¹. A atuação desse órgão no que se refere “as atividades administrativas e reguladoras relacionadas ao controle das doenças transmissíveis, a atuação da Junta se ateve a combater principalmente a febre-amarela e a varíola”²⁵². Ao se criar tal órgão buscava-se uma unidade administrativa, um consenso das informações e, sobretudo, das medidas adotadas em todo território nacional.

Entre as atribuições da Junta Central de Higiene estavam: conceder as licenças para o funcionamento das boticas no Império, regular o exercício da medicina, realizar

²⁴⁹ CAVALCANTE, Else Dias de Araújo. A sífilis em Cuiabá: saber médico, profilaxia e discurso moral (1870-1890) / Else Dias de Araújo Cavalcante. – 2003. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, 2003. p. 64

²⁵⁰ GARCIA, Op. cit., p. 59

²⁵¹ ALVES, Mariana da Hora. Junta Central de Higiene Pública: ações, estigmas e conflitos sociais (1850-1889) Anais do XV encontro nacional de história da ANPUH-Rio . UFERJ. 2012.p.2 . Disponível em: http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1338251328_ARQUIVO_AlvesMariana_ResumoArtigoANPUH2012_2_.pdf.

²⁵² Ibidem, p. 4

as visitas sanitárias as cidades e seus estabelecimentos relacionados ao asseio e a saúde pública entre outros.

O caráter do órgão não era punitivo e sim preventivo. O que se buscava era disciplinar a população, através das atividades de fiscalização, indagar junto as províncias quais as suas maiores necessidades. No entanto entre o que foi deliberado em regulamento e as condições estruturais das províncias para cumprir o que fora determinado havia discrepâncias. Vejamos um parágrafo do regulamento sobre as questões sanitárias:

Art. 48. Inspeccionarão com o maior escrupulo as substancias alimentares expostas á venda; visitarão todos os annos, huma vez pelo menos e em epocas incertas, as boticas quer de particulares, quer de Corporações, as drogarias, armazens de mantimentos casas de pasto, botequins, mercados publicos, confeitarias açougues, hospitaes, collegios, cadêas, aqueductos, cemeterios, officinas, laboratorios, ou fabricas, em que se manipulem remedios ou quaesquer outras substancias que servem para a, alimentação e podem prejudicar a saude; e em geral todos os lugares donde possa provir damno á Saude Publica, ou pelas substancias que se frabricão ou pelos trabalhos que se operão, devendo preceder as convenientes participações ás respectivas Autoridades, quando se trate de Estabelecimentos publicos²⁵³

Em consulta à documentação oficial da província de Mato Grosso referente ao ano de 1854 nota-se mais uma solicitação de melhorias nas condições de higiene pública:

Entretanto não deve ser tal a confiança na salubridade do clima que se julguem dispensáveis as providenciais hygienicas, que forão indicadas em diversos Relatórios dos meus antecessores na Presidencia: como seão o estabelecimento de Cemiterios, afim de por termo aos enterramentos nas Igrejas, o dessecamento ou esgotamento dos depósitos de agoas estagnadas na vizinhança das povoações, medidas policiaes para a limpeza e asseio destas etc. [...] **Cumpre sobre tudo que nos acautelemos contra o contagio das bexigas**, que por vezes tem feito grandes estragos nas limítrofes Republicas do Paraguay e de Bolivia. Infelizmente achamo-nos na actualidade destituídos do preservativo contra esta terrível moléstia, por ter se acabado a vaccina que se transmitia de braço a braço, pelos motivos que declarei no ultimo Relatorio. O pus, que recebemos do Rio de Janeiro, quase sempre chega inservível ainda há pouco forão me remetidos 24 pares delaminas e 12 tubos capilares que nenhum efeito produzirão. Tenho dirigido ao Sr. Ministro do Império instantes pedidos para

²⁵³ Decreto nº 828, de 29 de Setembro de 1851. Manda executar o regulamento da Junta de Higiene Pública. Cap.04, Art. 48. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>.

que se digne ordenar a continuação de taes remessas até que se possa obter hum resultado favorável[...]²⁵⁴.

A solicitação foi realizada treze anos antes da epidemia de varíola atingir a província de Mato Grosso. Um único caso isoladamente não poderia ser universalizado desmerecendo a atuação da Junta Central de higiene, porém diante do grande número de mortos, já mencionado, torna-se no mínimo questionável a sua atuação. Para Flavio Edler:

...a criação de uma Junta Central de Higiene Pública, em 1850, não representou o ápice do poder político dos higienistas brasileiros, como querem alguns historiadores. Além de esvaziar o poder da Academia Imperial de Medicina, a criação daquele órgão subordinou as ações oficiais no campo da saúde pública e polícia médica à pauta política e administrativa mais geral, o que gerou queixas e lamúrias por parte dos acadêmicos e da imprensa médica independente, na Corte da Bahia, que ecoaram até as reformas da década de 1880²⁵⁵.

Outra inconformidade com a realidade, especialmente a realidade da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, é o artigo 66 do regulamento da Junta Central de Higiene, referente as visitas sanitárias:

Art. 66. Nas visitas ás boticas se examinará mais se estão sufficientemente providas de remedios; se não estiverem serão mandadas fechar, lavrando-se termo com especificação de todas as faltas, e só se tornarão a abrir depois de novo exame. Desta decisão quando proferida pelas Commissões ou Provedores haverá recurso para a Junta Central.²⁵⁶

Como vimos anteriormente, a falta de medicamentos na Santa Casa era constante, o que fazia com que se recorresse ao hospital militar não raras vezes; a demora entre o pedido e a chegada dos medicamentos era outro problema a ser enfrentado. Depois de instalada a botica²⁵⁷, outro problema era a falta de um boticário

²⁵⁴ APMT- Relatório do presidente da província de Mato Grosso, o capitão de mar o guerra Augusto Leverger, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1854. Cuiabá, Typ. do Echo Cuiabano, 1854. p. 36. Grifos meu.

²⁵⁵ EDLER, Op. Cit., p. 155

²⁵⁶ Decreto nº 828, Op. Cit., Cap. 06, Art. 66.

²⁵⁷ A partir de 1863, os relatórios trazem o registro de seu funcionamento “Pelos respectivos Medicosforão exterminados e balanceados os medicamentos que havia de resto na Botica, dando se então consumo aos que farão julgados inservíveis, e acondicionando-se os aproveitáveis” APMT- Relatório apresentado á Assembleia Legislativa Provincial de Mato Grosso pelo Exmº conselheiro Herculano Ferreira Penna, em 3 de maio de 1863. Cuiabá, Typ. do Mato Grosso, 1864. P. 73.

habilitado, conforme o regulamento²⁵⁸. Desse modo temos um distanciamento entre o que era proposto pelo regulamento da Junta Central de higiene e as deficiências nas áreas administrativas que se arrastaram ao longo do século XIX, comprometendo o atendimento na Misericórdia de Cuiabá.

No exercício das suas obras corporais “coube-lhes o protagonismo na visita aos presos, no asseio das cadeias, na alimentação e auxílio jurídico dos encarcerados [...]”²⁵⁹. Mais do que uma obrigação pia, o exercício de tal atividade passou a ser tida como obrigação, entre outros motivos devido ao fato da Santa Casa receber diárias para o sustento de cada um preso pobre:

A Santa Casa, pela respectiva Lei do Orçamento, tem obrigação de ministrar o sustento aos presos pobres por conta da Estação Provincial e ninguém, julgo eu, estaria mais no caso de fazer esta obra de misericórdia, ainda mesmo cem algum sacrifício, do que a Santa Casa, se não estivesse tão falta de meios²⁶⁰.

As diárias eram no valor de cento e quarenta réis, mas diante da carestia dos alimentos enfrentada pela província a Provedoria da Santa Casa, utilizando desse argumento, solicitou um aumento e o valor foi elevado para duzentos réis. O governo provincial mandou efetuar o pagamento do excesso de despesa com os presos pobres dos meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 1857²⁶¹, não temos a informação se esses valores devidos foram realmente pagos, mas diante do atendimento da solicitação de aumento das diárias, sem qualquer negação, possivelmente foram pagos. Além de que havia um consenso²⁶² sobre a alta de preços dos produtos alimentares:

²⁵⁸ “Os Medicos, Cirurgiões, Boticarios, Dentistas e Parteiras apresentarão os seus diplomas, na Côrte e Provincia do Rio de Janeiro, á Junta Central, e nas Provincias, ás Commissões e aos Provedores de Saude Publica. Em hum livro destinado para a matricula se inscreverá o nome do individuo, a que pertence o diploma; a profissão a que se refere e a Corporação que o conferio; o que feito o Presidente da Junta Central ou da Comissão ou o Provedor de Saude Publica lançará nas costas do diploma o - Visto - e assignarão. Os formados em Universidades ou Escolas estrangeiras, cujos diplomas não tenham sido legalizados pelas Faculdades de Medicina do Imperio, ou não estiverem comprehendidos nos dois antecedentes Artigos, não serão inscriptos nos livros da matricula” Ibidem, Cap. IV, Art. 28.

²⁵⁹ FRANCO, Op. Cit., p. 49

²⁶⁰ APMT- Relatório do vice-presidente da província de Mato Grosso, o tenente coronel Albano de Sousa Osorio, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1857. Cuiabá, Typ. do Noticiador Cuiabano, 1857. p. 08,09.

²⁶¹ Ibidem, p. 08.09.

²⁶² “Bem feliz é aquelle á quem a necessidade não bateo a porta, a miséria não entrou em casa e a fome ou sede lhe não fez o seo cortejo: este por sem dúvida não pode bem adequadamente avaliar o que seja ter fome, e quanta razão teve o Legislador Divino na construcção das obras de Misericordia em colocar em primeiro lugar- Dar de comer á quem tem fome, e logo em seguida – Dar de beber á quem tem sede; porem o jornaleiro, o empregado cujos ganhos são inferiores aos valores dos cereais, chora , lamenta e maldiz a sua sorte, e aprecia em muito os princípios immutáveis do primeiro artigo de lei da misericórdia eterna.O preço atual dos gêneros alimentícios era uma questão grave, era um d’aquelles males, que exigia prontos remédios. APMT- A Imprensa de Cuyabá, 21 de Agosto de 1859, Anno I, N. 5, p. 1

A alta dos preços dos produtos agrícolas deve estar relacionada à escassez dos produtos frente à demanda, já que tal reclamação vai estar presente em vários relatórios. A situação não se alterará com a abertura da navegação do rio Paraguai, a partir de 1856. Ao contrário, em 1860 desenvolveu-se na província um período de altas fortíssimas dos preços²⁶³.

Esse também não era um fenômeno isolado, e não tinha a ver com as distâncias da província, como já mencionado, a distância por si só não é única fonte de explicação, “a escassez de alimentos não se dava somente na província de Mato Grosso. Ao contrário, era um fenômeno que se desenvolvia em quase todas as províncias do Império, variando de intensidade de uma para outra²⁶⁴”:

O suprimento de gêneros em ritmo regular e em quantidade suficiente sempre foi um problema no Brasil. Em Cuiabá não era diferente: as oscilações na oferta e as quebras de abastecimento ocorriam lá com frequência, penalizando de forma mais acentuada os setores mais fragilizados da sociedade²⁶⁵.

Ao que parece esse atendimento aos encarcerados não se estendia aos escravos e mestiços, as Misericórdias no Brasil não se manifestaram contra a escravidão, muitas delas tinham seu próprio plantel de escravos, muitos deixados como forma de pagamento do seu próprio tratamento, ou em doações testamentárias realizadas pelos seus senhores, o que se percebe é que havia um critério de seleção e dentro desse critério qualquer custo com atendimentos aos escravos deveria ficar a cargo do seu proprietário, eles não precisariam assim da caridade cristã, pois indiretamente tinham meios de serem auxiliados. “A defesa judicial dos escravos era, no mais das vezes, paga pelos senhores. O critério de seleção dos cativos seria, portanto, a riqueza dos proprietários, tal como acontecia no hospital²⁶⁶”.

Certamente foi essa situação que levou o escravo José de propriedade de D. Catharina estando doente e preso, não conseguimos saber qual o delito que o negro escravo tivera cometido, a ser transferido da cadeia pública para a Santa Casa de Misericórdia²⁶⁷. Sendo sua dona identificada, e possivelmente com a autorização da mesma, é que o médico solicitou a transferência e a Santa Casa o recebeu.

Com exceção da população escrava, o atendimento de um modo geral não poderia obedecer a critérios de seleção, principalmente se considerarmos a gravidade de

²⁶³ GARCIA, Op. cit., p. 37

²⁶⁴ Ibidem, p. 38

²⁶⁵ VOLPATO, Op. Cit., p. 36

²⁶⁶ FRANCO, Op. Cit., p. 149

²⁶⁷ APMT- O Noticiador, 29 de novembro de 1857, N. 9, p. 4

alguns casos, como o da menina Anna de sete anos de idade ferida com cinco golpes de facadas pela sua avó que no momento do ato criminoso estava embriagada, a vítima foi levada a Santa Casa de Misericórdia e a ré para a cadeia da cidade²⁶⁸.

Se as condições para permitir o funcionamento da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá não eram prósperas, é preciso considerar que estando ela na dependência de doações da população e subvenções do governo provincial, estava inserida dentro de uma rede de ligações financeiras dentro de um sistema no qual não tinha o controle. As próprias condições insalubres e de considerado atraso no espaço em que a instituição estava inserida, contribuía para que a escassez de recursos gerada dentro desse sistema terminasse por atingir diretamente a Santa Casa de Misericórdia. No relatório de 1860 na presidência de Antônio Pedro de Alencastro as queixas quanto a questões de higiene e salubridade pública ainda estavam em pauta:

No relatório que dirigio-me o Dr. Provedor de Saude em 2 de Janeiro ultimo queixa-se elle do estado de atraso em que se acha a Provincia relativamente á hygiene publica e particular, e pede a bem da população desta Capital hum matadouro publico,[...] e finalmente abastecimento de agua potável, de cuja falta se rescente esta Cidade. Além destas providencias, torna-se de urgente necessitado humCemiterio, a fim de cessar os enterramentos nas Igrejas. [...] já começando a população a sentir a falta de agua potavel: pelo que recommendei á Camara Municipal desta Cidade que fizesse concertar as bicas que se achão em deploravel estado, bem como que attendesse á limpeza das ruas e praças, cujo aspecto he repugnante em alguns lugares²⁶⁹.

A importância do papel exercido pelo presidente de província, estava na sua função de mediador das questões que atingiam a população, entre outros assuntos os relacionados à saúde. De um modo geral sua atuação era em prol de melhorias que deveriam ser reconhecidas pela população, como parte do seu empenho administrativo, nesse sentido eles “se esforçariam para que a população reconhecesse nos progressos materiais, tais como estradas e urbanização, no crescimento da instrução, e nas mudanças de costumes os sinais de um ‘mundo melhor’, diferente do deles²⁷⁰”.

Muito pouco se fez dentro desse espaço urbano, até finais do século XIX, alguns autores apontam não somente a falta de recursos como impedimento para as melhorias

²⁶⁸ APMT- A Imprensa de Cuyabá, 06 de Agosto de 1863, Anno V, N. 238, p. 1

²⁶⁹ APMT- Relatório do presidente da província de Mato Grosso, o coronel Antônio Pedro de Alencastro, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1860. Cuiabá, Typ. da Voz da Verdade, 1860. P. 16

²⁷⁰ SENA. Op. Cit., p. 244

nas condições de higiene, mas somados a ele a questão dos hábitos e costumes da população local²⁷¹, como era o caso dos matadouros e cemitérios:

As tentativas de intervenções urbanísticas e de higienização efetuadas nas cidades brasileiras de então, tinham como referência o exemplo europeu e esbarravam frequentemente nos hábitos e condutas da população. Se observa através dos Códigos de Posturas Municipais de Cuiabá, as tentativas do poder público em controlar a população e o espaço urbano, determinando o arruamento da cidade, a construção de muros e calçadas, o esgotamento de águas servidas, a eliminação do lixo e outros dejetos, assim como a implantação de matadouros e cemitérios públicos²⁷².

Tanto na Santa Casa de Misericórdia como no hospital dos Lázaros o relatório era claro “faltam-lhe quase tudo”²⁷³. Um grande problema estava relacionado ao funcionamento da botica da Santa Casa de Misericórdia, quando recebiam os medicamentos, uma parte já estava comprometida em pagamento ao hospital militar, a quem sempre recorria. Na segunda metade do século XIX, a função principal das Misericórdias não era somente dar abrigo aos pobres, como ocorrera nos séculos XIV, XV e XVI nas Misericórdias Portuguesas, e sim proporcionar a cura.

Como já vimos em 1847 foi idealizada uma botica que passaria a funcionar na Santa Casa, garantindo assim medicamentos aos seus doentes e a revenda com autorização aos interessados. A partir de 1863 a referida botica já estaria em funcionamento, mas não de forma contínua, uma vez que a falta de medicamentos não permitia que seu funcionamento se desse de forma regular. Uma comissão organizada no mesmo ano teria feito essa entre outras constatações:

Autorizado, pela disposição do art. 7 da lei Provincial n.8 de 10 de Julho de 1863, a reformar a administração da Santa Casa, o Exm. Presidente Conselheiro Ferreira Penna nomeou uma comissão que, examinando cuidadosamente o estado do estabelecimento, propoz entre outras medidas, a criação de uma Irmandade da Misericórdia e a organização de um Regulamento adequado às circunstâncias da Santa Casa e a reabertura de sua botica²⁷⁴.

²⁷¹“Art.7. São proibidas as latrinas com despejo para as ruas e lugares públicos. Os proprietários serão obrigados a tapal-as dentro de 30 dias depois de avisados pelo fiscal e não fazendo, sofrerão 4 dias de prisão e o dobro nas reincidências, além de serem tapadas á sua custa” Cód. Posturas Municipal. APMT- O Liberal 21 de dezembro de 1871 p. 2

²⁷² ROCHA. Transformações no espaço urbano de Cuiabá na segunda metade do século XIX. ANPUH – XXII Simpósio Nacional de História – João Pessoa, 2003. P. 03

²⁷³APMT -Relatório do presidente da província de Mato Grosso, o coronel do Corpo de Engenheiros, Antônio Pedro de Alencastro, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1861. [n.p.], Typ. da Voz da Verdade, 1861

²⁷⁴ APMT- A Situação, Cuiabá, 24 de outubro de 1869, Ano II, N. 56, p. 2

Identificamos que havia uma quantia estipulada anualmente, dentro do orçamento de despesas da Santa Casa para ser gasta com medicamentos para a botica. Um detalhe importante para compreender esse processo de escassez de medicamentos é que a quantia autorizada a ser gasta na botica com medicamentos era de 4:000\$000, bem menos do que se podia gastar com a dieta dos enfermos, rações para os empregados, luz e lavagem de roupa que somados não poderia ultrapassar a quantia de 7:200\$000, valores anuais²⁷⁵. Ou seja, era uma quantia considerável, que despendia boa parte dos recursos da instituição. Então por qual motivo faltavam medicamentos, se ainda a instituição contava com as subvenções do governo? Talvez a resposta esteja no alto custo dos mesmos.

Para compreendermos as dificuldades no sistema de abastecimento de medicamentos, é preciso pensar que essas dificuldades assim como a falta de médicos em algumas localidades entre outras são resultante do processo de colonização. E da situação vivenciada pela metrópole:

Até o século XVIII o comércio de fármacos em direção a América portuguesa era fraco e irregular, devido à própria configuração do mercado de drogas, já que este só se estabelece em Portugal no final dos seiscentos. O aumento no volume das importações de remédios a partir da segunda metade do século XVIII se deu devido a: a expansão da colonização a partir da valorização de áreas no interior da colônia, as medidas empreendidas pelo Marquês de Pombal que priorizavam um incremento do comércio e a expulsão dos jesuítas do Império português. Estas transformações, no século XVIII, propiciaram o estabelecimento de comerciantes na América portuguesa que se voltaram para a importação de remédios²⁷⁶.

Outro fator que contribuía para escassez de medicamentos era o fato de muitas matérias primas utilizado no preparo serem importadas, inicialmente não houve o interesse português pela flora local²⁷⁷. Muito do que se usava nas boticas, eram especiarias oriundas da Índia e África, e na hora de serem transportadas as matérias primas que serviriam como preparo de medicamentos eram carregada juntamente com outros produtos:

²⁷⁵ APMT- A Situação, Cuiabá, 22 de novembro de 1872, Ano V, N. 273, p. 1

²⁷⁶ Almeida, Danielle Sanches. Entre lojas e boticas: O comércio de remédios entre o Rio de Janeiro e Minas Gerais (1750-1808). Mestrado em História, USP, 2009. P. 58

²⁷⁷ “Esse certo desinteresse das autoridades portuguesas por produtos medicinais nativos do Novo Mundo deve ser atribuído, num primeiro momento, pelo lucrativo comércio realizado com as conquistas asiáticas e, num segundo momento, devido aos sessenta anos de união das coroas ibéricas que, se por um lado, trouxeram uma ‘revalorização dos espaços colônias atlânticos’ por outro privilegiou expedições científicas no território da Nova Espanha”. Ibidem, p. 24

Os remédios seguiam nas mesmas embarcações das especiarias, usando a mesma infraestrutura e sendo acondicionados e embalados da mesma forma. [...], dentre os elementos considerados medicamentos e que se fizeram presentes na composição de gêneros de boticas estavam: a pimenta, o cravo, a canela, o ébano, âmbar, incenso, mirra, o ruibarbo, o maná, tamarindos, gengibre, entre outras importantes especiarias que vinham na Carreira das Índias e a cevada, o trigo, o mel, tâmaras, goma arábica, cera, anil, marfim, coral, pimenta malagueta, algodão e almíscar tinham sua origem nos portos africanos. Essas mercadorias eram comercializadas pelo triplo do valor que possuíam num período anterior à expansão marítima. Portugal se tornou um entreposto de redistribuição [...] das especiarias para abastecer diversos mercados europeus²⁷⁸.

Com os remédios químicos as dificuldades de fazê-los chegar a quem necessitava parecia ser um pouco maior, pois existia a figura do droguista, uma espécie de mediador entre a Botica Real e os boticários, ou esse profissional encomendava os medicamentos direto de Portugal.

Os droguistas tornaram-se provedores de uma parcela significativa de boticários por que muitos deles contavam com esses negócios. Cabe ressaltar que as boticas portuguesas e americanas não possuíam instalações e equipamentos necessários para a manipulação de remédios químicos e havia uma grande procura por esse tipo de medicamento que incluía o fornecimento para o Império²⁷⁹.

Cabe ressaltar que os boticários não eram passivos nesse processo uma vez que muitos deles faziam às vezes de comerciantes, tudo dependia da necessidade. Conforme a situação era preciso desenvolver táticas que contribuíssem para tornar mais fluído o processo de abastecimento de medicamentos. Vendo por esse prisma, entendemos que a garantia de abastecimento da botica da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, não dependia apenas do governo provincial, mais uma vez o sistema em que tal instituição estava inserida não contribuía para diminuir tais dificuldades.

A venda dos medicamentos dentro da botica da Santa Casa foi uma tática encontrada para, de todo modo, tirar benefício de tal situação. Garantindo assim recursos extras ao hospital o que não ocorreria numa situação de abundante abastecimento. De uma forma compensatória ou não, houve quem buscasse novas

²⁷⁸ Ibidem, 19,20.

²⁷⁹ Ibidem, p. 64

possibilidades diante da contínua escassez de medicamentos, que perdurou por muito tempo, possivelmente porque beneficiava uma parcela dos envolvidos.

Capítulo 3

A Santa Casa de Misericórdia e a saúde pública em Mato Grosso nas primeiras décadas do século XX.

...as políticas de proteção social emergem de uma articulação entre consciência social das elites e seus interesses materiais a partir de oportunidades por elas vislumbradas com a coletivização do bem estar.

Gilberto Hochman.

Este capítulo abrange o período de 1871 a 1930 devido à primeira data referir-se ao fim da guerra contra o Paraguai, mas, também, passava-se consubstanciar novas políticas públicas, tendo a província, em particular, sido palco da experiência da varíola, durante a Guerra. Até o fim da década de 1920, boa parte das políticas estaduais relativas à saúde se conflitava com o governo central, em uma espécie de luta de jurisdições. Este capítulo encontra-se dividido em duas partes no primeiro momento procuraremos trazer um pouco do cotidiano da instituição, as dificuldades enfrentadas e as ações para superar as mesmas. E, posteriormente, compreender como as mudanças ocorridas na saúde pública no âmbito nacional nesse espaço de tempo refletiram em Mato Grosso.

3.1 Os problemas na estrutura física do hospital.

O abastecimento de água potável à população da capital em 1879 era um problema a ser resolvido, e isso de fato comprometia tanto a higiene quando a saúde pública. Estudos estavam em andamento para que fosse encontrada a melhor solução para sanar tal problema que atingia a todos a quase dois séculos:

Convencido de que os mananciais d'água existentes na cidade são insuficientes para o abastecimento da sua população, conforme verificou o ilustre profissional que encarreguei de examinal-os, e sendo grande, alias muito justo, o clamor do povo, pedindo providencias para que cessem os sofrimentos que lhe causa secca, durante quase metade do anno; resolvi nomear uma comissão composta do distincto engenheiro tenente-coronel Joaquim da Gama Lobo d'Eça e do major Francisco Nunes da Cunha afim de conhecer qual o melhor plano para o encanamento das aguas de qualquer dos rios que correm mais próximos da cidade²⁸⁰.

²⁸⁰Relatório com que o Exm. Sr. Dr. João José Pedrosa, presidente da província de Matto-Grosso, abriu a 2a sessão da 22ª legislatura da respectiva Assembleia em 10 de outubro. Cuiabá, Typ. de J.J.R. Calháo, 1879, p. 57

Ao que nos parece quase tudo era levado em consideração para que tal projeto de fato seguisse adiante, menos o fator mais importante que era a necessidade da população em ter acesso a água de qualidade, “a comissão, tendo em vista conseguir a realização do fim desejado com o menor dispêndio possível”²⁸¹, não progrediu muito, já que dez anos depois membros do jornal A Gazeta a convite do então provedor recém nomeado da Santa Casa de Misericórdia Capitão André Virgílio Pereira de Albuquerque visitaram o referido estabelecimento. A seguir, suas impressões publicadas posteriormente no jornal:

De tudo precisa, porem, em primeiro lugar deve-se atender ao seu indispensável asseio e abastecimento d’agua.

Encontramos as diversas secções medicas e cirúrgicas no estado da mais deplorável immundicia; repugna dizel-o mas é verdade; não se poderá penetrar em qualquer das enfermarias sem o auxilio (ilegível) ao nariz para impedir aspiração de miasmas nocivos.

Quanto a porção disponível d’agua para o serviço diário é a mais escaça possível; (ilegível) dizer que o estabelecimento, contendo mais de cinquenta pessoas entre empregados e enfermos possui somente uma caixa d’agua, que no máximo pode encher seis a oito pótes.

É claro ser insuficiente essa porção d’agua para atender a todos os misteres de um hospital²⁸².

Certamente a falta de água era o problema mais grave, porém não o único durante a visita que se seguiu. Também foram feitas observações sobre a parte externa da instituição, denunciando a falta de manutenção no local:

Os muros que cercão o quintal do edificio pela rua da caridade, têm grades arrombadas pelos quaes penetram animaes de toda espécie e por onde escaparam dous enfermos prezos – um sentenciado e o outro para sentenciar- os quaes conseguindo cavar a parede a baixa do parapeito de uma das janelas da prisão que dá para esse quintal evadirão-se pelos referidos arrombados.

Esse quintal, arborizado e convenientemente plantado podia servir muito, não só para recreio dos enfermos convalescentes como fornecer legumes aos mesmos²⁸³.

No mesmo artigo é feita menção a um poço que teria sido concluído com o auxílio do então presidente de província Sr. Coronel Francisco Raphael de Mello Rego

²⁸¹ Ibidem, p. 57

²⁸² APMT- Jornal A GAZETA – Cuyabá (Matto- Grosso) 21 de Agosto de 1889, p. 1-2

²⁸³ Ibidem, p. 1-2

possivelmente no ano de 1888. No entanto não estava sendo utilizado por causas não mencionadas.

Importante notarmos o interesse do então provedor da Santa Casa em abrir as portas do hospital à visita da imprensa, certamente a fim de denunciar as condições insalubres e chamar a atenção da população e principalmente da administração pública.

Ao final do artigo seus autores são surpreendidos com a “desagradável notícia de haver sido exonerado, a seu pedido, do cargo de Administrador da Santa Casa de Misericórdia o sr. capitão André Virgílio e nomeado em seu lugar o sr. Tenente Coronel André Nunes”²⁸⁴.

Os motivos que levaram o provedor a pedir sua exoneração ainda não eram de conhecimento do jornal, ou ao menos foi o que publicaram, encerram dando a entender que a política ou interesses maiores se sobrepujam aos do hospital da Misericórdia: “infelizmente a *politiquinha* vai até ao leito dos infelizes desprotegidos da fortuna que procuram o alívio, às suas dores, nos hospitaes de misericórdia e S. João dos Lazaros”²⁸⁵.

Um somatório de dificuldades sempre é destacado pela administração da província, tendo em comum, justificativas para a ineficácia ou inexistência de ação por parte do Estado, rotineiramente mencionam a falta de recursos, que são poucos ou que tardaram a chegar. As queixas dos problemas sanitários eram recorrentes nas cidades provinciais, faltava planejamento para evitar situações praticamente já previstas, como as epidemias:

Esses problemas eram sempre sustentados por indicações de aceitação dos conhecimentos científicos acerca das explicações miasmáticas e das possibilidades de intervenções delas derivadas. As propostas discutidas na Assembleia no tocante à saúde eram, portanto, de agir sobre questões que estivessem acontecendo naquele momento, atuar sobre coisas que pudessem corromper o equilíbrio antes vislumbrado, mas que se considerava existente nas cidades paulistas²⁸⁶.

O hospital da Misericórdia em Cuiabá sempre procurou meios de continuar a atender a população, lembramos sua origem das Misericórdias portuguesas onde certas

²⁸⁴Ibidem, p. 1-2

²⁸⁵Ibidem, p. 1-2

²⁸⁶Mott, Maria Lucia. Sanglard, Gisele (org.) História da saúde: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)- Barueri, SP: Minha Editora, 2011, p.68.

regras de administração e funcionamento espalhou-se pelas suas congêneres, destacamos aqui a criação de sua Irmandade em 1879:

Reconhecendo que está pia instituição não pode prosperar sem o auxílio de uma Irmandade que, imprima-lhe a direção conveniente, alargando seus recursos, pelo apelo incessante a caridade pública— Resolvi nomear uma comissão, composta de cidadãos dos mais influentes nesta localidade, e de ambos partidos, para o fim de promover a organização de tal Irmandade²⁸⁷

Mantendo a tradição das Misericórdias, são nomeados como membros da Irmandade recém-criada pessoas ilustres da sociedade, é claro que cada membro de uma forma ou de outra trará algum tipo de auxílio à instituição, seja através das mensalidades ou angariando doações, mas é preciso pensar na credibilidade que esses nomes habilmente escolhidos acabavam por assegurar a Santa Casa, eles representavam a instituição onde estivessem, de encontros sociais a reuniões que decidiam o futuro da província.

Foram nomeados para a comissão os seguintes nomes da sociedade local: “Desembargador Firmo José de Mattos, Barão de Diamantino, Dr. Dormevil José dos Santos Malhado, tenentes-coroneis José Leite Galvão e João de Souza Neves e capitão Antonio Augusto Ramiro de Carvalho”²⁸⁸. A Irmandade já contava com mais de 300 irmãos inscritos²⁸⁹, aguardando somente a posse da diretoria eleita. Não era difícil incorporar membros considerando a função caritativa da instituição, além de que, “os nomes dos seus membros ficarão ligados para sempre á tão benéfica reorganização da Misericórdia de Cuyabá”²⁹⁰.

Essa credibilidade era recíproca. Dizer-se membro da Irmandade da Misericórdia também poderia indiretamente trazer certos benefícios. Esse tipo de relação intencional sempre existiu nos locais onde foram instaladas as misericórdias, como vimos no capítulo primeiro.

²⁸⁷ Relatório de 1879, Op. cit., p. 102,103.

²⁸⁸ Relatório de 1879, Op. cit., p. 102,103.

²⁸⁹ Ibidem, p. 103

²⁹⁰ Ibidem, p. 103

Em fevereiro de 1880, “foi transferida a Enfermaria Militar do Hospital da Santa Casa para o próprio nacional sito no largo do Arsenal de Guerra”²⁹¹. Com essa transferência o hospital da Santa Casa teve de volta as dependências antes ocupadas pela enfermaria militar, mas em contrapartida deixou de arrecadar o valor pago no aluguel daquele espaço cedido desde 1859 que tão logo seria ocupado:

Expedi ordem ao Chefe de Policia interino para que os presos civis, quando doentes, fossem tratados no referido Hospital que, com a mudança acima aludida, passou a dispor de prisões seguras para recebê-los. Igual ordem expedi ao comandante da força policial, em relação as praças da mesma²⁹².

No ano de 1889 a botica encontrava-se em funcionamento sob a direção do almoxarife e enfermeiro Carlos Barbosa de Faria, os lucros com a venda de medicamentos não eram os esperados, uma vez que se vendia muito pouco. Uma justificativa seria o fato da botica estar longe do público, situada no interior da Santa Casa²⁹³.

Mesmo com passar dos anos algumas práticas resistiam ao tempo, uma delas era a designação de pessoas para o cargo de esmoler, as necessidades da instituição não permitiam abolir tão prática, a função era especialmente exercida por mulheres, havia a crença que o sexo feminino despertaria o gesto caritativo nas pessoas, obtendo assim maior êxito na arrecadação das doações:

No louvável empenho de melhorar as finanças da Santa Casa resolveo o Dr. Provedor confiar ao –bello sexo- o caridoso encargo de esmolar em favor da mesma Santa Casa, dividindo a cidade em cinco districtos, e designando para cada um d’elles uma senhora, incumbencia esta que generosamente aceitarão, tendo o produto das esmolas atingido até esta data a somma de 163\$360 reis²⁹⁴.

Ao serem mencionadas a receita e a despesa nos relatórios de província na maioria das vezes é apresentado um déficit, pois a receita incluía a estimativa de pagamento, não o valor de fato a disposição nos cofres. Em 1878 “a receita foi calculada em 7:346\$790 e a despesa não excederá de 5:711\$519, incluindo-se o supprimento do deficit do anno anterior”²⁹⁵. A extinção desse déficit é que se procurava superar com as doações já que os auxílios do governo eram irregulares: “Haverá, pois,

²⁹¹Relatório com que o Exm. Sr. general Barão de Maracajú, presidente da província de Mato Grosso, abriu a 1.a sessão da 23.a legislatura da respectiva Assembleia no dia 1º de outubro do corrente ano. Cuyabá, Typ. de Joaquim J.R. Calháo, 1880, p. 32

²⁹²Ibidem, p. 32

²⁹³APMT: Jornal O Liberal – Cuyabá, 6 de fevereiro de 1879, Anno VIII, número 387, p. 1

²⁹⁴Ibidem, p. 1

²⁹⁵Relatório de 1879, Op. cit., p. 104

um saldo de 1:635\$271 cuja maior parte consiste na importância do auxílio que a camara municipal tem deixado de pagar.”²⁹⁶.

Em relatório de 1888 o provedor da Santa Casa de Misericórdia Tenente Coronel João de Souza Neves solicita “que seja elevada a 4:800\$000 a subvenção com que a província auxilia tão útil instituição”²⁹⁷, em tempo também pede que seja dado um aumento nos valores gastos com os presos na instituição, que ainda não haviam sido recebidos, sem dúvida o atraso nos pagamentos prejudicava a manutenção dessetipo de assistência:

Do mesmo relatório vereis que a Provedoria pede mais que decreteis a necessária verba para pagamento da quantia de 1:576\$000, importância das rações dos presos pobres da cadeia publica da capital, que foram tratados nas enfermarias do hospital da Conceição, durante o período decorrido de 1880 à 1887, exercícios já encerrados, pedido este, que espero, tomareis na devida consideração, atentos os limitados recursos dessa instituição²⁹⁸.

No trecho do documento ora citado temos elementos que comprovam a negligência do Estado com relação a saúde da população. O indivíduo, mesmo estando preso e sob a responsabilidade do Estado, fazia uso dos recursos que a Santa Casa dispunha para o tratamento desses presos pobres. Somado a isso temos um período de sete anos em que não houve pagamento da quantia gasta com a alimentação dos presos.

As despesas com alimentação não eram diminutas, a mesa administrativa dos hospitais dos Lázaros e da Santa Casa contratava a cada semestre os fornecedores de gêneros alimentícios, serviços e outros produtos que faziam uso nos hospitais, considerando o volume de atendimentos a variedade e quantidade não poderiam ser pequenas. Dentre os produtos estavam: “Assucar, Sal refinado, Arroz Pilado, Alho, Araruta, Carne Verde sem osso, Carne secca, Farinha de mandioca, Farinha de milho, Feijão, Galinha, Lenha, Matte paraguay, Manteiga (liquida), Marmellada (doce), Ovos, Pimenta do reino, Pães de trigo, Rapadura, Seboas, Sal Marítimo, Toucinho, Vinagre, Velas Stearinas, Vinho do Porto (litro) e Lavagem de roupa (dúzia). Os gêneros deveriam ser de primeira qualidade e entregues no estabelecimento quando pedidos”²⁹⁹.

²⁹⁶Ibidem, p. 104

²⁹⁷APMT: Relatório com que o Exm. Sr. Coronel Francisco Raphael de Mello Rego, presidente da província, abriu a 27ª sessão da Assembleia Legislativa Provincial de Mato Grosso em 20 de outubro de 1888. Cuyabá, Typ. da "Situação," 1888, p. 20.

²⁹⁸Relatório de 1888, Op. cit., p. 20

²⁹⁹APMT: Jornal O Liberal– Cuyabá, 24 de Junho de 1882, Anno XI, número 542, p.4

Os recursos não eram insignificantes, aparentemente o problema estava na demora para que os mesmos chegassem até a instituição, e na demanda que sempre estava em vias de aumentar. A medida que a instituição deixa de abrigar idosos, andarilhos entre outros ela o faz pelo fato de não ter estrutura física para isso e por assumir a sua função de hospital, as necessidades sanitárias da província foram dando esse formato a instituição, como aconteceu em outras localidades. O medo das epidemias talvez tenha sido o principal responsável pela chamada “medicalização” da sociedade. No Brasil isso vai se tornar mais evidente em finais do século XVIII e início do XIX.

Foi durante a administração do provedor Desembargador Firmo José de Mattos que se operou melhoras significativas dentro do hospital da Misericórdia. Em relatório o provedor relata o Estado em que encontrou o Estabelecimento e a situação como se encontravam na sua atual administração:

O hospital da Santa Caza de Misericórdia consistia na pequena parte do respectivo Edifício, onde se vê um sobradinho, sendo ali que se recolhião os doentes de ambos os sexos e eram tratados sem as precisas accommodações e asseio indispensáveis para esse fim. O serviço medico era feito unicamente pelo cirurgião do Estabelecimento Doutor João Adolpho Josetti, que embora seos sentimentos humanitários sejam louváveis, a sua avançada idade porém, já não lhe permitia o exercício de constantes visitas aos doentes e a fiscalização do serviço a cargo dos enfermeiros: assim também o da cosinha, sem ter quem o fiscalisasse e sendo os gêneros alimentícios comprados no mercado por serventes do Estabelecimento, é de crer-se que os doentes, além do mais, não eram bem servidos em suas dietas. No mesmo estado ou peor estavam os enfermos do hospital de S. João dos Lazaros, cujo Edifício parte já existia em ruina e o grande cercado que o abrange com a maior parte de seos muros cahidos, dava livre Ingresso aos animaes que por ali pastavão.

Os recursos de que dispunhão serão apenas de pouco mais de quinhentos mil reis mensais, sendo 319\$570 de juros da dívida inscripta na Thesouraria de Fazenda, 186\$000 de allugueis de Cazas e algumas vezes mais 15\$000 de aluguel de um escravo, e a despeza ordinária sendo de 250\$000 com o pagamento dos empregados da Casa, pouco mais dessa quantia ficava para acudir as despesas de dietas, medicamentos e roupas: assim os melhoramentos reclamados jamais poderão ser realizados por falta de recursos³⁰⁰

Acreditamos que as demais informações que se seguem são extremamente importantes, pois em nenhum momento na documentação pesquisada é descrito com tanta riqueza de detalhes a situação que o prédio se encontrava, o tratamento dado aos doentes, o trabalho do único médico do hospital, mesmo que a finalidade do relatório

³⁰⁰ Relatório de 1879, Op. cit., p. 431 anexos AD-1, AD-2

elaborado pelo então provedor Firmo José Rodrigues seja destacar os seus esforços dentro da instituição, consideramos que a situação por ele descrita encontrava-se mais próxima da realidade:

A minha primeira providencia foi chamar concorrentes ao fornecimento de viveres, medicamentos, lavagem de roupa e outras couzas de que precisavão os estabelecimentos e contractar esses fornecimentos com aquelles que mais vantagem offerecesse.

Havendo-se offerecido gratuitamente os medicos Doutores Carlos José de Souza Nobre, Medardo Rivani, Augusto Novis e Dormevil José dos Santos Malhado para servirem nos hospitaes da Santa Caza, aceitou-se seos offerecimentos e detalhou-se que os mesmos servissem por trimestre conjuntamente com o medico da Caza; o que tem sido por eles executado com toda a assiduidade, zelo e boa vontade, pelo que são dignos de louvor.

Desde então passei a visitar os estabelecimentos uma e mais vezes por dia e bem assim praticando os Mordomos encarregados desse serviço, e creio que foi logo melhorando o tratamento dos enfermos, pois que eu mesmo também tratei logo de fiscalisar tudo, reformando a pratica d'aquillo que me parecia incoveniente a boa marcha do serviço interno.

Tendo sido desocupada a parte do Edifício em que estava a Enfermaria militar, tratei logo de mandar reparal-a convenientemente, procedendo-se aos concertos necessarios no tecto, paredes e ladrilhamento afim de que para ali fossem transferidos os enfermos. Esses concertos foram feitos com toda economia possível e sob a minha immediatainspecção, ficando tudo prompto da melhor forma possível, inclusive a pintura a óleo por dentro e fora do estabelecimento em Julho do corrente anno, restando apenas se fazer o gradeamento de ferro a roda do Edifício por ainda não ter chegado de Montevideo, para onde encomendei as respectivas grades³⁰¹.

Talvez questões de interesse individual se sobrepusessem ao interesse maior que era manter o hospital da Misericórdia atendendo seus doentes. Uma passagem do relatório provincial do ano de 1886 no governo do então presidente Doutor Joaquim Galdino Pimentel apresenta indícios dessa individualidade:

Diante desta irregularidade de despeza, **motivada pela affluencia de pessoas indigentes** que procuram a Santa Casa para tratar-se , vê-se irremediavelmente embaraçada a respectiva administração para atender a tantos reclamos, e a província por sua vez, á vista dos meios escassos do seu orçamento, na impossibilidade de decretar mais do que o tem feito neste sentido³⁰².

³⁰¹ Relatório de 1879, Op. cit., p. 431 anexos AD-1, AD-2

³⁰² Relatório apresentado á Assembleia Legislativa Provincial de Mato Grosso na primeira sessão da 26ª legislatura no dia 12 de julho de 1886 pelo presidente da província, o Exm.o Sr. doutor Joaquim Galdino Pimentel. Cuyabá, Typ. da "Situação," 1886, p. 12. Grifo meu.

Não nos parece correta esta justificativa. A Santa Casa de Misericórdia não havia deixado de ser um hospital de caridade, e por mais que se esperasse que um doente tratado viesse a dar algum tipo de contribuição, não significa que isso ocorria com frequência. Entendemos que não era o fato de atender indigentes que fez com que as despesas aumentassem, pois esse sempre foi um serviço inerente as Misericórdias: “Neste hospital são recebidos e tratados os enfermos indigentes de ambos os sexos que a ele recorrem, e também se recebem pensionistas, mediante uma retribuição pecuniária proporcionada ao tratamento que exigem”³⁰³. O atendimento as pessoas de um modo geral que necessariamente inclinava a aumentar.

E prossegue:

É bem de desejar que estabelecimentos desta natureza que pertencem antes á caridade publica, isto é, **ao povo que é quem póde e deve auxiliar-os** proporcionalmente ás possibilidades de cada individuo, segundo as maximas do Evangelho , **não tenham com a administração publica outra dependência que não seja o auxilio** que esta ainda está na obrigação de prestar-lhes supprindo a deficiência dos meios necessarios para seu custeamento³⁰⁴

Percebemos nesse discurso a resistência em aceitar que a saúde se torne uma questão pública, que não é somente a população que deve auxiliar as instituições, que a administração pública tem a responsabilidade primeira em manter os hospitais, em desenvolver medidas profiláticas, ou seja, em preservar a vida.

Mas para a prosperidade do hospital da Misericórdia em Cuiabá houve governos mais sensíveis. À causa pública, como do Dr. Joaquim A. Da Costa Marques, onde os investimentos em saúde faziam parte de seu projeto administrativo; no de 1913, se não sanaram de fato os problemas da instituição, contribuíram para a manutenção da vida na capital. Ao iniciar o século XX, as infundáveis reformas ainda eram recorrentes:

Apraz-me dizer-vos que no hospital da Santa Casa de Misericordia já se tem feito algumas obras, que muito teem melhorado as deploráveis condições em que se achava esse estabelecimento pio quando assumi o Governo do Estado, conforme vos referi na minha primeira mensagem. Duas das enfermarias do velho edifficio foram completamente reformadas de modo a proporcionar aos doentes não só conforto, como os necessários requisitos de hygiene . O pequeno quintal está devidamente murado e a cosinha convenientemente limpa e assejada. Tendo-se desmoronado uma parte da face Norte do edificio, a sua Directoria de acordo com as ideas por mim expendidas na minha ultima mensagem, resolveu mandar demolir tudo quanto de imprestável existia n’essa

³⁰³ APMT: Jornal O Liberal– Cuyabá, 6 de Fevereiro de 1879, Anno VIII, número 387, p.1.

³⁰⁴ Ibidem, p. 12. Grifos meu.

parte, a peor de todas, para, na mesma, serem construídos três pavilhões, sendo um destinado a secção de cirurgia, outro aos tuberculosos e outros aos insanos, já estando em andamento as obras do primeiro pavilhão. Essas obras foram contractadas pela quantia de 181:310\$198, com os engenheiros Magalhaes & Mello, e na organização de suas plantas foram observadas as prescrições da engenharia sanitária moderna, de acordo com as indicações dos facultativos que trabalham n'aquelle hospital e do Snr. Inspector de Hygiene. Concluidas as obras de reparos e melhoramento do velho edifício, que prosseguem e a construção dos referidos pavilhões, ficará a nossa capital dotada de um estabelecimento de caridade, si não de primeira ordem, ao menos digno da nossa cultura e dos sentimentos altruísticos d'este povo. [...]

O Governo, por sua vez, tem secundado os esforços de sua Directoria e espera continuareis, animados pelos mesmos intuitos e sentimentos, a proporcionar os meios de que carece tão importante instituição para realização de suas obras, pois , como sabeis, não é ella somente o abrigo dos infelizes, mas ainda um meio eficaz de defesa social contra os males que se propagam e contaminam a sociedade, quando os doentes não são cuidadosamente recolhidos e tratados³⁰⁵

Essas opiniões contrárias localizadas na documentação sobre agir ou não em favor da conservação do hospital da Misericórdia, nos permitem perceber como direta ou indiretamente ações nesse sentido contribuem para explicar a precariedade que em muitos momentos se encontrou esta instituição, embora uma análise puramente numérica das receitas e despesas não possam contribuir para a construção desse cenário de dificuldades, como já mencionamos anteriormente, por conta das estimativas de recebimento que eram acrescidas a receita:

Período	Receita	Despeza
1916	67:600\$350	65:316\$527
1917	58:645\$959	58:636\$642
1918	78:104\$159	75:277\$362
1919	98:946\$581	97:868\$092
1920	115:944\$950	115:905\$273
1921	97:682\$665	96:293\$682
1922	73:008\$546	72:588\$830

Fonte: APMT Mensagem Presidente Província 1923, p. 50.

Aos poucos o modelo arquitetônico implantado no hospital foi o denominado sistema pavilhonar³⁰⁶, com o intuito de tornar o ambiente mais arejado e possibilitando

³⁰⁵ APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Dr. Joaquim A. Da Costa Marques presidente do Estado á Assembleia Legislativa. 2ª sessão ordinária da 9ª Legislatura em 13 de maio de 1913. CuyabaTyp. Official, p. 39

³⁰⁶ O sistema pavilhonar foi criado pelo militar francês CasimirTollet (1808-1892). “O sistema Tollet foi desenvolvido em 1872 e propunha que as construções hospitalares fossem afastadas das aglomerações urbanas e localizadas em terrenos de alojamentos coletivos e os edifícios deveriam estar dispostos por toda essa área e respeitar um paralelismo entre os diversos prédios e os outros itens de segurança. O sistema assim concebido foi amplamente

a separação e o isolamento dos doentes. Na Santa Casa de Cuiabá os pavilhões partiam de um ambiente comum que os interligava. Algumas das obras realizadas no prédio do hospital eram para garantir uma condição mínima de higiene como a construção de latrinas que a muito já deveriam ter sido instaladas, e a necessidade constante de reparos para assegurar que todas as dependências da instituição pudessem ser adequadamente utilizadas, e muitos desses reparos só foram possíveis por terem sido realizados à custa do Estado:

Em virtude da resolução do Exm^o Sr^o Dr. Virgílio Corrêa , Secretário do interior e as expensas do governo foi iniciada a construção de quatro privadas, sendo duas próximas as enfermarias de homens e outras duas próximas a enfermaria das mulheres, tendo ambas alpendre de comunicação, ladrilhadas de cimento; foram consertados e pintados os banheiros existentes e adaptada para banheiro com chuveiro a antiga privada de homens; foram colocadas folhas nas portas do gabinete da sala do banco e da sala contigua à capela; consertada e colocada uma folha do portão que dá entrada para Chácara; foram tomadas diversas goteiras nos pavilhões. Esses serviços contratados com Sr.^o Deogracio de Oliveira por 5:334\$ 848 foram concluídos no corrente ano³⁰⁷.

Na documentação analisada, ao citar as reformas a serem iniciadas ou as que estavam em andamento, fica evidenciado que eram necessárias naquele momento, porém tão logo outras já se faziam urgentes, além de não haver recursos suficientes para concluir tudo de uma única vez, o hospital estava sempre lotado com pacientes³⁰⁸ e funcionários, o que certamente dificultava o andamento das obras infindáveis:

As obras, que ainda prosseguem, têm consistido principalmente na reforma e embelezamento das fachadas, reconstrução da capelinha, e substituição do pavimento, construção de um necrotério, instalação do serviço de água e esgotos, limpeza geral e ajardinamento³⁰⁹.

Não é difícil imaginar como essas reformas traziam transtornos, mas ao mesmo tempo acabavam por fazer parte de rotina da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá. Também é preciso considerar que o empenho com que cada membro da comissão administrativa atuava facilitava ou não, a aquisição de recursos:

difundido por toda a Europa e ficou conhecido como “modelo pavilhonar”, marcado pelo medo do contágio pelos germes, seguindo as descobertas de Louis Pasteur. Era caracterizado por edifícios de no máximo dois pavimentos, nos quais imperavam o princípio de isolamento, com cada doença e cada doente sendo isolados no interior do pavilhão (Tollet, 1894). Mott, Sanglard. Op. cit., p. 26.

³⁰⁷ APMT: Relatório da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, apresentado ao Exmo. Sr. Presidente do Estado Cel. Pedro Celestino C. Da Costa M. relativo ao ano de 1923, p. 16

³⁰⁸ “Em 1917 foram soccorridos 1841 indivíduos de ambos os sexos, e 1363 em 1918”. APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Francisco A. Correapresidente do Estado á Assembleia Legislativa, em 7 de setembro de 1919. CuyabaTyp. Official, p. 52

³⁰⁹ Mensagem de 1919, Op. Cit., p. 52.

A Santa Casa da Misericórdia desta Capital, está sendo radicalmente transformada e perfeitamente adaptada aos caridosos fins a que se destina, graças a esse vosso filantrópico auxílio, e, sobretudo, á competência e dedicação do seu actual 1º Vice Presidente, o Rvdo. Padre Manoel Gomes de Oliveira, que tem sabido realizar, com admirável rapidez, o pensamento da Sociedade Beneficiente que rege este pio instituto [...].

Nas condições em que vae ficar, a Santa Casa honra a caridade e orna a cidade de Cuiabá, a cuja população prestará, sem duvida, inestimaveis serviços³¹⁰.

Alguns melhoramentos de fato não se resolveriam com as reformas. A falta de água tanto potável como para a higiene comprometia o aspecto sanitário da capital e conseqüentemente do hospital da Misericórdia, enquanto essa questão não se resolvia algumas medidas foram tomadas com o intuito de minimizar os danos causados ao funcionamento da instituição:

A deficiência de água nas privadas era uma falta sensível á boa higiene e de tal modo que o mau cheiro atingia até a terceira seção da enfermaria dos homens. Para sanar esse mal adquiriu-se um depósito de ferro, com capacidade de quatro metros cúbicos pela quantia de 1:700\$00³¹¹.

O então presidente da instituição em exercício Firmo José Rodrigues diante das necessidades e dificuldades, como os problemas gerados pela falta de água, tinha o interesse de instalar no Hospital da Misericórdia de Cuiabá uma lavanderia, devido ao grande número de roupas e pela necessidade de reduzir custos, já que a lavagem de roupas era feita fora do hospital pagando-se por tal serviço. Desse modo o então presidente ao solicitar da fábrica Industrial Sul América do Rio de Janeiro um catálogo, com uma proposta que atendesse as necessidades do hospital, esta lhe informou: “que poderia fornecer pela quantia de 16:000\$000 uma lavanderia composta de 2 lavadores, 1 seccadeira, 1 passadora com motor a gasolina, tendo essa instalação a capacidade para 300 peças de roupas e cada período de duas horas ou 2.400 peças em 3 horas”³¹². O custo foi considerado elevado ficando então na expectativa de uma melhor proposta.

Algumas situações contribuíam para que os recursos disponíveis no hospital não fossem suficientes, entre elas temos os já mencionados atrasos nas subvenções por parte do governo e também a questão da transferência da enfermaria militar. Em 1880 a enfermaria militar deixou o Hospital da Misericórdia sendo instalada no largo do

³¹⁰ Mensagem de 1919, Op. Cit., p. 52

³¹¹ Relatório de 1923, Op. Cit., p. 16,17

³¹² Ibidem, p. 16

Arsenal de Guerra na capital. Assim o aluguel do espaço ocupado deixou de fazer parte das receitas da instituição. No entanto constatamos que em 1923 a Santa Casa estava atendendo novamente os praças e fornecia medicamentos:

As praças doentes, mesmo de moléstia sem gravidade, são recolhidas á Santa Casa de Misericórdia, visto não existir nos quarteis enfermarias para o seutratamento.

Ha necessidade de prover os quarteis dessa dependência e ainda de uma pequena pharmacia, pois que são frequentes, quer na instrucção, quer no serviço diário, pequenos accidentes que exigem o emprego immediato dos medicamentos mais usuaes³¹³.

Em todo momento a documentação consultada remete-nos a amplitude desse modelo assistencial³¹⁴ implantado pelos Hospitais da Misericórdia ainda no período colonial estendendo-se até a República, fundamentalmente como único recurso da população mais pobre, e como essa dependência foi responsável pela solidificação das relações de poder originadas pela necessidade de quem precisa e pelo reconhecimento, ou não, dessa necessidade por parte das elites dominantes. Para Quiroga (2008, p. 3) esse modelo assistencial erigido pelas Misericórdias pode ser visto não só em relação à pobreza, mas principalmente quanto à formação das elites e sua manutenção do poder.

Em 1927 percebemos que o discurso sobre a responsabilidade para com o Hospital da Misericórdia apresenta uma mudança significativa:

Dispondo de reduzido patrimônio, que lhe fornece insuficientes recursos, não lhe tem faltado o amparo do governo da União, do município e principalmente do Estado, procurando este, de anno para anno, introduzir-lhe os melhores indispensaveis, de modo a poder a benemerita e tradicional casa de caridade, prestar á pobreza os serviços que lhe vem prodigalizando graças á continuidade de esforços da sua administração [...].

No anno findo ficou terminada, a expensas do governo do Estado, a limpeza geral interna do hospital, e foi iniciada a construção de uma pavilhão dividido

³¹³ APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Mario Correa da Costa presidente do Estado á Assembleia Legislativa, em 13 de maio de 1926. CuyabaTyp. Official 1926, p. 59

³¹⁴ Quiroga explica nessa passagem de seu artigo quais as características desse modelo assistencial foram responsáveis pela sua amplitude: “Ele marcou grande parte da relação do estado colonial com as demandas das populações de suas capitâneas e cidades nascentes; Ele representou uma esfera de acumulação patrimonial e transações creditícias; Ele formatou organizações às quais se filiaram setores dominantes da produção colonial inclusive garantindo-lhes o acesso não só a recursos como à própria administração dos negócios públicos; Ele colaborou na configuração de uma sociedade estruturalmente desigual, atuando, nos limites de uma realidade periférica, no contorno das mazelas decorrentes das crises de produção e da própria economia colonial”. QUIROGA, A.M. Assistência e Poder: revendo uma articulação histórica, 2008. Disponível em: http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/14305_Cached.pdf, p. 3 Acesso em 18.12.2014.

em 5 compartimentos, destinados á cosinha, a despensa, sala de refeição para empregados³¹⁵.

Primeiramente reconhecendo que os recursos do mesmo são insuficientes para dar conta da demanda por atendimento hospitalar, e que essa é uma função a ser suprida pelo Estado. Em segundo identificando sua função caritativa destinada principalmente aos pobres. E por último concordando com os esforços da administração do hospital que ao longo dos anos insistentemente trabalhou para manter suas portas abertas.

Percebemos que aquela condição primeira para se fundar uma Misericórdia, de que a província onde ela fosse instalada tivesse condições de mantê-la, porém tendo a população responsabilidade direta para tal, perdurou por muito tempo. A população local tinha a obrigação de manter a instituição e as elites locais “se dispunham” em administrar os recursos arrecadados, incluindo, é claro, as subvenções do Estado. Essa não interferência do mesmo é uma característica do período:

[...] uma das principais características da 1ª República foi o federalismo, que transferia aos poderes locais as ações de manutenção da ordem e de proteção das populações. Este federalismo era legitimado pela prática liberal que propugnava a não intervenção do Estado, o que sustentava o mandonismo local. E no que tange à assistência, a prática liberal acabava por manter a estrutura herdada dos tempos coloniais, a cargo da Misericórdia³¹⁶.

Desse modo as ações para a manutenção da vida, tornam-se mais evidentes na primeira metade do século XX, quando o acolhimento passa a ter um sentido hospitalar entre outros fatores:

É evidente que a passagem criada pela atividade de assistência e pelo acolhimento hospitalar, juntamente com a ampliação da demanda de cuidados pelo crescimento da população a ser assistida, tanto nacional como estrangeira, que não tinha alternativa de assistência, trouxe a necessidade de uma nova estrutura mais profissional para as Santas Casas³¹⁷.

O que exigia, desse modo uma participação mais concreta do Estado. O que não significa que as doações tivessem cessado, o Hospital da misericórdia continuou a recebê-las. Destacamos aqui a doação de um aparelho de raio x, equipamento que a instituição ainda não possuía, doado “graças á generosidade da Exma. Sra. D. Albina

³¹⁵ APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Mario Correa da Costa presidente do Estado á Assembleia Legislativa, abertura da 1ª sessão ordinária da 14ª Legislatura em 13 de maio de 1927. Cuyaba Typ. Official 1927, p. 129,130.

³¹⁶ SANGLARD, G. Assistência entre o liberalismo e o bem-estar social, Publicação apresentada no XIII Encontro de História Anpuh- Rio Identidades, 4 a 7 de agosto de 2008. Disponível em: http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212930000_ARQUIVO_textoANPUH2008GiseleSanglard2.pdf, p. 4. Acesso em 18.12.2014.

³¹⁷ MOTT, SANGLARD. Op. Cit., p. 178

Amarante Orlando³¹⁸, o aparelho foi adquirido no Rio de Janeiro trazido pelo Dr. Joaquim Amarante Peixoto de Azevedo que em favor a Santa Casa foi comprar o equipamento ao custo de 24:752\$000³¹⁹

A demora na conclusão das obras era uma constante. Em 1927 foi autorizado pelo governo a construção de “uma enfermaria de menores, removendo-se de tal forma o grave inconveniente de continuarem as crianças que ali dão entradas, sendo hospitalizadas em promiscuidade com adultos, por falta de uma secção especial para menores”³²⁰. A inauguração da nova enfermaria aconteceu em 22 de janeiro de 1929, dois anos depois de sua idealização, “tendo o novo hospital dois amplos salões e mais seis salas todos confortáveis, arejados, bem iluminados, com banheiros, privadas e mais dependências convenientes, assim como dotadas de leitos e berços necessários que foram igualmente oferecidos pelo governo do Estado”³²¹.

O ato recebeu á época todo destaque:

[...] revestindo-se o acto de solenidade não só pela sua importância em nosso meio social, como também porque naquella data se commemorava o 3º aniversario do actual governo que, desde o seu inicio vem amparando moral e materialmente os destinos daquele nosso principal instituto de caridade

Ás 8 horas da manhã do referido dia 22 de Janeiro, em presença do Chefe do Estado, autoridades estadoaes e federaes, famílias e grande concorrência de povo, o sr. Secretario do Interior, Justiça e Finanças fez entrega do hospital á Administração da Santa Casa³²²

3.2 O patrimônio da instituição.

Além das despesas com manutenção do prédio que abrigava o hospital da Misericórdia, a instituição também tinha que zelar pelos seus imóveis, deixados em doações seus alugueis deveriam compor parte da receita mensal do hospital. No entanto os imóveis de propriedade da Santa Casa de Misericórdia em Cuiabá também demandavam gastos com manutenção, alguns já foram doados em péssimo estado de conservação:

³¹⁸APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Mario Correa da Costa presidente do Estado á Assembleia Legislativa, abertura da 3ª sessão ordinária da 14ª Legislatura em 13 de maio de 1929. Cuyaba Typ. Official 1929, p. 68.

³¹⁹Ibidem, p. 68

³²⁰Mensagem de 1927, Op. cit., p. 130

³²¹Mensagem de 1929, Op. cit., p. 68

³²²Ibidem, p. 68

Em 1922 ruiu por terra a frente da casa da rua Candido Mariano e ameaçava também cair uma parede dos fundos e assim no abandono foram roubadas algumas folhas de portas e janelas. Embora não fosse muito desembaraçada a situação econômica da Santa Casa, resolvi proceder aos concertos necessários a fim de evitar a ruína total de um prédio localizado num dos melhores bairros³²³.

Havia também casas que serviam de asilo para dementes:

Na casinha sita à Travessa das Laranjeiras, em um dos quartos na qual acha-se recolhida uma demente, procedeu-se a reparos urgentes de que necessitava; foram derrubadas parte de uma parede externa e parte de outra interna e levantadas novamente; e procedeu-se a uma caiação interna. Contudo a está casinha foi reconstruído outro quartinho onde, por carência de compartimento melhor, acha-se recolhida outra demente. Estas obras importaram em 310\$000³²⁴.

Em finais do século XIX a Cadeia Pública e o hospital da Santa Casa era o local para onde essas pessoas eram levadas em caso de perturbação da ordem pública. Existia ainda quem afirmasse que melhor era ser levado para Cadeia Pública:

Se o lugar não era adequado, pelo menos era melhor do que a Santa Casa de Misericórdia, onde esse tipo de paciente era submetido aos piores tratamentos, muitos deles presos a ferro, conforme constatou o chefe de polícia em diligência realizada ao hospital, ocasião em que se verificou tantos maus-tratos aplicados aos alienados que ali se encontravam, que se tratou de transferir para a cadeia o louco Antônio Antunes Ferraz que, por conta dos suplícios recebidos na Misericórdia, veio a falecer pouco tempo depois³²⁵.

De fato o hospital da Misericórdia não tinha condições estruturais para abrigar esse tipo de paciente. Quanto ao tratamento por eles recebido, se era o pior, certamente não era essa a intenção do hospital. O que se percebe é que por um longo período o Estado omitiu-se³²⁶ do seu dever de zelar por essa parcela da população, assim como os pobres, deixando-a totalmente a cargo da polícia ou da Santa Casa, locais que não poderiam recebê-los. Além do que os procedimentos de diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais ainda eram muito incipientes no Brasil no final do século XIX e início do XX.

³²³ ASCMMT: Relatório da Santa Casa de Misericórdia, em Cuiabá. Apresentado ao Exmo. Presidente do Estado Cel. Pedro Celestino C. da Costa M. relativo ao ano de 1923, Assinado pelo vice-presidente em exercício : Firmo José Rodrigues. p. 15

³²⁴ Ibidem, p.15

³²⁵ PINHO. Raquel Tegon de. Cidade e loucura, Cuiabá, MT: Central de texto: EdUFMT, 2007, p. 62.

³²⁶ “Em 1890 foi realizado o primeiro censo na capital “que identificou, mapeou e registrou a existência de alienados, dementes e idiotas na porção urbana da capital, entre outros portadores dos chamados defeitos físicos. A identificação de cada um de seus moradores se restringiu, num primeiro momento, à individualização da população, sem que nenhuma mudança ocorresse em relação a eles [...]”. PINHO, Op. Cit., p. 62.

Sem contar com uma estrutura adequada dentro da instituição e não tendo a quem recorrer, a saída encontrada era manter essas pessoas nesses imóveis, que de uma maneira ou de outra estavam sendo utilizados para o fim pelo qual foram doados.

A seguir, relação dos imóveis pertencentes ao patrimônio da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, do ano de 1923:

Um hospital central, compreendendo as enfermarias que fecham um retângulo, com uma capela no ângulo direito; dois pavilhões construídos em 1914; um terreno em parte murado, denominado “Chácara do Maranhão”.

Uma casa térrea a dois quilômetros desta cidade, onde está funcionando o hospital S. João dos Lazaros, tendo nas proximidades outra casa térrea para residência do encarregado do hospital. Avaliação 50:000\$000.

Uma casa térrea nº 14, à rua Coronel Peixoto. Esta casa foi havida por carta de adjudicação passada pelo primeiro suplente de juiz de Direito de Orfãos e Ausentes, da Comarca de Cuiabá, Francisco Martiniano de Araújo, para pagamento do que ficou devendo a Srª D. Anna Seixas, pelo seu tratamento no respectivo hospital na importância de 3:600\$000, em data de 04 de julho de 1905. Avaliação atual 4:000\$000.

Uma casa pequena á Travessa das Laranjeiras, compreendendo dois quartos, no terreno contiguo ao hospital central, construído pela administração da Santa Casa, avaliada por 4:000\$000.

Uma pequena casa, sem número, em ruínas, dentro de um terreno, à rua do Carmo avaliada em 500\$000.

Uma casa térrea, n.1 á rua do Areão. Essa casa foi doada pela ExmªSrª.D. Maria Gomes da Conceição que se achava recolhida no hospital S. João dos Lázarus desde 10 outubro de 1902; essa doação foi feita por escritura pública com a cláusula de Causa Mortis em data de 15 de fevereiro de 1907, passada em cartório do 4º Tabelião de Notas desta capital, cidadão Dário Rocha no valor 800\$000.

Uma casa n. 98 á rua Joaquim Murtinho avaliada em 1:500\$000.

Uma casa n.32 á rua Candido Mariano reconstruída em 1923, avaliada em 8:000\$000.

Uma caixa de ferro, casco de uma draga, colocada no alto do morro do Bom Despacho, doada a S. Casa pela Missão Salesiana neste Estado³²⁷.

Em 1922 faleceu no Rio de Janeiro o mato-grossense Dr. Francisco Murtinho. O então vice-presidente em exercício da Santa Casa de Misericórdia Firmo José Rodrigues enviou uma carta à sobrinha do falecido pedindo um auxílio para a construção de uma enfermaria para crianças para que assim “perpetuasse a memória daquele ilustre

³²⁷ ASCMMT:Relatório de 1923, Op. cit., p.08

conterrâneo”³²⁸. Não sabemos se a prática de pedir auxílios a parentes de falecidos era recorrente, nos chamou a atenção por ser um pedido de doação pós-morte, à sobrinha do Dr. Murtinho. Mas de fato a solicitação não fora sem nexos, tão logo Firmo José Rodrigues recebeu a resposta:

Em resposta recebi em 25 de janeiro do ano findo, do Exmo. Sr. Dr. Hermenegildo Dos Santos Lobo uma carta comunicando que o Dr. Francisco Murtinho havia legado em seu testamento para a Santa Casa, a quantia de vinte e cinco contos e que também sua Exma Sra. Filha de mato grosso pois nasceu em Corumbá, não se furtaria a auxiliar, na medida de suas possibilidades a esta Instituição.

Para receber esse legado constitui procurador da Santa Casa, no Rio de Janeiro, o Exmº Desembargador Antônio Fernandes Trigo de Loureiro que generosamente aceitou essa incumbência recebendo aquela quantia.

De conformidade com os Estatutos dessa Instituição, a 19 de fevereiro do corrente ano, remeti ao mesmo Dr. Trigo uma procuração para, com aquela importância adquirir apólices da dívida pública federal e fazer a transferência das mesmas para a Delegacia Fiscal do Tesouro Nacional em Cuiabá³²⁹

O patrimônio em valores em 1923 era representado por: 143 apólices³³⁰ Federais e 10 apólices do Estado. Em 1928 registrou-se um aumento no número das apólices:

Tabela de registro de apólices do ano de 1928.

1928	Patrimônio	Valor
171	apólices federais	173:200\$000
14	apólices do Estado	10:300\$000
	Dívida inscrita da União	76:697\$500

ASCMNT: Relatório de 1923, Op. cit., p.06

As inúmeras reformas se justificam não só pela escassez de recursos, mas também pelo fato da instituição ter ao longo dos anos a necessidade administrativa e principalmente sanitária de separar pacientes de acordo com sua enfermidade. Homens, mulheres, idosos, crianças, alienados, indigentes precisavam ser atendidos de forma separada, nem sempre essas divisões eram possíveis de serem praticadas, daí a necessidade da inauguração de novos espaços denominados pavilhões:

³²⁸ Ibidem, p. 06

³²⁹ Ibidem, p. 06

³³⁰ “No período de 1902 a 1942 o Governo Federal Brasileiro emitiu apólices no valor de Rs 1.000\$000 (um conto de réis), com o intuito de angariar recursos para investimentos em infra-estrutura. As cláusulas contratuais garantiam ao detentor de cada apólice, uma taxa de juro de 5% ao ano, não contemplando, por outro lado, a correção monetária. Os agentes econômicos compravam estes títulos que muitas vezes chegavam a ter maturidade de duzentos anos previstos na lei que regulamentavam sua emissão, por ser, na época um instrumento de poupança de longo prazo de risco mínimo”. Disponível em: <http://www.o caixa.com.br/artigos/apolices.htm> acesso em 03.10.2014.

O governo é hoje o maior concorrente ali, pela construção de diversos pavilhões e melhoramentos inúmeros. Nas mãos do governo, poderá a Santa Casa ser modificada de acordo com as necessidades desta capital e é um serviço que não pode de forma alguma, pertencer a irmandades ou associações que nunca estão em condições de bem servir o povo, ficando quasi sempre, no estado da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, que recebe o doente que quer e que os seus dirigentes fazem dali um meio de negócio e de vida.

De qualquer forma a Santa Casa de Cuiabá, deve pertencer ao governo.

Já houve epoca que as dietas e mais cousas dos doentes eram consumidas pelos diretores e fiscaes, ficando o pobre internado, satisfeito com o escripto da papeleta³³¹.

Sem recursos disponíveis para reforma e manutenção de imóveis doados já em péssimo estado de conservação, a saída encontrada era a venda e aplicação dos valores obtidos em apólices que na época figuravam como um investimento mais rentável.

Em officio de 3 de Junho do anno findo, ao governo do Estado, expoz a Directoria da Santa Casa a conveniência de serem alienados os prédios em ruínas e outros dois situados á rua Joaquim Murtinho e Candido Mariano, por não darem nenhum rendimento á Santa Casa, e para esse fim solicitava que pela Assembléa Legislativa lhe fosse concedida a necessária autorização, convertendo-se em apólices federaes o produto da referida venda.

Esse pedido, por ter chegado tardiamente a esta Assembléa, não foi discutido na ultima legislatura desta corporação³³²

O pedido foi aprovado em outro momento. E o hospital da Misericórdia de Cuiabá se desfez de dois imóveis no ano de 1929. Porém, o desejo dos doadores em auxiliar a instituição continuava a ser preservado, já que tudo ficou registrado na documentação oficial e o dinheiro pode ser convertido em apólices em benefício da Santa Casa de Cuiabá:

A receita do anno importou, como se vê do balancete apresentado, em Rs. 163:685\$290, da qual deduzindo-se a importância de Rs. 6:405\$000, produto da venda de dois prédios de propriedade da instituição, e depositada no Banco do Brasil para a compra de apólices para o patrimônio, [...] ³³³.

³³¹ APMT: Jornal O FiFó – Cuyabá, 12 de Abril de 1925, Anno II, número 14, p. 3-4

³³² APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Mario Correa da Costa presidente do Estado á Assembleia Legislativa, abertura da 1ª sessão ordinária da 15ª Legislatura em 13 de maio de 1928 CuyabaTyp. Official 1928, p. 130.

³³³ APMT: Mensagem de 1929, Op. Cit., p. 66

3.3 Os serviços prestados pela Santa Casa de Misericórdia

Ao final do século XIX impressionava ainda a regularidade das doenças que todos os anos no mesmo período acometia boa parte da população, o número de mortos parecia ser noticiado apenas como uma consequência da enfermidade, não como um mal que poderia ter sido evitado.

A localização de fronteira do território mato-grossense por si só já era motivo para que existissem medidas profiláticas mais intensivas, de modo a proteger a população:

[...] constava-me, por comunicação official, que a varíola já havia se manifestado em São Luiz de Cáceres, noticia esta que mais tarde verificou-se provir de um equivoco em que laborara o facultativo do lugar, tomando os primeiros symptomas do sarampão por essa outra terrível moléstia, que, aliás dizia-se ter aparecido no Paraguay³³⁴.

Em caso de suspeita de alguma embarcação estar trazendo doentes em risco de contágio, procedia-se ao sistema de quarentena, que provavelmente contribuía mais ainda para o aumento do número de casos, uma vez que isolavam-se todos: doentes, sadios e suspeitos.

O péssimo estado sanitário da província contribuía para casos de enfermidades que poderiam ser evitadas. Doenças que levaram a óbito inúmeras vítimas, a cada ano o problemas se repetia, isso sem dúvida também comprometia o atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, pois as epidemias e doenças recorrentes faziam aumentar o número de doentes a serem atendidos pelo hospital, sem que a sua receita mensal tivesse algum aumento:

O estado sanitário da Província, como informou o Dr. José Antônio Murtinho, digno Inspector da Saude Publica e Commissario Vaccinador, não tem sido satisfactorio no decurso do corrente anno.

Em princípio do mez de Fevereiro, começou a aparecer um ou outro caso de catharro epidêmico que depois tomou incremento e propagou-se nesta Capital e outros lugares, e embora essa epidemia não fosse tão mortal como a de sarampos, que reinou no anno passado, todavia não foi menos intensa, atacando de preferencia os velhos, as crianças e as pessoas que soffrião de afecções chronicas das vias respiratórias, fazendo não pequeno numero de victimas³³⁵

³³⁴ Relatório de 1879. Op. Cit., p. 98

³³⁵ APMT: Relatório de 1880, Op. Cit., p. 25

O hospital da Misericórdia de Cuiabá atendia doentes da capital, bem como os trazidos de outras localidades, sua condição de único local para tratamento o tornava uma referência obrigatória, sendo assim não recusavam o atendimento à enfermos que eram para a capital enviados, mobilizando posteriormente a cobrança pelos serviços prestados:

Exm. Im. Ministro dos Negócios e da Fazenda. A sociedade beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Cuyaba, Capital do Estado de Mato Grosso a cujos cuidados e direção estão o hospital central de caridade e o de S. João dos Lazaros vem requerer a V. Ex^a que se digne de habilitar a delegacia fiscal do Tesouro Nacional neste Estado a pagar-lhe a importância das contribuições a que se referem os artigos 607 § único e 611 da nova consolidação das leis das Alfandegas e Mesas de renda da república e que tem sido arrecadada pela Alfandega de Corumbá. A requerente expressamente sujeita ao mesmo ônus da Santa Casa de misericórdia do Rio de Janeiro, relativos aos tratamentos dos tripulantes enfermos das embarcações que de Corumbá navegam para esta capital e até indivíduos da equipagem do navio que só chegam a Corumbá e que dali são para aqui enviados, por não se ter ainda instalado n'aquela cidade um hospital de caridade. Confiante em que V.Ex^a prestará a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá o relevante auxilio que lei lhe confere e de que ela tanto necessita para socorre as despesas com os dois hospitais que manteve, o requerente (ilegível) . Cuyaba janeiro de 1912. O presidente Antonio Trigo de Loureiro³³⁶

Esse tipo de atendimento muitas vezes comprometia alguns serviços que tradicionalmente eram prestados pela instituição como o auxílio aos desvalidos, “[...], cujo numero nesta cidade é avultado, ainda ahi não encontrarão os confortos necessários, e nem todos os que precisam do amparo da Misericórdia podem obtel-o, atenta a insufficiencia dos recursos desta³³⁷.

Houve tentativas de dar tratamento aos enfermos acometidos de doenças contagiosas em outras localidades, de modo que não fosse preciso o deslocamento dessas pessoas à capital, especialmente a época em que a varíola atingiu Cuiabá:

Podendo reaparecer a varíola no Paraguay, e convindo evitar que ella se propague nesta Provincia, determinei ao Commandante da Fronteira do Baixo Paraguay, por officio de 15 de Setembro ultimo, que reiterasse ao medico do forte de Coimbra as recomendações que fiz-lhe, quando por ali passei, a respeito das visitas que deve fazer ás embarcações procedentes dos portos d'aquella republica; e autorizei-o a mandar construir um galpão que se preste ao estabelecimento se for preciso, de uma enfermaria onde possam ser tratados os

³³⁶ ASCMMT: Livro de Registros Offícios e Portarias, Período: 1912, p.02.

³³⁷ Relatório de 1879, Op. Cit., p. 104

affectados do referido mal, enviando-lhe para esse fim as necessárias instruções³³⁸.

No entanto as dificuldades se sobressaíram. Sem dúvida que se tal procedimento tivesse tido êxito, teria diminuído o número de vítimas e poupado os recursos da Santa Casa, além do que a intenção era tratar os doentes naquele local, evitando que viessem para Cuiabá e por aqui disseminassem a doença, mesmo se de fato uma enfermaria improvisada fosse construída, as dificuldades seriam muitas, como falta de medicamentos e de pessoas habilitadas que se dispusessem a trabalhar na região de fronteira.

O hospital ao longo dos anos se viu cada vez mais onerado por funções que a ele foram sendo delegadas. Uma delas chama-nos a atenção, que era o fato de manter em seu estabelecimento prisões para a guarda e atendimento dos presos civis. Ocorreu que com a transferência da enfermaria militar da Santa Casa para o Arsenal de Guerra em 1880, o espaço agora vazio passou a receber presos:

Expedi ordem ao Chefe de Policia interino para que os presos civis, quando doentes, fossem tratados no referido Hospital que, com a mudança acima aludida, passou a dispor de prisões seguras para recebê-los. Igual ordem expedii ao comandante da força policial, em relação as praças da mesma³³⁹.

Tal procedimento sem dúvida comprometia o atendimento as demais pessoas e ao enviar os presos para o hospital a polícia se isentava de qualquer ônus. Desse modo a Santa Casa assumia uma responsabilidade que era para ser do governo provincial.

Não bastando isso, em 1880 foi divulgado na Assembleia Provincial a redução da subvenção mensal destinada a Santa Casa de Misericórdia e ao Hospital dos Lázaros, auxílio este pago com rotineira irregularidade, o valor fora reduzido pela metade:

Parece-me conveniente por esta ocasião participar a V. Ex. que a Camara Municipal desta cidade, que sempre subvencionou os Estabelecimentos de caridade com a **quantia de duzentos mil reis mensais**, tem deixado de satisfazer essa subvenção desde Abril do anno passado até a presente data: e a Assembleia Provincial em sua ultima reunião diminuindo o quantitativo dessa subvenção, reduzindo-a a **cem mil reis mensais**, quando agora mais se necessita de coadjuvação nas despesas indispensáveis extraordinarias³⁴⁰

Qual teria sido a justificativa para reduzir pela metade essa subvenção? Não encontramos essa informação na documentação consultada. Mas certamente não foi pela

³³⁸Relatório de 1880, Op. Cit., p. 25,26

³³⁹Relatório de 1880, Op. Cit., p. 32

³⁴⁰Relatório de 1880. Op. Cit., Anexo 431, AD-2. Grifos meu.

redução de atendimentos, já que cada vez mais aumentava os serviços prestados pelo hospital da Misericórdia.

Um fator que contribuía para o aumento no número de doentes na capital da província: era a recusa da população pela vacinação. Havia a desconfiança da eficácia desse método, e o medo de que pudesse ocorrer algum malefício a saúde depois de administrada a vacina. Mas especialmente a falta de informação era responsável por tal pânico, faltava orientação à população e para suprir essa necessidade todos deveriam colaborar:

Os vehiculos da transmissão desse conhecimento são numerosos, e basta notar que as camaras por suas posturas e editaes a seus munícipes, os parochos em predicas a suas ovelhas, o medico na visita a seus clientes, o mestre-escóla nas licções a seus discípulos, o jornalista em artigos a seus leitores, todos tem obrigação de propagar o conhecimento da vaccina, e alguns de innocual-a por officio e amor do próximo³⁴¹.

Houve a implantação por parte do governo de algumas medidas pontuais, que isoladas não poderiam apresentar efeitos positivos a curto prazo:

O inspector de hygiene nesta província, doutor Augusto Novis, nomeado pelo Governo Imperial em virtude de novo regulamento do serviço sanitário do Império, expedido pelo decreto n.º 9,554 de 3 de Fevereiro ultimo, dedica-se a todo o serviço das attribuições do seu cargo, inclusive o da vaccinação . Pode contar-se que se conseguirá de ora em diante ir vencendo a repugnancia que tem o povo a esse preservativo por desconhecê-lo, ter medo do seu resultado ou não acreditar em sua efficácia³⁴².

Tentava-se a medida do possível combater a insalubridade de alguns pontos da cidade, pois isso implicava diretamente no bem estar da população:

Podendo prejudicar as condições sanitárias da cidade a agua do tanque do Bahú, cujo máo estado verifiquei na visita que ali fiz há dias, não me foi possível ainda mandar proceder ao escoamento e limpeza do mesmo tanque, de accordo com o parecer emitido pela respectiva commissão que nomeei, e composta do Dr. Inspector de hygiene e do Engenheiro da província, porque, pretendendo executar esse trabalho com os presos civis existentes na cadeia publica desta capital, mediante uma modica gratificação a cada um, não disponho presentemente de força nem de policia, nem de linha para os fazer acompanhar com sufficiente numero de praças³⁴³.

³⁴¹Relatório de 1886, Op. Cit., p. 22

³⁴²Ibidem, p. 22

³⁴³Relatório com que o Exm. Sr. coronel Francisco Raphael de Mello Rego, presidente da província, abriu a 27ª sessão da Assembleia Legislativa Provincial de Mato Grosso em 20 de outubro de 1888. Cuyabá, Typ. da "Situação," 1888, p. 19

Ao passar dos anos percebe-se que pouco ou quase nada era feito para melhoria das condições de saúde da população, uma amostra da ineficiência do Estado pode ser observada no fato do Dr. Augusto Novis fazer uso de sua própria residência para o serviço de vacinação pública:

E por esta ocasião, entendo não dever silenciar sobre o valioso serviço prestado pelo illustre facultativo Sr. Dr. Augusto Novis, que, apesar de cansado e já alquebrado pela idade, ainda nos deu mais uma mostra dos seus sentimentos humanitários, installandoem sua residencia um serviço de vaccinação para todos que dele necessitarem e do qual utilizaram-se grande numero de indivíduos, conforme communicação que do mesmo Dr. recebi³⁴⁴

Para que o médico tenha tomado está atitude certamente não havia local apropriado para tal procedimento, em resposta o governo poderia anunciar estar tomando providencias para que essa situação tão logo se revolvesse, no entanto apenas seu gesto humanitário é reconhecido, não há qualquer indício que nos leve a identificar que esse tipo atendimento seria provisório.

Fatos inusitados também ocorriam dentro do hospital da Misericórdia, Em Janeiro de 1912 estava em tratamento no hospital o soldado João Peixoto de Souza que pertencia ao batalhão de polícia comandado pelo Tenente Coronel Clementino Paraná, tendo o referido soldado tido alta no mesmo dia, ocorreu que:

[...] o dito soldado ás 5 horas da tarde do dia 5 do corrente, desobedecendo as ordens que prohibiu a entrada de enfermos do sexo masculino na enfermaria das mulheres, penetrou aquele local e quando por isso repreendido pelo enfermeiro Durval Alfredo Pedroso, aggreo-o armado de uma faca de ponta que tinha consigo, occulta na roupa que vestia. A muito custo e com o auxilio de outras pessoas conseguiu enfermeiro desarmar o soldado e recolhe-lo a um quarto de porta de ferro, onde o fez conservar até hoje, quando o médico do Estabelecimento lhe deu alta. [...] ³⁴⁵.

Possivelmente não foi o único caso inusitado que ocorrera dentro do hospital. O fato do soldado não ter sido levado para a Cadeia Pública nos leva a crer que o mesmo estaria sendo tratado de algum distúrbio mental. No entanto, ficar “preso” na Santa Casa não era a solução para o problema. Como vimos anteriormente, confundiam-se os papéis de um e de outro estabelecimento, quando se tratava de pessoas que perturbavam a ordem pública, o que não ocorria apenas em Cuiabá:

³⁴⁴ APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Coronel Pedro Leite Osório 1º vice presidente do Estado à Assembleia Legislativa, abertura da 2ª sessão ordinária da 7ª Legislatura em 13 de maio de 1907. CuyabaTyp. Official 1907, p. 06.

³⁴⁵ ASCMMT: Livro de registro de ofícios e portarias expedidas em 1912, p. 2

O Rio de Janeiro parece ter servido de modelo para Cuiabá e, possivelmente, para as demais capitais de província do país, onde os loucos marginais, miseráveis e vagabundos tornaram-se alvos privilegiados da ação dos governantes, que empreenderam uma verdadeira varredura destes nos lugares públicos, já que se tornam sinônimos da desordem urbana, sendo conduzidos às cadeias públicas e às Santa Casa de Misericórdia³⁴⁶.

Mas por que destinar esses espaços a esses doentes? Primeiramente, por ser o espaço disponível naquele momento; no caso da Santa Casa, mesmo com todos os problemas financeiros e estruturais, era a instituição que existia para o auxílio dos menos favorecidos acometidos por qualquer tipo de enfermidade. Em segundo, o auxílio repassado para a instituição pelo Estado a tornava parte integrante na participação das ações do mesmo. Quando questões de natureza privada vão contra a ordem pública é o momento que o Estado passa a intervir, utilizando os meios que dispunha³⁴⁷.

Por outro lado com tantas urgências para socorrer, o surgimento da figura do alienado no final do século XIX em Cuiabá traz um novo problema tanto para a polícia como para hospital da Misericórdia³⁴⁸, considerando que ambos não estavam preparados para lidar com essa situação e recebiam apenas a incumbência de retirar o doente de circulação. Embora isto nem sempre fosse possível³⁴⁹.

O hospital da Santa Casa de Misericórdia trabalhava com um número de funcionários reduzidos, com intuito de não aumentar mais ainda as despesas da instituição. Porém esse número reduzido, não justificava a ausência dos mesmos. Em 03 de março de 1912 o presidente da Sociedade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia

³⁴⁶PINHO, Op. Cit., p. 75.

³⁴⁷“A moralidade, os comportamentos, as atitudes, os vícios, as sociabilidades, o lazer, as relações de trabalho, a observância das leis, o comércio, a higiene, a saúde, já não podiam ser tratados apenas no âmbito familiar ou na esfera privada. O Estado passa a se ocupar dessas questões, tanto por meio da adoção de estratégias de disciplinarização como pelo estabelecimento e fortalecimento de algumas instituições que vão circunscrever o espaço cidadão”. Ibidem, p. 70.

³⁴⁸“Proliferam” os pedidos de internação dos alienados na Santa Casa de Misericórdia, sobretudo oriundos da autoridade policial da capital, e também do interior. A aceitação dos alienados na Santa Casa, por sua vez, transforma-se em caso de polícia e “intervenção” do Governo do Estado. Muitos dos pedidos feitos nesse sentido eram recusados sob a alegação de falta de espaço e estrutura adequada para esse fim. Curioso notar é que os pedidos de internação de insanos se apoiam em argumentos distintos. A maioria deles é de ordem moral. Simples interdição ou aprisionamento que não prescreve nenhuma medicalização, nenhuma terapêutica, e propõe somente que se retire de circulação aquele ser estranho”. Ibidem, p. 75.

³⁴⁹ Não tendo condições estruturais de receber na Santa Casa de Misericórdia uma indigente considerada louca vinda de Corumbá, o então presidente da instituição Antônio F. Trigo de Loureiro entra em contato com o Delegado de Polícia e o informa da situação, pedindo a ele que reservasse uma boa sala para uma indigente louca, até que o Hospital da Santa Casa pudesse dispor de um cômodo apropriado, pois nas palavras do presidente não havia no momento um quarto forte naquele hospital que pudesse abrigá-la. Arquivo SCMMT: Livro de registro de ofícios e portarias expedidas em 1912, p. 8

Antônio Trigo de Loureiro foi avisado pelo fiscal, Capitão João Anastácio de Souza, sobre:

[...] o facto de não ter hontem á noite encontrado no Hospital Centralnem o almoxarife, nem o enfermeiro, nem o porteiro, determina que, desde hoje, se observe o dito Hospital o seguinte: 1º Aquellestrez empregados tão abnegados a permanecer no estabelecimento das 5 horas da manhã, ás 8 da noite, salvo caso em que o motivo imperioso reclame sua presença fora, mediante autorização do Fiscal do mez; 2º Cada noite, das 8 horas em diante, ficará no estabelecimento um dos referidos empregados, mediante a escala que o fiscal do mez organizar e mandar affixar na secretaria; 3º Cada noite permanecerá no estabelecimento um servente, afim de prestar os serviços que por ventura forem necessários. O que se cumpra³⁵⁰.

Diante das exigências e da extensa carga horária, certamente tal determinação não seria fácil de ser cumprida. Na tabela abaixo podemos verificar o número de funcionários da instituição:

Tabela dos vencimentos dos funcionários dos hospitais da S. B.
da Santa Casa de Misericórdia desta cidade:

2	Medicos	200,00	400,00
1	Almoxarife	160,00	160,00
1	Enfermeiro	120,00	120,00
1	Dito Militar	30,00	30,00
1	Porteiro	80,00	80,00
3	Tenentes	60,00	180,00
1	Enfermeira	80,00	80,00
1	Ajudante de enfermeira	45,00	45,00
1	Cosinheira	60,00	60,00
1	Ajudante de cozinheira	40,00	40,00
			1.195,00

Fonte: ASCMMT - Livro de registros officios e portarias expedidas em 1912. p. 11

Importante destacar os trabalhos de auxílio ao atendimento aos doentes prestados pelas irmãs salesianas. Desde a fundação, o hospital da Misericórdia de Cuiabá contou com esta ajuda, revelando a concomitância da ciência e religião nesse espaço. De tempos em tempos as irmãs recebiam um visitante³⁵¹, que era um

³⁵⁰ ASCMMT: Livro de Registro de Officios e Portarias Expedidas em 1912, p. 5.

³⁵¹ O texto original está em espanhol, datado de 27 de outubro de 1925 pelo visitador extraordinário salesiano José Vespagnani. “Tenho visitado em nome e representação do revemo. Senhor Hector Mayos e dos salesianos Dom Felipe Rinaldi sucessor de Dom Bosco a Santa casa de Misericórdia de Cuiabá atendida pelas irmãs de Maria Auxiliadora e tenho a grata satisfação de ver que **este lugar onde se dá todas as misérias e enfermidades da humanidade**, estão no rosto dos enfermos a paz, a tranquilidade, e um sorriso de que encontrou o alívio e o bálsamo do consolo e das aflições das boas irmãs de Maria Auxiliadora com seus abnegados cuidados e sacrifícios, cumprem

representante da igreja, uma espécie de fiscal para averiguar os trabalhos. Certamente essa era uma prática comum entre as Misericórdias.

Embora não haja na documentação relatos de um possível desconforto entre representantes da igreja e os médicos ou demais funcionários, não é incorreto supor que possa ter ocorrido na Misericórdia de Cuiabá, como ocorreu em diversas outras localidades³⁵², devido principalmente a divergência de ideias quanto ao trato dos pacientes. De todo modo a atuação das freiras sempre fora uma característica marcante das Misericórdias:

Essa era uma característica forte da Irmandade da Misericórdia. A de Lisboa, por exemplo, não contou com a presença de freiras até 1857, quando a imprensa médica portuguesa começou a questionar a necessidade de se chamarem freiras para o cuidado dos doentes. Argumentavam que não havia ninguém melhor do que elas para assumir o cotidiano do hospital com eficiência e a baixo custo, argumento este também amplamente utilizado pelos defensores da presença das irmãs nas Misericórdias do Rio de Janeiro e de Salvador. Sabe-se, porém, que a Mesa Diretora da Misericórdia de Salvador cogitou, desde 1834, a entrada de freiras para o serviço de enfermagem e para a direção do Recolhimento e da Casa dos Expostos³⁵³.

Mas esse não era de fato a maior dificuldade enfrentada pelo hospital se faltava funcionários, em contrapartida não faltavam doentes, tanto nacionais como estrangeiros, conforme tabela a seguir:

aqui o ofícios dos anjos e da dívida providência, derramando nos enfermos toda classe de benefícios para a alma e para o corpo. A beneficência, a **ciência e a religião estão de mãos dadas** para converter este lugar de dores e de desgraças em uma verdadeira Casa Santa de Misericórdia que é o mais belo e prestimoso da santidade de nossa religião católica, como também da generosa caridade e da verdadeira civilização dessas populações que se esmeram em aliviar as misérias do próximo.

Em mais perfeita ordem, com esmero asseio, e as atenções solicitadas para os enfermos, realizam e fazem brilhar aqui toda a beleza da santidade das irmãs de caridade que realmente consiste em auxiliadora dos cristãos e amada popularmente a virgem de Dom Bosco. As autoridades e diretores da Santa Casa, aos senhores esclarecidos médicos e às piedosas irmãs muitas felicidades. Grifo meu. ASCMMT: Livro para registros de impressões dos visitantes, 1919, p. 04. O livro é aberto em 1919, mas contém algumas impressões até o ano de 1954.

³⁵²“A disputa que contrapõe, de um lado, o hospital como locus da ação da caridade e, de outro, o hospital como espaço da prática médica não foi característica apenas da Misericórdia do Rio de Janeiro. O Hôtel-Dieu de Paris, palco de diversas transformações da medicina, só conseguiu afastar a presença da Igreja do seu cotidiano em 1908, quando as freiras agostinianas foram afastadas do hospital e do cuidado aos doentes. E em outras Misericórdias brasileiras, como as de Porto Alegre e São Paulo, também houve tensão e atritos entre os médicos e a Igreja” SANGULAR, Gisele. Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas no Rio de Janeiro – 1920-1940. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; 2005 (tese de doutorado). Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3980>, p. 54. Acesso em 19.12.2014

³⁵³Ibidem, p. 56.

Tabelas de atendimento de nacionais e estrangeiros do Hospital da Misericórdia no de 1922.

Nacionais

Movimento	Homens	Mulheres	Creanças	Somma
Existiam	19	22	6	47
Entraram	288	168	68	524
Sahiram	268	151	61	480
Falleceram	22	19	1	42
Ficaram	17	20	12	49

Fonte: APMT: Mensagem Presidente de Província 1922, p. 28

Estrangeiros

Movimento	Homens	Mulheres	Creanças	Somma
Existiam	3	—		3
Entraram	8	5	2	15
Sahiram	7	3	2	12
Falleceram	1	1		2
Ficaram	3	1		4

Fonte: APMT: Mensagem Presidente de Província 1922, p. 28

A redução gradativa do atendimento a indigentes foi uma necessidade da instituição, o prédio não tinha condições de abrigar a todos, percebemos que a Santa Casa foi aos poucos assumindo uma feição mais própria de hospital:

O hospital central já não pode attender a todos os indigentes que batem a porta desta casa de caridade, porque, dispõe apenas de 60 leitos e a lotação das enfermarias não comporta maior numero.

Uma necessidade porém, se impõe: é a construcção de um pavilhão, modesto que seja, para o isolamento de doentes cujo tratamento assim a exija.

A secção de maternidade dispõe de uma sala especial, porém, por necessidade é também occupada por outros enfermos³⁵⁴

Mesmo em meio a tantas necessidades pode-se afirmar que os doentes não encontrariam em outro local na capital os diversos serviços prestados pelo hospital. Somente no ano de 1923 “foram feitos 4.571 curativos, 2087 injeções hypodermicas, 516 injeções endovenosas, 69 injeções e 914.59 exames de fezes, 89 exames de urina e 79 intervenções cirurgicas”³⁵⁵. Verificamos um número bastante considerável de atendimentos, e na parte interna do estabelecimento procurava-se manter a organização

³⁵⁴ APMT: Relatório de 1923, Op. Cit., p. 18.

³⁵⁵ Ibidem, p. 18

dividindo os ambientes conforme as necessidades: “A enfermaria de homens está dividida em tres secções: uma das quaes é reservada ás praças da Força Publica. A enfermaria das mulheres comprehende tres secções, sendo uma para maternidade e mais uma sala com dois leitos”³⁵⁶.

Como vimos anteriormente esse era um dos motivos das incontáveis reformas, a demanda cada vez maior, que obrigava o hospital a acomodar o melhor possível seus pacientes, a fim de facilitar o trabalho dos médicos, enfermeiros entre outros.

Destacamos aqui os serviços prestados pela Sala do Banco, que era uma espécie de recepção onde as pessoas aguardavam sentadas em bancos de madeira, nesse ambiente eram feitos os atendimentos, e até pequenas cirurgias:

Durante o anno foram attendidos 1.136 enfermos para os quaes a pharmacia preparou 494 formulas; foram feitos 674 curativos, 29 exames de fêzes, 43 exames de urina, 20 intervenções cirurgicas e 7injecções.

De longa data existia no gabinete de curativos da sala do banco uma mesa tosca de madeira que servia de mesa de exames e, impondo-se sua substituição, adquiriu-se nesta praça uma mesa de ferro articulada para exames e curativos, pela quantia de 600\$00³⁵⁷.

Na tabela abaixo podemos verificar que as consultas realizadas na Sala no Banco aumentavam ano a ano. O que por um lado demonstra a confiança da população nos serviços prestados pelo hospital, por outro evidencia o quanto deveriam ser bem administrados os recursos que a Santa Casa dispunha a fim de manter os atendimentos:

Ano	Consulentes
1922	1.089
1923	1.136
1924	1.437
1925	1.654
1926	2.865
1927	5.656

Fonte: APMT Mensagem Presidente Província 1928, p. 128.

³⁵⁶Ibidem, p. 18

³⁵⁷Ibidem, p. 18

Como em qualquer hospital os atendimentos eram os mais diversos, na tabela abaixo podemos ter uma amostra das cirurgias realizadas:

No gabinete cirúrgico foram feitas as seguintes operações:

Hernia	5
Extr. e ablação de sequestros	4
Ablação de hypoma	3
Dil. E drenagem de abcesso	4
Curetagem de ulcera	2
Operação de hydrocele	1
Amputação do terço inferior	1
Punção de hydrostose	1
Amygdolotomia	2
Aplicação de forceps	1
Dil. E drenagem de phlegmão	2
App de Henequim	1
Ablação de agioma	1
Perineorrhphia	1
Catarata	2
Eniceração do olho esquerdo	1

Fonte: APMT Mensagem Presidente Província 1923, p. 51.

A Santa Casa de Cuiabá possuía um Gabinete Dentário. Costumeiramente, o profissional dessa área tinha um consultório particular na cidade e dedicava algumas horas do dia ao atendimento na Santa Casa. Na documentação consultada não encontramos indícios de que havia um profissional contratado pelo hospital para exercer tal função, apenas que o número de atendimentos era considerável:

Esta secção foi fundada em 1919 com o donativo feito pela empresa “Mate Laranjeira”, da quantia de dez contos de reis, e tem prestado optimos serviços. A assistência dentaria foi exercida pelo Dr. Arthur Pereira Mendes que attendeu a 303 pessoas nas quaes fez 328 curativos, 45 extracções e 75 obturações³⁵⁸.

Apesar dos diversos tipos de atendimentos prestados pelo hospital da Misericórdia percebe-se que a população tinha a necessidade de alguns serviços específicos talvez mais de ordem social do que médica. Era o caso das pessoas consideradas inválidas, seja pela velhice ou acometida de alguma enfermidade. Como vimos no capítulo primeiro a função asilar era exercida nas primeiras Misericórdias.

³⁵⁸ Ibidem, p. 18

Esse cuidado com os pobres muitas vezes se estendia por toda a vida do indivíduo, mas isso num momento em que a função hospitalar dentro da Santa Casa não existia, ou pelo menos era algo secundário.

Seguramente não foi nada simples para as Misericórdias deixarem de exercer essa função asilar. De fato no começo do século XX a Santa Casa de Cuiabá se vê impossibilitada de reverter tal situação:

A S. Casa não tem por fim asyilar individuos invalidos e nem dispõe de apartamentos que se prestem a esse fim, entretanto, a administração tem sido forçada a conservar no hospital diversos doentes, ou antes, velhos decrepitos e tres dementes, pois atiral-os á rua seria dolorosa deshumanidade.

A falta de um manicômio obrigou a administração a aproveitar dois quartos pequenos para a reclusão de duas mulheres dementes, uma das quaes é furiosa.

Para attender a casos dessa natureza o governo do Exm. D. Francisco de Aquino Corrêa iniciou a construcção de um manicômio contiguo a esse hospital, construcção que interrompeu-se pouco depois em consequencia da crise economica que sobreveio o Estado.

Por falta de um compartimento apropriado fui obrigado a solicitar ao Dr. Chefe de Policia a remoção em 4 de Junho ultimo de uma infeliz demente avançada idade de 61 annos para a cadeia publica³⁵⁹.

Para Hochman, a ameaça da doença, obriga a sociedade a se reorganizar, mais por conta de seus interesses próprios do que por consideração aos demais indivíduos. Lembramos que todo o tipo de intervenção feita por parte do Estado sempre calculava a relação custo benefício. Certamente por esse motivo no início do século XX não temos na capital Cuiabá qualquer tipo de instituição que sirva de asilo para os pobres:

a preocupação dos ricos e sadios para com os menos afortunados e doentes e a decisão de agir para combater esse estado de coisas não derivariam apenas de uma concepção ética e moral, mas, principalmente, da percepção de que a ameaça da doença os tornara solidários e reorganizava a sociedade, certamente, a contragosto, para muitos³⁶⁰.

A farmácia em funcionamento dentro do hospital, “ foi organisada em 1919 e continua sob a direcção da Exma. Irmã Maria Lana da Silva que além de directora do

³⁵⁹Ibidem, p. 19

³⁶⁰HOCHMAN, Op. Cit., p. 51

hospital central desempenha aquele cargo”³⁶¹. A maioria dos medicamentos era para o uso do próprio hospital sendo que “foram aviadas 5.223 formulas, sendo 4.729 para os doentes internados e 494 para os externos”³⁶². Os medicamentos eram fornecidos pela casa Granado & Cia, e como todas as encomendas, só chegavam à capital tempos depois do pedido ter sido feito.

3.4 Aciência e a “nação” em contrução

O final do século XIX representou um momento de avanços significativos para a saúde pública no Brasil, no interior das províncias algumas doenças simples ainda vitimavam a população, epidemias ainda eram registradas, porém o Rio de Janeiro e algumas outras províncias começavam a se organizar com intuito de garantir a ordem social através da medicalização³⁶³, ou seja, a ordem estaria diretamente ligada a saúde da população:

Essa medicalização não esteve restrita, [...], aos hospitais. As obras de caridade vivenciaram o mesmo processo, no qual a medicina passou a ter papel importante: ao lado das sopas, do pão, do carvão, do vestuário e do abrigo, as visitas médicas e a distribuição de remédios passaram a fazer parte do cotidiano dessas instituições. Para os filantropos franceses oitocentistas, a distribuição de cuidados médicos gratuitos era mais uma forma de assegurar a ordem social. Nesse sentido, a medicalização era uma estratégia para o alcance do objetivo principal. Quando as doações diminuía, as visitas médicas e os remédios eram os primeiros itens a serem reduzidos ou mesmo eliminados³⁶⁴.

“Os últimos anos da Monarquia demarcam a criação do Instituto Pasteur do Rio de Janeiro (1888), vinculado a Santa Casa de Misericórdia com o objetivo de fabricar e aplicar a vacina anti-rábica. D. Pedro II foi um grande incentivador da instituição³⁶⁵”. Outras unidades do Instituto no Brasil como a de São Paulo além da vacina anti-rábica produzia o soro antidifitérico³⁶⁶. Os Institutos Pasteurianos fundados no Brasil eram locais que aliavam pesquisa e produção, mais próximo ao paradigma criado por Louis

³⁶¹ APMT: Relatório de 1923, Op. Cit., p. 20.

³⁶² Ibidem, p. 19

³⁶³ “Foi no processo de integração de novos elementos as práticas antigas que os doentes do século XIX, acostumados aos mais diferentes recursos curativos e a automedicação, tornaram-se capazes de integrar a vacina e o medicamento a suas práticas habituais. [...] o medicamento leva ao médico, e acaba por se transformar, assim, a relação médico paciente por meio de um fenômeno de disjunção cultural o que seria, em última análise, a própria medicalização” SANGULAR,(2005) Op. Cit., p. 42.

³⁶⁴ Ibidem, p. 42.

³⁶⁵ Ibidem, p. 58.

³⁶⁶ Ibidem, p. 58

Pasteur na França³⁶⁷. A criação dessas instituições foi um passo importante para a prevenção e erradicação de muitas doenças.

No Rio de Janeiro “o instituto teve suas funções ampliadas, passando a estudar tanto a natureza quanto a etiologia, o tratamento e a profilaxia de doenças infecto-contagiosas e outras de interesse para a saúde pública³⁶⁸”. As mudanças registradas no campo da ciência no Brasil ao final do século XIX acompanharam as transformações ocorridas nesse campo na Europa, e aqui faziam parte de uma modernização que atingiria diversos setores:

O final do século XIX foi marcante para o desenvolvimento das atividades científicas no Brasil em diversas áreas, grande parte a partir de iniciativas do governo imperial. Acontecia desde a década de 1870, um movimento de transformações culturais e de modernização no Brasil, com modificações na esfera econômica política e social³⁶⁹.

Essas mudanças na ciência visavam dar maior qualidade de vida à população, e atingir de maneira mais eficaz as regiões mais distantes. Facilitando o acesso dos moradores das províncias aos benefícios dessa ciência em desenvolvimento, além de tornar mais fácil difundir por parte dos governantes a ideia de pertencimento a uma nação. As pessoas se sentiriam mais unidas não apenas por ocuparem o mesmo território, mas por um sentimento de pertencimento a algo maior, que poderia até se sobrepor as dificuldades:

A procura da associação das pessoas que moravam longe da costa ao Império que se construía era essencialmente tarefa do Estado e de seus agentes. Esta associação procurava fazer com que o *homem-do-mato*, abastado ou não, se reconhecesse pertencente a uma *nação*, tanto quanto o cidadão que vislumbrava uma *nascente civilização*. Todos estavam dentro de um mesmo território, o território nacional, onde as pessoas eram perfilhadas pelo Império e deveriam reconhecer-se irmanadas numa *nação* que se construía. [...] ³⁷⁰

Em sua pesquisa, Gomes (2005) percebe que houve um apoio deliberado por parte do governo imperial à institucionalização das pesquisas, e a ampla circulação do

³⁶⁷“O modelo pasteuriano preventivo, tanto o de pesquisa quanto o de gestão institucional, teve reflexos importantes no Brasil, ao final do século XIX e início do século XX, em grande parte devido as evidentes mudanças que desencadeou na urbe francesa. De fato, o alcance de suas medidas extrapolou o âmbito da questão sanitária e da saúde, alterando radicalmente, pelo viés da higiene, a vida do homem urbano suas moradias, o traçado das ruas etc.e configurando-se como uma modalidade efetiva de controle do pobre e da pobreza. Vale destacar ainda que, a despeito de sua efetivação só se concretizar com a lei de 1902, as primeiras propostas de assistência médica gratuita, na França, foram contemporâneas a ascensão do modelo pasteuriano naquele país. SANGULARD, 2005, Op. Cit., p. 46

³⁶⁸Ibidem, p. 59

³⁶⁹GOMES, Ana Carolina Vimieiro. Uma ciência moderna e imperial: a fisiologia brasileira no final do século XIX. 1ª ed. Belo Horizonte, MG: Fino Traço; Campina Grande, PB; EDUEPB; Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2013, p. 14.

³⁷⁰SENA, Op. Cit., p. 235.

conhecimento produzido pelos cientistas brasileiros³⁷¹. O que se pretendia era fazer com que o Brasil ocupasse um local de destaque no campo das pesquisas em fisiologia como acontecia com países da Europa, para isso era necessário o país contar com espaços de mediação e divulgação de conhecimentos, como ocorreu no Laboratório de Fisiologia Experimental anexo ao Museu Nacional no Rio de Janeiro³⁷².

E para alcançar tal intuito além da população identificar-se como pertencente a uma nação, a imagem do país no exterior também vinha sendo construída, era preciso mostrar ao mundo que o país caminhava cada vez mais rumo à civilização:

O Império queria diferenciar-se das repúblicas hispano-americanas buscando assemelhar-se aos modelos europeus de civilização e conhecimento. Não bastava apenas a população residente no Brasil reconhecer-se como pertencente a um país, a um império. Era preciso o Brasil ser reconhecido no exterior através de uma imagem moderna, industriosa, civilizada e científica, mesmo sendo apresentado também como um país jovem. Para isso contribuía o ilustrado imperador, frequentador de exposições científicas no exterior, assim como participante de viagens e reuniões sobre ciência, dentro como fora do território brasileiro³⁷³.

Tanto nos Institutos Pasteurianos como no Laboratório de Fisiologia Experimental, somente para citar duas instituições importantes entre outras³⁷⁴, desde o primeiro momento “já havia uma tentativa de reapropriação dos métodos experimentais às particularidades do país. Isso indica uma preocupação com a adequação a ciência internacional e, ao mesmo tempo, com a especificidade e originalidade dos estudos nacionais em relação àqueles do Ocidente”³⁷⁵.

A partir das atividades de pesquisa iniciadas no laboratório é que foi possível comprovar cientificamente os efeitos de plantas já há muito utilizadas especialmente pelos diversos agentes de cura, que como veremos mais adiante não deixaram de existir. Assim foi sendo aplicado um caráter científico a conhecimentos que faziam parte do cotidiano em muitas localidades do país:

³⁷¹Ibidem, p. 16

³⁷²O Laboratório de Physiologia Experimental do Museu Nacional foi criado em 1880. “Nesse início, as práticas científicas concentraram-se na vivisseccção de animais e na realização de registros gráficos” Ibidem, p. 53.

³⁷³SENA, Op. Cit., p. 237,238.

³⁷⁴“No Rio de Janeiro, os últimos anos na Monarquia e os iniciais da República foram marcados pelo surgimento de diversos laboratórios de pesquisa experimental, ligados a instituições de pesquisa e ensino ou as Forças Armadas, tais como o Laboratório de Fisiologia Experimental do Museu Nacional (1880), cuja direção foi entregue a Louis Couty e a João Batista de Lacerda; o Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1882), surgido no bojo da Reforma do Ensino Médico; e o Laboratório Militar de Bacteriologia (1894).” SANGULARD, 2005, Op.Cit., p. 60.

³⁷⁵GOMES, Op. Cit., p. 26.

Os objetivos para as pesquisas do laboratório e sua utilidade para o país não se limitavam as plantas tóxicas e alimentícias. O Brasil possuía catalogadas, a partir de sua flora, uma matéria médica rica, composta por variadas plantas medicinais. As propriedades terapêuticas de muitas delas vinham sendo estudadas na prática clínica pelas elites médicas nacionais e outras tantas utilizadas pelas práticas de cura populares³⁷⁶.

Destacamos aqui a importância dos investimentos do governo imperial para o início das atividades científicas no país, o que permitiu que os pesquisadores pudessem aplicar modelos europeus em conformidade com as necessidades nacionais. Mas de que forma esses avanços refletiam nas províncias distantes dos grandes centros urbanos? Longe do Rio de Janeiro e de São Paulo, na prática como a população era beneficiada? O trecho abaixo elucida-nos um pouco sobre a difusão da ciência em Cuiabá:

[...] a ciência não chegava em formato de teses ou artigos; ela vinha mesmo na forma de *fastfood*, pronta para o consumo, embalada em manuais e conselhos, rapidamente publicados nos inúmeros periódicos locais aparentando uma aplicabilidade imediata, uma aceitação sem reservas, ou ainda uma ânsia de ficar em dia com mais um signo do progresso. Decididamente, a ciência estava chegando a Cuiabá³⁷⁷.

3.5 Higiene e saúde pública em Mato Grosso

A doença transmissível obrigou os governos a mudarem sua forma de agir, ou melhor a agirem em prol dos doentes, para que o risco do contágio fosse reduzido, é o que Hochman identificou como uma forma de reorganizar a sociedade:

O movimento sanitarista na Primeira República entendia que a doença transmissível caracterizava e moldava a sociedade brasileira, desafiando suas elites e suas instituições políticas, e exigindo um aumento da responsabilidade do Poder Público, o que significava a rediscussão da moldura político legal inaugurada pela Constituição de 1891³⁷⁸.

E essa reorganização parte do que o autor caracterizou como interdependência social que é a percepção das elites sobre as implicações que o elo social criará para eles. A condição social passa a ser vista como uma variável que influencia diretamente a questão da saúde pública. Daí é que surgem os primeiros projetos sobre políticas públicas, compreendendo a relação entre doença, sociedade e poder público.

³⁷⁶GOMES, Op. Cit., p. 36

³⁷⁷PINHO, Op. Cit., p. 91

³⁷⁸HOCHMAN, Op. Cit., p. 49

É a partir do entendimento da ligação desses elementos no convívio social que se passa a agir de maneira a evitar a desarmonia entre eles, ou seja, evitar a doença, o mal primeiro a ser combatido. E para isso os Institutos de vacinação instalados no Brasil desempenharam um papel fundamental.

Antes da criação dos Institutos que passaram a produzir as vacinas destinadas a população, o pouco material que era enviado às províncias vinham de Buenos Aires, Paraguai e até mesmo da Europa, havia a demora no transporte e a quantidade sempre pequena do chamado pus vacínico, para piorar ainda mais esse cenário havia a desconfiança da população com relação a eficácia desse tipo de medicamento. Assim a população padecia com epidemias que poderiam ser evitadas como a da varíola em Mato Grosso em 1867:

Notando-se absoluta falta de pus vaccinico na Provincia, dirigi-me por officio de 13 de Janeiro ao Ministério do Império, solicitando a(25) remessa de tão precioso reservatório, e de novo officiei em igual sentido, ao Dr. Inspector Geral do Instituto vaccinico na corte, em data de 6 de Agosto³⁷⁹.

No ano de 1880 não houve vacinação na província de Mato Grosso³⁸⁰. Em 1881 foram vacinadas “segundo o quadro apresentado pelo dr. commissario vaccinador, 274 pessoas, sendo 140 do sexo masculino, e 134 do feminino, todos de condição livre”³⁸¹. Nos relatórios de províncias consultados essas solicitações eram frequentes, mas a vacinação acabava por ser ineficiente, pois quando ocorria atingia sempre uma parcela mínima da população, seja pelo número de vacinas que eram enviadas para capital, seja por reservá-las apenas aos cidadãos livres.

Sem a aplicação de medidas profiláticas a população ficava mais vulnerável em determinadas épocas do ano, para muitos o clima era o responsável pelo aparecimento de certos males que afetavam a saúde de todos:

Apesar da falta de chuvas e de um calor há tempos não conhecido nos mezes de setembro, Outubro, Novembro e Dezembro, não se mostrarão pleurizes nem peneomonia como sóe acontecer em anos anteriores.

Estas enfermidades foram substituídas por ligeiras bronclhites, que cederão a ligeiros tratamentos.

³⁷⁹Relatório de 1880, Op. Cit., p. 25

³⁸⁰Ibidem, p. 25

³⁸¹Relatório com que o Exm. Sr. coronel Dr. José Maria de Alencastro, presidente da província de Matto-Grosso, abriu a 1.a sessão da 24.a legislatura da respectiva Assembleia no dia 15 de junho de 1882. Cuyabá, Typ. de J.J.R.Calhão, 1882, p. 67.

As febres endêmicas, n'um ou n'outro lugar que apparecerão forão de caracter benigno, e não fizeram estragos nesta população³⁸².

Em 1888 o então inspetor de higiene Dr. Dormevil José dos Santos Malhado também relata a interferência do clima local nas enfermidades que se sucederam naquele ano:

Do seu relatório consta que no decurso do corrente anno novidade alguma houve no estado sanitário desta capital até o mez de Agosto, em que começou a ser este alterado com o desenvolvimento de afecções das vias respiratórias, porem sem gravidade para os enfermos, que procuravam logo os recursos da sciencia; e bem assim que as causas de semelhante alteração são: o excessivo calor, as queimadas dos campos próximos á cidade, o muito pó e o vento forte que o levanta pondo-o em contacto com os órgãos da respiração; sendo de esperar, porem, que tudo cesse com as primeiras chuvas, como tem acontecido nos anos anteriores³⁸³.

E os recursos da ciência disponíveis na capital estavam no hospital da Misericórdia, para onde quase todos recorriam em caso de enfermidade. Quase todos porque é importante lembrar a atuação dos curandeiros, tão constante quando as ações contra os mesmos, tal prática estava intimamente ligada a questões culturais e era recorrente em diversas localidades do país. Eugênio (2012) em seu estudo demonstra três fatores para a continuidade das práticas de cura realizadas pelos diversos tipos de agentes sem conhecimento acadêmico:

“A atuação de pessoas sem preparação acadêmica na área de saúde pode ser explicada por vários fatores. Primeiro: conforme relatório da Sociedade de Medicina de Pernambuco, publicado do seu órgão de imprensa em 1842, o povo tinha a sua própria terapêutica porque, durante séculos, como havia poucos profissionais de medicina disponíveis, ele se acostumou com formas alternativas de cura. Segundo: mesmo quando começou a haver maior disponibilidade de pessoal formado em tal campo de conhecimento, os seus preços eram inacessíveis à maioria da população. Terceiro: suas terapias ainda apresentavam baixo grau de resolubilidade em relação à maior parte das doenças³⁸⁴.

Mesmo com a criação da junta de Higiene Pública em 1850³⁸⁵, órgão com a atribuição de fiscalizar entre outras práticas o exercício ilegal da medicina, sua atuação

³⁸²Ibidem, p. 67

³⁸³Relatório com que o Exm. Sr. coronel Francisco Raphael de Mello Rego, presidente da província, abriu a 27.ª sessão da Assembleia Legislativa Provincial de Matto-Grosso em 20 de outubro de 1888. Cuyabá, Typ. Da “Situação”. 1888, p. 19

³⁸⁴EUGÊNIO, Op. Cit., p. 202.

³⁸⁵Em 1850 foi criada a Junta de Higiene Pública para servir entre outras funções de órgão fiscalizador do exercício ilegal da medicina, porém “até a adoção de leis no final do século 19 que tornaram crime tal exercício sem a devida

era ineficiente diante do vasto território nacional, e de um número diminuto de pessoas com essa incumbência atuando nas províncias. Além de que mais do que fiscalizar era preciso conscientizar a população, implantar uma mudança de hábito:

...era preciso convencer e educar o homem comum para comportamentos individuais e coletivos fundados no conhecimento médico existente. Isto significava agir no sentido de modificar práticas e hábitos sociais arraigados, como o consumo de álcool, a prostituição, a não-utilização de calçados e latrinas, o despejo de lixo em rios e vias públicas, a manutenção de focos de moscas, ratos e mosquitos, a fraude no leite e nos alimentos etc³⁸⁶.

O exercício ilegal da medicina tinha um representante clássico atuando em todo país: as parteiras. O exercício dessa profissão se deu entre outros fatores a uma lacuna existente pela falta de médicos, e a distancia dos mesmos especialmente no interior das províncias. Preferencialmente eram mulheres que auxiliavam no parto dos recém-nascidos, em casa mesmo, e quase sempre era pessoa conhecida da família por sua habilidade nesse ramo:

As parteiras também foram tão populares quanto os barbeiros. A arte de partejar foi uma atividade quase exclusivamente exercida por mulheres até o final do século 19, por dois motivos essenciais: o problema da interdição do corpo feminino e a raridade de obstetras, principalmente no vasto interior do país.

Havia dois tipos dessas agentes da arte de partejar. As que praticavam partos eventualmente e sem remuneração, quando uma mais experiente não estivesse disponível, e aquelas consideradas especialistas que cobravam pelos seus serviços. Essas, por sua vez, se dividiam entre as que apenas acumulavam um saber prático transmitido de geração em geração, a maioria, e as formadas nos cursos de obstetrícia oferecidos pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e pela da Bahia³⁸⁷.

Diante da importância de tal atividade e sem médicos obstetras para substituírem as parteiras havia a necessidade de maiores conhecimentos por parte das mesmas, a fim de que continuassem a exercer o seu ofício, porém sem que isso implicasse em danos à saúde da população como vinha ocorrendo em Mato Grosso:

Tenho observado na cidade grande numero de recém nascidos portadores de deoftalmia purulenta (purgação e inflamação dos olhos) e alguns completamente cegos; noto também um grande numero de crianças com infecção do cordão umbilical (mal do sétimo dia).

habilitação, muitas pessoas sem formação acadêmica continuaram prestando serviços relacionados a esse campo de conhecimento, sobretudo no vasto interior do país onde a fiscalização dificilmente conseguia chegar”. Ibidem, p. 204.

³⁸⁶HOCHMAN, Op. Cit., p. 80

³⁸⁷EUGÊNIO, Op. Cit., p. 209

O povo pobre não pode pagar médicos e nem possuírem parteiras de curso para atendel-o, dai a necessidade do governo educar as parteiras não formadas para evitar que muitos patrícios nossos venham ficar cegos e impossibilitados de concorrer para o progresso da Pátria

Como a “A Luz” possui em seu corpo de redatores gente de todas as classes, indica o Dr. Agricola Paes de Barros para atender em seu consultorio todas as parteiras, gratuitamente, indicando-lhes o meio de evitar a cegueira e o mal do 7º dia nos nossos patriciozinho³⁸⁸.

O tipo de serviço prestado pelas parteiras era um serviço social, elas atuavam onde não havia profissionais, ou onde o costume, a tradição, fazia com que houvesse a preferência por esse tipo de atendimento, não era um exercício ilegal a ser combatido pelos órgãos de saúde, como acontecia com os charlatães que agiam ilegalmente com a única itenção de obter lucros.

E se existia quem promettesse a cura de doenças, mesmo as mais simples, era pelo fato das mesmas não deixarem de ter existido, os esforços para combatê-las eram ineficientes, no início do século XX na capital pessoas morriam por verminose, tuberculose, infecção urinária, tetano e por causas ignoradas, não se sabia o que tinha levados esses cidadãos a morte, o que contribuía para um certo descrédito na medicina quando antes do falecimento houve algum tipo de intervenção médica. A tabela a seguir nos permite compreender melhor tal situação:

³⁸⁸ APMT: Jornal A Luz – Cuyabá (Matto-Grosso) 29 de Agosto de 1924, Anno1, p. 1

Tabela dos registros de causa *mortisem* Cuiabá no ano de 1923.

CAUSA MORTIS													
	Jan.	Fev.	Marc.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Agt.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
Affecções do aparelho digestivo	2	4	2	2	—	2	7	4	2	1	5	3	34
Affecções do aparelhocirculatorio	4	1	3	2	3	3	2	3	4	3	3	2	33
Affecções do aparelhospiratorio	1	2	1	1	—	1	2	1	2	3	1	2	17
Affecções do aparelhogenitourinario	1	—	—	3	—	—	1	—	—	2	1	—	8
Affecções do aparelhosystema nervoso	—	1	—	—	1	1	—	2	2	1	1	3	12
Tuberculose Pulmonar	2	4	1	1	1	1	3	3	2	2	—	2	22
Vemiose	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
Septicemia puerperal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2
Infecção purulenta	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
Rheumatismopolyarticular	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Senilidade	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	3
Tetano	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Dysenteria	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	2
Lepra	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	3
Debilidade congenita	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Infecção paratyphica	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3
Syphilis	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Cancer e outros tumores malignos	1	—	—	—	—	—	4	1	1	—	1	—	8
Ferimentos por arma de fogo e branca	—	1	1	—	—	1	—	1	—	—	—	1	5
Queimaduras	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	3
Nati-mortos	1	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—	1	6
Causas ignoradas	2	2	1	2	3	2	2	6	1	7	3	3	34
Accidentes da gravidez e do parto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Grippe	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Gangrena	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	3
Molestias mal definidas	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	3
Anemia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2

Fonte: APMT: Mensagem Presidente Província 1923, p. 43.

O número de pessoas que exerciam ilegalmente a medicina, curandeiros, boticários, barbeiros, feiticeiros entre outros e mesmo aqueles que se diziam médicos, na capital era considerável, o que gerava indignação de alguns diante da ineficiência do governo matogrossense em reprimir tais atividades, ao contrário do que acontecia no Rio de Janeiro, como podemos observar no trecho de um jornal local publicado em 1924:

Pela inspeção da Fiscalização da Medicina, foi multado em 2:000\$ (reincidência) por exercer ilegalmente a medicina, D. Carmelito Figuerôa Aragão, á rua Haddock Lobo, 180 Da “ A Noite” do Rio, 1º de Agosto de 1924.

Isto é lá onde se toma á serio as leis, aqui é uma vergonha, todo mundo da receita, todo mundo cura. Qualquer lavador de vidros das pharmacias sabe receitar e operar.

Os charlatães enchem a cidade e ninguém olha; para que, pois são eleitores e não se deve descontentar um votante.

É melhor um voto que a vida de um patrício!

É bom que o medico pague impostos, foi estúpido alisar os bancos das academias 6 annos, quando bastava vir para Cuiabá.

Aqui é a terra bôa, todo mundo manda e ninguém obedece.

O curandeirismo, charlatanismo, feiticismo, são meios dos pequenos chefes fazerem politica.

Quem poderá proibir o chefe fulano, o regulo sicrano ou o sicário beltrano de empregar garrafada, dar aconto, purgante, benzer feridas, resar cobreiros, dilatar abcessos á canivete ou facca, fazer sympathia, fechar o corpo contra máu olhado, tiro, facada, etc. Quem poderá proebil-o, quem poderá esbarral-o na marcha progressista? Ninguem, pois já e convencionado que elle é chefe, é *coroné*, possui 30 eleitores, sendo que, 20 mortos, 5 analphabetos e ediotas e 5 obrigados.

La vai o chefe curandeiro, é igual a todos os charlatães: ócro prá ispiá no xérnovis, termome prá ispiá febre, canivete e caxiri prá cortátumô.

A Saude Publica nada faz, porque não póde, os charlatães não votarão mais com o partido, e nenhum chefe de repartição pode agir, porque, quando não descontenta Pafunço ou Mané é Criterio e Catarino³⁸⁹.

Alguns médicos também atuavam de forma a serem comparados com os charlatães, publicavam em jornais da cidade anúncios de produtos quase que milagrosos, com a promessa de curarem vários males:

Productos especiaes do Pharmaceutico Francisco Giffoni

Premiado com medalha de ouro na exposição mundial de São Luiz

“Organismos enfraquecidos pelos excessos físicos, intellectuais ou outros, reparam-se com Phospho-Kola Giffoni, granulado saboroso de noz de Kola e fosfato physicológico a venda nas boas pharmacias do Estado, e de Janeiro³⁹⁰

Tal prática era amplamente condenada pelas associações médicas, pois acreditavam que essa forma de agir de alguns médicos contribuía para equipara-los aos charlatães, de fato havia uma similaridade entre eles: o desejo de obterem lucro com a venda de produtos indicados aleatoriamente:

³⁸⁹ APMT: Jornal A Luz - Cuyabá (Matto- Grosso) 17 de Outubro de 1924, Anno 1, número 10, p. 2-3

³⁹⁰ APMT: Jornal O Matto Grosso- p. 04 Ano XXIII, nº 1134 , 05 de maio de 1912.

[...] entre os médicos havia os que, para “descrédito da profissão”, lançavam mãos de meios para atração de clientes que os aproximavam dos charlatães, levando a direção da *Gazeta Médica da Bahia* a publicar em seus editoriais o código de ética médica adotado pela Associação, Médica Americana, como forma de reforçar o seu compromisso com a luta para a sua classe profissional atingir a ‘ maior pureza de caráter e o mais alto grau de perfeição moral’. Com esse objetivo, em dos parágrafos do artigo primeiro do referido documento, encontra-se a seguinte restrição: “É aviltar a dignidade da profissão, recorrer a anúncios públicos, cartões, ou bilhetes, chamando a atenção dos indivíduos afetados de certas moléstias”³⁹¹.

A cidade de Cuiabá ainda convivía com outro problema que há anos os governos não conseguiram solucionar: a falta de higiene pública. As queixas a esse problema sempre foram frequentes, o péssimo estado da cidade sempre foi mencionado nos relatórios de província assim como em jornais do período consultado, pouco ou quase nada se fazia para alterar essa situação. Num ano o estado sanitário era considerado bom:

Nenhuma enfermidade, com efeito, se tem manifestado com caracter epidêmico desde o anno passado, não obstante a falta de hygiene que entre nós se nota, havendo na cidade não poucas causas para o desenvolvimento de moléstias infecciosas, que em logares menos salubres assumiram periodicamente as proporções de assoladora epidemia³⁹²

No ano seguinte já não era nada satisfatório como ocorrerá entre os anos de 1900 a 1901:

Não foi dos mais satisfactorio o estado sanitário d’esta capital e de outras localidades mais populosas do interior, no anno que acabou.

Aqui e em outros logares grassaram com alguma intensidade a influenza, o sarampão e a coqueluche, fazendo muitas victimas³⁹³.

Se doenças como a influenza, o sarampão e a coqueluche voltavam a fazer vítimas é porque de fato as medidas tomadas não foram suficientes para extingui-las, e esse mesmo problema se repete com a varíola, a lepra, a sífilis. Depois da epidemia de varíola em 1867, alguns casos da doença ainda eram contabilizados em 1902, a falta da

³⁹¹ EUGÊNIO, Op. Cit., p. 218

³⁹² APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Coronel Antônio Pedro Alves de Barros Presidente do Estado à Assembleia Legislativa, abertura da 1ª sessão ordinária da 5ª Legislatura em 03 de fevereiro de 1900. CuyabaTyp. Official 1900, p. 11-12

³⁹³ APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Coronel Antônio Pedro Alves de Barros Presidente do Estado à Assembleia Legislativa, abertura da 2ª sessão ordinária da 5ª Legislatura em 02 de fevereiro de 1901. CuyabaTyp. Officialde 1901, p. 07

vacinação era responsável por tal situação, fazendo ressurgir o medo do contágio por parte da população.

E não era somente o medo da varíola que no passado foi responsável por uma epidemia ceifando inúmeras vidas, existia o medo de outros males como a peste bubônica que nos anos de 1900 foram registradas ocorrências no Paraguai. Além da influenza, coqueluche, sarampão e pneumonia, serem recorrentes os governantes de Mato Grosso continuavam a ter que tratar das questões de saúde pública com poucos recursos.

Importante destacarmos as limitações do poder local exercido pela administração provincial, por mais que a população precisasse e muitos considerassem esse poder como único ou pelo menos como o mais próximo, os administradores locais tinham suas funções, pré-estabelecidas, a serem cumpridas mesmo que não atendessem as demandas da população:

[...], a administração provincial não deveria ser apresentada como um poder político *per si*, mas deveria procurar executar as ordens elaboradas na Corte, solucionar os problemas locais e encaminhá-los às instâncias superiores, quando a avaliação desta fosse necessária; mas, acima de tudo, teria de possuir uma postura e uma visão condizentes com o núcleo político do império³⁹⁴.

Nos relatórios de província, o pedido de mais recursos com a justificativa de que assim poderia se agir de forma mais eficaz são frequentes e de uma maneira contraditória não rara são as passagens afirmando “...ser bastante satisfactorias as condições de salubridade de várias localidades do Estado³⁹⁵”.

Tal situação não era privilégio de Mato Grosso, nas demais localidades do país a situação sanitária também preocupava a todos, especialmente as classes mais pobres da população:

... 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*³⁹⁶.

³⁹⁴ SENA, Op.Cit., p. 242

³⁹⁵ APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Coronel Antonio Pedro Alves de Barros Presidente do Estado à Assembleia Legislativa, abertura da 2ª sessão ordinária da 6ª Legislatura em 03 de março de 1904. CuyabaTyp.Official 1904, p. 10

³⁹⁶ HOCHMAN, Op. Cit., p. 79

Diante disso era preciso avançar em termos de prevenção e tratamento das doenças, essa necessidade aos poucos se tornará evidente para alguns dos representantes do governo em Mato Grosso e desde o início do século XX as solicitações da administração local caminham nesse sentido:

E, ponderando convenientemente sobre a hypothese, deveis habilitar o governo a, si não de uma só vez, ao menos paulatinamente ir organizando o departamento da saúde publica de modo a possuir aqui na capital lazaretos ou hospitaes de isolamento para os atacados das differentes moléstias contagiosas, institutos de vaccina contra a variola e outros morbos e estabelecimentos outros de que possa cogitar a technica profissional; e, por todas as localidades, os serviços permanentes de hygiene das construcções, alimentar, industrial, escolástica, hospitalar, mortuária, etc³⁹⁷.

Essas eram medidas consideradas necessárias, e resolveriam em parte os problemas da população com relação a atendimentos de saúde e higiene pública, no entanto o problema a ser resolvido em primeiro lugar sempre foi o de quem arcaria com os custos e manutenção de tais locais, essa discussão foi levantada a princípio com a lepra³⁹⁸ e de certo modo se estendeu as demais epidemias e até endemias que poderiam ser de imediato de responsabilidade do governo local³⁹⁹. Desse modo é que se iniciam o investimento em políticas públicas e logo se percebe que a prevenção é a melhor opção, pois ela diminui investimentos futuros.

³⁹⁷ APMT: Mensagem 1901, Op. Cit., p. 8

³⁹⁸ “A criação de lazaretos era uma questão nacional [...] que envolvia as unidades componentes da Federação brasileira, em face de uma doença que, ao longo de séculos, carregava fortes preconceitos e incompreensões, além de não ter naquela época a sua etiologia, forma de transmissão e cura conhecidas. Diante desse problema, em grande parte extensivo a outras doenças consideradas transmissíveis, se uma, e apenas uma, parte cooperante falhasse ou se sentisse isenta de cooperar, o resultado seria imposição de custos adicionais às demais e o desmoronamento de qualquer arranjo cooperativo [...]. Porém se todas as partes operassem com essa mesma racionalidade, nenhuma política pública seria implementada [...] os custos totais recairiam sobre os serviços sanitários federais e sobre a capital do país, o que, em lugar de solucionar, agravaria o problema. Diante disso, a solução aventada seria obrigar os estados a desenvolverem políticas de cuidados com a hanseníase ou transferi-los para o Governo federal que já arcava, no Distrito Federal, com grande parte desses recursos” HOCHMAN, Op. Cit., p. 154.

³⁹⁹ “Consagrou-se, assim, que, no arranjo federativo brasileiro, caberia aos poderes locais o cuidado com a saúde da população. Ao governo federal competia, no final da década de 1890, basicamente, ações de saúde no Distrito Federal (DF), a vigilância sanitária dos portos e assistir os estados em casos previstos constitucionalmente. O órgão federal responsável era a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Criada em 1896, regulamentada em 1897, e vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, a DGPS tinha como atribuições principais e específicas: a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; a fiscalização do exercício da medicina e farmácia; estudos sobre doenças infecto-contagiosas; a organização de estatísticas demográfico-sanitárias; e o auxílio aos estados, mediante solicitação dos respectivos governos, em situações especiais, como uma epidemia, por exemplo” HOCHMAN, Op. Cit. p.96.

A medicina social surge nesse contexto⁴⁰⁰, se parte dos problemas da sociedade estavam relacionados às doenças e suas consequências era nesse ponto que a medicina deveria atuar, tão logo ela é percebida pelos governantes e as ações públicas se direcionavam para desenvolver mecanismos de controle das populações.

A prevenção de doenças entre outros incômodos era o que se pretendia com o projeto de saneamento da capital, era um consenso de que a questão do saneamento bem como o tratamento da água consumida pela população diminuiria o número de enfermos por essas causas:

O saneamento projectado da Capital com o abastecimento d'agua do Coxipó e com a construção da rêde de esgotos, será a base essencial deste melhoramento, pela remoção daquellas duas causas, pelo menos na sua parte principal. A substituição da agua do Cuyabápela do Coxipó, estou convencido, extinguirá muitas das moléstias nosologicas originadas da impureza daquella, á qual pagam tributo, annualmente, muitas vidas preciosas. A abundancia desse liquido de superior qualidade e a rêde de esgotos extinguirão os fôcos mais perigosos de infecção atmospherica. Sem esses dous melhoramentos, nunca poderemos contar com um serviço regular de hygiene⁴⁰¹

Importante compreender que essas ações seguiam uma tendência nacional de prevenção e tratamento da doença, que envolvia não só os hospitais, mas a questão do saneamento urbano, do acesso à água potável, os gastos com a saúde pública entre outros investimentos necessários por parte do Estado. E não era preciso somente investimentos, mas também a adesão por parte da sociedade às ações do poder público e isso começou a ser feito apresentando as condições sanitárias do país, que de um modo geral eram precárias:

...dos anos de 1916 a 1920: nunca essas relações foram tão radicalmente elaboradas e tão claramente expostas e apresentadas à sociedade brasileira. A enorme capacidade de persuasão dessas ideias [...] deve-se ao fato dessas relações serem apresentadas como, e com base em, uma interpretação mais

⁴⁰⁰ “O conceito de polícia médica foi substituído no século XIX pelo conceito de **medicina social**. Segundo este, a medicina deveria voltar-se para os problemas da sociedade, observando todas suas nuances e não apenas o aspecto biológico da doença propriamente dita. Para alguns médicos, como o alemão Rudolf Virchow, “A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala” (Rosen, 1980: 80). A industrialização somada aos problemas sociais levou a medicina a ser considerada uma questão social. No século XVIII, a medicina representaria, também, um instrumento de poder. O termo polícia médica denota essa inclinação, visto que representava uma maneira de controlar a população. Nos séculos XVII e XVIII, o crescimento populacional era desejado como maneira de se fortalecer um país, tanto em termos militares, como de ocupação territorial, além de uma população numerosa ser sinônimo de mais impostos para os governantes” KOBAYASHI, Elizabete Mayumy. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil : a saúde como instrumento de regeneração nacional , Campinas, SP : 2007. p. 22.

⁴⁰¹ APMT: Mensagem de 1911, p. 15-16.

geral sobre o Brasil, além de um dramático diagnóstico sobre as condições de existência dos brasileiros⁴⁰²

Em Cuiabá muitas ações deveriam ser implantadas a fim de melhorar o estado sanitário da cidade:

Dentre elas, como sabeis, os cientistas indicam, como as mais eficazes, a construção de hospitais e sanatórios apropriados e convenientemente localizados, em que se internem os doentes para serem assistidos por profissionais; o saneamento das povoações e das habitações; a rigorosa inspeção médica nas repartições públicas, nas escolas, nos estabelecimentos de diversões, nos açougues, nos mercados, nos hotéis e nas demais casas de habitação coletivas, para evitar a convivência dos doentes com as pessoas não contaminadas; a difusão de instruções relativas ao assunto, por meio de publicações, conferências e conselhos dados em domicílio, humanitária tarefa que principalmente incumbe à Inspectoria de Higiene, e ainda, e por dever de humanidade, aos que se dedicam à profissão médica⁴⁰³

Na prática a população contou com o apoio dos médicos. Mais do que arautos da ciência eles vão procurar inserir na sociedade mudanças de costumes, reorganizando os espaços e colocando em prática os preceitos da medicina em prol da população:

[...] Além das queixas contínuas sobre o estado sanitário da cidade, o hábito das pessoas de lançarem às ruas as águas servidas, o lixo e os animais mortos, as críticas voltam-se para a má localização do matadouro, para os animais soltos pelas ruas, as edificações mal ventiladas e a ocupação espacial da cidade. Nesse aspecto, os médicos atuam, até a primeira metade da década de 1920, quase como urbanistas, redesenhando o espaço citadino e as ideais condições de seus equipamentos⁴⁰⁴.

Muitas das ações implantadas pelo Estado com relação ao combate às doenças, principalmente as endêmicas, como a febre amarela⁴⁰⁵ seguiam em todo Brasil a orientação da Fundação Rockefeller⁴⁰⁶, que no início do século XX inaugurou a chamada filantropia científica:

⁴⁰² HOCHMAN, Op. Cit., p. 62

⁴⁰³ APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Dr. Joaquim A. Da Costa Marques Presidente do Estado à Assembleia Legislativa, abertura da 2ª sessão ordinária da 9ª Legislatura em 13 de maio de 1913. Cuiabá Typ. Official 1913, p. 36

⁴⁰⁴ PINHO, Op. Cit., p. 96

⁴⁰⁵ “A febre amarela era considerada evitável e o conhecimento científico para combatê-la estava disponível tendo sido aplicado com sucesso por profissionais brasileiros, além de contar com o interesse da Fundação Rockefeller”. HOCHMAN, Op. cit., p. 113.

⁴⁰⁶ “A saúde pública e a medicina conjuntamente transformar-se-iam, então, em um terreno seguro, através do qual a filantropia do grupo Rockefeller caminharía em largos passos para a consolidação de suas práticas assistencialistas dentro e fora dos Estados Unidos. Esta orientação passaria a ser defendida, constantemente, pela Fundação em momentos variados de sua história nos Estados Unidos e, mais tarde, na América Latina. Logo após a sua regularização institucional em 1913, os representantes da Fundação Rockefeller sentenciavam, através de seu primeiro relatório, que existiu “um consenso geral de que o avanço da saúde pública através da pesquisa médica e da educação, incluindo a demonstração de métodos conhecidos de tratamento e prevenção de doenças, nos proporcionou a mais segura expectativa sobre sua utilidade”. PONTES, Adriano Arruda. Caçando Mosquitos na Bahia: a Rockefeller e o combate à febre amarela. Inserção, ação e reação popular (1918-1940). Dissertação (Mestrado em História) – UFBA, 2007, p. 22.

Apesar de se auto-definirem como filantrópicas, os ideais das fundações de maneira geral, e especialmente, da Fundação Rockefeller, misturavam-se também aos interesses estratégicos, de caráter geopolítico. Estabeleceu-se uma aliança entre a filantropia, a política e a economia onde a Fundação Rockefeller “tinha uma missão humanitária a cumprir, mas suas atividades tiveram (...) outras implicações, além dos benefícios de ordem médico-assistencial⁴⁰⁷”.

Os acordos realizados entre a Rockefeller e os governos estaduais passavam pela aprovação e consentimento do Governo Federal⁴⁰⁸, de um modo geral no que se refere às doenças:

A Fundação Rockefeller tinha como meta original promover uma batalha contra as doenças, consideradas como a principal fonte de vários problemas humanos, entre os quais destacavam-se a pobreza, o vício e o crime. Na visão da Rockefeller, a medicina era considerada o principal instrumento de intervenção social⁴⁰⁹.

Desse modo com os conhecimentos de erradicação já testados e aprovados em outras localidades, pretendia-se obter o mesmo êxito em diversas partes do mundo. As ações da Rockefeller se desdobraram a países da Ásia, África e América Latina, alcançando uma escala mundial⁴¹⁰.

As leis que regiam a saúde pública demoravam mais que o esperado para serem colocadas em prática, em 1893 foi promulgado o Decreto n. 39 que regulava o serviço de saúde no Estado de Mato Grosso, o serviço de higiene de acordo com o decreto deveria dispor de um Inspetor Geral na capital e em cada município um delegado. Mas somente em 1918 é que os cargos de delegados dos municípios foram ocupados⁴¹¹.

O serviço de higiene pública era o de ir *in loco* realizando a desinfecção de casas, prédios públicos, e ruas:

O serviço de higiene, ainda incipiente, é feito nesta Capital, por uma turma de quatro desinfetadores, sob a direção de um capataz. No anno de 1918, procedeu esta turma a 342 desinfecções em domicílios e a 2.159 em fossas, não só de casas particulares como de repartições publicas; fez 1419 limpezas em boeiros e esgotou 1.973 poças de água⁴¹².

Para Hochman (1998:102) a década de 1910 significou uma inflexão no processo de constituição de poder na área de saúde pública, foi o momento em que os

⁴⁰⁷ Ibidem, p. 21

⁴⁰⁸ Ibidem, p. 17

⁴⁰⁹ Ibidem, p. 24

⁴¹⁰ Ibidem, p. 29

⁴¹¹ APMT: Mensagem Francisco de Aquino Corrêa Presidente do Estado à Assembleia Legislativa, em 07 de setembro de 1919. CuyabaTyp.Official 1919, p. 48.

⁴¹² Ibidem, p. 47 dirigida pelo Exm. Sr.

governos estaduais começaram a solicitar auxílio federal técnico, financeiro e de recursos humanos. De fato é possível perceber nos relatórios de província desse período uma mudança, um empenho maior do estado acompanhado de uma série de investimentos:

O numero de vacinações e revaccinações durante o anno de 1918, atingiu, nesta Capital, a 1.486, sendo 604 no 1º semestre e 882 no segundo. Foi o anno, diz o Dr. Inspector de Hygiene, em que mais se trabalhou neste serviço. O máximo havia sido alcançado em 1918, com 830 vacinações e revaccinações. Remetteram-se, por varias vezes, tubos de vaccina antivariólica para os municípios de Poconé, S. Luiz de Caceres, Rosário-Oeste, Diamantino, Santo Antonio do Rio Abaixo e outros⁴¹³.

As medidas de prevenção e combate as doenças, deveriam atingir todo o território nacional, e com esse objetivo em 1921 foi inaugurado no Estado o “Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural, sob a direção do sr.dr. Jonas Corrêa da Costa”⁴¹⁴, a sua inauguração, fora resultado do Decreto de 1.919 (nº 13.538, 9.4.1919) “que criava o Serviço de Profilaxia Rural como a solução ao mesmo tempo eficaz e constitucional para ampliar os serviços de higiene”⁴¹⁵, e representava mais um avanço para o Estado que atuaria em convênio com a União para combater prioritariamente “endemias rurais (malária, ancilostomíase e doença de Chagas)”⁴¹⁶, e também a lepra. De fato não faltavam áreas de atuação para tal serviço:

O Serviço de Prophylaxia Rural no Estado é uma das maiores necessidades mattogrossenses. São notoriamente conhecidas as desfavoráveis condições de sanidade nas zonas rurais e nos próprios núcleos de população do Estado, exposto o homem, como se acha, sem a precisa defesa, ás mais variadas molestias depauperadoras. Dahi a benemerência de que se poderá revestir a acção daquelle serviço entre nós, assegurada a efficiencia do seu funcionamento, como está prenunciada pela atividade, já notável, dos postos prophylaticos instalados nesta capital. O meu Governo, tendo em vista aquella imperiosa necessidade, os benefícios públicos que se podem derivar do actual Serviço de Prophylaxia e o facto de se ter a inauguração dos postos prophylaticos verificado com um retardamento motivado por força maior, julga conveniente que essa corporação legislativa o habilite a prorrogar o contracto em vigência com o Governo da Republica, garantindo a continuação do referido Serviço por prazo mais dilatado e mais capaz de proporcionar os resultados que dele se esperam⁴¹⁷.

⁴¹³Ibidem, p. 47,48

⁴¹⁴APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Cel. Pedro Celestino Corrêa da Costa Presidente do Estado à Assembleia Legislativa na abertura da 2ª Sessão Ordinária da 12ª Legislatura em 13 de maior de 1922, p. 27.

⁴¹⁵HOCHMAN, Op. Cit., p. 171

⁴¹⁶Ibidem, p. 171

⁴¹⁷APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Cel. Pedro Celestino Corrêa da Costa Presidente do Estado à Assembleia Legislativa na abertura da 2ª Sessão Ordinária da 12ª Legislatura em 13 de maior de 1922, p. 27.

Esse convênio firmado entre estados e a União estabelecia que

Os estados que criassem e se encarregassem dos seus serviços de profilaxia rural deveriam custear dois terços do total das despesas, cabendo o restante ao Governo federal. Caso desejassem que o Governo federal organizasse e executasse esses serviços, as despesas seriam divididas igualmente. A novidade era a possibilidade de um governo estadual contratar não com o Governo federal, mas com a fundação Rockefeller, para a organização e implementação de um serviço de profilaxia de pelo menos duas endemias rurais, a ancilostomíase e a malária⁴¹⁸.

No entanto em 1927 o serviço a pouco inaugurado estava em vias de extinção sob a alegação de que “não tem correspondido, pela sua inefficiencia, os serviços de Prophylaxia Rural e da Lepra para os quaes contribue o Estado com a quota anual de Rs. 133:540\$000”⁴¹⁹. O serviço foi suspenso pelo fato do governo de Mato Grosso estar em atraso com sua contribuição mensal, o que comprometia os trabalhos, em visita a capital um representante do Ministério da Justiça determinou “o Estado a pagar a importância de Rs. 11:110\$000 para saldar o debito desse serviço referente aos mezes de Janeiro a Março de 1927”⁴²⁰. E assim o serviço que já fora iniciado em atraso foi extinto sem ter cumprido suas metas, o pedido do então presidente do Estado Mario Corrêa de que era preciso um prazo maior para que os resultados comesçassem a aparecer, foi ignorado. Faltando a compreensão de que:

[...] as ações de profilaxia de endemias rurais implicavam uma presença mais longa e organizada do poder central nos estados diferentemente das respostas emergenciais requeridas pelas epidemias, que mais rapidamente eram percebidas como problemas nacionais, uma vez que os resultados dessas ações eram menos imediatos do que aqueles obtidos pelo controle de uma epidemia, além de serem politicamente mais delicadas, na medida em que visavam prioritariamente às áreas rurais e de expansão econômica. Os representantes do governo Central, imbuídos dos poderes que lhes eram concedidos pelos acordos, relacionavam-se cotidianamente, através de variadas ações de tratamento prevenção de doenças, com a população do interior do país, com os governos e seus representantes e com os chefes locais. Tudo isso, na verdade, significava a penetração do Poder Público em territórios onde a doença era diagnosticada como resultado justamente de sua ausência⁴²¹.

Essas medidas em todo país caminharam para o que HOCHMAN (1998:183) definiu como coletivização da saúde, onde os estados brasileiros a fim de evitar

⁴¹⁸ HOCHMAN, Op. Cit., p. 172

⁴¹⁹ APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Mário Corrêa Presidente do Estado à Assembleia Legislativa na abertura da 1ª Sessão Ordinária da 14ª Legislatura em 13 de maio de 1927, p. 129.

⁴²⁰ APMT: Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Mário Corrêa Presidente do Estado à Assembleia Legislativa na abertura da 1ª Sessão Ordinária da 15ª Legislatura em 13 de maio de 1928, p. 127.

⁴²¹ HOCHMAN, Op. Cit., p. 182.

constrangimentos políticos e restrições econômicas aderiram a regras elaboradas pelo governo assim “foi possível a formação de uma ampla coalizão que viabilizou a reforma dos serviços sanitários federais e inaugurou uma etapa de institucionalização e nacionalização das políticas de saúde e saneamento⁴²²”.

E de que forma a região centro-oeste do Brasil fez parte desse processo? Considerando que o serviço de profilaxia rural em tão pouco tempo foi extinto, devido a não cooperação financeira por parte do Estado, que aderiu as regras voluntariamente, mas como outros estados devido a sua condição precária a adesão seria quase que uma obrigatoriedade.

Assim cabe a trabalhos futuros pesquisar como essa etapa de institucionalização e nacionalização das políticas de saúde e saneamento atingiu o estado de Mato Grosso, uma vez que o mesmo não pôde fazer parte dessa coalizão identificada por HOCHMAN. Essa afirmação surge primeiro devido a constatação da importância do serviço de profilaxia rural como parte de medidas nacionais para conter as doenças endêmicas e epidêmicas. Segundo o direcionamento para aos estados da implementação de tais medidas. Terceiro a curta participação do poder central que acatou ao encerramento desse serviço no Estado.

A insuficiência das políticas nacionais de saúde no Estado parte do princípio considerado pelos governos locais de que investimentos em saúde era uma obrigação do poder central.

A época da instalação da Santa casa de Misericórdia, em Cuiabá, no início do século XIX, os investimentos em saúde era uma obrigação exclusiva da sociedade, o Estado poderia até se comprometer a auxiliar, o que não era compreendido como sua responsabilidade, no final desse período com o advento da República essa obrigação também não é assumida pelo Estado, tenta-se deixar a cargo da União os principais investimentos, com o Decreto de 1919 “o mecanismo proposto pelo Governo estabelecia convênios entre a União e os estados”⁴²³. Porém, como verificamos, nem todos eles tiveram condições de na prática assumir o controle sobre as questões de saúde de seu território.

⁴²²Ibidem, p. 183

⁴²³Ibidem, Op. Cit., p. 171.

Desse modo a manutenção de uma instituição de saúde como a Santa Casa conforme aqui demonstrado teve que superar inúmeras dificuldades para manter-se, daí a importância da sociedade médica na continuidade dos atendimentos, da participação da população com as doações, da administração de governos que sensibilizados disponibilizaram recursos para as reformas e outras despesas. O cenário da saúde na província e no estado sempre foram críticos no período abrangido nesse trabalho, mesmo com os investimentos em saúde a nível nacional, aqui a população ainda padecia.

Considerações Finais

Neste trabalho foram apresentadas algumas questões sobre a Santa Casa de Misericórdia, a saúde e o saneamento em Mato Grosso. Analisamos as fontes que dispomos acerca do passado na tentativa de contribuir para a compreensão da importância dessa instituição e as condições sociais, políticas, econômicas e culturais que a ela se relacionaram ao longo do tempo.

Espera-se que as discussões aqui apresentadas venham fomentar o debate sobre o papel da instituição e sobre as ações do Estado.

Na atualidade, as Misericórdias contribuem para o atendimento de milhares de doentes em todo o Brasil, formando uma rede de atendimento que compreende desde a população mais pobre que hoje chega até a instituição através do SUS (Sistema Único de Saúde) até os mais favorecidos financeiramente, os denominados particulares.

Esses hospitais tiveram em todo o Brasil importante papel no ensino contribuindo para o desenvolvimento da medicina, muitos serviram de escola para dezenas de médicos. Uma característica que acompanha as Misericórdias da sua fundação a atualidade são as doações feitas pela sociedade em geral: uns doam somas em dinheiro, outros doam seu tempo a fim de minimizar o sofrimento dos doentes.

Nesta dissertação procurou-se realizar um breve levantamento de informações e análises que pudessem nos orientar sobre as origens das primeiras Misericórdias, o contexto que elas surgiram na Europa, a sua expansão nos domínios portugueses, até a chegada ao Brasil. As dificuldades enfrentadas para a instalação da Misericórdia em Mato Grosso, o amparo da sociedade local a instituição da sua fundação em 1817 até 1930, período estudado nesse trabalho.

Buscou-se analisar ainda alguns aspectos da cidade que abrigou esse hospital, identificamos a falta de saneamento que comprometia a saúde da população, os maus hábitos de higiene a ser combatida, a falta de medicamentos para tratar as doenças, o empenho de médicos e de alguns representantes do governo que reconhecendo a utilidade do hospital da Misericórdia para todo o Estado não pouparam esforços para que os atendimentos não cessassem.

Atualmente, as Santas Casas de Misericórdias em diversas regiões do país enfrentam crises financeiras e lutam contra o fechamento de suas portas, muitas encerraram suas atividades pouco depois de inauguradas, o medo da falta de recursos sempre existiu. As dívidas hoje são maiores e o número de atendidos também, em todo o Brasil os hospitais da Misericórdia são administrados com recursos públicos e privados.

Os avanços da medicina, expostos no capítulo segundo, foram responsáveis por mudanças de hábitos identificadas ao longo do século XIX. A limpeza das ruas e residências, a destinação adequada do lixo, a própria higiene pessoal, foram resultados da intervenção médica na sociedade. Se tal intervenção não foi mais eficaz de fato, bastante se deve à falta de percepção por parte dos governantes em criar e implantar políticas públicas. Mas, também, devido ao precário reconhecimento da medicina social entre os principais governantes e homens públicos, e mesmo a sociedade em geral, nesse período.

As epidemias (varíola, febre amarela, pneumonias, etc.) representaram um fator importante para que os governantes da província e do estado procurassem agir de forma mais efetiva, as mudanças de governantes não faziam que houvesse uma mudança forte nas políticas estaduais e municipais, assim, como nas províncias, com no caso de Mato Grosso. As doenças que *pegam* atingiam a todos sem distinção social, e as políticas públicas deveriam atingir a todos da mesma maneira.

De toda forma, não foram poucos os atendimentos, que em alguns momentos pensamos: qual era de fato o papel da instituição, a quem ela deveria prestar assistência? Servia de asilo para idosos, prisão para loucos, orfanato (em um curto período), alimentava presos, tratava de doentes pobres, fornecia roupas, alimentos, medicamentos. Considerando as obras que as misericórdias deveriam realizar em prol dos necessitados, talvez a resposta mais coerente seja de que os atendimentos eram feitos de acordo com as possibilidades diante da demanda, e, sendo assim, não seria possível escolher a quem cuidar. Os governos, em muitos momentos, parecem ter se amparado nesse ideal das Misericórdias para permanecer ausente.

O início do século XX, período abordado do capítulo terceiro, demonstra as tentativas de melhorias na área de saúde orientadas pelo poder central, é o momento em que os Estados têm a sua responsabilidade melhor definida, no entanto isso não

significa que havia recursos para cumprir todas as determinações. Algumas medidas foram intensificadas como a vacinação da população, a desinfecção das casas e ruas, a distribuição da água. Já outras não obtiveram êxito, como o serviço de profilaxia rural, talvez por demandarem maior organização e empenho dos envolvidos. A Santa Casa, por sua vez, aumentou substancialmente o número de atendimentos, haja vista que era o único hospital em uma ampla região, fazendo serviços diversos, muitas vezes baseados em doações, recursos próprios e contando com alguns serviços de mão de obra gratuitos, inclusive os mais especializados na medicina em voga.

Concluimos esse trabalho com a certeza de que não solucionamos nem respondemos a todos os questionamentos que surgiram ao longo da pesquisa. Esta dissertação foi pensada e construída objetivando trazer a luz um pouco do caminho percorrido por uma instituição que faz parte da história do Estado de Mato Grosso. Nossas reflexões somam apenas um ponto de partida para incentivar futuras pesquisas, que possam inclusive analisar as questões aqui apresentadas.

Fontes e referências bibliográficas

Fontes manuscritas, impressas e microfilmadas.

ASCMMT

Livro de registro Administração e Polícia de Real Casa Pia ao S. Lázaro, Agosto de 1815.

Livro para registros de impressões dos visitantes, 1919.

Relatório da Santa Casa de Misericórdia, em Cuiabá. Apresentado ao Exmo. Presidente do Estado Cel. Pedro Celestino C. da Costa M. relativo ao ano de 1923.

APMT-DISCURSOS

Discurso recitado pelo Exm^o. presidente da província de Mato Grosso, Antônio Pedro d'Alencastro, na abertura da primeira sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial, em o dia 3 de julho de 1835.

Discurso recitado pelo exm^o. presidente da província de Mato Grosso, José Antônio Pimenta Bueno, na abertura da primeira sessão da segunda legislatura da Assembleia Provincial, em o dia 1.de março de 1838.

Discurso recitado pelo exm^o. presidente da província de Mato Grosso, José Antônio Pimenta Bueno, na abertura da primeira sessão da segunda legislatura da Assembleia Provincial, em 1839.

Discurso que recitou o exm^o. sr. doutor Estevão Ribeiro de Rezende, presidente desta província, na ocasião da abertura da Assembleia Legislativa Provincial no dia 1.o de março do corrente ano. Cuiabá, Typ. Provincial, 1840.

Discurso recitado pelo Ex^o. Presidente da Província de Mato Grosso, Ricardo José Gomes Jardim, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial, em o 1º de março de 1845. Cuiabá, Typ. Provincial, 1845.

Discurso recitado pelo Ex^o. Presidente da Província de Mato Grosso, Ricardo José Gomes Jardim, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 10 de junho de 1846. Cuiabá, Typ. Provincial.

APMT-MENSAGENS

Mensagem dirigida pelo Exm^o senhor doutor João Cipriano Soares, atual presidente da província de Mato Grosso á respectiva Assembleia Legislativa no ato de sua instalação em 3 de maio de 1847. Cuiabá, Typ. Provincial, 1847.

Mensagem dirigida pelo Exm. Coronel Pedro Leite Osório 1^o vice- presidente do Estado à Assembleia Legislativa, abertura da 2^a sessão ordinária da 7^a Legislatura em 13 de maio de 1907. CuyabaTyp. Official 1907.

Mensagem dirigida pelo Exm. Coronel Antônio Pedro Alves de Barros Presidente do Estado à Assembleia Legislativa, abertura da 1^a sessão ordinária da 5^a Legislatura em 03 de fevereiro de 1900. CuyabaTyp. Official 1900.

Mensagem dirigida pelo Exm. Coronel Antônio Pedro Alves de Barros Presidente do Estado à Assembleia Legislativa, abertura da 2^a sessão ordinária da 5^a Legislatura em 02 de fevereiro de 1901. CuyabaTyp. Official de 1901.

Mensagem dirigida pelo Exm. Coronel Antonio Pedro Alves de Barros Presidente do Estado à Assembleia Legislativa, abertura da 2^a sessão ordinária da 6^a Legislatura em 03 de março de 1904. CuyabaTyp.Official 1904.

Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Dr. Joaquim A. Da Costa Marques presidente do Estado á Assembleia Legislativa. 2^a sessão ordinária da 9^a Legislatura em 13 de maio de 1913. CuyabaTyp. Official,1913.

Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Francisco A. Correa presidente do Estado á Assembleia Legislativa, em 7 de setembro de 1919. CuyabaTyp. Official, 1919.

Mensagem dirigida pelo Exm. Cel. Pedro Celestino Corrêa da Costa Presidente do Estado à Assembleia Legislativa na abertura da 2^a Sessão Ordinária da 12^a Legislatura em 13 de maior de 1922.CuyabaTyp. Official 1922.

Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Mario Correa da Costa presidente do Estado á Assembleia Legislativa, em 13 de maio de 1926. CuyabaTyp. Official 1926.

Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Mario Correa da Costa presidente do Estado á Assembleia Legislativa, abertura da 1^a sessão ordinária da 14^a Legislatura em 13 de maio de 1927. CuyabaTyp. Official 1927.

Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Mário Corrêa Presidente do Estado à Assembleia Legislativa na abertura da 1^a Sessão Ordinária da 15^a Legislatura em 13 de maio de 1928.CuyabaTyp. Official 1928.

Mensagem dirigida pelo Exm. Sr. Mario Correa da Costapresidente do Estado á Assembleia Legislativa,abertura da 3^a sessão ordinária da 14^a Legislatura em 13 de maio de 1929. CuyabaTyp. Official 1929.

APMT-RELATÓRIOS

Relatório do presidente da província de Mato Grosso, o major doutor Joaquim José de Oliveira, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1849. Rio de Janeiro, Typ. Imp. e Const. de J. Villeneuve e Comp., 1850.

Relatório do presidente da província de Mato Grosso, o major doutor Joaquim José de Oliveira, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1849. Rio de Janeiro, Typ. Imp. e Const. de J. Villeneuve e Comp., 1850.

Relatório do presidente da província de Mato Grosso, o capitão de mar e guerra Augusto Leverger, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1854. Cuiabá, Typ. do Echo Cuiabano, 1854.

Relatório do vice-presidente da província de Mato Grosso, o tenente coronel Albano de Sousa Osorio, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1857. Cuiabá, Typ. do Noticiador Cuiabano, 1857.

Relatório do presidente da província de Mato Grosso, o coronel Antônio Pedro de Alencastro, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1860. Cuiabá, Typ. da Voz da Verdade, 1860.

Relatório do presidente da província de Mato Grosso, o coronel do Corpo de Engenheiros, Antônio Pedro de Alencastro, na abertura da sessão ordinária da Assembleia Legislativa Provincial em 3 de maio de 1861. [n.p.], Typ. da Voz da Verdade, 1861.

Relatório com que o Exm. Sr. Dr. João José Pedrosa, presidente da província de Mato Grosso, abriu a 2ª sessão da 22ª legislatura da respectiva Assembleia em 10 de outubro. Cuiabá, Typ. de J.J.R. Calháo, 1879.

Relatório com que o Exm. Sr. general Barão de Maracajú, presidente da província de Mato Grosso, abriu a 1ª sessão da 23ª legislatura da respectiva Assembleia no dia 1º de outubro do corrente ano. Cuiabá, Typ. de Joaquim J.R. Calháo, 1880.

Relatório com que o Exm. Sr. coronel Dr. José Maria de Alencastro, presidente da província de Mato Grosso, abriu a 1ª sessão da 24ª legislatura da respectiva Assembleia no dia 15 de junho de 1882. Cuiabá, Typ. de J.J.R. Calháo, 1882.

Relatório com que o Exm. Sr. Coronel Francisco Raphael de Mello Rego, presidente da província, abriu a 27ª sessão da Assembleia Legislativa Provincial de Mato Grosso em 20 de outubro de 1888. Cuiabá, Typ. da "Situação," 1888.

Relatório apresentado á Assembleia Legislativa Provincial de Mato Grosso na primeira sessão da 26ª legislatura no dia 12 de julho de 1886 pelo presidente da província, o Exm. Sr. doutor Joaquim Galdino Pimentel. Cuiabá, Typ. da "Situação," 1886.

APMT-JORNAIS

A Gazeta Cuyabana, 12 de Fevereiro de 1848, N. 7.

A Gazeta (Estado de Matto Grosso) Cuyaba, 26 de Março de 1890. Ano II, Num. 24.

A Imprensa de Cuiabá, 19 de Julho de 1848, AnoI, N. 29.

A imprensa de Cuiabá, 7 de Agosto de 1859, Ano I, N. 29.

A Imprensa de Cuyabá, 7 de Agosto de 1859, Ano I, N. 3.

A Imprensa de Cuyabá, 14 de Agosto de 1859, Ano I, N. 3

A Imprensa de Cuyabá, 09 de Julho de 1862, Anno IV, N. 234.

A Imprensa de Cuyabá, 06 de Agosto de 1863, Anno V, N. 238.

O Matto- Grosso, Cuyaba 1863, Ano 1. N. 24.

O Matto- Grosso,31 de Julho de 1864, Ano II. N. 30.

O Noticiador, 29 de novembro de 1857, N. 9.

A Situação, Cuiabá, 24 de outubro de 1869, Ano II, N. 56.

A Situação, Cuiabá, 22 de novembro de 1872, Ano V, N. 273.

O Liberal – Cuyabá, 6 de fevereiro de 1879, Anno VIII, número 387.

O Liberal – Cuyabá, 24 de Junho de 1882, Anno XI, número 542.

A Gazeta – Cuyabá (Matto- Grosso) 21 de Agosto de 1889.

O Matto Grosso- p. 04 Ano XXIII, 05 de maio de 1912, nº 1134

A Luz - Cuyabá (Matto- Grosso) 17 de Outubro de 1924, Anno 1, número 10.

O FiFó – Cuyabá, 12 de Abril de 1925, Anno II, número 14.

SEMANARIO MÉDICO- BIBLIOTECA NACIONAL

Semanário de saúde Pública, Rio de Janeiro, Ano: 1832,nº 95. Disponível em <http://memoria.bn.br/hdb/periodico.aspx>.

Semanário de saúde Pública, Rio de Janeiro, Ano: 1831,nº 115.Disponível em <http://memoria.bn.br/hdb/periodico.aspx>.

DECRETO - CAMARA LEGISLATIVA

Decreto nº 828, de 29 de Setembro de 1851. Manda executar o regulamento da Junta de Higiene Pública. Cap.04, Art. 48. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>.

Decreto nº 828, de 29 de Setembro de 1851. Manda executar o regulamento da Junta de Higiene Pública. Cap.06, Art. 66.

Decreto nº 828, de 29 de Setembro de 1851. Manda executar o regulamento da Junta de Higiene Pública. Cap.04, Art. 28.

Bibliografia

ABREU, Laurinda.: 'O papel das Misericórdias dos "lugares de além-mar" na formação do Império português'. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. VIII(3): 591-611, set.-dez. 2001.

ALMEIDA, Danielle Sanches. Entre lojas e boticas: O comércio de remédios entre o Rio de Janeiro e Minas Gerais (1750-1808). Mestrado em História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2009.

ARIÈS, Philippe. O Homem diante da morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo de Araújo (org.). As misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal-Brasil (séculos XV-XX). – Cuiabá, MT: Carlini&Caniato, 2009.

CAVALCANTE, Else Dias de Araújo. A sífilis em Cuiabá: saber médico, profilaxia e discurso moral (1870-1890) / Else Dias de Araújo Cavalcante. – 2003. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, 2003.

CHALHOUB, Sidney. Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial. – São Paulo: Companhia das letras, 1996.

_____. População e Sociedade. In : A Construção Nacional 1830-1889. José Murilo de Carvalho (org.). Rio de Janeiro, Editora Objetiva, 2012.

COELHO, Edmundo Campos. As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822- 1930, Rio de Janeiro: Record, 1999.

EDLER, Flávio Coelho. A medicina no Brasil Imperial: clima parasitas e patologia tropical. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

EUGÊNIO, Alisson. Arautos do Progresso – O ideário médico sobre a saúde pública no Brasil na época do Império. Bauru, SP: Edusc, 2012.

_____. A saúde dos escravos em Minas Gerais após a abolição da importação de africanos. *Histórica*. Revista online do arquivo público de Estado de São Paulo. Ano 10, nº 61, Maio 2014.

FERNANDES, Liliane Alves. *As Santas Casas na República Brasileira 1922-1945*. Mestrado em Políticas de Bem Estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Atores Universidade de Évora- Portugal, 2009.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro Edições Graal, 1979.

FRANCO, Renato Júnio. *Pobreza e caridade leiga - as Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa*. 2011. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

GARCIA, Domingos Sávio da Cunha. *Mato Grosso (1850-1889) Uma província na fronteira do Império*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Economia –UNICAMP.São Paulo,2001.

GOMES, Ana Carolina Vimieiro. *Uma ciência moderna e imperial: a fisiologia brasileira no final do século XIX*. 1ª ed. Belo Horizonte, MG: Fino Traço; Campina Grande, PB; EDUEPB; Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2013.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*. Editora Hucitec – São Paulo, 1998

JESUS, Nauk Maria. *Saúde e doença no centro da América do Sul (1727-1808)*. Dissertação de Mestrado, Cuiabá: Instituto de Ciências Humanas e Sociais da UFMT, 2001.

KOBAYASHI, Elizabete Mayumy. *Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil : a saúde como instrumento de regeneração nacional* , Campinas, SP : 2007.

LE GOFF, Jacques. *A história nova*. 3ª ed.- São Paulo: Martins Fontes, 1995.

_____. *Uma história do corpo na Idade Média*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LIMA, André Nicácio. *Caminhos da integração, fronteiras da política: a formação das províncias de Goiás e Mato Grosso*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, 2005.

MACHADO, Roberto *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MOLLAT, Michel. *Os pobres na Idade Média*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

MOTT, Maria Lucia. Sanglard, Gisele (org.) *História da saúde: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808-1958)*- Barueri, SP: Minha Editora, 2011.

MOURANO, Flávio. *Tratado de Leprologia*, 2ª Edição, Volume I. - M. E. S. Rio de Janeiro, 1950.

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

PAULA, João Antônio de. O Processo Econômico. In: A Construção Nacional 1830-1889. José Murilo de Carvalho (org.). Rio de Janeiro, Editora Objetiva, 2012.

PIMENTA, Tânia Salgado. O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855). Tese (Doutorado) UNESP- Campinas- SP, 2003.

PINHO, Raquel Tegen de. Cidade e loucura, Cuiabá, MT: Central de texto: EdUFMT, 2007.

PONTES, Adriano Arruda. Caçando Mosquitos na Bahia: a Rockefeller e o combate a febre amarela. Inserção, ação e reação popular (1918-1940). Dissertação (Mestrado em História) – UFBA, 2007.

PORTO, Ângela de Araújo (org.). Enfermidades Endêmicas da capitania de Mato Grosso: a memória de Alexandre Rodrigues Ferreira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

QUIROGA, A.M. Assistência e Poder: revendo uma articulação histórica, 2008. Disponível em: http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/14305_Cached.pdf.

RICOEUR, Paul. A luta pelo reconhecimento e a economia do dom. Tradução do original francês por Cláudio Reichert do Nascimento e Noeli Dutra Rossato. *ethic@ - Florianópolis* v. 9, n. 2 p. 357 - 367 Dez. 2010.

ROCHA, Maria Aparecida Borges de Barros. Atitudes diante da morte em Cuiabá – 1860 a 1926: A guerra, a doença e a secularização dos cemitérios da cidade. 2013. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade Federal de Goiás. Goiás, 2013.

_____. Transformações no espaço urbano de Cuiabá na segunda metade do século XIX. ANPUH – XXII Simpósio Nacional de História – João Pessoa, 2003.

REIS, João José. A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. São Paulo: Companhia das letras, 1991.

RESENDE, Maria Leônia de. SILVA, Natalia da. Misericórdias da Santa Casa: um estudo de caso das práticas médicas nas Minas Gerais oitocentistas. In: As misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal e Brasil (séc. XV a XX. Araújo, Maria Marta Lobo de. (org.). Cuiabá, MT: Carlini&Caniato, 2009.

SÁ, Isabel dos Guimarães. As Misericórdias Portuguesas, séculos XVI a XVIII. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. Departamento de Patrimônio Histórico/Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ Revista científica. Revista Esboços Nº 16 — UFSC.

_____. Assistência entre o liberalismo e o bem-estar social, Publicação apresentada no XIII Encontro de História Anpuh- Rio Identidades, 4 a 7 de agosto de 2008. Disponível em:

http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212930000_ARQUIVO_textoANPUH2008GiseleSanglard2.pdf.

_____. Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas no Rio de Janeiro – 1920-1940. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; 2005 (tese de doutorado). Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3980>.

SANTOS FILHO, Lyncurgo. História Geral da medicina brasileira. São Paulo: Hucitec-Edusp, 1977.

SENA, Ernesto Cerveira de. Entre anarquizadores e pessoas de costumes – A dinâmica política e o ideário civilizatório em Mato Grosso (1834-1870). Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, UnB, 2006.

SILVA, Marinalva Freire da. A Literatura Médica Medieval: Uma Abordagem Fonológica. Revista Científica da UFPB. Rev. de Letras v. 19 - No. 1/2- jan/dez 1997.

SIQUEIRA, Elizabeth Madureira. Luzes e Sombras: modernidade e educação pública em Mato Grosso (1870-1889). Cuiabá: INEP/COMPED/EdUFMT, 2000.

SOUZA, Ivo Carneiro de. A Rainha D. Leonor (1458-1525) Poder, Misericórdias, Religiosidade E Espiritualidade no Portugal do Renascimento. Fundação CalousteGulbenkian, Ministério da Ciência e do Ensino Superior, 2002.

SOUZA, Laura de Mello. O diabo e a terra de Santa Cruz – feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial. São Paulo: Companhia das Letras, 2009

SOUZA, Simone Elias de. Os Socorros Públicos no Império do Brasil 1822 a 1834- Dissertação de Mestrado Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Universidade Estadual Paulista, Assis, 2007.

VENANCIO, Renato. Entre dois Impérios: a Santa Casa da Misericórdia e as “Rodas dos expostos” no Brasil. In: As misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal-Brasil (séculos XV-XX). – Cuiabá, MT: Carlini&Caniato, 2009.

VILELA, Marlene Menezes. Quando o dedo de Deus apontou a nossa província ao anjo da morte: a ocasião da varíola em Cuiabá (1867). Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em História-UFMT, 2001.

VOLPATO, Luiza Rios Ricci. Cativos do sertão: vida cotidiana e escravidão em Cuiabá em 1850-1888. São Paulo: Editora Marco Zero; Cuiabá, MT : Editora da Universidade Federal de Mato Grosso, 1993.
