

AUTORIZADO o empréstimo de
este item para pessoas interessadas.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÉNCIAS HUMANAS

Claudio Bertolli Filho

HISTÓRIA SOCIAL DA TUBERCULOSE
E DO TUBERCULOSO: 1900-1950

volume i

Tese apresentada ao Departamento de
História da Faculdade de Filosofia,
Letras e Ciéncias Humanas da Universi-
dade de São Paulo para a obtenção
do grau de doutor em História Social

Orientador: Prof. Dr. José Carlos
Sebe Bom Mehy

TOMBO...:31212

São Paulo



SBD-EFLCH-USP

1993

Class:	Fixa
Registro:	025
Data:	07-12-2003
Dedicação:	José Almeida Góis

Esta tese é fruto de afetos e colaborações intelectuais. Por isto ela é dedicada à Ana, ao José Carlos e ao Mário, carismáticos amigos que animam minha existência.



ÍNDICE

A Guia de Introdução	1
Parte I: Idéias e Controvérsias	52
1. A Medicina e o Fato Tuberculoso	54
2. A Trajetória das Imagens	91
3. Administração Sanitária e Tuberculose no Brasil ...	128
4. As (In)Certezas da Medicina	190
5. A Educação pela Tuberculose	235
Parte II: Personagens e Cenários	306
6. A Trajetória do Desterro	308
7. Na Senda dos Tisiologistas	340
8. A Irmandade dos Fracassados	404
9. Vozes da Tuberculose	458
10. Os Caminhos da Vida e da Ciência	517
Conclusões	556
Fontes e Bibliografia	563

*"La sombra de mi alma
huye por un ocaso de alfabetos,
niebla de libros
y palabras.
¡La sombra de mi alma!"*

Federico García Lorca

*"Como pode haver qualquer revolução
verdadeira enquanto não soubermos
de que somos feitos?"*

Graham Swift

A GUIA DE INTRODUÇÃO

O empenho de elaboração de um estudo sobre a História Social da Doença e do Doente, especificamente da tuberculose e do tuberculosos, desdobrarse em duas questões preliminares. Primeiramente indagarse da possibilidade de uma história da enfermidade e de seus tributários e, em continuidade, dos motivos contextuais de uma pesquisa centrada nos personagens motivados pela Peste Branca.

Nas origens do trabalho acadêmico encontram-se os compromissos em retrair os meandros temáticos e metodológicos que possibilitam o dimensionamento do "território do historiador". Os últimos anos têm marcado a produção de um número crescente de pesquisas na área da História Social; estudos estes voltados para a pobreza, a violência, a sexualidade, o trabalho e ao lazer, entre outros. Trabalhos enfim que apontam para uma História emergente através da convergência das condições materiais de vida e dos comportamentos coletivos. Nesta trajetória, "tipos sociais" até há pouco tempo preteridos em prol das "grandes personagens" têm chamado a atenção dos estudiosos:

índio e o malandro são alguns desses protagonistas que têm despertado interesse, oferecendo chances para a releitura da sociedade.

Dentre tantos personagens que reclamam pelo tratamento mais consequente das Ciências Humanas encontrase o Homem enfermo. Apesar da experiência com a doença ser condição própria da vida - portanto um fato social - a História pouco ainda contemplou o tema com olhos criteriosos.

A atenção às doenças e aos doentes como centro de múltiplos filigramas do tecido coletivo implicou na escolha da tuberculose como um dos temas de relevo para estudo. Isto porque a Peste Branca foi definida desde os meados do século passado enquanto "moléstia social" que, alinhada à sifilis e ao alcoholismo, constituiram-se num dos principais conjuntos desafiadores da ordem social, inherentes ao contexto das revoluções burguesas.

Com isto, a tísica e suas vítimas tornaram-se objetos exaustivamente vistoriados, principalmente a partir do século XIX. Desde então, a continuidade dos enfoques incentivados pelos interesses e pelos medos coletivos elevaram a tuberculose e os fracos do peito a representantes máximos da potencialidade deletéria do cotidiano urbano-industrial, justificando a necessidade e a urgência do

a sociedade e suas estruturas como um todo.

Os cinqüenta primeiros anos deste século balizam temporalmente, grosso modo, o presente estudo sobre a tuberculose e seus envolvidos, no contexto brasileiro. A opção pela marca cronológica inicial deve-se à ocorrência de vários fenômenos concomitantes, por exemplo: se no contexto internacional ganhava impulso a teoria pastoriana que permitiu, inclusive, a identificação do bacilo de Koch como o agente biológico causal da infecção pulmonar, no Brasil as ações direcionadas para a institucionalização da Peste Branca e dos pectários deram-se paralelamente à redefinição do moderno Estado Nacional e ao processo de organização da sociedade de classes. Como marco cronológico final, estabeleceu-se os meados deste século porque então já se dispunha de estratégias relativamente eficientes para o "controle" da tuberculose, ao mesmo passo que os principais centros urbanos do país eram tidos como áreas regidas pelos códigos da modernidade.

Por óbvio, não se pretende o enciausuramento analítico - nem sua exaustão -, no meio século assinalado. Tão antiga quanto a própria Humanidade, a tuberculose já contava com uma longa trajetória quando colocou-se como assunto preocupante no Brasil. Esta condição, que sugere o alargamento das perspectivas temporais, permite que luzes

antigas sejam utilizadas para o entendimento do período realçado no estudo, exigindo também a nitidez que convida a recortes. Recortes que, contudo, devem ser re inseridos no mosaico mais amplo.

O entrelaçamento dos eventos assinalados como balizadores desta pesquisa não é tortuoso. As preocupações nacionais com a tuberculose tomaram impulso a partir dos últimos anos da centúria passada, no momento em que o país buscava se realinhar no contexto internacional, necessitando para isto "regenerar" a população que vinha sendo platonicamente concebida como um "povo" organicamente articulado. Fenômeno sobretudo urbano, a tísica reclamava soluções, as quais foram engendradas segundo os interesses das élites acantonadas nas capitais, em particular em São Paulo e no Rio de Janeiro.¹⁴ É certo que houve desdobramentos das medidas intervencionistas da Saúde Pública para outras áreas, mas, na ordem da modernização, os centros urbanos de maior densidade populacional destacaram-se.

Juntando-se os fios, define-se o objeto desta pesquisa: o entendimento da tuberculose e de suas vítimas, no contexto do processo modernizador das grandes estruturas da sociedade, dando-se especial ênfase aos olhares e às ações alimentadas pelos paulistas e cariocas frente ao dilema sanitário.

Problema

As relações historicamente estabelecidas entre a Sociedade e os Indivíduos enfermos constituí-se na estratégia problematizadora deste trabalho. Em conformidade com a documentação disponível e com o recorte temporal admitido, buscou-se questionar os elementos norteadores da experiência social que aproximava os sadios dos pectários, bem como as vertentes assumidas pelo processo de constituição do ideário tisiológico nacional. Como elemento articulador destes eventos, localiza-se a trama histórica marcada pelo empenho redefinidor da economia e da sociedade brasileira e, por extensão, os comportamentos individuais e coletivos frente à infecção pulmonar. Fala-se pois de vida privada e suas interações com o público. Fala-se também da contextualização brasileira de um fenômeno universal.

Estabelecido o norte desta pesquisa, ocorre a multiplicação dos questionamentos: Qual foi a especificidade dos laços entre a institucionalização da ameaça tuberculosa e o processo de modernização nacional? Quais foram os papéis desempenhados pelo segmento médico-educador na tarefa atualizadora do perfil epidemiológico brasileiro, em conformidade com os modelos representados pelos Estados Unidos e por outros países "civilizados"? Como foi que, no Brasil, os consuntivos reagiram em face do tratamento social que lhes era dispensado? Enfim, como os indivíduos - sadios

ou enfermos, médicos ou leigos - responderam aos direcionamentos formulados pelo conjunto das instituições sociais?

Livros e artigos médicos, prontuários clínicos, relatórios de instituições públicas e privadas, depoimentos orais, obras memorialísticas e biográficas, composições literárias e artigos jornalísticos, além da bibliografia nacional e estrangeira sobre o tema foram os principais pontos de apoio para a elaboração do presente estudo. O fato da História Social da Doença e do Doente contar com múltiplas ramificações, exigiu a recorrência à uma diversidade de fontes documentais, impondo o rastreamento de numerosas bibliotecas, arquivos, museus e "sebos".

Apesar da pluralidade de informações, a variedade documental resultou favorável para o desdobramento do estudo. Sob esta perspectiva, tudo ganha dimensão maior quando o tema tratado constitui-se na tuberculose e no tuberculoso, pois ambos os tópicos revelam-se, por exceléncia, fenômenos resultantes da malha social brasileira. Os diferentes nexos discursivos que instruem os núcleos documentais aproximam a experiência individual às reações coletivas frente à enfermidade e as medidas preconizadas pelos serviços de Saúde Pública aos modelos

higienistas internacionais, elucidando as linhas conflituosas que emprestam compasso reticente aos debates nutridos pelo peso mortífero da Peste Branca entre nós.

Do conjunto de documentos explorados neste estudo, a produção literária, os prentuários clínicos e os depoimentos orais ganharam destaque próprios, sendo necessário por isto maiores averiguações sobre o sentido atribuído a estas fontes primárias na composição da pesquisa.

Apesar da constância dos pronunciamentos críticos que pontificam que "Literatura não é documento", o emprego de obras ficcionais enquanto respaldo para o entendimento da tuberculose ganhou interesse pelo fato dos médicos e também os leigos de décadas passadas recorrerem às composições literárias para abordar as "fraquezas humanas" que marcavam os comportamentos dos enfermos em geral e, em especial, o que foi denominado como "psicologia" dos doentes do peito. O crédito de veracidade emprestado às páginas românticas mantinha-se como uma atitude disseminada, coagindo os clínicos a somarem as fórmulas hipocráticas aos ensinamentos literários no entendimento da clientela consumativa.

Por isto, o Dr. Clementino Fraga - um dos principais mestres da tisiologia nacional nos anos 30 - justificou o interesse médico pela produção ficcional por esta compreender análises da vida pública e privada dos doentes, indicando as obras literárias como fonte abalizada para o estudo dos

*Thomas Mann
estudo de
anomie humana*

"sentimentos dos pacientes". Seguindo estes ensinamentos, o Dr. Gastão Pereira da Silva, ao fazer um balanço dos primeiros anos da prática psicanalítica no Brasil, apresentou o escritor Thomas Mann como um dos principais especialistas no setor clínico que estava sendo avaliado, alegando que ninguém estudou tão profundamente a "alma humana" quanto o romancista alemão (1).

A pena inspirada na "Literatura experimental" fez Émile Zola discípulo de Claude Bernard, selando uma duradoura aliança entre os escritores e os médicos. As descrições muitas vezes tétricas sobre a vida e a morte dos consuntivos impregnaram de horror muitas laudas ficcionais, deixando a impressão de que seus autores haviam convivido intimamente com os personagens infectados - talvez sendo eles próprios vítimas da tuberculose pulmonar. Neste encaminhamento, as obras de ficção assemelham-se aos relatórios etnográficos que se comprazem no registro de até mínimos detalhes do cotidiano e das intenções do grupo que está sendo estudado. Lidas por alguns e disseminadas de boca em boca - e também pelas ondas radiofônicas e pelo cinema - os textos literários integravam-se como assunto de conhecimento amplo, conferindo

(1) - Fraga, Clementino - Medicina e Humanismo. Rio de Janeiro, Guanabara, 1942, p.30-31 e Silva, Gastão Pereira da - 23 Anos de Psicanálise. Rio de Janeiro, Império, 1959, p.212. Uma síntese dos debates acerca da utilização da Literatura como fonte para a História encontra-se em: Meihy, José Carlos Sebe Bom - "História não é literatura" Revista de la APEESP 4, 49-73, Julio-Diciembre, 1992.

*Janete Ribeiro
Sociedade
Brasileira de
Tuberculose e
Caxumba
e outras doenças
infecto-contagiosas*

redobrado vigor às mensagens discriminadoras dos doentes da peito e, na seqüência, instruindo as reações médicas e leigas frente aos infectados. Assim, tematizada pela tuberculose, a literatura torna-se documentação de verificação obrigatória pelos historiadores.⁽²⁾

Enquanto "doença da moda", a Peste Branca tornou-se motivo explorado por escritores de prestígio e também por autores estreantes e às vezes pectários, os quais buscavam compartilhar o drama íntimo com a infecção e ao mesmo tempo ganhar reconhecimento intelectual. Em nível teórico, o alerta feito por Henry Zalamansky sobre a necessidade de distinção entre as composições preparadas pelos ficcionistas de ampla aceitação editorial e que portanto sentem-se livres para oferecer enfoque originais e o teor da escrita dos novatos, que tendem a reproduzir o que os leitores estariam dispostos a absorver, parece fenômeno diluído no conjunto dos romances que contam com personagens infectados. Isto porque a *tuberculofobia*, imperante no período analisado, incitava os autores, os editores e o público a adotarem perspectivas convergentes, conferindo encaminhamentos semelhantes às tramas literárias baseadas na infecção.

(2) - A importância das fontes literárias no estudo das representações sociais das enfermidades e dos enfermos foi ressaltada em: Laplantine, François - Antropologia da Doença. São Paulo, Martins Fontes, 1991, p.23-24. Sobre a aproximação entre a literatura de vertente realista e as observações antropológicas veja-se: Geertz, Clifford - O Antropólogo como Autor. Barcelona, Paidós, 1989, p.11-34.

pulmonar (3).

Os prontuários médicos, por sua vez, apresentam-se como outro núcleo valioso para a análise da rotina institucional dos centros fisiológicos e também dos posicionamentos assumidos pelos clínicos e pelos seus pacientes. Até o presente, tais registros praticamente não foram explorados pelos pesquisadores da área das Ciências Humanas, exceto em algumas situações onde os prontuários foram empregados como ilustração ou mesmo curiosidade, com diminuta preocupação sobre a especificidade desta fonte. No Brasil, esta documentação começou a ser produzida no momento da instalação das primeiras escolas médicas, na aurora do Século XIX, sendo que a política de padronização e preservação por alguns anos dos registros clínicos ganhou incentivo a partir de 1943, quando teve início os estudos para a organização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística que seria implantado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que estava em fase de construção (4).

(3) - Zalamensky, H. - "L'étude des contenus, étape fondamentale de la sociologie de la littérature contemporaine" In: Escarpit, Robert (sous la diréc. de) - Le Littéraire et le Social. Paris, Flammarion, 1970, p.119-128.

(4) - Carvalho, Lourdes de Freitas - Serviço de Arquivo Médico e Estatística de um Hospital. 3a. ed., São Paulo, Associação Paulista de Hospitais, 1984, p. 150-151. Um dos raros exemplos de pesquisa histórica que incorporou a documentação prontuarial, sem contudo elaborar uma visão crítica sobre esta fonte é: Cunha, Maria Clementina Pereira - O Espelho do Mundo, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

A possibilidade de encontrar este tipo de documento, entretanto, é difícil. Da legislação que define a obrigatoriedade dos nosocomios preservarem os seus registros clínicos, por um prazo máximo de dez anos decorre que, periodicamente, uma parcela significativa do pretérito sanitário nacional acabe sendo destruída. A utilização pelos pesquisadores de prontuários datados de mais de uma década, portanto, é fato incomum, acrescentando-se ainda outros obstáculos para o emprego desta fonte documental: o campo conceitual exclusivo do saber médico-biológico, os códigos e abreviaturas às vezes criados e instituídos segundo a conveniência de uma única casa de saúde e as muitas vezes indecifráveis caligrafias dos esculápios. Além disto, deve-se acrescentar a dificuldade dos estudos não-médicos obterem permissão de acesso à esta documentação já que, sob o compromisso de preservar o sigilo médico, as entidades hospitalares tendem a negar autorização de consulta aos relatórios clínicos, mesmo que tais anotações tenham sido realizadas há mais de meio século (5).

A tentativa de localização de prontuários médicos referentes aos tísicos constituiu-se em uma aventura permeada de

(5) - Uma discussão mais ampla sobre a potencialidade das fontes hospitalares para a História Social encontra-se em: Bertolli Filho, Claudio - "História social do tuberculoso: perspectivas documentais" Cadernos de História e Saúde 2(1992):42-50.

obstáculos. O local escolhido para o inicio das investigações sobre a possível existência deste núcleo documental foi a cidade de Campos do Jordão, devido à condição de antiga estação de cura. As visitas aos hospitais e asilos derivados dos sanatórios para tuberculosos e também ao Centro de Saúde do município revelaram que a maior parte da documentação havia sido incinerada, sendo que em apenas dois instantes constatou-se a preservação dos registros procurados. No primeiro deles, a diretora de uma casa de repouso para "idosos", após negar a guarda de qualquer documentação sobre o passado do estabelecimento, "lembrou-se" de um "arquivo morto" referente ao período sanatorial, sem contudo permitir a consulta a tais registros, alegando que os consuntivos que por ali passaram eram "gente de elite" e que "não ficava bem" para a atual administração do nosocomio divulgar dados sobre os seus hóspedes, mesmo que a identidade dos doentes fosse preservada sob sigilo. Em outro sanatório, transformado em abrigo para doentes mentais, souber-se que um ex-diretor clínico da instituição - que também fora tuberculoso - havia transferido para sua residência toda a parcela do arquivo referente às décadas de 30, 40 e 50, impedindo o acesso à pesquisadores.

A frustração gerada pelas infrutíferas consultas aos hospitais jordanenses levou-me a buscar socorro na cidade de São José dos Campos - área que, no tempo passado, também

serviu como espaço de concentração de tuberculosos, se bem que menos expressiva que a estância climatoterápica das montanhas. Naquela urbe, a situação revelou-se ainda mais desalentadora, sendo quase unânime as declarações que atestavam a total destruição dos registros tisiológicos. O único fio de esperança foi dado por um servidor aposentado do antigo Sanatório Vicentina Aranha, ao lembrar-se que nos últimos anos da década de 60, houve a transferência de grandes lotes de "papéis velhos" daquele hospital para a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, instituição mantenedora do sanatório joseense.

Folha de São Paulo
A permissão de acesso ao Arquivo Central da Santa Casa paulistana ocorreu rapidamente, através do apoio prestado pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da própria Santa Casa. De imediato souber-se que os registros do Sanatório Vicentina Aranha haviam sido destruídos logo após terem chegado a São Paulo, sendo preservados exclusivamente os contratos de trabalho dos funcionários em vias de aposentadoria. Os dois "arquivistas" encarregados do setor (leia-se serventes semi-alfabetizados que, por problemas de saúde, haviam sido deslocados para as tarefas de arquivo), entretanto, informaram que boa parte dos prontuários de um outro sanatório mantido pela Santa Casa - o paulistano São Luiz Gonzaga - ainda resistia ao fogo. E resistia graças ao empenho dos "arquivistas" que, contrariando a decisão de uma comissão médica encarregada de

selecionar os lotes de registros que deveriam ser anualmente descartados, ocultavam nos labirintos do Arquivo Central um grande número de documentos que haviam sido legados à destruição. Foi assim que boa parte dos prontuários do Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga sobreviveu ao tempo e às condições gerais a que estão abandonados vários arquivos brasileiros.

O razoável estado de conservação do núcleo documental apresentava, em contrapartida, dificuldades materiais para a realização da pesquisa. A ausência até mesmo de cadeira e mesa para a leitura dos prontuários, o acúmulo de poeira, as baixas temperaturas, o mofo do porão transformado em depósito de documentos e a mistura parcial dos registros do sanatório com cerca de um milhão e trezentos mil outros relatórios da Santa Casa determinou que o trabalho padecesse de ritmo excessivamente lento, estendendo-se por cerca de dois anos. Quando já se tinha realizado a localização e fichamento meticoloso de cerca de quatro centenas de prontuários, o Arquivo foi interditado para a pesquisa, sendo declarado como motivo a aposentadoria inesperada dos dois servidores do órgão, vitimados por um mesmo acidente automobilístico. Poucos meses antes, a Irmandade da Santa Casa resolveu construir um novo prédio para abrigar o Arquivo, sendo que, neste recinto, um número significativo de prontuários desapareceu, pois a nova sede do Arquivo Central não só era permeável à chuva como também apresentava

21/3
17/4/1990
O. P. P.
Q. C. S. C. O.
Q. C. S. C. O.

vãos na estrutura, condição que tornava livre o ingresso de "visitantes" que, à noite, invadiam o local. Dado estes fatos, a reprodução de alguns trechos das anotações hospitalares incorporadas nas páginas desta pesquisa representam passagens de documentos que, em parte, possivelmente já foram destruídos.

No decorrer da pesquisa no Arquivo Central da Santa Casa deparou-se com dois tipos de registros. O primeiro deles constitui-se em uma coleção que, mesmo incompleta, alinha cerca de 12 mil fichas referentes aos tuberculosos internados no Hospital São Luiz Gonzaga entre os anos de 1932 e 1968, tempo de vida do nosocômio. Desta total, 3.438 anotações são referentes ao período que se estendeu até o final de 1945, sendo que tais fichas deveriam idealisticamente corresponder ao resumo dos principais dados contidos nos prontuários correspondentes. O segundo núcleo documental é formado pelos prontuários propriamente ditos, onde encontram-se anotadas as anamneses realizadas pelos médicos, compostas basicamente pelas seguintes informações: a identificação social do paciente, os antecedentes biopatológicos individual e familiar, os hábitos de vida do doente e o histórico e a sintomatologia da enfermidade a ser tratada. Para além destes dados, os prontuários ainda comportam: o exame físico do peitário, a seqüência de prescrições terapêuticas, a evolução do caso e seu desfecho, sendo possível ainda encontrar, entre as páginas

de alguns laudos, os relatórios preparados pelos gabinetes de Raio-X e de Odontologia, assim como os dados registrados diariamente pela equipe de enfermagem. A comparação entre os resumos escritos nas fichas e os conteúdos anotados nos prontuários apresentam constantes divergências, sobretudo no item referente ao desenlace do caso clínico. A multiplicação de situações onde os prontuários alegavam que o paciente havia sido expulso ou se suicidado e as fichas correspondentes retificavam o dado para "alta a pedido" ou "alta clínica", apontam para um possível desvio proposital dos eventos que poderiam colocar em dúvida a imagem piedosa do sanatório religioso.

Apesar dos claros comprometimentos deste núcleo documental e da seleção praticamente aleatória dos prontuários vistoriados, os registros do sanatório paulistano da Santa Casa constituem-se em fonte ímpar de estudo. Segundo diversas comunicações orais prestadas por pesquisadores de diferentes estados do país, além de difícil localização e acesso, os prontuários antigos guardam uma surpresa: as anotações médicas são geralmente avaras em palavras, deixando em branco os itens referentes à anamnese e, freqüentemente, oferecendo informações pouco precisas sobre a terapêutica e o prognóstico do caso analisado. Contrariando esta tendência, a documentação produzida no âmbito do Sanatório São Luiz Gonzaga mostrou-se pródiga em detalhes. Isto porque esta casa de saúde funcionava nos

molde das instituições que hoje recebem a designação de "hospital-escola", servindo como campo de treinamento dos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, aliás, como ocorreu com todo o complexo nosocomial da Santa Casa, até o final da década de 40, quando o Hospital das Clínicas paulistano entrou em atividade. Preenchidos os prontuários por um ou por vários estágiários, a inexperiência dos medicandos combinava-se com o propósito de clarear o caso, resultando em anamneses extensas e minuciosas, preservando informações pouco usuais nos registros clínicos. Nota-se ainda a constância de anotações colocadas entre aspas ou acompanhadas do alerta "sic", fato que sugere as dificuldades encontradas pelos estudantes e pelos recém-formados em selecionar e "traduzir" os depoimentos dos pacientes segundo os critérios empregados pelo registro hipocrático.

A riqueza dos dados contidos nas fontes sanatoriais dimensionou os prontuários como importante suporte desta pesquisa, colocando em questão o sentido das informações fornecidas pela série documental. As observações clínicas configuram-se como peças reveladoras da relação médico-paciente, onde o objetivo a ser alcançado compreende a individualização do processo patológico e o efetivo tratamento da enfermidade, tarefas que, para serem cumpridas, exigem um certo grau de desqualificação do paciente enquanto personagem social. Assim, enquanto

estratégia de entendimento e intervenção no desequilíbrio orgânico, a medicina compõe registros cuja função é servir como material de comunicação privativo dos iniciados nas práticas terapêuticas e, neste encaminhamento elabora sentenças que, ao fugir da argumentação e da dúvida, parecem a todo o instante querer negar a existência concreta do ser humano enquanto "adoentado" (6).

O caráter ritualístico da relação médico-paciente confere um sentido peculiar a este tipo de registro. O peso das imagens múltiplas nutridas pelo clínico e pelo enfermo faz com que cada um deles saiba aprioristicamente o que pode ou não ser dito, bem como o que deve ser anotado na papeleta hospitalar. O prontuário constitui-se então, formalmente, em um instrumento moldado pela ordem médica e pelo poder institucional, onde a espontaneidade da fala e da escrita estaria comprometida pelas mediações inerentes às circunstâncias, sendo esta dimensão assunto de várias análises teóricas (7).

Ciente dos debates em torno da especificidade e dos limites da documentação nosocomial, mesmo assim acredita-se que os prontuários elaborados pelo setor de tisiologia da Santa Casa abrem perspectivas únicas onde, a história clínica se

(6) - Clavreul, Jean - A Ordem Médica. São Paulo, Brasiliense, 1983, p.122.

(7) - Britto, Luiz Percival L. - Medicina e Discurso. Campinas, Papirus, 1988, p.114.

entrelaça com a trajetória existencial do doente, assim como ganha expressão a capacidade intervencionista da medicina e as reações dos clínicos em face da sucessão de relatos tristes, confidenciados pelos seus pacientes. Com isto, os prontuários revelam-se peças fundamentais para a composição de uma história social que busca abarcar as várias facetas do dilema humano orquestrado pela Peste Branca.

Para completar a soma das fontes utilizadas, buscou-se colher alguns depoimentos orais de personagens que viveram o drama sanitário, quer na condição de "fraco do peito", quer no papel de indivíduos próximos dos infectados. Enquanto recurso importante para a realização da pesquisa, as vozes colocadas neste texto mostraram-se reticentes em prestar informações mais detalhadas e, quando o fizeram, cobraram sigilo absoluto sobre suas identidades, sendo que alguns revelaram-se desejosos de serem nomeados através de pseudônimos por eles próprios escolhidos. Mesmo assim, salientar-se que tais informações resultaram da espontaneidade dos depoentes, cabendo a eles narrarem o que achavam "importante" ser confidenciado, havendo pouca interferência do pesquisador. Assim, distancia-se dos métodos específicos e das intrincadas técnicas empregadas pela História Oral.

A pluralidade de fontes exigiu que fosse dado um recorte temático às questões encontradas. Metodologicamente foi

apurando a diversidade temática que se buscou qualificar cada tipo de documento. Porque entende-se que a verdade não está nos documentos, procurou-se a confrontação, a soma e o contraste como alternativas prudentes para o exame. Outros recursos foram usados para diversas fontes. No caso da Literatura, por exemplo, houve empenho em evidenciar a seqüência evolutiva do "clima de tragédia". Neste encaminhamento, aliás, cabe salientar a universalização das vozes. Como em outros circuitos literários, o Brasil integrou o conjunto da produção sobre a tuberculose e isto basta para sugerir reflexões sobre a coerência entre o nosso contexto e os demais. A nacionalização da problemática da Peste Branca, contudo, mereceu cuidados. Foi por tal atenção que se recorreu à leitura dos textos dos sanitaristas nacionais. Na mesma linha, a voz dos "esquecidos", pobres doentes, pessoas anônimas, também foi recolhida. A formulação de um saber leigo sobre a doença e os doentes, combinada com as formas elaboradas de intervenção sanitária foram enquadradas nos processos de institucionalização do país. Assim, aspectos do "público" e do "privado", se combinaram gerando comportamentos do doente em face do Estado, da sociedade e de si próprio.

O enfoque do pretérito das doenças e dos doentes ainda é uma operação aceita reticentemente pelos historiadores. A

R. J. P. G. M. S.
entendendo o mundo
e o seu tempo

disseminação do pressuposto segundo o qual as patologias constituem-se em eventos de exclusivo entendimento das Ciências Médicas teve como consequência a percepção de que o convívio íntimo com a enfermidade concretizarse enquanto experiência individual e única, portanto de difícil análise pelos historiadores. Como resultado, durante um longo período, as Ciências Humanas acomodaram-se em atribuir ao clínico humanista a tarefa de estudo dos eventos ocorridos no passado e motivados pelos processos biológicos.

Neste contexto, a área genericamente denominada de "História da Medicina" acabou sendo ocupada predominantemente por pesquisas realizadas em torno de alguns poucos eixos temáticos, principalmente os orientados para a averiguação das "ideias antigas" sobre as enfermidades e os remédios, das instituições médicas e das biografias dos clínicos e cirurgiões de destaque, assim como pelas abordagens gerais que inevitavelmente convergiam para os conceitos de "evolução" e "progresso" do arsenal curativo e preventivo. Neste último tópico encontram-se constantes observações acerca das devastações provocadas pelas epidemias, sendo que as reações sociais frente aos desastres pestíferos têm sido registradas como ilustrações da precariedade dos recursos sanitários no tempo pretérito e, em alguns momentos, da ingenuidade do espírito humano.

O direcionamento assumido por esta vertente de análise do

passado da "arte de curar" prima por anunciar a medicina enquanto uma área sintonizada com as necessidades sociais, mas ao mesmo tempo "neutra" e autônoma para compor seu campo de conhecimento e sua esfera de atuação. A ótica tendencialmente internalista que instrui a História da Medicina resulta no quase total desvinculamento entre a doença e o doente pois, enquanto que os processos patológicos foram reconhecidos como eventos passíveis de alterações no tempo, o Homem enfermo foi, de regra, desqualificado como personagem histórico, dando repercussão ao preceito antigo - Mas ainda em voga - segundo o qual a medicina resumisse ao "encontro de uma técnica científica e de um corpo" (8).

A cirurgia acadêmica que isolou as patologias dos seres humanos diretamente atingidos pelas enfermidades permitiu o florescimento da linha de estudo que situa o *marbus* e seus pesquisadores como personagens exclusivos de interesses. De Zinsser a Wilson, na primeira metade do século, até Foucault, Gottfried e Delaporte, em datas mais recentes, a História da Medicina e suas ramificações produziu textos que, variáveis na metodologia e na documentação, afastaram-se do compromisso de registrar os dilemas experimentados pelos agrupamentos abatidos pelas doenças (9).

(8) - Olievenstein, Claude - O Não-Dito das Emoções. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989, p.127.

(9) - Zinsser, Hans - Rats, Lice and History. Boston, Little, Brown and Company, 1935; Wilson, McNair - História da Medicina. Lisboa, Inquérito, 1943; Fou-

O pouco de atenção que o enfermo recebe ocorre quando, relegado à condição de paciente clínico, os historiadores o relacionam aos momentos exaltativos das descobertas científicas ou quando torna-se necessário exemplificar as supostas alterações morais produzidas pelo estado enfermigo.

possibilidade mais corriqueira que favorece a individualização do "debilitado" está ligada às situações onde ele é registrado como o primeiro ser humano a receber o benefício de uma nova droga ou técnica desenvolvida pela medicina, sendo exemplar a consagração dos nomes dos meninos James Phipps e Joseph Meister, pelo fato de terem sido as primeiras pessoas vacinadas, respectivamente, contra a varíola e contra a raiva. Caso diferente é protagonizado por uma Old lady britânica que garantiu lugar nas páginas médicas como exemplo da "paciente leviana" pois, diariamente percorria os hospitais londrinos em busca de remédios gratuitos para tratar de várias moléstias que a importunavam, utilizando as drogas, porém, para dar sabor especial aos pastéis que ela própria vendia em praça pública

Cauft, Michel - Histoire de la Folie à l'Age Classique. Paris, Plon, 1961; Gottfried, Robert S. - The Black Death. New York, The Free Press, 1983 e Delaporte, François - Historia de la Fiebre Amarilla. México, D.F., Universidad Nacional Autónoma de México e Centre d'Etudes Mexicaines et Centraméricaines, 1989. As linhas historiográficas centradas na doença foram esboçadas em: Bertolli Filho, Claudio - Epidemia e Sociedade. São Paulo, Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1986, p.7-31.

(10).

Menções como estas ganham formatos novos quando o doente avaliado constitui-se em personagem de projeção social. Nestes casos, os distúrbios patológicos aparecem como fenômenos definidores da identidade e das ações dos enfermos, sendo que coube ao Dr. Cabanès instituir o "gabinete secreto da história", consultório literário onde desfilaram os principais nomes da política e da cultura europeia moderna. Segundo as conclusões do Dr. Cabanès, os adoentados sucumbiam frente ao gigantismo da doença, situando a anafrodisia de Luis XIV, a epilepsia de Luis XV e a úlcera estomacal de Napoleão, dentre outros possíveis desarreglos orgânicos e psíquicos, como os verdadeiros motores da História mundial (ii).

A Localização do Homem com a saúde debilitada enquanto

(10) - Castiglioni, Arturo - História da Medicina. São Paulo, Editora Nacional, 1947, vol.2, p.169 e 360 e Hayward, J.A. - The Romance of Medicine. London, George Routledge & Sons, 1937, p.94. Em época mais recente o nome de Gaetan Dugas tornou-se conhecido mundialmente por ser ele apontado como o "patient zero" da AIDS; Shilts, Randy - An The Band Played On. New York, St. Martin's Press, 1987, p.21-23.

(ii) - Cabanès, Dr. ~ Le Cabinet Secret de L'Histoire. Paris, Albin Michel, 1937, 4 vols.. A mesma linha analítica é representada hoje pelo jornalista Pierre Accoce e pelo médico Pierre Rentchnick, os quais analisaram as doenças de vários líderes políticos, inclusive de Tancredo Neves em: - Ces Nouveaux Malades Qui Nous Gouvernent. Paris, Stock, 1988.

personagem de expressividade histórica mais ampla manteve-se como proposta de uma minoria de pesquisadores, dentre eles o clínico alemão Henry Sigerist. Na posição de diretor do Instituto de História da Medicina da Universidade de Leipzig, coube ao Dr. Sigerist, ainda no final dos anos 20, abrir novas perspectivas de análise, sugerindo a necessidade de conjugar as doenças aos seus tributários, enfatizando ainda a carência de pesquisas voltadas para o estudo da construção simbólica das enfermidades e da reação dos doentes frente à estigmatização (12).

No início da década de 30, a transferência do Dr. Sigerist e de alguns de seus principais auxiliares para a *The Johns Hopkins University*, permitiu que florescesse na América do Norte um atuante centro de pesquisas de História da Medicina. Aglutinados em torno dos princípios aparentados do marxismo, pesquisadores do porte de Erwin Ackerknecht, Bernhard Stern e George Rosen - além do próprio Henry Sigerist - incentivaram a diversificação dos temas sob análise, resultando em inovadoras perspectivas para o entendimento dos fenômenos patológicos e da intervenção médica, segundo o gradiente fornecido pela organização classista da sociedade (13).

(12) - Sigerist, Dr. Henry - Introduction à la Médecine. Paris, Payot, 1932, p. 82-102.

(13) - Stern, Bernhard J. - Society and Medical Progress. Princeton, Princeton University Press, 1941; Ackerknecht, Erwin H. - Malaria in Upper Mississippi Valley. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1945 e Rosen, George - A History

A multiplicação dos estudos sobre as enfermidades e também sobre as condições de vida dos agrupamentos humanos e os vínculos entre a ação médica, a política e a economia determinou que a proposta sigeristiana de análise da experiência individual com a enfermidade fosse momentaneamente preterida. No ano de 1943, novamente o Dr. Sigerist voltou a se interessar pelo tópico mas, surpreendentemente, aproximou a identificação dos doentes da vertente assumida pela sociologia neopositivista, representada sobretudo pelos ensinamentos de Talcott Parsons. Tomando como exemplo os tuberculosos, o clínico alemão anunciou os pectários como vítimas da pobreza material que conduzia à infecção pulmonar mas, ao mesmo tempo, generalizou todos os enfermos enquanto indivíduos que se deixaram adoecer para assumirem um novo "papel social" e, com isto, fugirem das obrigações cobradas da parcela sadia da população. Em continuidade, os Homens com a saúde abalada foram indicados como personagens perniciosos e carentes de pronta reeducação moral (14).

Apesar deste posicionamento, o próprio professor Sigerist reiterou, nos anos 50, a necessidade de elaboração de uma

of Public Health. New York, N.D. Publication, 1957.

(14) - Sigerist, H. - Civilization and Disease. Chicago, The University of Chicago Press, 1943, p.70. A principal obra de Talcott Parsons que analisa o personagem enfermo é: - El Sistema Social. 2a. ed., Madrid, Alianza, 1984, especialmente p.237-305.

*Siglo XXI
Medicina e
sociedade
en la salud
pública*

História da Medicina "sob a ótica do paciente", declaração que recebeu severas críticas porque considerada como sugestão desarrazoada. Herdeiro intelectual de Henry Sigerist, George Rosen retomou a mesma proposta na década seguinte, convocando os historiadores profissionais para colaborarem nas pesquisas centradas na problemática sanitária (15).

Uma das primeiras cartas orientadora da participação dos historiadores na análise dos eventos instruídos pela enfermidade deveu-se à pesquisadora francesa Elizabeth Carpentier. Apoiada nos núcleos documentais produzidos em torno das epidemias que assolaram a Europa e parte da Ásia no decorrer do século XIV, esta autora tematizou a quadra pestífera em várias sub-áreas de estudo, enfatizando a necessidade de inquirições sobre o poder médico, a reação do Estado frente às crises sanitárias e a diversidade dos comportamentos coletivos. Posicionamento semelhante impregnou os seguidores da *New Social History* americana, que indicaram como setores carentes de estudos os processos patológicos, os padrões de mortalidade e morbidade, as consequências institucionais das crises epidêmicas e também os papéis desempenhados pela medicina no contexto da

(15) - Idem - Hitos en la Historia de la Salud Pública. 3a. ed., México, D.F., Siglo Veintiuno, 1987, p.11 e Rosen, G. - "People, disease, and emotions: some newer problems for research in medical history" Bulletin of the History of Medicine 41(1):5-23, January/February 1967.

modernização do tecido coletivo (16).

Paralelamente a isto, alguns pesquisadores buscaram estabelecer as possibilidades teóricas de enquadramento do doente no contexto histórico. O norte-americano William McNeill situou os agrupamentos infectados enquanto "macróbios" que não souberam se esquivar da ação patológica dos micróbios, conferindo um caráter biologizante à uma possível história dos enfermos. O francês Jacques Léonard, por seu turno, classificou o estudo do préstero dos doentes como uma ramificação da "história dos vencidos", reiterando o caráter passivo e acomodado dos doentes no contexto social (17).

Deve-se ao médico e pesquisador espanhol Pedro Lain Entralgo uma das mais persistentes tentativas de interpretação

(16) - Carpenter, Elizabeth - "Famines et épidémies dans l'histoire du XIV^e siècle" Annales 17(6):1062-1092, Novembre-Décembre de 1962 e Drob, Gerald N. - "The Social History of Medicine and Disease in America: problems and possibilities" Journal of Social History 19(4):391-409, Summer 1977. A tentativa de somar a experiência dos pesquisadores franceses e norte-americanos encontra-se em: - Gournia, Jean-Charles - Histoire et Médecine. Paris, Fayard, 1982.

(17) - McNeill, William H. - Plagues and Peoples. New York, Anchor, 1976 e Léonard, Jacques - La Médecine entre les Pouvoirs et les Savoirs. Paris, Aubier Montaigne, 1981. Aproximações a estas perspectivas encontram-se em: Rosenberg, Charles E. - The Cholera Years. Chicago, The University of Chicago Press, 1974 e Haller, John S. and Robin M. - The Physician and Sexuality in Victorian America. New York, Doubleday, 1977.

histórica dos personagens adentados. Autor de numerosos livros que incorporaram o enfermo na condição de paciente da clínica, Lain Entralgo tem se proposto a retratar a trajetória deste grupo na tela das relações sociais engendradas entre os médicos e sua clientela. Avizinhando-se do idealismo neokantiano, este estudioso tem apoiado suas análises nas fontes consagradoras dos compromissos éticos que unem os personagens aproximados pela condição doente, resultando em versões caricaturais da "realidade do ser", isto porque frutos de enfoques distanciados das conjunturas históricas específicas (18).

As dificuldades de diálogo com os "tipos" carentes de saúde exigiu que pesquisadores contornassem suas limitações através da exploração de tópicos correlatos à existência enferma. Além dos estudos clínico-epidemiológicos e dos ensaios quantitativistas elaborados pela Demografia e pela Sociologia, o congrégamento celebrado nas últimas décadas entre a História e a Antropologia permitiu que, seguindo as pegadas de Marcel Mauss e Mary Douglas, aflorasse uma gama de estudos sobre o corpo como substitutivo parcial das análises englobadoras das enfermidades e dos enfermos. Adotado pela *Nouvelle Histoire*, tal encaminhamento tende a simplificar demasiadamente a convivência íntima com a

(18) - Lain Entralgo, Pedro - El Médico y el Enfermo. Madrid, Guadarrama, 1969; - La Relación Médico-Enfermo. Madrid, Alianza, 1983 e - Antropología Médica. Barcelona, Salvat, 1984.

enfermidade, sendo significativo que um dos primeiros textos a propor esta vertente de pesquisa ostente o seguinte título: "O corpo: o homem doente e sua história" (19).

As pesquisas instruídas pela tísica e pelospectários refletem integralmente as limitações desta área do conhecimento. Assinalada insistentemente nas histórias gerais da medicina e nos ensaios monográficos, a Peste Branca e seus desdobramentos têm sido objeto de extenso tratamento descritivo, havendo entretanto pouca atenção dos pesquisadores acerca da reação dos tuberculosos frente à enfermidade, inclusive porque durante as últimas décadas e até o advento da AIDS, a tísica foi considerada como "doença dos países pobres" e, por contraste, ameaça "sob controle" nas sociedades mais abastadas (20).

Neste contexto, apenas os relatórios orientados por Roland Barthes e enfeixados no livro *Histoires de la Tuberculose* buscaram conceder algum destaque às memórias e recordações

(19) - Revel, Jacques e Peter, Jean-Pierre - "O corpo: o homem doente e sua história" In: Le Goff, Jacques e Nora, Pierre (orgs.) - História: Novos Objetos. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976, p.141-159. Vejarse ainda: Revel, Jacques - "Corps" in: Le Goff, Jacques et al. (sous la direc. de) - La Nouvelle Histoire. Paris, CEPL, 1978, p.89-92. A persistência deste posicionamento em anos mais recentes é discutida em: Turner, Bryan S. - The Body & Society. Oxford, Basil Blackwell, 1987.

(20) - Vejarse, por exemplo, um dos principais livros sobre a tísica publicado nos últimos anos: Guillaumé, Pierre - Du Désespoir au Salut. Paris, Aubier, 1986.

dos doentes do peito que ganharam projeção social, havendo em anexo uma copiosa lista composta pelos nomes de "tísicos ilustres", tendência herdada da produção acadêmica anterior. Apesar da proposta inovadora, esta obra define-se mais pelo empenho de suas autoras em conceder oportunidade de expressão aos agrupamentos médicos, limitando o espaço para os pronunciamentos daqueles que foram supliciados pela intimidade forçada com a moléstia kochiana (21).

Um balanço sobre a historiografia europeia e norte-americana permitiu ao historiador Jacques Le Goff e ao médico Jean-Charles Sournia declararem, sem qualquer dificuldade, que as "doenças têm uma história", observando o recente acúmulo de pesquisas sobre o tema.

Em contraposição, as sociólogas Claudine Herzlich e Janine Pierret repetiram as palavras do clínico italiano Ettore Debenedetti ao alertarem sobre a existência de uma história da medicina desumanizada, registrando a ausência de estudos baseados na trajetória de vida dos indivíduos e dos grupos assolados pelas enfermidades.

No final das verificações sobre a historiografia estrangeira, parece irônico afirmar que os pesquisadores já produziram inclusive uma excelente história dos cadáveres, sem contudo ainda tentarem para a necessidade de estudos centrados nas vidas dos adoentados (22).

(21) - Grellet, Isabelle e Kruse, Caroline - Histoires de la Tuberculose. Paris, Ramsay, 1983.

(22) - Le Goff, Jacques et Sournia, Jean-Charles (présenté

As análises acadêmicas do Brasil, acompanhando a tendência internacional, são quase todas silenciosas sobre a experiência dos agrupamentos atingidos pelas moléstias, situação que parece se repetir em toda a América Latina. O predomínio da recorrência aos modelos e aos temas fomentados pela historiografia tradicional favorece a exclusão dos doentes anônimos do centro de indagações, confirmando a linha representada pelo Dr. Cabanès de relevar a aventura pessoal com a enfermidade apenas através do estudo biográfico dos personagens de destaque social (23).

As tentativas renovadoras dos paradigmas interpretativos e dos temas fomentados pela historiografia médica resultou na enfase da linha de pesquisa que privilegia o enfoque das instituições sanitárias como núcleos orientados sobretudo para a concretização dos interesses econômicos e políticos

par) - Les Maladies Ont Une Histoire. Paris, Seuil, 1985; Herzlich, Claudine et Pierret, Janine - Malades D'Hier, Malades D'Aujourd'hui. Paris, Payot, 1984, p.18 e Debenedetti, Ettore - Il Doppio Volto della Medicina. Verona, Casa Editrice Europea, 1947, p.155. O principal estudo histórico sobre os cadáveres é: Thomas, Louis-Vincent - El Cadáver. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1989.

(23) - Veja-se, por exemplo: Conde, Herminio de Brito - A Tragédia Ócular de Machado de Assis. Rio de Janeiro, A Noite, s.d. e Correa Netto, Alípio - A Doença do Aleijadinho. São Paulo, Mestre Jou, 1965. A ausência de estudos sobre o doente enquanto personagem social, no contexto latino-americano, pode ser percebida nos vários artigos alinhados em: Nunes, Everardo Duarte (org.) - As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Brasília, OPAS, 1985.

da elite dominante.

da década de 70 pela brasilianista Nancy Stepan chamou a atenção dos acadêmicos nacionais, desdobrando-se em estudos de importância fundamental para o entendimento do perfil sanitário, das políticas de saúde e da formação social brasileira (24).

Outro caminho explorado com afinco pelos pesquisadores constitui-se numa leitura enviesada dos ensinamentos foucaultianos sobre a "disciplinarização" coletiva a partir das intervenções reguladas pela medicina. Mesmo que advertidos pelo próprio Michel Foucault sobre o encaminhamento filosófico de sua produção intelectual, alguns estudiosos brasileiros pontificaram que a "análise do discurso" dos projetos higienistas permitiria a construção de uma história global da medicina, fazendo frutificar trabalhos que enfatizam a articulação entre o saber e o poder e também a coerência da atuação do segmento médico com os objetivos da administração pública. A redução da trama histórica à análise das estratégias coercitivas arquitetadas pela medicina sanitária e pelo Estado implicou em uma nova desqualificação do enfermo como personagem capacitado para reagir aos condicionamentos sociais, reafirmando o

(24) - Stepan, Nancy - Beginnings of Brazilian Science. New York, Neals Watson Academy Publications, 1976. Dentre as pesquisas brasileiras destacam-se: Singer, Paul et al. - Prevenir e Curar. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978 e Luz, Madel T. - Medicina e Ordem Política no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

desinteresse dos historiadores pelo tema (25).

Neste contexto, destaca-se a dissertação de mestrado em Ciências Sociais apresentada no ano de 1945 pelo sociólogo Dracy Nogueira que, versando sobre a experiência grupal com a tuberculose, permanece como exceção acadêmica. Explorado nesta tese tanto como obra de referência quanto como fonte primária, o texto do professor Nogueira ganha dimensão histórica própria, tornando-se indispensável para o conhecimento das vítimas da Peste Branca no período anterior ao advento da estreptomicina (26).

Em anos mais recentes, algumas tentativas foram levadas a cabo no sentido de recuperar o condicionamento social da existência-típica. A pesquisadora Alice Marques buscou verificar a eficiência dos canais de comunicação entre os

(25) - Os estudos mais reverenciados pelos foucaultianos envolvidos com a pesquisa histórica da medicina brasileira são: Foucault, Michel - Surveiller et Punir. Paris, Gallimard, 1975 e - Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, Graal, 1979. As análises brasileiras que angariaram maior destaque seguindo esta linha de entendimento são: Machado, Roberto et al. - Dança da Norma. Rio de Janeiro, Graal, 1978 e Costa, Jurandir Freire - Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

(26) - Nogueira, Dracy - Estudo de Experiências Sociológicas e Psicológicas do Tuberculoso Pulmonar no Estado de São Paulo. São Paulo, Tese de mestrado apresentada na Divisão de Estudos Post-Graduados da Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo, Setembro de 1945. Com consideráveis alterações, esta pesquisa foi publicada na forma de artigos na Revista Sociologia e, pouco depois, em livro: - Vozes de Campos do Jordão. São Paulo, Sociologia, 1950.

assistentes sociais e os pectários, ambientando seu trabalho em uma unidade hospitalar especializada, sem contudo orientar seu estudo para a análise dos pectários no cenário social mais amplo. Em seguida, o sociólogo José Carlos Pereira e o epidemiologista Antônio Ruffino Netto buscaram contextualizar a existência dos doentes do peito, definindo genericamente o tuberculoso como "um Homem histórico, concreto, que preenche um lugar no tempo e no espaço", concepção articulada ao entendimento da saúde e da doença como fenômenos explicados pelas "relações globais" ao nível da "realidade social concreta". Infelizmente, estes autores apenas sinalizaram as possibilidades de tratamento histórico dos pectários, desviando suas análises para o campo de "determinação social" da Peste Branca (27).

D
O silêncio dos historiadores acerca dos doentes não é um fenômeno isolado.] Compartilhado por outras áreas científicas e até mesmo por uma ampla parcela da comunidade hipocrática, as questões sociais e sobretudo os dilemas existenciais suscitados pelos agrupamentos de enfermos parecem receber respostas furtivas, revelando as dificuldades de incorporação dos adoentados tanto nos debates acadêmicos

(27) ~ Marques, Alice - Importância do Relacionamento Profissional no Campo Médico-Hospitalar. São Paulo, Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica, 1983 e Ruffino Netto, Antônio e Pereira, José Carlos - "Saúde-doença e sociedade: a tuberculose - o tuberculoso" In: Textos de Apoio. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1985, p.238-248.

quanto nas discussões administrativas e de políticas públicas. Em consequência, ainda são recentes e lacunares as tentativas de conferir direitos específicos aos indivíduos com a saúde abalada, inclusive o privilégio de conhecer em detalhes as alternativas terapêuticas apropriadas para o seu caso e os riscos inerentes às opções selecionadas pela medicina.] De regra, tudo ocorre como se o paciente fosse privado de discernimento próprio, cabendo ao médico e a um "responsável" pelo doente a tarefa de resolver as questões suscitadas pela enfermidade. Assim, a apatia dos historiadores revelar-se como uma das facetas do isolamento a que são relegados os grupos tocados pelos desarranjos de fundo orgânico e/ou psíquico (28).

A ausência de análises que situam a Peste Branca e suas vítimas como elementos de uma mesma problemática histórica, no tocante ao contexto brasileiro, produz a sensação de que tudo ainda está por ser feito.] Por isto, antes de focar os personagens consuntivos impõe-se a necessidade de fixar o cenário. Cenário que se torna fundamental para a compreensão das atitudes individuais e coletivas frente ao dilema

(28) - Os direitos ou a inexistência deles no referente à condição enferma foram analisados por: Katz, Jay - The Silent World of Doctor and Patient. New York, The Free Press, 1984. No contexto nacional, veja-se: Gauderer, Dr. E. Christian - Os Direitos do Paciente. Rio de Janeiro, Record, 1991 e Martin, Leonard M. - A Ética Médica diante do Paciente Terminal. Aparecida, Santuário, 1993.

sanitário. Com isto, a pesquisa ganha sentido e extensão bem mais abrangentes que o inicialmente programado, permitindo o enquadramento da História Social da Doença e do Doente na ampla teia do pretérito nacional.

Confrontando a persistência dos obstáculos e o laconismo historiográfico, buscou-se o encaminhamento desta pesquisa a partir dos seguintes parâmetros que, sendo iniciais, colocam-se à prova no desenvolvimento do estudo:

1) O condicionamento sócio-cultural da medicina - longe de se constituir em saber e prática distanciados dos valores fomentados pela formação social que lhe concede legitimidade, a medicina - como as demais áreas do conhecimento assumidas como expressões "científicas" - tem se edificado inclusive mediante a seleção e incorporação de valores éticos, religiosos e hierárquicos convenientes para o tecido coletivo, especialmente para a parcela que detém o domínio dos mecanismos de controle social.

A "ciência moderna" ganha assim o sentido que, em um primeiro momento, pode ser definido pela função convalidadora das regras de sociabilidade, justificando academicamente idéias, ações e objetos considerados "salutares" e, por contraste, condenando tudo o que deve ser evitado como potencialmente danoso para o indivíduo e para a comunidade. As Ciências Médico-biológicas, enquanto setor

vital deste processo, centraram suas observações sobre a figura humana, incorporando parcial ou integralmente posicionamentos leigos que, recobertos pelo manto dos postulados científicos, ganharam o estatuto de verdades instrumentalizadoras do cotidiano social. Como concluiu o historiador espanhol José Luis Peset, ao finalizar uma pesquisa sobre as averiguações clínicas relativas aos loucos, aos negros e aos criminosos, o ideário hipocrático "não é produzido a partir de uma vazio cultural", servindo assim como pólo disseminador de padrões culturais específicos (29).

Seguindo esta linha de argumentação, colocamo-nos contrários à proposta assumida pelo epidemiólogo Jaime Breilh que, como vários outros autores, ensina que a medicina – especialmente a de vertente allopático-positivista – anula a dimensão histórico-social do enfermo em favor da qualificação exclusivamente biológica da doença (30). Claro está que, na ordem do raciocínio clínico, o evento patológico é elevado a objeto central das averiguações, mas a enfermidade só ganha inteligibilidade a partir do momento em que o facultativo situa a moléstia como atributo individual, fruto da

(29) - Peset, José Luis - Ciencia y Marginación. Barcelona, Crítica, 1983, p.220. A prioridade das formulações culturais sobre as regras higiênicas é tema discutido também em: Elias, Norberto, O Processo Civilizador. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1990, p. 132-133.

(30) - Breilh, Jaime - Epidemiología, Economía, Medicina y Política. Santo Domingo, Seaspas, 1980, p.26.

trajetória de vida do paciente. A ausência de referências acerca do contexto mais abrangente não significa a anulação das condicionantes sociais como elemento permeador das doenças, mas sim a redução da teia social aos estreitos limites da história existencial do paciente. Neste sentido, entende-se que a medicina se constitui em uma prática eminentemente social, sendo-lhe impossível manter-se afastada do questionamento do Homem e do cotidiano.

Posto isto, situa-se a prática hipocrática enquanto dispositivo privilegiado na tarefa de normatização dos indivíduos e dos agrupamentos humanos. A década de 60, criticando as contradições próprias do Estado liberal, estendeu suas observações para outras áreas do "sistema", permitindo o reconhecimento das articulações entre as atividades clínico-cirúrgica e epidemiológica e os interesses do capitalismo. No mesmo nível do que vinha ocorrendo desde o período anterior com relação à ciência soviética - e aqui basta lembrar o rumoroso "caso Lysenko" -, a partir daquele decênio proliferaram as análises que, inauguradas por Ivan Illich, colocavam a "medicina do capital" como desdobramento sanitário do Estado. Nesta condição, o saber e a prática médica foram entendidos como instâncias que tinham como principal objetivo a produção e a reprodução dos Homens enquanto força de trabalho e consumidores de mercadorias, sem contudo garantir a melhoria



substancial da vida e da saúde da população (31).

A configuração da medicina como núcleo "purificador" e disseminador dos padrões comportamentais sintonizados com as necessidades do capitalismo implicou na apologia da instituição hipocrática enquanto "aparelho ideológico do Estado", como fez pouco criteriosamente o psicólogo Corrêa de Andrade (32). Em oposição a esta tendência, buscavam-se posicionamentos mais consequentes, negandose tanto a condição de "neutralidade científica" do ideário hipocrático quanto o pernicioso reducionismo que explica a prática médica como instância determinada unicamente pelas ambições econômicas e sociais dos grupos dirigentes.

2) A "ideologia" das ciências médicas - apesar de padecer dos limites estabelecidos pela especificidade das relações que mantêm com os grupos sociais, não se avalia o pensamento e a ação médica como simples engodos. Não. Por isto, fala-se em "ideologia" da medicina no mesmo sentido que foi atribuído pelo filósofo Georges Canguilhem que,

(31) - Illich, Ivan - A Expropriação da Saúde. 3a. ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975. Derivado da proposta de Illich existem, dentre outros trabalhos: Polack, Jean-Claude - La Médecine du Capital. Paris, François Maspero, 1971; Navarro, Vicente - Medicine Under Capitalism. New York, Neale Watson Academic Publications, 1976 e Gonçalves, Ricardo Bruno Mendes - Medicina e História. México, D.F., Siglo Veintiuno, 1984.

(32) - Andrade, Demeval Corrêa de - Terapeutas e Pacientes no Capitalismo-Dependente. São Paulo, Centro Brasileiro de Pesquisa em Saúde Mental, 1982, p.30.

recusando a possibilidade de uma história da "verdade científica", nomeou tal conceito como sendo os "sistemas explicativos" que predominam durante um determinado período, sendo então empregado como recurso de entendimento das questões de origem sanitária, servindo como apoio para a instrumentalização das possíveis modalidades de intervenção médica no contexto social (33).

Nesta rota, afastamo-nos das caricaturizações que resultam ora no reverenciamento dos profissionais da saúde como "anjos da guarda", ora nas denúncias que tacham estes mesmos personagens como "vilezas" da sociedade, situando a medicina com desempenho direcionado exclusivamente pelos compromissos corporativos e pelas necessidades do capital. Se tais tendências existem e ganham dimensões comprometedoras no mundo contemporâneo, observa-se que estas condicionantes não têm amplitude suficiente para explicar, sozinhas, a pluralidade das ações da clínica e da Higiene Pública.

Postula-se então que o saber médico - incluindo-se ai a fisiologia - constitui-se num conjunto de estratégias que, sendo parciais e de vigência temporária, permitem que o Homem responda às ameaças sanitárias que comprometem a vida individual e dos grupos. Apesar de constantemente insinuar-se capacitada para resolver os agravos da saúde, a "medicina

(33) - Canguilhem, Georges - Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida. Lisboa, Edições 70, s.d., p.41.

"moderna" parece mostrar-se sempre lacunar e em dúvida com suas promessas, desempenhando a dupla função de zelar pela saúde coletiva e, ao mesmo tempo, garantir o funcionamento da sociedade. A vinculação à uma gama de interesses institucionais não anula a autonomia relativa desta área do saber que, ao mesmo tempo que se conjuga com os valores sociais, também introduz "novidades" fomentadoras do bem-estar social.

3) As patologias como objetos sociais ~ desqualifica-se o pressuposto de que a abordagem biológica esgotar as possibilidades explicativas sobre as enfermidades. O delineamento histórico do processo saúde-enfermidade pode ser apreendido em dois níveis complementares: primeiramente fala-se que os fenômenos fisiopatológicos variam em conformidade com ambientes sociais e ecológicos específicos; fala-se também que a doença ganha conotação social própria, sendo valorizada em coerência com o sistema cultural em que está inserida.

Em relação ao processo que conduz da saúde para a enfermidade, situar-se ambos os fatores desta equação como elementos distribuídos diferencialmente entre os homens. As possibilidades de enfermar, receber assistência médica, recuperar a saúde ou falecer variam em conformidade com a localização grupal na sociedade, moldando perfis

epidemiológicos característicos de cada classe social (34). Tal constatação, no entanto, não deve implicar na idéia segundo a qual as patologias são "determinadas" pela posição que os grupos ocupam na formação social. Viés grosseiro assumido por alguns pesquisadores na fase constitutiva da vertente médica auto-denominada "Epidemiologia Dialética" ou "Nova Epidemiologia", este encaminhamento de idéias sofreu reparos quase imediatos, evitando assim que a negação da essência biológica das enfermidades frutificasse em posicionamentos tão ou até mais idealizados que os princípios consagrados pela lógica causal esboçada nos quadros da filosofia positivista (35).

Em seguida, abordar-se a condição simbólica do "consumo" cultural das enfermidades. A Antropologia Médica tem demonstrado que cada sociedade elabora um "sistema classificatório" dos fatos orgânicos, valorizando distintamente as moléstias, ao mesmo tempo que estende as "qualidades" da patologia aos tributários da enfermidade avaliada. Nesta operação, doença e doente passam a compartilhar de uma mesma "personalidade" que, enraizada na

(34) - Breith, Jaime e Granda, Edmundo - Investigación de la Salud en la Sociedad. Quito, Ceas, 1980, p.51-53.

(35) - Observações sobre os limites de utilização do modelo analítico proposto pela "Nova Epidemiologia" constituíram-se em tema de vários estudos, dentre eles: Gonçalves, Ricardo Bruno Mendes - "Reflexão sobre a articulação entre investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas" In: Costa, Dina Czeresnia (org.) - Epidemiologia: Teoria e Objeto. São Paulo, Hucitec e ABRASCO, 1990, p.39-86.

trama cultural do grupo, ganha sentido orientador das ações individuais e coletivas (36).

Para além da experiência concreta com a enfermidade, as imagens culturalmente elaboradas acerca dos fatos patológicos e de seus tributários ganham consistência própria, servindo como metáforas indicadoras dos fenômenos sociais qualificados na mesma categoria ou em instância aproximada aos eventos sanitários. Assim, referências sobre as doenças consideradas "repulsivas" em uma dada conjuntura histórica são também empregadas como termos designativos de tudo o que é considerado malão e perigoso, como ocorreu com a tuberculose, o câncer e, mais recentemente, com a AIDS (37).

A avaliação das vertentes sócio-culturais voltadas para a análise dos processos patológicos sugere que as enfermidades - inclusive a tuberculose - devem ser entendidas sob a perspectiva que combina os mecanismos biológicos com as condições de vida de cada agrupamento social. Em

(36) - Veja-se a convergência dos especialistas para este tipo de abordagem em: Foster, George M. et al. - "Perspectives and approaches in Medical Anthropology" In: Logan, Michael L. and Hunt, Edward E. (ed. by) - Health and the Human Condition. North Scituate, Duxbury Press, 1978, p.1-39.

(37) - Veja-se, por exemplo, os seguintes textos de autoria da norte-americana Susan Sontag: Illness as Metaphor. New York, Vintage, 1978 e AIDS and its Metaphors. New York, Farrar, Straus & Giroux, 1988.

prosseguimento, ao lado da dimensão clínico-epidemiológica das questões sanitárias, dá-se a apropriação simbólica das moléstias. Ambos os termos interagem, aproximando medicina e sociedade, doença e valorização coletiva, conferindo dimensão complexa - pois criada de interferências - à abordagem social das moléstias e de seus tributários.

4) Enfermidade, enfermos e estigma - permanecendo na trilha que conduz à qualificação social das moléstias e das suas vítimas, observa-se que, segundo o sociólogo Graham Scambler, os indivíduos portadores de "certas condições do corpo e da mente" tendem a ser considerados como "desviantes" do modelo comportamental preconizado pelo tecido coletivo, sendo por isto identificados como agentes ameaçadores da ordem social vigente. Neste sentido, cada sociedade elabora uma espécie de hierarquização da pretensa nocividade dos grupos "diferenciados", dando ênfase ao caráter "anormal" da parcela da população atingida por traços definidos como excessivamente perigosos, incompatíveis com a condição humana ou "nojentos" (38).

Estigmas

Os estigmas constituem, pois, o conjunto de marcas reais ou

(38) - Scambler, Graham - "Diagnóstico y enfrentamiento de enfermedades estigmatizadoras" In: Fitzpatrick, R. et al. - La Enfermedad como Experiencia. México, D.F., Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología e Fondo de Cultura Económica, 1990, p.229.

imaginárias que distingue as pessoas que, voluntariamente ou não, infringiram os padrões admitidos como essenciais para a participação individual na vida conjunta, podendo ter origem, segundo o sociólogo Erving Goffman, tanto nas "abominações do corpo", quanto nas "culpas de caráter individual" e na condição de membro de uma comunidade étnica, nacional ou religiosa. Por isto, algumas doenças - assim como certas condições corpóreas ou psicológicas que podem não ser classificadas como expressões patológicas - são percebidas enquanto "punícias" aos "diferentes" que, em continuidade, são vitimados também pela recusa de aceitação social plena, tratamento este que pode ser estendido ao círculo social íntimo dos "inabilitados" (39).

O parcial ou total isolamento a que são relegados os portadores de estigmas favorece a situação onde os "normais" elaboram uma biografia idealizada dos "outros", buscando com isto dar maior consistência às práticas discriminatórias. Registradas como "identidades virtuais", tais biografias são pautadas pelo vinculamento entre a "marca" e outros atributos considerados "negativos" - sobretudo de ordem moral - reiterando a rejeição coletiva de contato com os "desviantes".

(39) - Goffman, Erving - Estigma. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

A proliferação das menções e dos atos discriminatórios em relação a uma parcela do agrupamento social faz que se estabeleça a premissa segundo a qual o "desvio" é focado como uma "propriedade inerente à ordem", sendo empregado como "paradigma negativo" para reiterar a validade e a importância dos mecanismos de controle social. No encadeamento, os estígmas e as iniciativas discriminatórias afloram como "realidades objetivas" que, mesmo sendo continuadamente questionadas, propiciam orientação e coerência aos princípios que devem vigir não só no relacionamento entre os saudos e os enfermos, mas também na sociedade como um todo.

Posto que, nos dois últimos séculos, o tuberculoso foi um dos "tipos sociais" que mais freqüentemente foi tomado como alvo das atitudes estigmatizadoras, parece viável afirmar que a História Social da Peste Branca e de seus tributários se constitui, em larga escala, na história da elaboração e da prática de atos discriminatórios. Assumida esta perspectiva, alargarse as possibilidades conceituais e analíticas disponíveis para o entendimento da teia que envolveu os doentes do peito.

5) O doente como personagem histórico - a negação da historicidade do "tipo enfermo" ocorre como resultado da imagem que durante um longo tempo reduziu o Homem adoentado

A condição de paciente da clínica. As definições vernaculares do paciente como "resignado", "conformado", "que espera serenamente um resultado" e sobretudo "aquele que recebe uma ação praticada por um agente" tornaram-se extensões inevitáveis e qualificadoras da "pessoa que está sob cuidados médicos". Em continuidade, tornou-se regra negar qualquer papel "ativo" aos enfermos que, relacionados como conjunto destituído de motivação e racionalidade própria, tinha como possibilidade de entendimento o enfoque oferecido pela "História dos Vencidos".

Apesar de pouco chamar a atenção dos estudiosos, tal imagem caricatural imposta aos enfermos foi negada, nas últimas décadas, por algumas análises inovadoras - então cunhadas de "alternativas" - na área da psiquiatria, coordenadas pelos franceses Jean-Claude Polack e Danielle Sivadon-Sabourin e pelo italiano Franco Basaglia. Fazendo crítica ao sistema de gerenciamento dos "hospícios" e ao condicionamento estigmatizador aplicado aos doentes mentais, estes médicos fomentaram a experiência da autogestão institucional, convocando os doentes asilados para tomarem parte ativa na administração das casas de saúde. Os relatórios que avaliaram os resultados da nova proposta mostraram-se reveladores: os pacientes que até então eram tidos como incapacitados para tomar decisões próprias surpreenderam, definindo-se como personagens atuantes e hábeis não só para decidirem sobre o que deveria ser corrigido no código que

regia a rotina hospitalar; como também para participarem das discussões sobre as linhas terapêuticas a serem adotadas pelos agentes institucionais. Mais do que isto, a liberdade de participação concedida aos enfermos não foi percebida por eles próprios como uma experiência nova pois, apesar do cerceamento que lhes era imposto no período anterior à reforma institucional, os pacientes estabeleciam estratégias "informais" que os possibilitavam desfrutar de uma certa autonomia, mesmo em face da rígida administração hospitalar (40).

Apesar da lembrança dos "movimentos anti-psiquiátricos" que ocorreram na Europa nas décadas de 60 e 70, a admissão do enfermo enquanto agente social ativo na sociedade ainda está distante de ser alcançada. De qualquer forma, a constatação da participação dos enfermos estigmatizados no processo de "democratização" dos hospitais psiquiátricos é um exemplo da reação dos pacientes contra a tendência discriminatória que imperava até o momento da experiência.

A partir destas evidências e da opção pelo enquadramento dos doentes, como ativos participantes da vida cotidiana, advoga-se que a luta contra a doença que mina o organismo encontra continuidade nas respostas individuais e coletivas

(40) ~ Basaglia, Franco - A Instituição Negada. Rio de Janeiro, Brasil, 1985 e Polack, J.C. et Sabourin, D. S. - La Borde ou le Droit à la Folie. Paris, Calmann-Levy, 1976.

frete ao isolamento e a estigmatização. Seguindo esta linha de entendimento, a História Social da Tuberculose e do Tubercloso ganha novos ramais, fluindo para o estudo das reações produzidas pelos impulsos estigmatizadores. Reações estas que não obedecem sentido único, seguindo caminhos múltiplos e contrastantes que, no final, mostravam-se como estratégias para ressaltar a própria condição humana que muitas vezes era negada aos pectários.

As lacunas deixadas pela historiografia mostram-se flagrantes para os estudiosos da doença e dos doentes. Desafios permanecem, mas sem dúvida, os caminhos estão dispostos. Seguindo este pressuposto escreveuse esta tese. Nela conta-se um pouco da história da tuberculose, dos fracos de peito e também da sociedade brasileira. Sob tal égide, o pesquisador se colocou como um atento ouvinte dos personagens aproximados pela tísica, compartilhando os medos, as esperanças de todos e sobretudo o desespero de uma legião de infectados que lutava contra a decretação da morte social, bem antes da visita do Ceifeiro Implacável.

PARTE I

IDEIAS E CONTROVERSIAS

"Todo médico, seja ou não clínico, seja ou não funcionário público, deve colaborar, da melhor maneira possível, no que se refere à manutenção da saúde pública, e ser um propagandista sincero de todas as medidas de higiene individual e coletiva que visem o bem comum".

Editora da Faculdade de Medicina (1933)

Nenhuma outra patologia incitou tanto os estudiosos - médicos, juristas, administradores públicos, religiosos, escritores de ficção e pesquisadores em geral - quanto a tuberculose. Enfermidade mortal que só neste século foi responsabilizada por cerca de um bilhão de mortes, a tísica favoreceu, na linha histórica, a elaboração de um campo conceitual próprio que, estendido aos seus tributários, promoveu sucessivos conflitos de perspectivas e interesses, resultando no mosaico de interpretações sobre a doença e o doente.

CAPÍTULO 1

A MEDICINA E O FATO TUBERCULOSO



A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa que, de regra, assume evolução crônica e tem como agente etiológico a *Mycobacterium tuberculosis*. Acredita-se que este micrório - também conhecido como bacilo de Koch - seja anterior ao próprio Homem, sucedendo formas ainda mais elementares de vida microscópica. O encontro entre o germe da tuberculose e a espécie humana levou o agente infectioso a desenvolver estratégias de adaptação ao novo hospedeiro: além da perda da capacidade de multiplicação no meio exterior, o bacilo inicialmente sofreu um significativo aumento de virulência para, na continuidade, restringir sua capacidade destrutiva, tornando-se um comensal aceitável para os indivíduos e para os agrupamentos humanos (1).

Nessas condições, o micrório da tísica encontrou nos pulmões do ser humano um micro-ecossistema favorável à sua sobrevivência, ganhando possibilidade de reprodução em um ambiente ao mesmo tempo quente e úmido, arejado e sombrio.

(1) - Paula, Aloysio da et al. - "Tuberculose" In: Tarantino, Affonso Berardinelli (org.) - Doenças Pulmonares, 2a. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982, p.374.

Com a proliferação bacilar em forma de colônias, parte das sementes usualmente migram para outras regiões do aparelho respiratório, podendo se disseminar por todo o organismo contaminado através das vias broncogênica, linfática e hematogênica. Outra parcela dos germes é expulsa pelas vias aéreas, poluindo o meio ambiente. No prazo de 24 horas um indivíduo infectado pode expelir até 3,5 milhões de bacilos da tuberculose, muitos deles presentes em gotículas microscópicas que são eliminadas através da tosse, do espirro ou no processo da fala. Estas minúsculas partículas podem flutuar por um período de até 8 horas, depositando-se em roupas, lenços, livros, móveis e na poeira. Eventualmente, as menores gotículas podem ser aspiradas por outros indivíduos, sendo que se não forem retidas pelas mucosas do nariz e da garganta, o material pode atingir os bronquiolos respiratórios e os alvéolos, tornando-se substância infectante. Outra via comum de contágio em décadas passadas constituiu-se na ingestão de leite e de carne bovina comprometidas pela *Mycobacterium bovis*, bacilo similar ao *M. tuberculosis* e que também pode causar a tísica.

Instalando-se no organismo humano saudável, o bacilo de Koch permanece inativo por cerca de três dias. A partir deste momento inicia-se o ciclo de reprodução que se renova a cada 18 horas, média bem superior à de outras variedades microbianas. Também neste período é ativado o processo de

defesa orgânica, primeiramente como resposta imunitária inespecífica e logo depois através de reações imunológicas específicas, mediante a ampliação da capacidade de fagocitose das células mobilizadas contra o elemento invasor. Neste encaminhamento, o foco primário da infecção geralmente produz uma lesão inflamatória inicial, localizada na região subpleural. Entre a terceira e a oitava semanas, os bacilos já formaram colônia capaz de produzir reação inflamatória elementar, evidenciando a existência de um processo destrutivo dos tecidos pulmonares. A resposta orgânica permite que as células histiocitárias e linfócitos recubram a lesão, possibilitando a constituição de um nódulo ou tubérculo específico. Os bacilos, entretanto, se propagam através da via linfática para os gângios adjacentes, dando conformidade ao chamado "complexo primário" (2).

Estabelecida a primoinfecção, a continuidade da doença permanece incerta, podendo evoluir para uma tuberculose crônica ou, mais raramente, para a tísica progressiva aguda. A infecção, contudo, pode permanecer estacionária, abrindo chances para que os bacilos latentes reiniciem sua ação destrutiva anos após o evento inicial. A espécie humana, entretanto, apresenta significativa resistência contra esta

(2) - Brólio, Roberto e Lima Filho, Mozart Tavares de - "Tuberculose pulmonar" In: Veronese, Ricardo (org.) - Doenças Infecciosas e Parasitárias. 7a. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982, p.316.

agressão, sendo que o desenlace mais frequente constitui-se na regressão do processo patológico e a cura espontânea, com a consequente recuperação, cicatrização ou calcificação do tecido danificado pelo agente etiológico da chamada Peste Branca.

Os fatores que determinam o curso assumido pela infecção ainda não são suficientemente conhecidos. A linha de entendimento que busca situar as condições materiais de vida como explicadoras do prosseguimento (ou da interrupção) do processo tísico parece não responder sózinha ao enigma, sendo que cada vez mais apontam-se para as respostas relacionadas com a carga genética como fator de proteção individual (3).

O quadro clínico apresentado pela tuberculose é extremamente complexo, advogando-se que esta patologia é "a mais caprichosa de todas as doenças", dado a multiplicidade de sintomas que podem confundir o diagnóstico médico. Na fase inicial, a infecção apresenta-se quase sempre silenciosa, ou com manifestações discretíssimas, difíceis de serem detectadas pelo Raio X. A evolução do processo mórbido geralmente tende a produzir febre que, à tarde, pode chegar a 39 graus centígrados, acompanhada de suores, emagrecimento contínuo e acentuado, dores torácicas, tosse, expectoração

(3) - Carmichael, Ann G. - "Infection, hidden hunger, and history" Journal of Interdisciplinary History 14 (2):249-264, Autumn 1983.

crescente, cansaço e dificuldade de respiração. Por fim, a hemoptise evidencia o estado enfermigo, principalmente quando associada aos demais sintomas. O diagnóstico definitivo encontra apoio na radiografia pulmonar, na tomografia, na análise laboratorial do esputo e na prova tuberculínica (4).

O enigma da enfermidade

As definições atuais que permitem a compreensão clínica-epidemiológica da tísica são fruto de uma história marcada pela paixão e pela necessidade. Paixão porque a persistência do enigma patológico se impôs enquanto desafio que exigia respostasclareadoras e, em consequência, o pretérito da medicina está repleto de interpretações sobre os mecanismos da doença do peito e as possíveis decisões terapêuticas. A necessidade de soluções eficientes para conter a disseminação da moléstia devolve-se ao fato da tísica se constituir em uma das maiores ceifadoras de populações pois, apesar da resistência humana ao bacilo, o "mal consuntivo" mantém-se em estado endêmico através de gerações, comprometendo assim sucessivas sociedades (5).

(4) - ---- - "Infecciones causadas por micobacterias" In: - Merck Sharp & Dohme Research Laboratories (eds.) - El Manual Merck, 6a. ed., Rahway, N.J., Merck & Co., 1978, p.127-128.

(5) - Bireben, Jean-Noël - "La tuberculose et la dissimulation des causes des décès" In: Bardet, Jean-Pierre

A comunidade médica, chamando a si a tarefa de decifrar o mistério, invariavelmente encontrou nos debates sobre a doença do peito motivos suficientes para discordia, resultando em impasses que favoreceram a quebra da regra incentivadora da harmonia entre os discípulos de Hipócrates. A série de respostas oferecidas ao desafio da moléstia pulmonar colocou em confronto variadas linhas explicativas, aproximando magia e religião, medicina oficial e tradições populares que, no final, anunciam menos a positividade do saber que a complexidade da doença que insiste em ocultar algumas de seus mecanismos de funcionamento.

Infeção tão antiga quanto a Humanidade, é provável que os primeiros humanídeos já padecessem com a tísica, mesmo que a existência de pequenos grupos isolados inibisse a difusão maciça da moléstia. Com a ocorrência da Revolução do Neolítico, os agrupamentos humanos cresceram em número e a domesticação de algumas espécies animais ampliou as possibilidades de contágio.

Apesar da precariedade de informações acerca da tuberculose no período anterior ao momento hipocrático, sabe-se que a doença esteve presente entre os egípcios, encontrando-se indícios do Mal de Pott em partes de corpos mumificados e

com data aproximada de 6.000 anos. Aventar-se mesmo a hipótese de que, no último milênio antes de Cristo, teria existido uma espécie de sanatório na região do delta do rio Nilo. Esta suposição, anotada em diversos relatórios arqueológicos, encontra apoio na identificação de restos de múmias infectadas, concentrados espacialmente nos terrenos escavados (6).

A disseminação da moléstia fez com que, tanto no Egito quanto na Índia, surgissem registros que cobravam prudência redobrada aos "médicos" no tratamento das vítimas da Peste Branca. Para não afetar a reputação da linhagem de curandeiros, aconselhava-se que os responsáveis pela assistência aos doentes atendessem apenas os infectados que se encontrassem nas fases iniciais da enfermidade, advertindo-se que os pectários em estágio avançado deveriam ser evitados, já que a morte do paciente era considerada como desenlace certo (7).

Apesar do empenho de vários povos da Antigüidade Oriental em ampliar o conhecimento sobre a tísica, coube aos gregos a descrição mais apurada da doença do peito, sendo que os textos atribuídos a Hipócrates constituem-se no melhor repertório de informações sobre o assunto. Fruto de uma

-
- (6) - Dubos, René and Jean - The White Plague. Boston, Little, Brown and Co., 1952, p.5.
 (7) - Castiglioni, Arturo - History of Tuberculosis. New York, Froben, 1933, p.8-10.

"escola médica" que buscava antes de mais nada registrar as observações sobre os fenômenos da natureza, os escritos ligados ao nome do Mestre de Cós foram os que com maior minuciosidade entenderam a patologia dos pulmões, afastando-a do domínio exclusivo dos princípios religiosos e definindo-a como "a mais difícil de curar e a mais fatal" das doenças conhecidas no período.

Enunciado final

Os termos "consumção" e "tísica" - importados da Índia e que significam emagrecimento ou depauperação do corpo -, além da categoria "fimata", foram compreendidos pela academia hipocrática como sinônimos de ulceração ou supuração dos pulmões. A doença era explicada como consequência de três outras patologias orgânicas: a pleurite purulenta, a hemoptise e, por fim, a pneumonia, quando esta tomava um curso diferente do habitual.

Anotações de Lúcia P. S. Ferreira

Apesar dos gregos confundirem a tuberculose com outras expressões patológicas que afetavam o aparelho respiratório, as anotações hipocráticas estabeleceram os fundamentos do raciocínio clínico sobre a tísica. Estes princípios persistiram, quase que inalterados, até o advento dos tempos modernos, confirmando o grau de sofisticação alcançado pela medicina da Antigüidade. No Capítulo XI do Livro Primeiro atribuído a Hipócrates observa-se, por exemplo, um instante significativo da descrição grega sobre a doença pulmonar:

"Those who have empyema of the lungs owe this disease

to the following causes: If a pneumonia patient did not have in the days of crisis evacuation of the sputum, but the sputum and the catarrh remained in the lungs. If the sufferer immediately places himself in the hands of a physician, he will as a rule survive; if, on the other hand, he neglects to do so, he will die. The catarrh establishes itself in the lungs and becomes putrid; therefore the lungs begin to ulcerate and are unable to empty their purulent content. The patient then has frequent attacks of suffocation, breathes with growing difficulty, and inspiration slackens; later he breathes only with the upper part of the chest, and finally dies because the respiratory passages are clogged by the excretions" (8).

Na seqüência desses escritos, o esculápio buscou agregar novos elementos às suas observações, sem no entanto transformar o esquema inicial proposto. No Capítulo XII do mesmo Livro, Hipócrates acrescentou que o muco produzido pelo enfermo pode eventualmente descer do nariz e da laringe, atingir os pulmões e também impregnar outras regiões do tórax, inclusive o estômago. A tosse que se inicia fraca, paulatinamente ganharia intensidade, acompanhada de febre prolongada e a parcela eliminada do catarro mostrava-se densa e pútrida. O apetite desapareceria e o doente viria morrer em consequência do pulmão ter se tornado inteiramente deteriorado ou ainda devido aos distúrbios digestivos que, acreditava-se, era marca definidora da tuberculose terminal.

O processo mórbido comandado pela tísica poderia levar inclusive à ruptura de uma veia, anunciada pelo aparecimento

(8) - Hippocrates - Opera. London, s.c.p., 1911, tomo I, p. 198.

de laivos sanguíneos no esputo. Tanto quanto o catarro, parte do sangue alojar-se-ia nos pulmões, contribuindo para a putrefação do mesmo. Nesta situação, Hipócrates advertiu que o doente deveria buscar socorro médico e permanecer de cama por longos períodos. Caso não o fizesse, a quantidade de sangue perdido comprometeria a vida do enfermo que tornar-se-ia emaciado e a sua cabeça "diminuiria de tamanho", chegando a óbito em decorrência da debilidade orgânica causada pela escassez de sangue no organismo.

A partir dessas constatações, os médicos gregos estabeleceram como sintomatologia básica da consunção a existência de sons anormais produzidos no peito, dor torácica intensa, tosse frequente, escarro grosso e purulento, respiração trabalhosa, rouquidão da voz, rubor facial e "empelotamento da língua". Acrescentaram ainda que o inchamento dos pés e joelhos, a profusão de suores, as unhas curvas e a diarréia intensa constituíam-se em sinais indicativos da proximidade da morte para o doente do peito (9).

A medicina romana pouco acrescentou às propostas gregas. Ao contrário, acreditava-se que, tentando simplificar o entendimento sobre a patologia, os latinos distorceram os ensinamentos hipocráticos. Nesta situação destacou-se o

(9) - Clendening, Logan (compiled by) - Source Book of Medical History. New York, Dover, 1960, p.20-26 e Castiglioni, A. - Op.cit., p.15-19.

Esculápio Galeno que, buscando explicações para a tísica, concluiu que a "úlcera pulmonar" era produzida por meios mecânicos ou traumáticos que resultavam na laceração do tecido dos pulmões. O ferimento dava origem à uma inflamação que, se não curada em poucos dias, configurava-se enquanto uma tísica.

A multiplicidade das discussões sobre a etiologia da tuberculose na parte final da Antigüidade pareava com a variedade de propostas terapêuticas existentes. Nos escritos de Flínio, o Jovem, foram arrolados os principais remédios empregados pelos greco-romanos contra a tísica, sabendo-se que para a cura da tosse era recomendado a ingestão de pulmão de lobo cozido em vinho, acompanhado de uma bebida composta de bile de urso, saliva de cavalo e mel. Para os enfermos que produziam escarro sanguíneo indicava-se carne de lebre e de caracol e a combinação de pó de chifre de cervo e um pouco de terra da ilha de Samos diluídos em vinho de mirta. O leite, especialmente o de origem bovina, complementava qualquer prescrição medicamentosa, estando presente em todas recomendações clínicas, desde as primeiras observações registradas sobre a mortal enfermidade (10).

Oferecendo complemento a estas terapêuticas, os médicos gregos e romanos prescreviam ainda a aplicação de bálsamos elaborados com substâncias extraídas do pinho e da mirra e

(10) - Castiglioni, A. - Oe. cit., p.20-22.

também chás de vegetais considerados específicos para os doentes do peito, como licorice, violeta, missopo e pulmonária. Além disto, alguns derivados minerais ganharam créditos curativos, destacando-se entre outros, o arsênico e o enxofre, aconselhando-se também a recorrência a eméticos, purgativos e a prática continuada de sangrias.

*Apelo
climatoterápico*

Ainda no tempo de Plínio, o tratamento das pectárias encontrava como regra geral o apelo à climatoterapia. Na Roma Imperial, por exemplo, era comum o envio dos tuberculosos para regiões caracterizadas pelo clima quente e seco, especialmente a Sicília e o Egito, medida que era geralmente combinada com viagens marítimas que demandavam longo período de tempo. Atendendo a estes princípios, Cícero partiu gravemente enfermo de Roma, permanecendo dois anos em excursão que o levou até o continente asiático. De regresso à capital do Império, o orador e político apresentou-se curado, fazendo alarde das qualidades terapêuticas das peregrinações para o Oriente.

No período medieval, as idéias e o receituário greco-latino ganharam a dimensão de verdades sacramentadas, cabendo especialmente aos árabes as contribuições acerca da descrição do aparelho respiratório, inclusive sobre a circulação sanguínea nos "vasos pulmonares". Além disto, os muçulmanos trouxeram para a Europa os conhecimentos médicos produzidos na Índia, na Síria e na Pérsia, oferecendo

descrições detalhadas sobre a tuberculose intestinal, fato que, como vários outros ensinamentos, passou despercebido pela maior parte dos esculápios cristãos (11).

Paralelamente à tradição hipocrática, as concepções religiosas cristãs ganharam peso, ensinando que as moléstias eram produto da vontade divina, fato que permitiu que as enfermidades, inclusive a tísica, fossem objetos de curas milagrosas. O "mal das escrúfulas" - mais tarde identificado como adenite tuberculosa - contou durante séculos com o simples toque das mãos reais como principal forma de cura, ganhando popularidade na França e na Inglaterra. A persistência da tradição desde o tempo do rei Clóvis e até o século XVIII chamou a atenção dos historiadores, sendo que Marc Bloch foi o pioneiro em reconhecer o caráter simbólico imputado à enfermidade e aos "reis taumaturgos" (12).

*Morte
nos Reis
das Escrúfulas
e Moléstias
taumaturgicas
O Caráter
simbólico
da Enfermidade*

No contexto da Baixa Idade Média, à Escola de Salerno tornou-se responsável pela renovação do ensino e da prática médica europeia, sendo que o ecletismo das idéias assumidas por esta Escola trouxe limitadas novidades sobre o problema representado pela tísica. Mesmo assim, coube aos salernitanos adotarem alguns ensinamentos das clínicas muçulmana e judaica e que até então tinham sido rejeitados.

(11) - Sousa, A. Tavares de - Curso de História da Medicina. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1981, p.152-173.

(12) - Bloch, Marc - Les Rois Thaumaturges. Paris, Gallimard, 1983.

pelos europeus, tais como a dieta centrada no leite humano e alguns itens da flora oriental, inclusive narcóticos para aliviar os padecimentos dos fimbrosos mais graves. Em um texto produzido em Salerno e datado dos últimos séculos medievais, pouco foi discutido sobre a doença consuntiva, repetindo-se praticamente as prescrições legadas da Antigüidade Clássica, intercalando-as com as propostas terapêuticas assumidas pelos judeus e pelos árabes (13).

Um dos fatores possíveis para a explicação do escasso interesse pela tuberculose, demonstrado durante a Idade Média deve-se ao fato de ter ocorrido, naquela época, um retrocesso quantitativo de casos de consunção, consequente ao declínio da vida urbana na Europa. Entretanto, a partir do século XV, a tísica novamente se mostrou alarmante, disseminando-se entre os povos europeus. A interpretação segundo a qual o fenômeno deveu-se exclusivamente ao "renascimento" das cidades parece não convencer os estudiosos, que preferem conjugar o incremento do número dos pectários com a diminuição da comunidade de hansenianos no contexto europeu.

O fato da tuberculose e da lepra terem como agentes etiológicos micróbios que pertencem ao mesmo gênero biológico, permite a suposição de que ambas as mycobactérias

(13) - --- - Regola Sanitaria Salernitana, Salerno, Saturnia, 1973, p.62-65.



estabeleceram uma relação antagonística pela competição immunológica. Em outras palavras, advoga-se que a infecção tuberculosa inibe a ocorrência da hanseníase, fenômeno que explicaria a alteração do perfil epidemiológico europeu, ocorrida nos momentos derradeiros da Idade Média, quando coincidiu o aumento de casos de tísica com o decréscimo da colônia dos leprosos (14).

Contra tal hipótese alguns elementos foram reunidos, incluindo referências medievais sobre indivíduos portadores de ambas as moléstias e também a existência de uma forma intermediária das patologias, denominada lepra tuberculoide e restrita à epiderme humana. Alguns pesquisadores acrescentam ainda que a involução do número de lazarentos foi um fenômeno restrito geograficamente, assinalado apenas em algumas regiões europeias e que portanto tornar-se arriscado generalizá-lo para todo o continente (15).

De qualquer forma, a partir dos séculos XV e XVI, a tísica começou a ganhar uma dimensão inquietante no cenário europeu, mais pelo número de óbitos que causava periodicamente do que pela constância e generalização das reações sociais de exclusão dos infectados, pois naquela

(14) - Brmek, Mirko D. - "Relations biologiques entre la lépre et la tuberculose" In: - Les Maladies à L'Aube de la Civilisation Occidentale. Paris, Payot, 1983, p.291-306.

(15) - Sournia, Jean-Charles e Ruffié, Jacques - As Epidemias na História do Homem. Lisboa, Edições 70, 1986, p. 142.

*(A partir de 14
é a era da
tuberculose
que se tornou
um fenômeno
epidêmico)*

época a doença era de escasso conhecimento popular, sendo que a morte lenta dos pectários dissimulava o império da doença.

*(Circa
Grau de
Fracastoro
no final de
sua vida -
sua obra de
síntese de
teorias
de tuberculose
que "unificou"
teoria
de tísica
e de tuberculose)*

Em consequência, o período moderno foi palpitado pelas tentativas médicas de expandir o conhecimento sobre a patologia pulmonar. Dentro as propostas articuladas naquele momento, destaca-se os posicionamentos do médico e humanista italiano Girolamo Fracastoro que, no ano de 1546, opõe-se ao princípio hipocrático que ensinava que "um tísico nasce de outro tísico". Na sequência, deve-se a Fracastoro a menção - herdada da medicina árabe - de que a tuberculose era transmitida por "microparticulas" veiculadas pelas correntes aéreas e que se depositavam em roupas e outros objetos (16).

Foi no século XVII e sobretudo na centúria seguinte que anatomistas e fisiologistas conquistaram melhor entendimento sobre a tísica. A aplicação dos princípios cartesianos no campo do saber que mais tarde seria definido como área de competência da biologia, permitiu que o complexo corporeo humano fosse concebido como um conjunto articulado de mecanismos. A concepção do homem-máquina, por sua vez, estimulou as aventuras laboratoriais, incentivando o afloramento de perspectivas inovadoras sobre a doença que corroía o peito dos consumtivos (17).

(16) - Castiglioni, Prof. Arturo - História da Medicina. São Paulo, Editora Nacional, 1947, vol. I, p. 548-551.

(17) - Wartofsky, Marx N. - Introducción a la Filosofía de

A importância do cálculo matemático, refletindo os princípios fundamentadores da física clássica, orientou a comunidade médica para a atuação experimental. Entre Descartes e Bayle, os pulmões normais e os afetados forammeticulosamente indagados, medidas, pesados, avaliados pela cor, pelo cheiro e pela consistência. Nesta cirurgia, a história das ciências médicas registra os nomes de uma legião de estudiosos que estabeleceram as bases da fisiologia respiratória e identificaram os tubérculos e as cavernas pulmonares.

Paulatinamente, nos últimos dois séculos da história moderna, o saber clínico sobre a tísica foi sendo reelaborado. Ainda no tempo de Descartes, o francês Franciscus Sylvius descreveu pela primeira vez a existência de pequenas granulações nos pulmões contaminados que, segundo esse médico, quando ganhavam aspecto purulento, faziam surgir cavidades que, pela dimensão e tamanho, anunciam a gravidade da molestia. Entretanto, Sylvius manteve-se parcialmente fiel aos ensinamentos hipocráticos, concluindo que os tubérculos nada mais eram que úlceras pulmonares, consequentes ao derramamento de substância sanguínea no órgão afetado (18).

la Ciencia. Madrid, Alianza, 1987, p.446.
(18) - Bariéty, Maurice et Coury, Charles - Histoire de la Médecine. Paris, Fayard, 1963, p.537 e 603-604.

Poucos anos depois, em 1689, coube ao britânico Robert Morton estender as conclusões de Sylvius, reiterando que a presença dos tubérculos necessariamente precediam a ulceração pulmonar. A nova ordem perceptiva da moléstia exigiu que seus propugnadores rebatizassem a patologia que desde os finais do século XVII passou a ser oficialmente indicada nos alfarrábios médicos através da palavra "consunção", caindo no esquecimento o legado helênico de denominar o definhamento respiratório pela designação de "fimatóse" (19).

A ampliação do conhecimento sobre a Peste Branca, no entanto, não foi acompanhada pelo estabelecimento de propostas terapêuticas eficientes. A "medicina pré-moderna" - na classificação de Richard Shryock - dirigiu seus esforços especialmente para a organização de um vasto quadro de signos diagnósticos e prognósticos que, se atestavam a precisão das observações realizadas, também promoviam uma comprometedora confusão entre os sintomas e as causas da doença. O catarro e a hemoptise ainda eram apresentados como as principais causas da moléstia do peito, assim como o "estado moral" dos pectários era interpretado como motivo concorrente para o enfermamento (20).

*importância
nos estudos
da peste branca*

(19) - Cummins, Prof. S. Lyle - Tuberculosis in History. London, Baillière, Tindall and Cox, 1949, p.37.

(20) - Shryock, Richard Harrison - The Development of Modern Medicine. Madison, The University of Wisconsin Press, 1979, p.186.

Ao terminar o "Século das Luzes", os médicos ainda faziam largo uso da farmacia da Antigüidade, reproduzindo sistematicamente as estratégias terapêuticas aconselhadas por Hipócrates, Areteus e Galeno, acentuando também a importância do emprego do leite humano como elemento fundamental para a cura dos consuntivos. Não eram poucos, pois, os médicos que aconselhavam os tísicos mais abastados a se fazerem acompanhar a todo instante por uma nutriz, para sempre que possível consumir a imprescindível substância humana. As poucas novidades que eram apresentadas como salvadoras dos pectários apareciam recobertas de segredos, sendo exemplar a atuação do médico Jean-Paul Marat que, produzindo e receitando sua "água antipielmônica", granjeou fortuna e prestígio popular (21).

*Anexo à 2ª parte
da obra de
A. Castiglioni*

A ausência de drogas curativas impôs à medicina daquela época a climatoterapia como o principal recurso de tratamento dos enfermos. Não mais os climes secos eram aconselhados aos pectários, mas sim os ares amenos do campo, onde juntamente com o repouso e alimentação rica em carboidratos, também se prescrevia longas cavalgadas. A chancela clínica ao princípio da equitação como estratégia dinamizadora do aparelho respiratório difundiu-se pela Europa, exigindo que os fímatos, em qualquer estágio da doença, preenchessem várias horas do dia com exercícios eqüestres e, se impossibilitados para esta tarefa, ficassem (21) - Castiglioni, A. - "A History of..." ibid., p.39.

confinados em cadeiras de balanço.

Nas últimas décadas do século XVIII, a reorganização médica que se iniciava promoveu a constituição do saber clínico que permitiu a afirmação de um "olhar" inovador sobre a doença e os doentes, favorecendo com isto o florescimento de novas percepções sobre a tuberculose. O nascente projeto clínico, nas palavras de Michel Foucault, orientou-se pela "especialização" da enfermidade. A pergunta "o que você sente?" dirigida ao paciente, foi substituída por "onde doi?", firmando o posicionamento que buscava surpreender a patologia no corpo enfermo e tratá-lo segundo um quadro nosológico que se guiava pelas possíveis características da moléstia, prevendo a evolução do caso e instruindo o clínico sobre as opções terapêuticas disponíveis (22).

A intenção de estabelecer o "lugar natural" da tuberculose no conjunto das patologias exigiu da comunidade hipocrática um redobrado esforço na tarefa de qualificação dos sinais e dos sintomas mórbidos. As enfermarias hospitalares transformaram-se no espaço onde o olhar médico deveria dominar absoluto, estendendo-se também para a sala de autópsia. A clínica fundamentada na anatomia e na patologia assumiu o papel de promotora da medicina moderna que, mais do que nunca, buscou conhecer os mecanismos específicos do

(22) - Foucault, Michel - O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977, p.15-16.

mal do peito.

O hospital despontou no início do século XIX como o local propício para o desenvolvimento da naturalidade da doença. A sensibilidade clínica, guiada pela lógica iluminista, impunha a regularidade das observações que se definiam enquanto experiência coletiva. Os segredos do corpo enfermo protegido pela opacidade dos órgãos internos ditava a necessidade de uma conduta médica diferenciada. O código perceptivo da clínica tinha como nova regra o acúmulo e a sobreposição dos olhares. Gaspar Bayle e Théophile Laennec não só observaram minuciosamente milhares de tísicos acamados, mas também fizeram-se acompanhar nas enfermarias por grupos de estudantes, para que cada um deles examinasse os adoentados e, após a discussão do caso clínico, aflorasse do conjunto de anotações diagnóstico e prognóstico únicos e coerentes (23).

O abandono do esquema que ensinava que a coincidência dos sintomas definia a identidade da patologia permitiu que Bayle reconhecesse a singularidade biológica da consunção, diferenciando-a de outras entidades mórbidas anunciatadas pelo estado febril. Apoiado no método anatopatológico, coube a este clínico destacar a "natureza essencial" da tuberculose, definindo-a como "toda lesão pulmonar produzida por uma

(23) - Lain Entralgo, Pedro - História de la Medicina, Barcelona, Científico Médica, 1954, p.430-431.

ulceração que, em geral, "leva à morte", descrevendo os sintomas clínicos e a aparência pulmonar em cada estágio do afastramento da enfermidade. Laennec, por sua vez, rejeitou o ensinamento de Bayle sobre a existência de seis espécies de tísica, defendendo a unicidade da doença e esta como resultado de uma inflamação crônica que conduzia à lenta supuração dos tecidos pulmonares.

Tanto Bayle quanto Laennec foram contestados por uma considerável parcela da comunidade médica europeia, especialmente por François Broussais e seus discípulos, que julgavam a tísica como consequência da irritação dos tecidos, causada por gastro-enterite. Neste mesmo período, Laennec chamava a atenção de seus pares por ter sido o primeiro facultativo a utilizar o estetoscópio no cotidiano da clínica. A ampliação dos sons produzidos pelo trabalho pulmonar permitiu que fosse dado um passo à frente no entendimento do processo tuberculoso. O reconhecimento da "música do corpo enfermo" consentiu que novas luzes fossem lançadas sobre a opacidade do órgão comprometido, anunciando com maior antecedência os efeitos da moléstia sobre o aparelho respiratório (24).

A indissfarçável contrariedade que despertou as ideias de Laennec e também o uso do "indecoroso brinquedo" para ouvir

(24) - Guillaume, Pierre - Du Désespoir au Salut. Paris, Aubier, 1986, p.44-49.

o corpo ganhou maior intensidade ainda pelo fato de Laennec ampliar o círculo das vozes que afirmavam ser a consunção um "mal incurável" e portanto destituído de qualquer solução medicamentosa. O nihilismo terapêutico era revelado em um momento no qual a Peste Branca abatia assustadoramente a sociedade europeia e quando também se esbogava a organização de uma lucrativa indústria de remédios que tinha na exploração da tuberculose uma formidável fonte de enriquecimento. Contra Laennec - que se contaminara com o bacilo da tísica possivelmente durante a dissecação de cadáveres infectados - conjugaram-se os aliados de Broussais que denunciaram o aperfeiçoador do estetoscópio como um "fimataoso mistificador", já que, contrariando suas próprias recomendações clínicas, periodicamente recorría ao tratamento climático nas costas do norte da Inglaterra e, ao morrer, tinha em seu quarto um grande sortimento de plantas marinhas, cujas essências eram consideradas remédio apropriado dos tuberculosos (25).

A controvérsia instaurada por Laennec e Broussais foi reafirmada pelos seus discípulos, incentivando os debates sobre a tísica, durante toda a primeira metade do século XIX. Afinal, questionava-se, a tuberculose era consequência da inflamação ou da irritação dos órgãos? Haveria remédios para o tratamento da doença? A enfermidade era hereditária ou dependia da disposição constitucional do indivíduo?

(25) - Dubos, R. and J. - Op. cit., p.90.

Existiria o contágio tísico? Qual seria o agente infeccioso: os miasmas ou o indivíduo previamente contaminado?

No período em que se consolidava as premissas da medicina clínica, os anatomo-patologistas buscavam soluções para estes e para muitos outros enigmas centrados na consunção. A recorrência ao microscópio sugeriu algumas possíveis respostas. A patologia celular inaugurada por Robert Virchow lançava novas facetas de caleuma, sustentando a teoria segundo a qual os tubérculos e a matéria caseosa encontrada nos pulmões afetados correspondiam a distintos elementos, fomentando ainda mais os confrontos acadêmicos.

A grande dúvida que alimentava os temores coletivos do século passado residia no questionamento sobre o eventual caráter contagioso da consunção. Somente no ano de 1865, através das experiências realizadas por Jean Antoine Villemin, foi possível constatar a condição virulenta e inoculável da moléstia que, como já se tinha noção, não só podia afetar os pulmões, mas outras regiões do corpo humano.

Os experimentos controlados por Villemin consistiram na inoculação em diversas espécies de cobaias sadias de sangue, esputo e matéria caseosa extraídas de infectados, resultando no adoecimento de todos os animais utilizados no laboratório. A conclusão a que chegou Villemin foi que a

*Para Villemin,
a tuberculose é
uma doença
com agente causal
específico, uma forma de vida "infinitamente
pequena", como pouco antes havia pontificado o químico Louis
Pasteur (26).*

*Os trabalhos assinados por Villemin e também os de Pasteur
foram aceitos reticentemente pela comunidade clínica e pelos
higienistas. Afinal, a doutrina miasmática e a concepção
sobre a hereditariedade consuntiva contavam com a legalidade
da tradição e, até o encerramento da centúria passada, a
idéia sobre a veiculação microbiana das enfermidades era
confirmada por um grupo restrito de médicos. Para a maior
parte dos estudiosos, o papel desempenhado pelos micróbios
na ocorrência das enfermidades era apenas uma hipótese pouco
convincente ou uma condição secundária no desencadeamento
das patologias coletivas (27).*

Em 1870, E.-J. Woillez, médico especialista em moléstias pulmonares, preferiu anotar em seu *Dictionnaire* que a explicação básica para a ocorrência da moléstia do peito era a presença de tubérculos acinzentados nos pulmões, acrescentando que Villemin havia realizado pesquisas pouco conclusivas sobre o tema (28).

(26) - Delarue, Jacques - La Tuberculose, 10^a, ed., Paris, PUF, 1972, p.12-13.

(27) - Léonard, Jacques - "Comment peut-on être pasteurien?" In: Salomon-Bayet, Claire (sous la direc.) - Pasteur et la Révolution Pasteuriennne. Paris, Payot, 1986, p.149-150.

(28) - ---- - "Phtisie pulmonaire" In: Woillez, E.-J. - Dic-

Apesar das reações cautelosas, inúmeros pesquisadores - onde se incluia o próprio Pasteur - empenharam esforços no reconhecimento do micrório responsável pela corrupção pulmonar, cabendo ao alemão Robert Koch o pioneirismo na identificação do germe da Peste Branca. Tendo ganho fama desde 1876, quando obteve a cultura pura do bacilo da antraz, Koch recebeu apoio do Estado germânico para desenvolver suas pesquisas, sendo que em março de 1882 o bacteriologista leu perante a Sociedade de Fisiologia de Berlim uma dissertação de sua autoria onde, obedecendo ao encaminhamento baseado na doutrina positivista, comunicava ter descoberto o "agente causal" da tuberculose. Nesse texto, Koch declarou-se continuador das pesquisas de Villemin, informando que o isolamento do micrório da consunção consistia numa tarefa urgente e humanitária, já que um sétimo dos óbitos registrados na Europa devia-se à infecção pulmonar, acrescentando ainda que não menos de um terço da comunidade dos trabalhadores adultos apresentava fortes indícios de contaminação pulmonar. Assim, graças a pequenos ajustes nas técnicas laboratoriais vigentes no período, Koch tornou-se o primeiro cientista a visualizar pelo microscópio o germe veiculador da tísica, descrito como um "pequeno bastonete" tingido pelo "belo azul" do corante empregado nos procedimentos da pesquisa (29).

tionnaire de Diagnostic Médical. 2^e ed., Paris,
J.-B. Baillière et Fils, 1870, p.823.

(29) - Koch, Roberto - "La etiología de la tuberculosis" BR-

Identificado o micrório, Koch procedeu ao exame de tecidos e catarro de indivíduos contaminados e também de algumas variedades animais que apresentavam infecção tuberculosa. A constatação da presença do germe em todos os seres tisicos permitiu ao médico realizar a cultura laboratorial do bacilo e a inoculação do material em centenas de cobaias, onde se incluiam desde hamsters e coelhos, até macacos, cães, gatos e galinhas.

*Koch
Oriente de
unidade
de
patologia*

A comprovação experimental do caráter infecto-contagioso do bacilo permitiu ainda que o pesquisador alemão atestasse a unicidade das patologias que até aquele instante a medicina havia teimado em apresentar como moléstias diferenciadas. Oferecendo confirmação científica à hipótese sugerida por Laennec, Robert Koch asseverou que a tísica, a bronquite e a pneumonia caseosas, assim como as tuberculoses intestinal, ganglionar e miliar correspondiam a expressões de uma mesma infecção, alvorozando ainda mais os centros de debates hipocráticos.

Em coerência com estes princípios, o bacteriologista buscou

guivos Brasileiros de Tuberculose e Doenças do Tórax 40(1981):11-34. Os processos laboratoriais empregados por Koch para identificar a mycobactéria causadora da tísica são analisados em: Reiser, Stanley Joel - La Medicina y el Imperio de la Tecnología. México, D.F., Secretaría de Salud e Fondo de Cultura Económica, 1990, p.101-105.

aproximar a medicina laboratorial das práticas higienistas, sugerindo providências limitadoras da disseminação da doença consuntiva no contexto social. Segundo Koch, a tuberculose era uma patologia causada exclusivamente pelo bacilo que recebeu o seu nome e que atingia tanto os homens quanto os animais, sendo que o contágio era atestado como resultado da eliminação do micrório do corpo enfermo, através do espirro e do catarro. A permanência da substância em gotículas que flutuam no ar ou o seu depósito em objetos e na poeira consistiam em perigo iminente, pois assim ampliavam-se as oportunidades de infecção dos saudáveis. Apesar do caráter contagioso da Peste Branca, Koch foi cauteloso em desqualificar a condição hereditária da enfermidade, sugerindo a necessidade de novos estudos sobre o fenômeno.

A definição de um bacilo como agente responsável pela abrangência coletiva da moléstia pulmonar coagiou a Higiene Pública a analisar a consunção enquanto moléstia que poderia ser controlada através do bloqueio das fontes produtoras do material contaminante. Com isto, desde o final do século passado ganhou maior consistência as regras sanitárias que cobravam a desinfecção dos objetos pessoais e do catarro dos enfermos, desdobrando-se na extensiva vigilância das pessoas e dos animais fímatosos.

A continua reiteração dos postulados kochianos, entretanto, foi acolhida com incredulidade por uma significativa parcela

da corporação dos esculápios, sendo comum as vozes clínicas que, até meados do século XX, negavam a exclusividade da veiculação microbiana da Peste Branca. Exemplar foi o relativo sucesso das idéias de Auguste Lumière que, estudado no prestígio angariado por ser irmão do inventor do cinema, elaborou uma longa série de textos onde afirmava que a tuberculose consistia em uma enfermidade fundamentalmente hereditária, sendo o contágio um acidente secundário e desprovido de significado estatístico (30).

As pesquisas que se sucederam ampliaram ainda mais o conhecimento fisiopatológico sobre a moléstia que, desde o encerramento da centúria passada, ganhou a denominação oficial de tuberculose, convertendo-se na personagem central de uma área de especialização médica. O emprego do Raio X pela medicina inaugurou novos recursos para a averiguação clínica do corpo infectado, tornando-se corriqueiro seu uso pelos tisiologistas a partir da segunda década do século XX. A observação detalhada das alterações promovidas pela doença no organismo contaminado permitiu o desdobramento da semiologia da tísica. O interesse pela instrução dos médicos e dos leigos sobre os indícios corporais da presença mórbida possibilitou a organização de um vasto conjunto de sinais e

(30) ~ Lumière, Auguste - Tuberculose et Contagion, Hérédité. 2^a. ed., Lyon, Joannés & Cie., 1931. Observações favoráveis ao posicionamento de Lumière encontram-se em: d'Autrec, C.V. - Les Charlatans de la Médecine. Paris, La Table Ronde, 1967, p.190-203.

sintomas que, mais do que colaborar na identificação dos infectados, reafirmava a sentença hipocrática sobre o "caráter caprichoso" da tuberculose. O livro de autoria do professor Félix Coste constitui-se num exemplo revelador do empenho clínico em detectar a ação destrutiva da enfermidade: ao discorrer sobre mais de uma centena de sintomas patológicos, o médico tomou a precaução de indicar que todos eles poderiam ser relacionados com a infecção consuntiva (31).

*bureau de
une drogue*

Paralelamente aos aprimoramentos do saber que questionava a Peste Branca, a comunidade especializada desdobrou esforços para a obtenção de uma droga eficiente na cura e na prevenção da tísica. A busca de um tratamento apropriado para a moléstia tornou-se a grande meta da medicina pastoriана. As tentativas medicamentosas resultaram na produção de um surpreendente número de remédios, soro e vacinas que eram anunciados com uma insistência nunca verificada até então, ocupando largos espaços das publicações especializadas e em revistas, almaniques e jornais populares. O próprio Dr. Koch, após ter identificado o agente etiológico do célera, dedicou-se ao assunto. Em 1890, o cientista alemão noticiou em Berlim, durante uma sessão solene do Congresso Internacional de Tuberculose, o

*Congres
Internation
d'Hygiène*

(31) - Coste, Dr. Félix - Du Symptôme à la Maladie. Paris, A. Maloine, 1915 e Mainguy, Dr. Paul - La Médecine à la Belle époque. Paris, France-Empire, 1981, especialmente p.238-242.

achado de uma droga que curaria todos os fímatosos, evitando porém de compartilhar com seus pares a fórmula da substância salvadora.

*Novo se
desse se
Tuberculose*

A esperança da ciência ter decifrado o último grande enigma proposto pela tísica imediatamente ganhou manchetes na imprensa mundial. Repórteres e tuberculosos de todas as partes do mundo dirigiram-se para a capital da Alemanha, desejosos de informações e cura. O primeiro médico britânico a se encontrar com Koch para conhecer detalhes sobre a nova droga — batizada com o nome de tuberculina — foi Arthur Conan Doyle. O clínico e escritor não só buscava esclarecimentos para compor um artigo jornalístico, mas também foi averiguar o possível tratamento de sua esposa consuntiva. Pouco depois, Doyle publicou na londrina *Review of Reviews* um artigo entusiasmado, exaltando a figura do "domador da Peste Branca" e sua nova descoberta (32).

O fracasso da substância produzida por Koch foi retumbante. Apesar do grande número de enfermos que receberam sucessivas aplicações da tuberculina, nenhum dos pacientes conseguiu a melhora desejada. Koch, que havia sido alçado à categoria de herói da modernidade médica e que chegou mesmo a ofuscar a figura de Pasteur, transformou-se em pouco tempo em vilão da história científica, pecha que nem mesmo o prêmio Nobel que

(32) — Dubos, R. and J. — Op. cit., p.104-106.

Ihe foi concedido em 1904 conseguiu minimizar (33).

Dos últimos anos do século passado até a descoberta do primeiro quimioterápico específico e eficiente para o tratamento da tuberculose, tornou-se ainda mais freqüente as notícias do advento de drogas curativas da tísica. Muitas vezes o próprio meio acadêmico se encarregou de veicular sensacionalistas informações sobre o assunto. Cita-se como exemplo um livro publicado em 1899 e de autoria do professor Albert Landerer, no qual era garantida a cicatrização das cavernas pulmonares mediante aplicações de ácido cinâmico, apresentandose como prova da eficiência do medicamento uma relação detalhada de centenas de casos clínicos cujo desfecho era a cura total da consunção. Três anos depois, foi a vez do Dr. Friedmann anunciar a existência de uma vacina restauradora da saúde dos infectados, baseada em toxinas atenuadas e extraídas de tartarugas infectadas (34).

*bonentes
de amor,
curas assombrosas*

As promessas de "curas assombrosas" multiplicavam-se, sendo que, no contexto europeu, os clínicos espanhóis ganharam fama pelo número de vacinas apresentadas como curadoras da enfermidade pulmonar. O microbiologista Jaime Ferran produziu uma vacina baseada em um conjunto de germes que ele

(33) - Cummins, S.L. - Og. cit., p.192.

(34) - Landerer, Dr. Albert - Le Traitement de la Tuberculose. Paris, J.-B. Baillière & Fils, 1899 e Isaacson, Dr. M. - O Método de Friedmann para a Prophylaxia e Tratamento da Tuberculose. Curytiba, Placido e Silva & Cia., 1929.

denominou genericamente enquanto "bactérias alfa" e com isto atraiu uma legião de enfermos para o seu sanatório, em Santander. Em continuidade, o Instituto Ravetllat-Pla, sediado na cidade de Barcelona, talvez tenha sido a organização que mais insistentemente propagandeou o valor curativo de suas drogas. Este instituto fazia publicar anualmente extensos volumes compostos de depoimentos de tisiologistas e de antigos pectários que prometiam a "cura radical" da doença do peito, mediante o emprego de "hematoxinas e soros Ravetllat-Pla". Por fim, as promessas se somavam, revelando-se como meras ilusões que motivavam os condenados à morte lenta a nutrir esperanças e consumir tudo o que lhes era oferecido a preço de ouro (35).

Afastando-se da regra, algumas outras associações buscavam fugir das promessas fáceis e sedutoras. Nos últimos anos do século passado, a unidade parisiense do Instituto Pasteur estabeleceu uma linha de pesquisas vocacionada à obtenção de uma droga para combater a tísica, sob a responsabilidade de Ilya Metchnikoff, um cientista russo que havia ganho fama na área da imunologia. O Dr. Metchnikoff orientou suas pesquisas à busca de uma "brecha" na formidável resistência do bacilo de Koch que, pelo revestimento ceroso, mostrava-se imune a qualquer substância que não ameaçasse igualmente a

(35) - Cendrero, Orestes - Elementos de Higiene, 14a. ed., Caracas, s.c.p., 1942 e ---- - Notas Clínicas sobre Tubercolosis. Barcelona, Instituto Ravetllat-Pla, 1929.

vida do hospedeiro. Os esforços do Instituto Pasteur, entretanto, pouco surtiram efeito, sendo as pesquisas interrompidas em 1916, ano em que ocorreu a morte do médico russo (36).

A tentativa que maior êxito obteve no combate à consunção resultou na criação da vacina BCG, obtida experimentalmente em 1906 e inoculada em crianças e adolescentes a partir da década de 20. Entretanto, a droga - cuja denominação é composta pelas iniciais que designam o bacilo biliar preparado pelos franceses Calmette e Guérin - sofreu forte resistência pública. Primeiramente, a imprensa encarregou-se de distorcer as propriedades da vacina, anunciando-a como curativa da fímeose e não como simples solução preventiva, composta de bacilos atenuados de tuberculose bovina. Em seguida, a aplicação do preparado em cerca de 272 crianças da cidade de Lübeck provocou um terrível acidente que comprometeu os esforços de combate à tuberculose. Isto porque as culturas microbianas não tinham sido convenientemente atenuadas, resultando na infecção ou morte de pelo menos metade das crianças pretendidamente imunizadas. Em consequência, uma campanha mundial foi ativada contra a BCG, fato que adiou por alguns anos o emprego disseminado da substância protetora (37).

(36) - Sokoloff, Boris - A Penicilina. Rio de Janeiro, Científica, 1946, p.17-25.

(37) - Calmette, A. - La Vaccination Préventive Contre la Tuberculose par le "BCG". Paris, Masson et Cie., 1927 e Bernard, Noël e Nègre, Léopold - Albert

A impotência medicamentosa no tratamento dos consumtivos impôs como solução paliativa o dimensionamento clínico do regime dietético, do descanso e da climatoterapia. Fórmulas antigas, registradas desde a aurora das civilizações ganharam redobrado fôro de socorro ideal aos enfraquecidos do peito. Se no início do século XIX ainda prevalecia a orientação segundo a qual os ambientes praiano e campestre ou mesmo a reclusão em quartos fechados constituíam-se nos espaços apropriados para o tratamento dos tributários da

Abordagem

Y Peste Branca, a partir de meados daquela centúria a medicina germânica tornou-se propulsora do movimento que atestava ser

as regiões montanhosas e de clima frio o contexto ideal para o tratamento dos infectados e dos fracos do peito, inaugurando a era sanatorial de isolamento dos pectários.

Mais tarde, com o advento da tuberculose, o tratamento dos infectados se tornou de caráter mais intensivo e de duração mais longa, exigindo um ambiente ideal para tratamentos de infecções. O ambiente ideal para tratamentos de infecções é o ambiente ideal para tratamentos de infecções.

Na abertura do século XX, a medicina alicerçada no método experimental de Claude Bernard e na teoria microbiana de Louis Pasteur havia construído novas explicações sobre a tuberculose e seus mecanismos de infecção. No mesmo período, as propostas curativas da moléstia pulmonar multiplicavam-se em número, sem contudo chegar a uma fórmula eficiente, capaz

Calmette. Paris, Masson et Cie., 1939.

(38) - Pinner, Max - Pulmonary Tuberculosis in the Adult. Illinois, Charles C. Thomas, 1945, p.420.

de limitar o território da tuberculose. O defasamento entre o acúmulo de conhecimentos fisiopatológicos "modernos" e a fragilidade das respostas terapêuticas motivadas pela tisica impuseram uma dinâmica própria às ações sanitárias e aos comportamentos sociais, colocando em destaque não só a doença enquanto objeto de investigações científicas, mas também a imagem historicamente construída dos tributários da Peste Branca.

CAPÍTULO 2

A TRAJETÓRIA DAS IMAGENS

As definições decorrentes da anatopatologia e da bacteriologia permitiram a elaboração de um modelo ontológico explicador da tuberculose como fenômeno biológico. A identificação do germe disseminador da tísica encontrou continuidade lógica no reconhecimento das fontes de contágio e dos processos destrutivos que atingiam os tecidos e os órgãos. Em decorrência, o acúmulo de noções acerca da Peste Branca atuou como recurso orientador não só das práticas médicas, mas também dos limites da convivência entre os saudáveis e os contaminados, especialmente nos terrenos marcados pela concentração populacional.

As avaliações dos comportamentos públicos e privados daqueles que transpuseram as fronteira da saúde alimentou infinitos debates, favorecendo as discussões promovidas pela medicina, pela literatura e por variadas instituições sociais. Neste processo, os doentes foram analisados genericamente por Comte e por seus discípulos como indivíduos que haviam enfermado porque de algum modo colocaram-se contra as regras garantidoras do bem

P/ o
doentes
privados e
de católicos
de suor

funcionamento social. A partir disto, coube ao positivismo conferir validade científica ao milenar pressuposto segundo o qual as moléstias se abatiam sobre aqueles que reagiam negativamente ao ordenamento imposto, aproximando as doenças físicas e psíquicas do conjunto de "patologias sociais" que colocavam em risco a sociedade urbano-industrial (1).

A busca do entendimento da Feste Branca e dos fimatosos, neste enquadramento, suscitou a cristalização de uma multiplicidade de representações sobre o doente do peito. Em continuidade, a "moléstia misteriosa" e os tísicos tornaram-se objeto de uma série de tratamentos metafóricos que resultaram na percepção da vida infectada como sinistro espelho dos desregimentos e perversões promovidas pela existência grupal, especialmente após as Revoluções Burguesas.

As raízes das imagens

O século XIX foi o momento privilegiado na articulação e divulgação das mensagens que buscavam retratar, em minúcias, o comportamento atribuído aos consuntivos. No entanto, torna-se necessário recordar que, desde a Antigüidade, os

(1) - Arbousse-Bastide, Paul - "Auguste Comte et la folie"
In: Bastide, Roger (sous la direc.) - Les Sciences de la Folie. Paris et La Haye, Mouton, 1972, p.56.

*1) Os
hebreus
tiveram
punição
divina*

timatosos eram alvos de explicações que apontavam para o caráter distintivo da doença do peito. Entre os hebreus, a presença da tuberculose foi anotada como punição divina aos infratores dos mandamentos religiosos. A advertência de que a enfermidade se constituía em castigo sagrado imposto aos pecadores encontrase registrada no *Velho Testamento*; nos Livros do *Deuteronômio* e no do *Levítico*, os infiéis foram ameaçados com a "tísica e a febre", sendo que Moisés advertiu que todos aqueles que rejeitassem os estatutos de Israel seriam assolados pelos males que "consumam os olhos e atormentam a alma" (2).

Mesmo que buscando estabelecer explicações naturais para a ocorrência e desenvolvimento do ciclo patológico, os gregos também não fugiram da dimensão enigmática emprestada aos indivíduos com os pulmões comprometidos. A composição hipocrática da *spes phthisica* associou averiguações do quadro clínico da moléstia com notas sobre a pretensa conduta peculiar das vítimas que, diferenciadas das vítimas das demais enfermidades, foram caracterizados como exageradamente egoistas, excessivamente crédulos na rápida recuperação da saúde e laboriosos em um grau incompatível com o estado doente (3).

(2) - ---- *A Bíblia Sagrada*. 30a. ed., Rio de Janeiro, Imprensa Bíblica Brasileira, 1974, p.134 e 215 e Landmann, Jayme - *Judaísmo e Medicina*. Rio de Janeiro, Imago, 1993, p.34.

(3) - Dubos, René and Jean - *The White Plague*. Boston, Little, Brown and Co., 1952, p.59.

O ambiente medieval, dado o caráter espiritual em voga, contextualizou as concepções bíblicas referentes à tuberculose. A consunção foi apresentada não só como punição aos impios, mas também como moléstia que se abatia sobre os puros de alma, para anunciar a fragilidade da carne e a necessidade de continuo aperfeiçoamento da existência espiritual.

Na etapa da modernidade clássica, as primeiras hipóteses sobre a possibilidade contagiosa da doença contou com aceitação limitada, circunscrita a apenas algumas áreas do sul da Europa. Enquanto a maior parte do continente acomodava-se na idéia segundo a qual a tísica era uma patologia hereditária ou decorrente da inflamação dos tecidos pulmonares, algumas cidades italianas foram em sentido contrário, garantindo regimentos que adotavam o princípio infectante da tuberculose.

Desde o ano de 1699, a República de Luca passou a cobrar notificação oficial de todos os fimateiros em tratamento médico, exigindo também que os prédios onde ocorressem óbitos pela enfermidade pulmonar fossem prontamente purificados através da caiação das paredes e da queima de enxofre e de ervas odorificas. Meio século depois, o Grão-Ducado da Toscana determinou novas exigências, publicando um edicto que proibia a venda ou doação dos pertences dos

*1760-1800
de reis e
de nobres
de cidades
e de países
que se
curam
nos hospitais
de pulmão
e de tuberculose*

infetados, sem que antes os bens passassem por diversas fervuras despoluidoras, medida que nos anos seguintes foi imitada pelos Estados ibéricos. Em consequência destas disposições, os consumptivos receberam na Itália um tratamento diferenciador, sendo que no ano de 1782 o reino de Nápoles patrocinou a instalação do primeiro hospital destinado exclusivamente aos doentes pulmonares, localizado na região praiana. A existência do nosocômio especializado permitiu que novas leis fossem estabelecidas, inclusive uma que punia com multa e expulsão do reino todos os enfermos que não aceitassem o isolamento hospitalar (4).

A modernização das representações

A partir dos últimos anos do século XVIII, os escritores românticos adotaram a consunção e seus tributários como tema recorrente, sendo raras as novelas, as poesias e as pinturas que deixaram de incorporar os fracos do peito em suas descrições, mesmo que incidentalmente. Os discípulos de Goethe, Chateaubriand e Byron convergiram para a imitação de seus "mestres", fazendo proliferar uma multidão de personagens afilhos e doentios, todos eles guardando semelhança próxima com o vulto depauperado e sombrio da

(4) - Bertarelli, Ernesto - "La tubercolosi polmonare, malattia sociale" In: - La Tubercolosi Polmonare dal Punto di Vista Clinico e Sociale. Milano, Istituto Editoriale Scientifico, 1926, vol.2, p.339.

Na vida de Goya
existiu este

espanhola Dona Tadea Arias de Enríquez, modelo inspiradora de uma pintura assinada por Francisco Goya, nos primeiros anos do século XIX (5).

*O Romantismo
de Goya e
de Blake*

O predominio da motivação literária e artística centrada na tisica não pode ser explicado apenas pela alta taxa de disseminação da enfermidade nos terrenos urbanos e de industrialização incipiente, representados no inicio da centúria passada pelas principais cidades da Inglaterra e da França. É necessário levar em consideração que a Graveyard School - designação que busca aglutinar os autores e artistas românticos - apropriou-se da moléstia para melancolicamente anunciar a angústia existencial que se abatia sobre uma classe de privilegiados que fora ferida de morte no momento que sucedeu à Revolução Francesa. Com isto, os escritores românticos encontraram na tuberculose um recurso conveniente para negar o mundo concreto e confessar o desencanto da vida social. A ansiedade da busca de um "segundo eu" rimava com a desilusão produzida por uma sociedade envolvida pelos ideais de igualdade dos direitos dos cidadãos, favorecendo as cirurgias introspectivas e de auto-observação. Com isto, o comportamento mórbido e ensimesmado passou a ser concebido enquanto sinônimo de

(5) - Esta tela está reproduzida em diversos livros, inclusive em: Pischel, Gina - História Universal da Arte, São Paulo, Melhoramentos, 1971, vol.3, p.130.

requinte e delicadeza por um grupo infelicitado pela ameaça de decadência na hierarquia social (6).

Mais ainda, os românticos deixaram-se envredar pela tuberculose porque esta enfermidade se apresentava historicamente maritada por uma aura que passou a ser concebida como enobecedora. Definida como "febre das almas sensíveis", a consunção foi abraçada pelos textos literários como argumento exaltador dos dotes de uma larga parcela da elite intelectual. O mal dos pulmões foi assumido como cabal comprovação da sensibilidade e da genialidade que dirigia a existência individual e permitia a composição dos escritos românticos. A febre dos corpos confundia-se com o fogo das paixões e a exacerbção dos desejos, sendo que o próprio Laennec incriminou as aventuras amorosas intensas ao mesmo tempo como produto e consequência do processo tísico (7).

A literatura da primeira metade do século XIX, por isto, afastou-se silenciosamente do padecimento que se abatia sobre os fiamosos pobres que se aglomeravam nos cortiços e nas fábricas e que encontravam a morte nos becos das grandes cidades ou nas enfermarias coletivas. Ausentes dos cenários da miséria, os poetas e escritores bayronianos conferiram à

(6) - Hauser, Arnold - História Social da Literatura e da Arte. 2a. ed., São Paulo, Mestre Jou, 1972, vol.2, p.834.

(7) - Hillemand, Pierre et Gilbrain, Emile - "Les fièvres romantiques" In: Sandrail, Marcel - Histoire Culturelle de la Maladie. Toulouse, Privat, 1980, p.377.

tuberculose o mágico poder de redefinição positiva da vida. Com isto, a moléstia foi confinada a uma dimensão mitica da trajetória individual, cobrando lágrimas compadecidas e solidárias de uma sociedade que, de regra, não acreditava no fatídico contágio.

dores anteriores he andado a hereditariedade considerável

Neste encaminhamento, a literatura romântica diferenciou-se dos textos que a precederam. Isto deveu-se porque, nos momentos anteriores, as moléstias eram geralmente registradas literariamente apenas através de personagens senis, excetuando-se os escritos tematizados pelas quadras pestiferas. A consunção permitiu que a febre, a fraqueza, a hemoptise, o delírio e a morte fossem materializados em existências jovens, bastando uma contrariedade qualquer para condenar os corpos juvenis à extinção. Refletindo este posicionamento, em 1826 Shelley explicou a doença e a morte de seu amigo e também poeta John Keats como resultado das duras críticas que este recebeu pela publicação de um novo livro de versos. Imediatamente o escritor ofendido foi vitimado por sucessivas crises de hemoptise que em poucos dias o levaram à morte (8).

A família Brontë constituiu-se no modelo ideal de padecimento físico e sentimental que alimentava o paradigma romântico. A persistência avassaladora da tuberculose no clã foi não só entendida como a confirmação da hereditariedade

(8) - Dubos, R. and J. - *Op. cit.*, p.11.

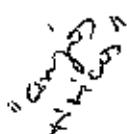
da doença, mas também como elemento explicativo da genialidade que orientava as composições de Emily e Charlotte. Nas páginas de *Wuthering Heights*, a patologia desporta como marca consagradora da pureza dos espíritos que aceitaram o fim doloroso com um orgulho que surpreende, pois a "bela morte" produzida pela tísica conferia o poder libertador das angústias terrenas (9).

As observações registradas sobre os personagens que tinham os pulmões arruinados se avolumavam, compondo perfis mórbidos sensíveis aos olhos românticos. A genialidade e a afé por realizações eram explicadas como resultados do avanço da tuberculose, cuja febre se expandia e impregnava a vida adocentada, produzindo agilidade das idéias e bons frutos no trabalho intelectual exagerado.

Na verdade, o que garantia o caráter excessivo nas ações cotidianas pode ser equacionado não só como fruto da percepção da brevidade da existência ameaçada pela peste, mas sobretudo como resultado do uso desmedido de opiáceos, base de muitos remédios indicados pela medicina do século passado. O laudano era aconselhado como medicamento adequado para o combate à tosse, ao cansaço, à dor e à diarréia que atormentavam os pectários. Por isto, muitos enfermos

(9) - Brontë, Emily - *Wuthering Heights*. New York, Triangle, 1939. Veja-se também: Ariès, Philippe - *L'Homme Devant la Mort*. Paris, Seuil, 1977, p. 426-439.

tornarem-se dependentes da droga que, além de agir como excitante, conduz à efervescência mental e à liberação do inconsciente, fenômenos que eram atribuídos unicamente ao processo patológico (10).



A beleza e a sensualidade feminina também eram articuladas ao estado consuntivo. A pele pálida, os olhos lacrimejantes, as faces rosadas e a rouquidão da voz davam destaque aos corpos lânguidos, à alvura dos dentes e à tonalidade dos cabelos, tornando os "anjos tísicos" modelos da estética feminina cultuada pelos românticos, sendo que as mulheres que correspondessem a este perfil eram situadas como objetos máximos dos desejos masculinos. A "desmaterialização corporal" reconhecida nas fímitosas ensejou a elaboração de uma anatomia erótica que analisava meticolosamente o corpo feminino: cabelos, busto, mãos, pés, unhas, tudo enfim era avaliado em minúcias e registrado como sedutoramente belo e cobiçado.

A moda da vestimenta contribuía ainda mais para exponenciar o etéreo e o sensual, ganhando aceitação os tecidos leves, transparentes e esvoaçantes. No ano de 1832, Barbey d'Aurevilly sintetizou exemplarmente algumas destas percepções ao retratar os encantos de uma tuberculosa, segundo os olhos de seu enamorado:

(10) - "Laudanum" Int Littré, E. - Dictionnaire de Médecine, 21^a. ed., Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1908, p.930.

"Mais si! ma Léa, tu es belle, tu es la plus belle des créatures! Je ne te donnerais pas, toi, tes yeux battus, ta pâleur, ton corps malade, je ne les donnerais pas par la beauté des anges dans le ciel. Et ces yeux battus, cette pâleur, ce corps malade, il les étreignait dans tous ses rêves des enlacements de sa pensée frénétique et sensuelle... Cette mourante dont il touchait le vêtement, le brûlait comme la plus ardente des femmes. Il n'y avait pas de bayadère aux bords du Gange, pas d'odalisque dans les baignoires de Stamboul, il n'y aurait point eu de bacchante nue dont l'étreinte eût fait plus bouillonner la moelle de ses os que le contact, le simple contact de cette main frêle et fiévreuse dont on sentait la moiteur à travers le gant qui la couvrait" (11).

Nem mesmo as crianças tuberculosas deixaram de receber um tratamento sensualizado pela pena romântica. No livro *A Cabana do Pai Tomás*, a pequena Evangelina foi retratada como "a mais bela de todas as crianças", sendo que durante o desenrolar da trama são freqüentes as observações que avaliam positivamente todo o corpo infantil. Filha de paispectário e de mãe afetada no comportamento mental, Evangelina nutria um indescritível horror pelo sistema escravagista, sentimento que se ampliou com a evolução da doença que a consumia. Morta, as considerações tecidas sobre a pequena tuberculosa não deixaram de exaltar a profunda sensibilidade da falecida, acrescentando-se uma frase que sintetiza eficazmente a percepção byroniana sobre os fracos do peito: "não nasceu para viver aqui, na terra" (12).

(11) - d'Aurevilly, J.A. Barbey - *Léa*. Paris, Gründ, s.d., p.49.

(12) - Stowe, Harriet Beecher - *A Cabana do Pai Tomás*. São Paulo, Saraiva, 1962, vol.2, p.52.

O padrão físico e a sensibilidade apurada que foram imputados às mulheres pectárias também ganharam sentido no semblante masculino. Frédéric Chopin talvez tenha sido o tuberculoso cuja imagem doentia foi a mais invocada pelos românticos. Seu amigo e rival Franz Liszt descreveu-o segundo o modelo de beleza do tempo, anotando a transparência de sua cutis, o encanto do seu cabelo e a distinção de seu porte frágil de consuntivo. Tudo isto excitava a cobiga feminina: George Sand confidenciou que Chopin era um "homem irresistível" e "divinamente delicado"; enquanto que um amigo do compositor dizia que "ele vira a cabeça de todas as mulheres e provoca ciúmes em todos os maridos". O encanto do fílmico polonês ganhou maior sentido ainda pela inconstância de seu temperamento. "Não há nada de permanente nele a não ser sua tosse", pontificava George Sand que, apaixonada, entendia que a moléstia ampliava a genialidade do companheiro. Isto porque a escritora associava a tísica às súbitas transformações do "estado de alma" do músico, ocasiões que, segundo ela, Chopin compunha partituras de incomparável qualidade artística (13).

A aparência e o comportamento considerados próprios dos tuberculosos transformaram-se em regra existencial que vigiu

(13) - Sand, George - História da Minha Vida. Rio de Janeiro, José Olympio, 1947, vol. 8, p.305 e Atwood, William G. - A Leda e seu Filhote. Rio de Janeiro, 1969 n.71.

durante o período mediado pela Revolução Francesa e pelo Segundo Império. Assumida enquanto código de vida, a atitude atribuída aos finados exigia que todos se alimentassem parcamente e se vestissem com trajes que sugeriam o estado mórbido do corpo e o padecimento do espírito.

Os esforços para ganhar a aparência consuntiva eram intensos, pois o semblante doentio atraía atenções e despertava fantasias, abrindo chances para o sucesso artístico. Nas *Scènes de la Vie de Bohème*, Henry Murger colocou na boca de um pianista que atuava em bares suspeitos, as seguintes palavras:

" - Je suis de première force, si j'aveais seulement un poumon attaqué, de grands cheveux et un habit noir, je serais actuellement célèbre comme le soleil, et, au lieu de me demander huit cents francs pour faire graver ma partition de *La Mort de la jeune fille*, vous viendriez m'en offrir trois mille, à genoux, et dans un plat d'argent" (14).

Esta obra murgeriana, datada de 1851, define a consunção como resultado da vida desregrada da boêmia, localizando a moléstia e suas vítimas em um grupo de indivíduos que desfrutava de um padrão econômico e social que em nada se assemelhava com o da elite tuberculosa retratada pela literatura das décadas anteriores. Com isto, desde o "ciclo revolucionário de 1848", deu-se início à revisão da imagem imputada aos tísicos que, mantendo-se fiel aos clichês

(14) - Murger, Henry - Scènes de la Vie de Bohème. Paris, Gründ, 1936, p.170-171.

explorados pelo romantismo, passou a exibir esquemas condenadores da trajetória de vida e dos comportamentos atribuídos aos afetados do peito (15).

Novos posicionamentos sociais e sanitários que foram esboçados naquele momento cumpriam o papel negador da boêmia e da tuberculose enquanto marcas da camada culta e elegante, reconhecendo a consunção como enfermidade própria da população pobre e marginalizada. A partir de então, a tuberculose foi associada à miséria que dizimava o lumpenproletariado e os trabalhadores industriais, enfim, toda uma legião de injustiçados que Engels e Villermé analisaram segundo a perspectiva sociológica e que Victor Hugo dramatizou através da criação literária (16).

Os motivos que permitiram a alteração dos posicionamentos coletivos sobre os pectários são pouco claros, mas pode-se pensar que neste período os casos de tísica tornaram-se bem menos freqüentes nos círculos burgueses da Europa. As taxas de mortalidade pela moléstia apontam uma significativa queda, pois se no ano de 1838 a tuberculose cobrou 4 vidas

(15) - As concepções condenatórias dos grupos boêmios que vigoraram a partir de meados do século passado foram analisadas em: Seigel, Jerrold - Paris Boêmia. Porto Alegre, L&PM, 1992, p.67-100.

(16) - Engels, Friedrich - A Situação da Classe Trabalhadora em Inglaterra. Lisboa, Afrontamento, 1975; Villermé, Louis-René - Estado Físico e Moral dos Operários. Porto, Textos Exemplares, 1976 e Hugo, Victor - Os Miseráveis. São Paulo, Clube do Livro, 1958.

em cada mil britânicos, tal índice caiu para 2,7 em 1860 e para 1,3 na virada de século (17). A pouca eficiência dos recursos médico-terapêuticos disponíveis há 150 anos faz com que algumas explicações sejam tentadas para justificar o decréscimo relativo de óbitos e possivelmente da mortalidade produzida pela tuberculose: o afastamento dos infectados dos núcleos urbanos maiores, a eventual mutação da estrutura bioquímica do agente causal e a redução do número médio de componentes da família inglesa são elementos analisados pelos estudiosos, mas que pouco têm contribuído para o entendimento do fenômeno. A hipótese que atualmente se avanta com maior intensidade - apesar de também não ser conclusiva - aponta para o aumento da resistência orgânica individual como evento limitador da legião de infectados. Isto porque houve seguidas melhorias nas condições materiais de vida dos agrupamentos proletários da Inglaterra, principalmente após a organização de uma vasta rede distribuidora de gêneros alimentícios, fato que implicou o rebaixamento dos preços e, por óbvio, no maior consumo de alimentos pelas camadas de trabalhadores urbanos (18).

-
- (17) - Mckeown, Thomas e Lowe, C.R. - Introducción a la Medicina Social. 4a. ed., México, D.F., Siglo XXI, 1989, p.26.
- (18) - Mckeown, Thomas - As Origens da Doença Humana. Lisboa, Caminho, 1990, p.115 e idem - The Modern Rise of Population. London, Edward Arnold, 1977, p.110-151.

Sob nova circunstância, elaboravam-se padrões inéditos para o século passado: a saúde e a abundância de gorduras transformaram-se em moda e culto. O casal coroado britânico tornou-se o novo paradigma do corpo e de moralidade que foi reproduzido nos lares burgueses da Europa da segunda parte da centúria. A rainha Vitória e seu consorte Alberto eram corpulentos, e nos momentos de apresentação pública, mostravam-se alegres, ágeis, energicos e moralmente equilibrados. A saúde do corpo e do espírito somavam-se o gosto pela fartura de alimentação pesada, não faltando na mesa real uma grande variedade de peixes, guisados e assados, além de inúmeras sobremesas e vinhos. Refletindo a nova proposta, Jean Renoir e Édouard Manet, dentre outros, serviram-se de modelos robustos, até mesmo beirando a obesidade, para retratar as novas concepções estéticas e clínicas preconizadas naquele período (19).

*Xerife
de São Paulo*

Em continuidade, a medicina pública buscou enquadrar a tísica no conjunto de "moléstias sociais", definindo-a enquanto Peste Branca e com isto fazendo lembrar as taxas alarmantes de morbidez e de mortalidade produzidas pela doença no contexto das camadas mais pobres da população. Complementando a proposta clínica, os higienistas compuseram novas estratégias de intervenção no cotidiano coletivo, sem

(19) - Chaetenet, Jacques - A Vida Quotidiana em Inglaterra no Começo da Era Vitoriana. Lisboa, Livro do Brasil, s.d., p.41 e Pischedel, G. - Op.cit., vol.3, p. 159.

li haverá
 os pressupostos
 para abandonar os
 estereótipos que
 se o com privacidade

no entanto abandonar os pressupostos fantasiosos que pairavam sobre o comportamento infectado. Neste contexto, definiu-se o julgamento moral dos fimbrosos, tornando a vida privada dos enfermos um espetáculo que atraia o interesse coletivo. A literatura, associada à medicina, continuou a ocupar páginas e mais páginas para revelar a intimidade dos pectários que, segundo a tessitura murgeriana, apresentavam-se com um certo "*écrin de sentiments mauvais et d'instincts féroces*" (20).

Ainda no momento inaugural desta nova etapa de verificação da vida consuntiva, outra engredio de tendência ficcional que ganhou ampla aceitação foi *A Dama das Camélias*, de Dumas Filho. Isto se deveu ao fato da obra ter reunido todos os estereótipos organizados em torno do personagem tuberculoso, especulando sobre a trajetória existencial de uma conhecida cortesã francesa, opções que garantiram o sucesso editorial do texto, publicado no ano de 1852. O impulso inicial para a composição deste romance deveu-se ao encontro do escritor com a cortesã Marie Duplessis, cujo nome de batismo era Alphonsine Plessis. Alphonsine era uma camponesa da Normandia que, em consequência da miséria que assolava a região, assumiu a prostituição como estratégia de sobrevivência. Nesta condição, conheceu e contraiu matrimônio com um inglês de posses, porém enviuvou em pouco

(20) - Murger, H. - Op. cit., p.149 e Monin, Dr. E. - L'Hygiène des Riches. Paris, Octave Doin et Fils, 1891, p.13-14.

tempo. Endinheirada, Marie Duplessis rumou para a capital dos franceses, onde passou a levar uma vida faustosa, ganhando destaque no ambiente metropolitano e tornando-se presença obrigatória nas reuniões sociais que agitavam o cenário parisiense. Já diagnosticada como consumativa, Mme. Duplessis conheceu Dumas Filho, mantendo um consórcio amoroso que se estendeu por alguns meses. Rompido o relacionamento, o escritor retirou-se para a Espanha, enquanto que a amante permaneceu na "cidade-mãe do escândalo", onde faleceu em 1847, aos 23 anos de idade. O velório, assim como o leilão dos bens deixados pela morta, constituiram-se em acontecimentos sociais concorridíssimos, impressionando o viajante Charles Dickens que registrou a emoção despertada pelos eventos, os quais o fizeram concluir que a Dama das Camélias era uma espécie de heroína nacional, comparável a Joana D'Arc (21).

De regresso a Paris, Dumas Filho soube do óbito de sua ex-companheira, escrevendo o livro que anunciava tratar de uma "história verdadeira", testemunho de uma geração na qual a "ciência do bem e do mal" estava definitivamente consolidada. Para alcançar estes objetivos, o autor tingiu a figura da pectária Marguerite Gauthier com as cores de uma

(21) - Dumas Filho, Alexandre - A Dama das Camélias. Lisboa, Europa-América, 1977. Sobre esta obra, veja-se Dubois, R. and J. - O.p.cit., p.49 e Carpeaux, Otto Maria - História da Literatura Ocidental. 3a. ed., Rio de Janeiro, Alhambra, 1977, vol.6, p.1548-1550.

mulher bela, sedutora e voluptuosa que, pela vida de orgias, tornou-se escrava da doença do peito. Apaixonada pelo ingênuo Armand, nem mesmo as tentativas de recuperação física e moral patrocinadas pelo amante surtiram os efeitos desejados. A reclusão no território campestre e o descanso prolongado foram inúteis, pois a enfermidade progredia e a "febre de desejos" conduziu a pectária novamente a Paris. Ali, Mme. Gauthier foi rejeitada pelos seus antigos companheiros de "devassidão" pois, os novos comportamentos instruiam que "no seu mundo não há amigos se não houver saúde".

*Donaques
Xarope de
Mál de
Febreiro*

No território da literatura, pela primeira vez aflorava o repúdio declarado ao tuberculoso, o que fazia deste um ser desprezado e que por isto deveria esforçar-se na recuperação da saúde, como em certo momento confidenciou a Dama das Camélias:

"Voltei para casa às quatro horas, jantei com bastante apetite. Essa saída fez-me bem. E se eu me curasse? Como o aspecto da vida e da felicidade dos outros faz desejar viver aqueles que, na véspera, na solidão de sua alma e na sombra de seu quarto de doentes, desejavam morrer depressa" (22).

A esperança de restabelecimento da saúde foi apenas um sonho para a cortesã arrependida. A corrupção do corpo seria o castigo para a vida dissipada. A morte da enferma foi

(22) - Dumas Filho, A. - Op. cit., p.201.

despojada de qualquer aura redentora, para ser revelada como algo sombrio, aterrorizador, até mesmo repugnante:

"Os olhos eram apenas dois buracos, os lábios tinham desaparecido e os dentes brancos cerravam-se uns contra os outros. Os longos cabelos negros e secos estavam colados às temporas e velavam em parte as cavidades verdes das faces" (23).

(Abaixo de todos os títulos)

Os medos despertados pela enfermidade e a adequação da fisiologia enquanto doença dos miseráveis faziam com que a elite negasse a presença da moléstia em seu meio social. Quando a mortal enfermidade invadia os lares burgueses, o fato era protegido pelo absoluto sigilo familiar, sendo raros os infectados que viam alguma positividade na experiência de vida com a tuberculose. Em 1882, enquanto Robert Koch exigia segredo absoluto sobre a sua condição pectária, a jovem pintora Marie Bashkirtseff desvia-se da regra, confidenciando em seu Diário:

"esta posição de condenada, ou causa que o valha, diverte-me (...) há nisto um certo encanto. É antes de tudo, uma novidade" (24).

(Abaixo de todos os títulos)

A partir da segunda metade do século XIX, as celebrações byronianas perderam força, permitindo que a doença dos pulmões fosse assumida como experiência com sentido único: a degradação do enfermo. Paraclarear este novo posicionamento, os irmãos Edmond e Jules Goncourt fizeram-se alunos da faculdade de medicina de Paris para ganhar

(23) - Idem, p.42.

(24) - Bashkirtseff, Marie - Diário. Porto Alegre, Globo, 1943, p.326.

O definhamento físico e a ruína moral da pectária foram explicadas pelos Goncourt como resultado da ação destrutiva promovida pela consunção. As dificuldades respiratórias, segundo os escritores, causavam uma semi-asfixia que intoxicaava os pulmões e afetava o funcionamento do cérebro que, impedido de funcionar plenamente, gerava excitação sexual e "loucura religiosa". Em continuidade, os estragos cerebrais condenaram a consuntiva, que contava com 40 anos de idade, a voltar a um estado mental infantil, fazendo-a comportar-se como uma criança de 12 anos (26).

As teses animadoras da trama assimada pelos Goncourt revelam a transposição para a literatura do ideário que a comunidade médica européia vinha articulando sobre o comportamento fímatoso, conferindo a Madame Gervaisais a dupla função de instrumento justificador e ao mesmo tempo popularizador dos enunciados clínicos. Nesta circunstância, a medicina ensinava que o tuberculoso era um tipo limite de vida, defendendo a condição pervertida dos doentes do peito. A transparência da pele, a ausência de pilosidade, a surgimento de mamilos pronunciados nos homens e a inversão sexual feminina foram alguns outros elementos registrados nas conclusões das pesquisas especializadas, remetendo os contaminados para o território das ambigüidades onde o masculino e o feminino, o adulto e o infantil, o ingênuo e o

(26) - Idem, p.242.

perverso, enfim, onde todos os opostos se combinavam diabolicamente, resultando na nova e assustadora imagem ajustada aos personagens consuntivos (27).

O caráter enigmático emprestado aos tuberculosos orientava os ensinamentos médicos e os devaneios ficcionais. Tanto uns quanto outros deixaram-se fascinar pelas pretensas aberrações perpetradas pelos tísicos, exigindo que facultativos e escritores se lançassesem vorazmente na exploração das perversidades dos contaminados, dando especial ênfase ao comportamento sexual dos enfraquecidos do peito.

Perseguindo este intento, o Dr. Fonssagrives reuniu a autoridade de docente da escola médica de Montpellier com o prestígio de autor de inúmeras obras fundamentadoras da medicina pulmonar para estender-se na observação das atitudes sexuais dos fímatosos. Ao prescrever a necessidade de rígida "higiene moral" dos adoentados, o clínico acrescentou:

"On a remarqué aussi que les phthisiques présentaient souvent une exagération des appétits génitaires, comme si le sentiment d'une prochaine destruction les poussait à leur insu vers ce grand œuvre de la reproduction de l'espèce. L'higieniste, qui juge toutes ces choses au point de vue de la tâche de conservation qui lui incombe, doit s'efforcer de réduire au minimum ces fonctions de luxe qui préjudicient à la nutrition ..." (28).

(27) - Grellet, Isabelle e Kruse, Caroline - Histoires de la Tuberculose. Paris, Ramsay, 1903, p.133.

(28) - Fonssagrives, J.-B. - Thérapeutique de la Phthisie

publicada em Portugal no inicio deste século e que tinha como título geral *Tuberculose Social*, onde, no décimo volume da coleção, o autor combateu a obrigatoriedade do celibato sacerdotal. Neste ensaio declaradamente anarquista e portanto anti-clerical, os estigmas sobre os pectários não foram colocados de lado, sendo que o enredo da obra constitui-se na história de um padre infectado que se deixou dominar pelos seus impulsos exageradamente eróticos, pervertendo e contaminando várias de suas inocentes fiéis (30).

O tempo das viagens

Enjeitados pelo mundo dos sádios e atormentados pela doença que corrói, muitos tuberculosos acomodaram-se às prescrições médicas, rumando para longas e sucessivas viagens que prometiam a recuperação da saúde. Desde os fins do século XVIII, os clínicos passaram a reiterar com insistência a necessidade dos pectários mudarem de ares, indicando os climas quentes da Europa meridional como propícios para o tratamento dos pulmões, acompanhando de perto as instruções preconizadas pela medicina greco-romana.

*Aero-terápia
do Clima
do Brasil*

(30) — Gallis, Alfredo — *A Sacristia*. Lisboa, Gomes de Carvalho, 1903.

No lado ocidental do continente, regiões que há muito vinham sendo visitadas pelos fumadores consistiam no extremo sul da Península Ibérica, nas ilhas Baleares e nas praias banhadas pelo mar Tirreno. A constância das peregrinações de consuntivos para estas áreas fomentou o repúdio aos doentes com os pulmões corroidos, tornando os locais de cura pioneiros na elaboração de códigos sanitários que limitavam a liberdade dos contaminados.

Quando Chopin teve a sua saúde pulmonar comprometida, os médicos lhe recomendaram o afastamento do inverno rigoroso, prescrevendo uma temporada na ilha de Majorca, convenientemente situada a pouca distância do continente europeu e protegida pelo clima mediterrâneo. Por isto, em 1839, George Sand conduziu o compositor para a "ilha encantada", apostando na melhora da saúde do seu companheiro. Entretanto, a estada em Valdemossa revelou-se constrangedora, fazendo com que tudo se tornasse difícil, desde a compra de leite de cabra até a locação de um imóvel minimamente confortável, pois os majorquinos nutriam verdadeiro horror aos visitantes infectados. Como Chopin piorasse da saúde, o regresso à França tornou-se medida urgente, situação que uma vez mais denunciou a intensidade da aceitação da teoria contagionista pelos ibéricos. O transporte do enfermo até a cidade de Barcelona foi oneroso, inclusive porque George Sand foi obrigada a cobrir os custos

da cama ocupada pelo músico, pois logo depois de usado, o leito foi lançado a fogueira, como medida preventiva (31).

O fato dos ilhéus acreditarem no perigo contagioso foi julgado pela escritora como fruto da superstição típica de um "povo bárbaro". Entretanto, o repúdio aos doentes pulmonares foi observado inclusive em Nápoles, quando o compositor tísico Nicolò Paganini foi severamente perseguido pelas autoridades, ao tentar estabelecer residência naquela cidade. Em Roma, René de Chateaubriand também registrou a mesma situação, pois ao se encarregar da venda dos móveis utilizados por uma amiga tuberculosa, não encontrou comprador, sendo obrigado a queimar a maior parte das peças, por ordem da milícia local (32).

O temor inspirado pela moléstia ganhou novos espaços, limitando a "febre do judeu errante" que animava a constante troca de moradia pelos personagens fímatosos. Mesmo assim, nos Estados Unidos, muitos dos pioneiros que no decorrer do século XIX desempenharam a tarefa de expansão das fronteiras americanas, eram tísicos que procuravam territórios apropriados para o tratamento da saúde. As regiões do Colorado, Utah, Texas, Novo México, Arizona, Kansas, Nevada, Oklahoma e Califórnia foram áreas de concentração de

(31) - Sand, George - Un Hiver à Majorque, Paris, Librairie Générale Française, 1984, p.63-64 e 178.

(32) - Greillet, I. et Kruse, C. - Op. cit., p.91.

infectados, sendo que a cidade de Los Angeles foi designada como a "capital nacional dos consuntivos", por volta do ano de 1880. Espelhando as mudanças das atitudes coletivas em relação aos tuberculosos, no término da centúria passada tomou corpo um movimento que visava a aprovação de uma lei que exigiria que todos os cidadãos norte-americanos contaminados pela doença, utilizassem um sino pendurado no pescoço, para assim alertar os sadios sobre o estado deteriorado de seus pulmões (33).

A força da tradição incitava os fímatos a empreenderem sucessivas viagens, apesar do surgimento de leis sanitárias que tentavam inibir o trânsito dos tuberculosos. No século XX, as informações registradas nas correspondências e diários dos tísicos Katherine Mansfield e Franz Kafka denunciavam a rejeição ao isolamento por parte dos enfermos, que, em continuidade, preferiam buscar tratamento da saúde em variados pontos da Europa, residindo em pensões e hotéis baratos. Persistia também o fascínio pelos longos períodos de retiro nas costas do Mediterrâneo, sendo que Monte Carlo, Mônaco e a Riviera Francesa se constituíram nos últimos

(33) - Jones, Billy N. - Health-Seekers in the Southwest. Norman, University of Oklahoma Press, 1967, p.176. É necessário acrescentar que, do oeste dos Estados Unidos, alguns tísicos, como Robert Louis Stevenson rumavam para as ilhas do Pacífico, procurando ali clima propício para recuperar a saúde. De R.L. Stevenson, veja-se: - Nos Mares do Sul. São Paulo, Iluminuras, 1992.

redutos de liberdade dos infectados que dispunham de algum amparo económico (34).

Um dos exemplos mais extremados da ansia de recuperar a saúde através de continuas mudanças de ambiente geográfico é encontrado na trajetória da vida tuberculosa do poeta António Nobre. Diagnosticada a infecção no ano de 1894, o autor de *Sô* abandonou Portugal para buscar socorro clínico na Suíça, alternando períodos de tratamento em Davos-Platz e Clavadel. Receando piora de saúde, o poeta sonhou instalar-se nas ilhas Canárias, mas em vez disto, percorreu a Itália e, na seqüência, regressou à Suíça, vivendo alguns meses em Genebra e Lausana. Pouco tempo demorou para o tuberculoso novamente pôr-se em marcha, retornando a Portugal, onde vagou por várias regiões em busca de auxílio económico, sendo expulso de hotéis que não aceitavam hóspedes consuntivos, perseguindo médicos e charlatães que acenavam com drogas miraculosas, ocultando de quase todos amigos a verdadeira enfermidade que o minava. Desencantado, António Nobre novamente desejou viajar, escolhendo a África do Sul como alvo, mas indo para Nova York e, com isto, aproveitando as benesses do "Dr. Oceano (...) o melhor médico do mundo". Parém, a permanência na América do Norte foi breve, rumando o poeta para a ilha da Madeira, onde pela vez única sentiu-se melhor, porque em companhia de outros

(34) - Cf. Mansfield, Katherine - Diário, Porto, Tavares Martins, 1944 e Kafka, Franz - Cartas a Milena, São Paulo, Exposição do Livro, s.d..

tísicos lusitanos. Sob a desculpa do rigor do clima insular, o poeta estabeleceu-se novamente na Suíça e de lá partiu para Londres e Paris e, em continuidade, uma vez mais buscou abrigo nos sanatórios e nas pensões suíças. Praticamente abandonado pelos parentes mais próximos, sem dinheiro e desesperançado, Nobre valeu-se de sua pátria como refúgio derradeiro, falecendo logo depois. Corria o ano de 1900 e com ele os "males de Anto" chegaram a termo (35).

A persistência pela vida em movimento adotada por uma vasta legião de infectados manteve-se ativa mesmo durante a era em que predominou o isolamento hospitalar como forma de tratamento e segregação dos tuberculosos. A consulta a vários guias de viagem revela que os editores destas obras assinalavammeticulosamente as estações de cura, informando os preços cobrados pelos hotéis, pensões e sanatórios que acolhiam enfermos, assim como as farmácias e os médicos dispostos a atender os tísicos. Sob o pretexto de desfrutar férias longe do abrigo doméstico, parece que se tornou comum os infectados ocultarem as temporadas passadas nas estações climatoterápicas, anunciando o retiro como simples período de descanso da agitação metropolitana (36).

(35) - Nobre, António - Correspondência. 2a. ed., Lisboa, Imprensa Nacional, 1982.

(36) - Veja-se, por exemplo: - Guida Pratica dei Luoghi di Soggiorno e di Cura d'Italia. Milano, Touring Club Italiano, 1935.

O nascimento dos sanatórios

A era sanatorial de atendimento aos fimatosos abriu-se no ano de 1854, quando o médico tuberculoso Hermann Brehmer inaugurou a primeira instituição especializada no tratamento de pectários, localizada nas montanhas da Silesia. Alguns anos depois, o clínico Peter Dettweiler instalou outra casa de saúde em Falkstein, nas Montanhas Taurus, para tratar de si próprio e de outros infectados.

A premissa que orientou Brehmer e Dettweiler para a retomada da antiga proposta de "cura nas alturas" residia na suposição segundo a qual inexistia casos de tísica entre os habitantes das montanhas. Em consequência, os médicos alemães concluíram que a tuberculose era resultado da circulação precária do sangue no coração e nos pulmões, sendo que a permanência dos consumtivos nas regiões altas revitalizaria as funções orgânicas em geral e, em especial dos pulmões, viabilizando a cura dos contaminados. Inicialmente Brehmer e Dettweiler prescreveram exercícios físicos vigorosos para os seus pacientes, tentando estimular mais ainda o funcionamento do trato respiratório. Mas, pouco tempo depois de instituída, esta orientação teve que ser abandonada, porque os facultativos perceberam que tal prática favorecia a ocorrência de hemoptises, debilitando ainda mais os pacientes pulmonares (37).

(37) - Guillaume, Pierre - De l'Espoir au Salut. Paris, Au-

O desdobramento do conhecimento clínico-epidemiológico sobre a tísica associado à disseminação de sanatórios nas regiões de altitude de toda a Europa permitiram que, no final do século XIX, ganhasse força os movimentos oficiais de combate à Peste Branca. Se a Inglaterra foi o berço da concepção segundo a qual a doença poderia ser limitada através da atuação dos dispensários, o modelo germânico chamou mais a atenção, já que o governo alemão dirigiu desde 1892 a instalação de uma rede sanatorial, custeada pelos fundos criados pelos trabalhadores. Em consequência, vários países europeus centraram recursos na campanha pela criação de casas de saúde franqueadas ao proletariado, alegando que a tísica fazia grande número de vítimas entre os extratos mais pobres da população. Sob a ameaça de que a própria espécie humana corria risco de extinção pela Peste Branca, médicos e leigos se irmanaram, cobrando urgentes medidas oficiais contra o alastramento da infecção (38).

Neste contexto, as concepções vigentes desde o final do século passado instruíram entendimentos alarmantes sobre a Peste Branca e suas vítimas. A moléstia expandia-se em definição, concretizando-se ao mesmo tempo enquanto causa e produto dos desarranjos que feriam o tecido coletivo.

bier, 1986, p.223.
 (38) - "Congresso de tuberculose" Revista Contemporânea
 (1894-1895):222.

eugenista italiano Attilio Cavidalli, por exemplo, foi um dos intelectuais que, ao estudar os tísicos internados nas prisões e nos hospícios, invertiu a ordem dos fatores, concluindo que a toxina tuberculosa fazia com que os simpatos agissem contra os valores básicos da sociedade e que, portanto, eram encarcerados nas cadeias e nos manicômios. Prosseguindo em seus ensinamentos, o intelectual italiano pontificou a urgência do combate à moléstia, explicando que a redução do grupo de infectados - ou o encarceramento dos pectários - repercutiria no ambiente social, fazendo diminuir o número de atentados contra a ordem pública (39).

As ciências sociais norte-americanas também caminharam nesta mesma linha de raciocínio. Em um dos principais textbooks publicados na década de 20, dois sociólogos da Universidade de Chicago faziam coro às idéias de Cavidalli, acrescentando que o indivíduo contraia a infecção pulmonar devido ao desregramento da vida cotidiana - inclusive pela aversão ao trabalho - sendo que a tuberculose apresentava-se como "the last straw that breaks the camel's back" (40).

-
- (39) - Cavidalli, Prof. Attilio - Compendio di Medicina Legale. 2a. ed., Roma, Società Libraria, 1928, p. 567. Tal observação ganhou o fôro de verdade jurídica, sendo invocada em vários tratados legais datados da primeira metade deste século. Menges a esta questão encontram-se em Cid, Sobral - Psicopatologia Criminal. Lisboa, Bertrand, 1935.
- (40) - Queen, Stuart Alfred and Mann, Delbert Martin - Social Pathology. New York, Thomas Y. Crowell Company, 1928, p. 480.

A partir destas constatações, a intervenção no problema representado pela Peste Branca tornou-se um "dever social" de todos os cidadãos, favorecendo as críticas aos governos nacionais que se mostravam apáticos frente a ameaça sanitária. Na França, onde a luta contra a moléstia tardou a ganhar impulso, inúmeras foram as vozes que reclamaram contra a inexistência de sanatórios destinados ao atendimento dos contaminados mais carentes. Por isto, no ano de 1902, um médico socialista aconselhava a França a seguir o exemplo germânico, cobrando do Estado e da burguesia a "obra patriótica" de criação de sanatórios populares (41).

O resultado destas campanhas ativadas nacionalmente consistiu na criação de uma rede de casas de saúde especializadas no continente europeu. A partir de então, os sanatórios transformaram-se no ambiente próprio dos consultivos e no espaço constitutivo do saber tisiológico.

Os enfermos, por sua vez, mantinham uma atitude contraditória em relação a estes nosocêmios. Espaço organizado para a cura da tuberculose, os sanatórios também representavam a exclusão do cotidiano dos sadios. Thomas Mann e Paul Gauden, dentre outros, foram escritores que

(41) - Tartarin, Dr. A.C. - Tuberculose et Sanatorium. Paris, C. Naud, 1902, p.141. Veja-se também: Boureille, Dr. Ernest - Le Devoir Sociale des Collectivités Envers les Tuberculeux Adultes et Indigents. Neuilly, Henri Bouley, 1901.

conviveram intimamente com a moléstia, denunciando os padecimentos dos contaminados isolados nos hospitais das montanhas. Isto porque a concepção segundo a qual os timatosos eram criados de vícios produzidos ou pelo menos exponenciados pela ação bacilar, impunha que a clínica administrasse idealisticamente os sanatórios segundo o modelo gerenciador da vida em caserna. Em nome da preservação da raça, como queria o dr. Banu ou da defesa moral, como advogava o Dr. Tartarin, o diretor apropriado de uma casa de saúde era o que tivesse longa experiência como médico militar e o melhor dos pacientes era o soldado tuberculoso, pois um sabia ditar ordens e o outro obedecer rigorosamente as normas impostas pelos seus superiores (42).

A apologia da robustez física como indício da saúde moral e física, por contraste, situou a magreza corpórea e a fragilidade física como símbolos da doença e do comprometimento moral. A redefinição médica e social do tuberculoso, na segunda metade do século XIX, favoreceu a marginalização do infectado, sinalizando o isolamento sanatorial como destino último dos enfermos do peito. Neste contexto ganhou aceitação ampla a "identidade virtual" negativa e assustadora atribuída aos tísicos. Tal fenômeno não só permitiu a multiplicação dos tratamentos

(42) - Tartarin, Dr. A.C. - Oe. cit., p.56 e Banu, Dr. G. - L'Hygiène de la Race. Bucaresti et Paris, Imprimeria Nationale et Masson et Cie., 1939, p.275.

estigmatizadores impostos aos consuntivos, mas também abriu novas oportunidades para reiteração dos valores e dos comportamentos "saudáveis" que deveriam reger a sociedade moderna.

No encerramento da centúria passada, a Peste Branca e seus tributários dispunham de explicações biológicas e sociais que, guardando coerência, mostravam-se complementares. Estabelecia-se assim os meandros possíveis da história dos infectados. Uma história que teve desdobramentos inclusive no contexto brasileiro.

CAPÍTULO 3

ADMINISTRAÇÃO SANITÁRIA E TUBERCULOSE NO BRASIL



A presença da tuberculose no Brasil persiste ainda como tema repleto de dúvidas quanto a sua origem. Os poucos estudiosos que pesquisaram o pretérito sanitário nacional parecem convergir para um visão paradisiaca sobre o perfil epidemiológico das populações pré-cabralinas, repetindo as observações registradas pelos primeiros visitantes da colônia. A partir disto, a historiografia consagrhou a versão de que, antes da chegada dos europeus, os agrupamentos indígenas desfrutavam de saúde perfeita, sendo assolados por raras patologias, todas elas de pouco risco para a vida.

Em continuidade, os médicos Afrânio Peixoto, Lourival Ribeiro e Lycurgo Santos Filho, dentre outros, negam a existência da tísica junto às populações primitivas da América e em especial entre as tribos brasileiras, no momento que antecedeu ao contato com os conquistadores brancos. O antropólogo Thales de Azevedo talvez tenha sido o único pesquisador brasileiro a destoar desta tendência, lançando dúvidas sobre a inexistência da consunção entre os indígenas no período anterior ao ano de 1500 sem, contudo,

*divisor
entre o Rio
de Kars e
tuberculose
de Chegues
Europeus.*

130

chegar a qualquer conclusão mais consequente (1).

A proposta de uma América edénica, entretanto, tem sido contrariada por inúmeros estudiosos estrangeiros. Aristides Moll defende a tese que coloca a tuberculose como moléstia conhecida pelos autóctones americanos muito antes de 1492, assinalando que os Incas haviam batizado a letal enfermidade com o nome de *chaki onkay*. Outro pesquisador, o francês Mirko Grmek, também aponta para a presença da tísica no "Novo Mundo" no período que antecedeu a invasão europeia. Baseado em dados oferecidos pela paleopatologia, Grmek assinala que a infecção pulmonar apresentava-se como evento corriqueiro nos centros urbanos pré-colombianos, fazendo poucas vítimas nos agrupamentos de tamanho reduzido e que mantinham escassos contatos com as tribos maiores (2).

O certo porém, é que a moléstia firmou-se uma das principais causas de óbitos entre os indígenas a partir do século XVI, fenômeno que sugere a pouca intimidade grupal com o bacilo de Koch. A provável condição de *virgin soil* para a moléstia consuntiva - isto é, de comunidade cuja história biológica não incluía a tuberculose - fez com que os índios tornasse-

(1) - Azevedo, Thales de - "A tuberculose no Brasil pré-cabralino" Revista do Arquivo Municipal de São Paulo, 7(49):201-204, Abril de 1941.

(2) - Moll, Aristides M. - Aesculapius in Latin America. New York, Argosy-Antiquarian, 1969, p.514 e Grmek, Mirko D. - "Une grande tueuse: la tuberculose" In: - Les Maladies à L'Aube de la Civilisation Occidentale. Paris, Payot, 1983, p.268.

se indefesas vítimas da Peste Branca, resultando no desaparecimento de inúmeras organizações tribais e, na continuidade, situando a tisica como uma das principais marcas da epidemiologia continental (3).

No contexto colonial brasileiro, salienta-se que os primeiros sacerdotes que aqui aportaram, vieram não só para trabalhar por "Deus e Sua Majestade", mas também para tratar da saúde comprometida pelo mal consuntivo. Não faltam afirmações de que os padres timoratos Manoel da Nóbrega e José de Anchieta tenham sido os primeiros disseminadores da doença entre os índios, contribuindo para o decréscimo populacional entre os tupis-guaranis catequizados. Em agosto de 1557, o jesuíta Manoel da Nóbrega escrevia aos superiores pedindo novos apóstolos para atuarem na Terra de Santa Cruz, invocando seu estado de saúde como motivo do rogo:

"a mim devem-me já de ter por morto, porque ao presente fique derritando muito sangue polla hora. O medico de quá hora diz que hé vera quebrada, ora que hé do peito, hora que pode ser da cabeça: seja donde for, eu o que mais sinto hé ver a febre ir-me gastando pouco a pouco" (4).

A recorrência ao africano escravizado permitiu que um novo grupo provavelmente não tuberculizado chegasse ao Brasil, sendo que os negros, em pouco tempo, tornaram-se as

(3) - Crosby Jr., Alfred W. - The Columbian Exchange. 4th. ed., Westport, Greenwood, 1977, p.37.

(4) - Leite, Serafim - Cartas dos Primeiros Jesuítas do Brasil. São Paulo, Comissão do IV Centenário, 1957, vol. VI, p. 404.

negros
vítimas de
fatal tísica

principais vítimas da fatal tísica. As condições de vida e de trabalho impostas aos cativos favoreceram a disseminação da moléstia entre os africanos e seus descendentes brasileiros, induzindo vários pesquisadores a pontificarem que a tuberculose imperava entre os negros pelas características próprias da biologia racial. Outros estudiosos, entretanto, preferem creditar o ailastramento da tímateose entre os negros ao excesso de trabalho, à dieta alimentar precária, ao alcoholismo e também ao consumo de maconha (5). No século XIX, a consunção continuou a se ailastrar entre a comunidade escravizada. Na pintura intitulada *Mercado da Rua do Valongo*, Debret retratou um grupo de negros abatidos, apáticos e magérrimos, elementos que permitiram a um tisiologista reconhecer que tais personagens apresentavam traços típicos de infecção pelo bacilo de Koch (6).

A continuidade dos estragos atribuídos a moléstia pulmonar passou a chamar a atenção das autoridades públicas, especialmente após o estabelecimento da família real portuguesa no Rio de Janeiro. A doença que tanto os leigos quanto os clínicos denominavam de "fraqueza do peito",

(5) - Santos Filho, Lycurgo - História Geral da Medicina Brasileira. São Paulo, Hucitec e Edusp, 1977, vol. I, p.101.

(6) - Debret, Jean Baptiste - Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil. São Paulo e Belo Horizonte, Edusp e Itatiaia, 1970, tomo I, p.258 e Ribeiro, Lourival - A Luta Contra a Tuberculose no Brasil. Rio de Janeiro, s.c.p., 1956, p.38.

"chaga nos bofes" e "sangue pela boca" aumentava o número de seus tributários, exigindo respostas dos especialistas na saúde urbana.

O médico Francisco de Mello Franco foi um dos primeiros esculápios que examinou a "febre hética" no contexto nacional, assinalando que o *morbus* anualmente roubava um significativo número de vidas da população brasileira. Reproduzindo os ensinamentos ministrados pela medicina europeia do tempo, o Dr. Mello Franco confundia a tuberculose com a febre resultante da infecção, concluindo que o melhor tratamento disponível para o pectário baseava-se no quinino, no ópio e também em sucessivas sangrias, pois o clínico acreditava que "no sangue possa existir a principal causa excitante da febre" (7).

As dificuldades hipocráticas em limitar o avanço da tísica no terreno da Corte fazia com que os doentes recorressem a uma multiplicidade de remédios, na tentativa de recuperar a saúde. Além das sangrias que eram praticadas inclusive pelos cirurgiões negros que trabalhavam nas calçadas, os cariocas faziam uso de alguns elementos da flora nativa, como por exemplo chás preparados com folhas de goiabeira, jataí e

(7) - Franco, Francisco de Mello - Ensaio Sobre as Febres. Lisboa, Academia Real de Sciencias, 1829, p.133. Meio século depois, um outro estudo, assinado pelo Dr. João Vicente Torres Homem, buscou reproduzir as mesmas conclusões de Mello Franco: As Febres do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Livraria Classica, 1877, p.179-183.

cipó-chumbo, ingerindo também grandes quantidades de mocotó e de leite de cabra e de jumenta, como reconstituíntes pulmonares.

A procura pelas enfermarias hospitalares era evitada, não só devido ao medo que os recintos nosocomiais inspiravam naquele período, mas sobretudo pela escassez de leitos, fato que ditava a demora na obtenção de assistência médica. Quando a chance aparecia, os fimbrosos eram instalados em camas avizinhas aos catres das vítimas de outras patologias, favorecendo o mortal intercâmbio de moléstias que geralmente levavam à óbito os hóspedes das casas de Saúde. Por isto, no ano de 1840, a Santa Casa do Rio de Janeiro estabeleceu uma enfermaria exclusiva para o atendimento dos doentes do peito, originando-se daí o interesse pela construção de um hospital relativamente afastado do centro urbano e destinado a receber unicamente os pacientes tuberculosos. Somente em 1886 foi que as autoridades sanitárias do Império buscaram seguir, pelo menos parcialmente, o modelo preconizado na Europa, fazendo entrar em atividade o primeiro nosocômio especializado na assistência aos tísicos, localizado no subúrbio de Cascadura. A vida do hospital, porém, prolongou-se por apenas duas décadas, momento em que a unidade foi desativada, alegando-se a escassez de donativos públicos e privados como motivo causador da suspensão das atividades

*de hospital
nosocômio
de tísicos
desativado*

médicas (8).

De qualquer forma, a partir de meados do século XIX, praticamente todas as famílias cariocas contavam com pelo menos um de seus membros assaltado pela corrupção do peito. Espelhando os receios produzidos pela ampla disseminação da moléstia, o clínico João Vicente Torres Homem ocupou muitas de suas preleções na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro com a análise dos danos individuais e coletivos causados pela tísica. No ano de 1882, quando o Dr. Torres Homem publicou a síntese dos cursos que havia ministrado nas duas décadas anteriores, o médico enfatizou que nunca a tuberculose havia feito tantas vítimas no território brasileiro quanto naquele período, declarando ainda que a Festa Branca se transformara no principal flagelo sanitário que ameaçava os habitantes da capital do Império.

O interesse em esclarecer os elementos determinantes do mal consuntivo levaram o catedrático da academia médica a buscar apoio nas doutrinas vitalista e miasmática vigentes no início da centúria para ensinar que o clima quente e úmido do Rio de Janeiro malcomunava-se com os mecanismos da hereditariedade, com o alcoholismo e com o aleitamento mercenário para propiciar a rápida expansão do reino da tísica. Neste encaminhamento de idéias, o Dr. Torres Homem mostrou-se pouco convencido das recentes descobertas

(8) - Ribeiro, L. - Og. cit., p.51.

microbianas, observando que:

"Entre o povo brasileiro, principalmente nas camadas sociais menos esclarecidas, está enraizada a opinião de que a phthisica pulmonar é muito contagiosa".

O pressuposto da timatose configurar-se como moléstia disseminada de um indivíduo para outro era indicado como elemento próprio da cultura tradicional dos povos ibéricos. Entretanto, a multiplicação dos debates realizados na Europa acerca da validade das propostas pastorianas parece que plantou uma semente de dúvida nas exposições do professor de Clínica Médica que, tocado pela indecisão, buscou conciliar seus posicionamentos com alguns pontos da inovadora medicina de Pasteur:

"Quem sabe se o ar expirado pelo phthisico não contém parcelas nocivas, que, sendo absorvidas pelos pulmões de um indivíduo são, podem n'elles provocar um trabalho inflammatorio lento e gradualmente destruidor! Quem sabe se o suor do phthisico em contacto com a pele de quem está bom é absorvido pouco a pouco e serve de veículo à diathese tuberculosa! Quem sabe se este mesmo suor, transformado em vapor aquoso pela evaporação, não entra no organismo de quem convive com o doente, por meio da inalação pulmonar!" (9).

Transcorrido pouco mais de uma década desde a publicação do texto das aulas ministradas pelo Dr. Torres Homem, ainda a comunidade médica nacional revelava-se pouco resoluta em aceitar os pressupostos microbianos. Repetindo o movimento que ocorria em escala mundial, a escola médica do Rio de Janeiro postava-se como guardião incondicional da tradição

(9) - Homem, Dr. João Vicente Torres - Licções de Clínica Médica. Rio de Janeiro, Lopes do Couto & C., 1882, vol. I, p.369 e 361.

hipocrática, sendo que, no ano de 1894, raros eram os lentes daquela faculdade que assumiam a tuberculose enquanto enfermidade de caráter infecto-contagioso. Os lentes mais arrojados expressavam cautela, pontificando que a Peste Branca era causada tanto pela inflamação dos tecidos quanto pela ação bacilar, conseguindo com isto mostrarem-se inteirados dos recentes debates que vinham agitando a medicina positivista europeia e, ao mesmo tempo, fugirem do confronto com os decanos da clínica e da Saúde Pública nacionais (10).

No resto do país, o mesmo clima de indecisão bafejava as exposições especializadas. Em São Paulo, por exemplo, o cirurgião Luiz Philippe Jardim, diretor do Hospital Militar, ensinava que a consunção era fruto da determinante hereditária e também do contágio. Ainda segundo o Dr. Jardim, o principal meio de infecção era o intercurso sexual, alegando que suas experiências apontavam para as mucosas genito-urinárias como o principal reservatório do bacilo identificado por Koch (11).

(10) - Freitas, Octávio de - Minhas Memórias de Médico. São Paulo, Editora Nacional, 1940, p.89.

(11) - Jardim, Dr. Luiz Philippe - Elementos de Higiene Militar. São Paulo, Typographia Paulista, 1894, p. 145.

A tuberculose como questão pública

O advento do regime republicano incentivou os debates que resultaram na elaboração de um projeto nacional modernizante e calcado nos modelos representados pelos chamados "países civilizados". Neste processo, a Saúde Pública foi considerada um dos principais setores onde a administração governamental deveria intervir, já que, segundo os ideólogos do período, o padrão sanitário predominante no momento imperial depunha contra a qualidade da "raça brasileira", minando o espírito coletivo compromissado com os interesses nacionais. A definição do Brasil como um "vasto hospital" exigia a imediata intervenção sanitária, estabelecendo as possibilidades e os limites da "regeneração" da força de trabalho autóctone, assim como a atualização disciplinadora da sociedade brasileira. São Paulo, neste contexto, destacou-se (12).

*Intervenção
nacional
intervençal
circunstancial*
A intervenção oficial na esfera higiênica, entretanto, realizou-se basicamente nos espaços urbanos situados nas cidades mais ricas da federação, especialmente as metrópoles carioca e paulista e, secundariamente, outras.

(12) - Sobre o modelo paulista de gerenciamento das questões pertinentes à Higiene Pública, veja-se: Blount, John Allen - The Public Health Movement in São Paulo, Brazil. Ann Arbor, Xerox University Microfilm, 1971; Greenfield, Gerald M. - "The development of the underdeveloped city: public sanitation in São Paulo, Brazil, 1895-1913" Luso-Brazilian Review 17(1):107-118, Summer 1980 e Merhy, Emerson Elias - O Capitalismo e a Saúde Pública. Campinas, Papirus, 1983.

capitais estaduais que tinham sofrido sensível aumento populacional nas últimas décadas do século XIX, tais como Recife, Salvador e Porto Alegre. A necessidade de limitar os prejuízos causados pelo conjunto de enfermidades que teria o corpo social tinha como elemento incentivador a urgência de dinamizar a circulação de homens e mercadorias, itens vitais para o bom funcionamento de uma economia baseada no esquema agrário-exportador. Isto porque, as doenças que assolavam as urbes brasileiras e especialmente as áreas portuárias inibiam a chegada de novos contingentes de imigrantes, afugentando igualmente os negociantes que buscavam estabelecer laços econômicos com o país.

Nesta circunstância, o governo federal e as autoridades estaduais buscaram conter o avanço das endemias e das epidemias que periodicamente ameaçavam o cotidiano das metrópoles, dispensando verbas e servidores para o combate da febre amarela, da varíola, da peste bubônica e da febre tifóide. O fato da Peste Branca ser reconhecida como uma das patologias que mais ceifava vidas no espaço citadino não foi suficiente para motivar os administradores da Primeira República a elaborar dispositivos de combate a uma molestia que, se amplamente disseminada, ainda não dispunha de estratégias preventivas e curativas de aceitação geral pela corporação médica. Assim, diferentemente das demais enfermidades que assolavam as urbes, a tísica não contou com as atenções e os recursos oficiais, fazendo com que a

} sociedade assumisse as tarefas de criação e de patrocínio das instituições que tinham o objetivo de prevenir o contágio e amparar os tuberculosos pobres (13).

A aparente apatia governamental frente à doença dos pulmões foi quebrada no ano de 1907, quando Oswaldo Cruz propôs ao Congresso Nacional a aprovação de uma lei que estabelecia a obrigatoriedade clínica de notificação dos casos de tuberculose, e criação de um serviço especializado na enfermidade e ainda a ocupação de um inexistente sanatório que o higienista acreditava que a Marinha havia construído em Campos do Jordão. O prestígio de médico que havia saneado o ambiente carioca e a autoridade emanada do cargo de diretor geral do Departamento Nacional de Saúde não foram suficientes para que os políticos apadrinhassem a proposta cruziana. Ainda impressionados com as cenas que marcaram a Revolta da Vacina, os representantes do povo rejeitaram o projeto elaborado pelo comandante do Instituto de Manguinhos (14).

Projeto rejeitado

-
- (13) - Torres, Dr. Theophilo - La Campagne Sanitaire au Brésil. Paris, Société Générale d'Impression, 1913, p.75.
- (14) - Guerra, E. Sales - Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Vecchi, 1940, p.349 e Meihy, José Carlos Sebe e Bertolli Filho, Claudio - História Social da Saúde. São Paulo, Cedhal-USP, 1990.

A proposta assistencial paulista

*São Paulo
Inauguração
Social e Médica
Internacional*

Deu ao estado de São Paulo a função inauguradora do movimento social de combate à tuberculose. A condição de área mais rica do país somou-se ao fato da terra bandeirante conviver com a moléstia do peito desde o início da ocupação da capitania, quando a "peste de priorizes" tornou-se doença comum nos redutos indígenas, mantendo-se como algoz constante da gente paulista (15).

O incremento da imigração europeia para a "terra do café" deu nova dimensão à ameaça tísica. Por isto, no ano de 1887, o inspetor geral da Higiene da Província chamou a atenção para o número de doentes pulmonares que existiam em São Paulo, informando que estes procuravam a terra bandeirante pela fama terapêutica das áres locais (16).

A tuberculose se apoderava a passos largos da "metrópole do café", fazendo mais de 500 óbitos notificados no último quinquênio do século passado. Neste contexto, o higienista Emílio Ribas - diretor do Serviço Sanitário estadual entre os anos de 1898 e 1917 - mostrou-se sensível ao avanço da

(15) - Souza, R. de Paula - "Evolução histórica da tuberculose no Brasil" Revista Paulista de Tisiologia 6 (4):241, Julho-Agosto de 1940.

(16) - Arruda, Dr. Marcos de Oliveira - "Relatório apresentado à Exma. Inspector Geral de Hygiene do Império pelo Inspector da Hygiene da Província de São Paulo". Archivos de Hygiene e Saude Pública 1(1); 103, Junho de 1936.

Peste Branca, convidando o clínico carioca Clemente Ferreira para transferir-se para a cidade de São Paulo e aqui iniciar a primeira campanha nacional contra a moléstia de Koch.

Os motivos que levaram o Dr. Ribas a escolher Clemente Ferreira para a tarefa em questão deveu-se provavelmente ao interesse demonstrado pelo médico carioca em combater à Peste Branca. O Dr. Ferreira havia se graduado em medicina no Rio de Janeiro, apresentando no ano de 1882 uma tese sobre a "phthisica pulmonar", mas pouco depois mudou o rumo de sua especialização, dedicando-se à área que mais tarde ganharia a denominação de pediatria. Na seqüência, o médico recém-formado encontrou colocação como assistente da clínica de moléstias infantis da Policlínica da antiga Corte, sendo que, ainda na década de 80 do século passado, o Dr. Ferreira assinou um ensaio que analisava as qualidades climatoterápicas de Campos do Jordão e as possibilidades de organização da luta contra a moléstia pulmonar, fato que certamente despertou a atenção do diretor da Higiene paulista (17).

O facultativo estabeleceu residência em São Paulo no ano de 1896, ocupando a função de "médico de crianças" e, dois anos depois, o cargo de direção do consultório de lactantes do Serviço Sanitário estadual. Paralelamente, o clínico carioca

(17) - ---- Clemente Ferreira. São Paulo, Secretaria de Saúde Pública e da Assistência Social, 1957, p.1-2.

*Julho de 1899
Associação
de Sanatórios
Populares
para Tuberculosos*

foi incumbido de sensibilizar seus pares e os principais representantes da elite regional para a organização de um entidade filantrópica de combate à peste consuntiva. Fruto dos esforços conjugados do funcionário e do diretor geral da Saúde Pública, no mês de julho de 1899 surgiu a Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos, a qual teve Clemente Ferreira como único presidente, desde a sua fundação até o ano de 1945, quando o patrono dos tisiologistas de São Paulo, muito adoentado, afastou-se da administração da entidade.

Os objetivos iniciais desta instituição seguiam de perto as propostas expressas na carta de fundação da Verein für Volksheilstätten, sediada em Munique. Com isto, o Dr. Ferreira buscou reproduzir no contexto nacional a experiência germânica, empenhando os primeiros anos de vida da Associação no levantamento de recursos suficientes para a construção de um sanatório popular em Campos do Jordão, de um dispensário na cidade de São Paulo e ainda para a organização de um movimento educativo e de prevenção ao contágio fílmotoso (18).

Apesar dos esforços do Dr. Ferreira, para que a entidade contra a tísica cumprisse seu programa de ação, em pouco tempo a luta contra a Peste Branca deixou de ser novidade,

(18) - Ferreira, Dr. Clemente - "Le mouvement antituberculeux au Brésil" Tuberculosis 2(7):313, sem indicação de ano de publicação (c.1909).

Tudo o triste
vive no lado
mais com que os
homens se vejam
que falam, com a voz
de fogo, em cada vez
que falam.

fazendo com que as doações filantrópicas tornassem-se cada vez mais anêmicas. A disponibilidade de recursos extremamente limitados exigiu que, já no primeiro ano deste século, a Associação corrigisse seus compromissos, centrando seus trabalhos no estabelecimento de um dispensário especializado, o qual deveria seguir a pluralidade de ações preconizada pelo médico e nobre escocês Robert Philip, idealizador dos primeiros postos de atendimento à parcela do proletariado atingida pelo bacilo consuntivo.

Na série de alterações, a partir de 1903, a organização ferreiriana foi rebatizada com a designação de Liga Paulista Contra a Tuberculose, a qual adotou os serviços dispensariais como eixo central da assistência aos infectados. Apesar disto, a concepção que estipulava o isolamento dos consuntivos em recintos sanatoriais manteve-se como ideal máximo da instituição, permanecendo como matéria crítica no relacionamento da Liga com a administração pública estadual (19).

Nesta sequência das atividades, a Liga Paulista Contra a Tuberculose rompeu relações com o Serviço Sanitário, colocando em campos opostos os diretores de ambos os órgãos.

(19) - Até o ano de 1930, Clemente Ferreira redigiu mais de uma centena de artigos onde insistia na necessidade do governo estadual patrocinar a instalação e o funcionamento de uma ampla rede de sanatórios. Alguns destes textos encontram-se em: Ferreira, Dr. Clemente - Discursos e Conferências 1892-1939. São Paulo, Typographia Rossolillo, s.d..

Atraído para São Paulo para atuar junto à administração da Saúde Pública, o Dr. Ferreira mostrou-se sempre reticente em reconhecer o apoio que o Dr. Ribas oferecia à Liga, alijando o nome da instituição governamental dos relatórios, palestras e artigos que publicava sobre os esforços regionais contra a disseminação da Peste Branca.

Apesar da pouca clareza dos motivos que alimentaram o conflito entre os dois esculápios, suspeitava-se que a continuidade de atritos deveu-se principalmente à pretensão personalista do "médico de crianças". Desde o surgimento da Associação, o clínico levantou a bandeira da campanha que visava construir um sanatório popular em Campos do Jordão, o qual deveria ser financiado pelo governo estadual, mas ficar subordinado ao movimento filantrópico e não ao Serviço Sanitário. Emílio Ribas, por sua vez, opôs-se a esta proposta, designando dois de seus mais fiéis assessores para a elaboração de um projeto relativo ao estabelecimento de uma casa de saúde especializada no estado de São Paulo. O resultado foi a publicação, no ano de 1899, de um extenso documento em cuja página de apresentação o Dr. Ribas advogava que o Brasil deveria imitar o exemplo dos países onde o gerenciamento da luta contra a tuberculose era encargo exclusivo da alta direção do Serviço Sanitário (20).

(20) - Godinho, Dr. Victor e Alvaro, Dr. Guilherme - Tuberculose. São Paulo, Serviço Sanitário do Estado, 1899, p.4.

No relatório publicado pela Saúde Pública, os médicos Victor Godinho e Guilherme Alvaro informaram que a tísica era responsável por não menos que 7% dos óbitos notificados no estado de São Paulo, taxa que tenderia a se ampliar caso nada fosse feito para limitar a disseminação da doença pulmonar. Alegando que a infecção consuntiva era moléstia facilmente curável, os Drs. Godinho e Alvaro acrescentaram que a administração estadual deveria instalar em regime de urgência um nosocômio especializado em Campos do Jordão, não só porque o clima das montanhas era indicado para o tratamento dos fímatosos, mas também porque o local era de difícil acesso, protegendo os sadios contra a contaminação bacilar.

Nas conclusões deste estudo, entretanto, os higienistas confessaram-se descrentes da necessária agilidade oficial em custear a construção e o funcionamento de um sanatório na Serra da Mantiqueira. Por isto, depois de preencher quase uma centena de páginas onde o hospital para tuberculosos constituía-se em principal tema, os médicos do Serviço Sanitário surpreenderam ao concluir que:

"O phthisico pode curar-se em sua casa, desde que a transforme em um pequeno Sanatorio, ou desde que faça e use nella tudo o que teria de fazer e usar no Sanatorio" (21).

A intromissão dos inspetores sanitários oficiais nos debates sobre a construção de uma casa de saúde para os tísicos

(21) - Idem, p.98.

paulistas parece que desagradou o Dr. Ferreira, que insistia que a luta contra a tuberculose deveria ser comandada exclusivamente pela Liga que dirigia. Em consequência, o tisiologista respondeu à proposta oficial através da composição de um outro relatório, datado do ano de 1900. Neste documento, parece que Clemente Ferreira tentou definir as áreas de influência da Liga Paulista contra a Tuberculose e do Serviço Sanitário: apesar de reclamar da paternidade da idéia de instalação de um hospital em Campos do Jordão, o Dr. Ferreira abriu mão desta iniciativa, atribuindo ao Estado a tarefa de erguimento e administração do nosocomio, exigindo em troca a construção de uma estrada de ferro que ligasse a estação de cura das montanhas com o Vale do Paraíba. A Liga, por sua vez, ficaria com o compromisso de patrocinar os serviços dispensariais na cidade de São Paulo, assim como levar avante o projeto de criação de um orfanato para os filhos dos consuntivos e também estudar a possibilidade de estabelecimento de um sanatório nas cercanias da capital paulista.

Mesmo que cada palavra assinada pelo clínico deixasse a impressão que o médico buscava se reconciliar com a Saúde Pública estadual, o Dr. Ferreira não se furtou de criticar uma vez mais seus superiores do Serviço Sanitário, respondendo à proposta oferecida, no ano anterior, pela instituição oficial:

"O isolamento domiciliar é, porém, uma ilusão, principalmente nas classes pobres. (...) Nem pavilhões, nem isolamento methodico; a maior parte succumbe mesmo em seus domicílios à máquia de recursos therapeuticos, baldos de um tratamento hygienico efficaz e com plena liberdade de infeccionar todos que com elles coabitam. (...) O tractamento proficuo dos tuberculosos é uma utopia nas condições em que nos achamos" (22).

Concomitantemente ao pronunciamento do diretor da Liga Paulista, o comandante do Serviço Sanitário enviou o Dr. Victor Godinho à Europa, para que visitasse os principais sanatórios da Alemanha, Suíça e França e se familiarizasse com os compromissos básicos que regiam as atividades e a rotina dos hospitais que atendiam os fracos do peito. Depois de permanecer por mais de um ano no "Velho Mundo", o assessor dileto de Emílio Ribas retornou ao Brasil, apresentando um novo relatório oficial que, como o anterior, contou com uma edição de 10 mil exemplares, sendo distribuído prioritariamente entre os grupos de políticos do estado, até mesmo para os vereadores dos menos expressivos municípios do estado (23).

Neste documento, o Dr. Godinho retomou quase que todas as idéias que haviam sido examinadas no texto preparado em 1899. Uma das raras novidades constantes neste segundo relatório governamental refere-se à proposta de criação de sanatórios pré-fabricados e de teto móvel, visando assim não só facilitar o aproveitamento da ação desinfectante dos

(22) - Ferreira, Dr. Clemente - Tuberculose e Sanatórios. São Paulo, Typographia Brasil, 1900, p.5-12.

(23) - Godinho, Dr. Victor - Sanatórios e Tuberculose. São Paulo, Typographia do Diário Oficial, 1902.

raios solares como também viabilizar a rápida transferência da casa de saúde de um local para outro. O estranho de tudo: tal idéia não foi resultado do estágio que o médico brasileiro cumpriu na Europa, mas sim produto de um projeto elaborado no Brasil e assinado pelo próprio Dr. Emílio Ribas.

Mais do que a ausência de sugestões que eventualmente tivessem sido colhidas nos centros tisiológicos europeus, o que chama a atenção neste texto que leva a marca do Serviço Sanitário é a aparente redefinição dos postulados que impregnavam os discursos oficiais anteriores ao ano de 1902, os quais reiteravam que o melhor local para a instalação de um sanatório consistia na área de Campos do Jordão. Para a surpresa de todos, a partir de então o Dr. Godinho passou a afirmar que a tentativa de instalação de um hospital na Serra da Mantiqueira era uma "empreza envilecida", indicando os arredores da capital dos paulistas e "até o município de São Roque" como regiões ideais para a instalação de uma unidade de isolamento dos tísicos pobres. Com isto, a equipe do Dr. Ribas apropriou-se das sugestões apresentadas dois anos antes por Clemente Ferreira, esclarecendo que o estabelecimento de um sanatório na Serra da Mantiqueira era uma idéia economicamente desarrazoada:

"pensamos que a excellencia, não discutida nem discutível, do clima de Campos do Jordão, não basta para que o estado de São Paulo empreenda a construção de uma estrada de ferro para aquellas regiões, só para

que se construa o Sanatorio para tuberculosos" (24).

Transposta mais de uma década desde o inicio do conflito higienista, os jornais anunciaram a organização de uma empresa que tinha como objetivo construir um caminho de ferro que ligaria o distrito de paz de Campos do Jordão, na comarca do município de São Bento do Sapucaí, à cidade valeparaibana de Pindamonhangaba, acrescentando que a mesma companhia pretendia estabelecer uma vila sanitária e um sanatório para tuberculosos na região serrana. Pouco depois, o Congresso Estadual aprovou o projeto, concedendo aos empreendedores o direito de explorar uma faixa de 15 quilômetros de cada lado do eixo da linha férrea, garantindo também os juros de 5% sobre o capital inicial da companhia, o qual era inicialmente de 3 mil contos, logo em seguida aumentado para 4 mil. Os concessionários da empresa organizaram então a Sociedade Anonyma Estrada de Ferro Campos do Jordão, aparecendo como principais acionistas os nomes de Emilio Ribas e de Victor Godinho (25).

(24) - Idem, p.72. É necessário levar em consideração que a localização de sanatórios populares na periferia das metrópoles europeias era fato comum desde o final do século passado. Sobre isto, veja-se: Ilvento, Arcangelo - "Provvidenze statali per la tubercolosi extrapulmonare" In: Donati, Mario - La Tubercolosi Extrapolmonare. Milano, A. Wassermann & C., 1936, vol. 1, p.491-512.

(25) - Athayde, Marcondes - "Emilio Ribas e a Estrada de Ferro Campos do Jordão" Archives de Hygiene e Saude Publica 1(1):43, Junho de 1936. Acresce-se o fato que o Dr. Ribas era natural de Pindamonhangaba, onde possuía extensos lotes de terra.

A novidade chegou aos ouvidos do Dr. Ferreira que incumbiu-se de disseminar ainda mais a notícia de o governo ter concedido os direitos de construção e exploração da estrada de ferro e do sanatório aos dois funcionários que, anos antes, tinham persuadido as autoridades a não levar avante tais projetos. De maneira sutil e persistente, o diretor da Liga Paulista abordou o caso por repetidas vezes, passando a mencionar com frequência o nome do Serviço Sanitário, inclusive no decorrer de seu pronunciamento na Conferência Internacional sobre a Tuberculose, realizada em Londres, em agosto de 1913:

"Drs. Emilio Ribas and Victor Godinho, respectively Director and functionary of the State Sanitary department, are in course of establishing, thanks to several Government favours, a model sanatorium and a sanitary village in the locality called 'Campos do Jordão', where the climatic conditions, mild and agreeable, are favourable to the treatment of tuberculosis" (26).

*Por situações como esta, a Liga Paulista Contra a Tuberculose foi relegada a um isolamento que estimulou seu diretor a se lançar em uma campanha que associava a realização de obras de apoio aos pectários com a continua cobrança de medidas oficiais e filantrópicas para a limitação da Peste Branca. Muitas das páginas da revista *Defesa Contra a Tísica* - publicada irregularmente entre 1902 e 1914 e dirigida por Clemente Ferreira - foram preenchidas com a*

(26) - Ferreira, Dr. Clemente - "The latest progress of the anti-tuberculosis fight in Brazil" International Conference on Tuberculosis, São Paulo, Vanorden, 1913, p.5.

reprodução de memorandos expedidos pela Liga Paulista e encaminhados ao presidente do estado e aos responsáveis pelos hospitais paulistas, exigindo a instalação de sanatórios, a criação de pavilhões exclusivos para os pacientes timatosos nas Santas Casas e a organização de serviços de desinfecção das residências onde existiam tuberculosos.

Além de sua função social, a Liga Paulista realizava palestras e conferências sobre a tuberculose.

Paralelamente a isto, a Liga Paulista manteve um contínuo trabalho de divulgação dos princípios higiênicos que afastavam o perigo do contágio tísico. O Dr. Ferreira fez publicar dezenas de panfletos educativos e cartazes que visavam orientar a população sobre a infecção, reservando para a elite intelectual continuas palestras e conferências, nas quais eram discutidos os princípios clínicos e terapêuticos que orientavam a tisiologia europeia.

Neste contexto, é fácil perceber que a seleção dos palestristas e dos temas abordados era uma tarefa exclusiva do diretor da instituição. A análise das palestras publicadas na *Defesa Contra a Tísica* deixa claro que alguns tópicos foram praticamente abolidos das discussões, tais como as pálidas medidas oficiais contra a enfermidade e também o papel desempenhado pela miséria econômica, pela prostituição e pelo alcoolismo na disseminação da tuberculose (27).

(27) - Estes temas marcavam presença constante nas publica-

Liga Paulista Contra a Tuberculose

Até mesmo os recursos terapêuticos empregados pela medicina, só ganhavam fôro de discussão mediante a aprovação de Clemente Ferreira. No transcorrer da primeira década deste século, o tisiologista era acirrado defensor das propriedades curativas e preventivas da Tuberculina de Koch, não sendo por acaso que muitas das reuniões públicas promovidas pela Liga Paulista versaram sobre o tema. Como exemplo tem-se a série de palestras proferidas pelo clínico carioca Oliveira Botelho, as quais foram amplamente divulgadas pela associação ferreiriana, inclusive porque reproduziam fielmente as idéias esposadas pelo presidente da instituição (28).

Liga Paulista Contra a Tuberculose

Mesmo contando com as idiossincrasias de seu diretor e com o prosseguimento dos choques entre este e a administração sanitária estadual, a Liga Paulista Contra a Tuberculose conseguiu inaugurar e manter um conjunto de dispositivos que se transformaram em órgãos modelares da luta brasileira contra a tísica. Na seqüência de suas atividades, a Liga instalou, no ano de 1904, o primeiro dispensário destinado

às tuberculoses

cações estrangeiras voltadas para a luta contra a tísica. Toma-se como referência o periódico *La Tuberculosis*, editado no Uruguai nas duas primeiras décadas deste século e considerado revista modelar para as campanhas contra a consunção.

(28) - Botelho, Dr. J. de Oliveira - O Problema Social e Scientifico da Tuberculose. São Paulo, Casa Barraux, 1910 e Ferreira, Dott. Clemente - "La terapia della tubercolina" 7o. Congresso Internazionale Contro la Tubercolosi. São Paulo, Casa Graphica, 1912.

*... Jose
... prof.
... Drs. Jún
... Cláus
... Ferreira
... Pedro*

ao atendimento dos fimatosos pobres, no contexto nacional. Pouco depois, foi criada a Obra de Preservação dos Filhos dos Tuberculosos Pobres, movimento apoiado pelas damas da sociedade paulista e que tinha como objetivo patrocinar a construção de um albergue para os filhos dos infectados, resultando no estabelecimento de um preventório infantil na cidade de Bragança Paulista. Na década de 20, coube ainda à Liga a construção e manutenção do Sanatório São Luiz que, localizado no município de Piracicaba, funcionou por apenas um lustro, sendo desativado no ano de 1931, devido à insuficiência de verbas.

*X-DR
Luzia*

Na sucessão das tarefas, a associação ferreiriana fez de tudo um pouco: educação sanitária, vigilância dos "grupos de risco", testes com as drogas anunciadas como curativa dos pulmões, formação de tisiologistas, cirurgias torácicas, assistência clínica e amparo social. Neste contexto, nem sempre a sociedade paulistana percebeu com bons olhos as atividades desenvolvidas pela Liga, especialmente no que se referia ao funcionamento do ambulatório para tuberculosos em um prédio localizado na rua Líbero Badaró, no coração da Paulicéia.

Movido pelos protestos dos ocupantes sedios do edifício que abrigava o posto de atendimento aos fimatosos, Clemente Ferreira conseguiu doações suficientes para construir um prédio próprio para acomodar todas as atividades

desempenhadas pela Liga, em um terreno localizado na parcela inicial da rua da Consolação. Imediatamente os moradores da área, motivados pela tisiوفobia reinante, organizaram um movimento contrário à transferência da unidade de tratamento dos tuberculosos para as proximidades da Vila Buarque e da Santa Cecília, situação que exigiu a interferência de várias comissões que passaram atestados onde declaravam que o dispensário não representava perigo contagioso para os moradores daquela parte da cidade (29).

*Decreto
25 de outubro de 1909*

Mas, tudo o que vinha sendo feito em favor dos pectários ainda era pouco para conter o avanço da Peste Branca no estado de São Paulo. Apesar dos esforços coordenados pela Liga e ainda a entrada em funcionamento do Sanatório Vicentina Aranha - inaugurado no ano de 1924, em São José dos Campos -, no encerramento da década de 20, a tuberculose estava amplamente disseminada na região, especialmente na cidade de São Paulo. Na capital bandeirante, onde a notificação clínica dos óbitos era muito mais frequente que no resto do estado, os índices de morte pela consunção apresentavam-se altos e estáveis, sendo que no primeiro ano deste século a taxa de mortalidade pela tisica era de 86,7 por 100 mil habitantes, enquanto que, em 1929, o mesmo índice assinalava 79,6 (30).

(29) — "A collocação do dispensario modelo 'Clemente Ferreira'" Defesa Contra a Tisica 8(1):59-96, Janeiro-Julho de 1909.

(30) — Mascarenhas, Rodolfo dos Santos - Contribuição Para o Estudo da Administração dos Serviços Estaduais de

Neste último momento, Clemente Ferreira denunciou as dificuldades de sobrevivência da Liga Paulista, informando que a elite local pouco contribuía com donativos para a luta contra a moléstia consuntiva. Na ausência da generosidade dos "ricos", o clínico disse ter encontrado apoio junto aos "mais humildes", os quais patrocinavam as atividades da Liga mediante a aquisição dos "selos sanitários" instituídos no Brasil pelo próprio Dr. Ferreira, no início da década de 20. Confessando que era "transparente a pouca sympathia que desperta a cruzada contra o inimigo mais temeroso da raça humana", o tisiologista levantou sua voz para uma vez mais acusar a negligência governamental frente à moléstia que corroeu os pulmões:

"Por seu turno a acção oficial tem sido até aqui por demais apagada, para não dizer nulla, e entretanto indispensável se faz uma campanha de tão grande porte, no manejo de um problema de tanta complexidade e polymorphismo, a assistência financeira efficaz do Poder Público, pois, como já affirmou Calmette, a solução do problema da tuberculose é uma questão de dinheiros" (31).

Tuberculose em São Paulo. São Paulo, Tese de Catedra apresentada à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1953, p.160.
 (31) - Ferreira, Dr. Clemente - Relatório do Exercício de 1929. São Paulo, Liga Paulista Contra a Tuberculose, 1930, p.3. A origem europeia dos "selos" contra a tuberculose foi tema estudado em: Dassertine, D. e Faure, O. - Combattre la Tuberculose. Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1988, especialmente p.133-138.

O Brasil é o modelo paulista

*Menor de
afiliação
nos estados
na luta contra
a tuberculose
no Brasil
é que
o governo
do Rio
não
faz
nada*

Apesar de todas as dificuldades de sobrevivência e atuação registradas na trajetória da Liga Paulista Contra a Tuberculose, a iniciativa bandeirante serviu durante toda a República Velha como paradigma inspirador das demais campanhas estaduais centradas na Peste Branca. A criação de uma entidade de combate à doença pulmonar em São Paulo foi reproduzida em outras unidades da federação, que de regra, apontavam as ações comandadas por Clemente Ferreira como responsáveis pelo presumível baixo índice de mortalidade consuntiva na capital industrial do país. Assim, exagerando nos dados apresentados, o Serviço Sanitário de Pernambuco fez constar em seu relatório do ano de 1926, uma série de dados estatísticos onde ficava assegurado que São Paulo era a cidade "menos assolada" pela tuberculose do país, informando também que a capital paulista se incluía entre as mais salubres metrópoles do mundo, com um coeficiente de óbitos por tuberculose bem inferior aos de Montevidéu, Paris, Viena, Roma e Madri (32).

De qualquer forma, os governos federal e estaduais mantiveram-se alheios aos movimentos regionais de combate à tísica, mesmo no tocante ao Rio de Janeiro. Na capital da

(32) - Medeiros, Amaury - Saúde e Assistência. Recife, Serviço Sanitário do Estado, 1926, p.98. Veja-se ainda: Freitas, Professor Octávio de - Histórico da Luta Anti-Tuberculosa em Pernambuco. Recife, s.c., 1948.

República, a criação da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, poucos meses depois da sua congénere paulista, buscou imitar a proposta fomentada por Clemente Ferreira, apresentando as mesmas vicissitudes e pouco fazendo em benefício dos infectados pobres do Rio de Janeiro e do resto do país, inclusive porque contava com verbas, instalações e equipamentos ainda mais precários que os disponíveis em São Paulo (33).

Nas demais cidades brasileiras, a situação sanitária referente à Peste Branca era ainda mais crítica. O levantamento realizado pelo dr. Alfredo Britto, no ano de 1929, mostra que mais da metade dos óbitos nacionais causados por doenças infecto-contagiosas era devido à tísica, sendo que raras eram as instituições dirigidas para o combate à fimatóse que se encontravam em condições de prestar assistência aos pectários pobres (34).

Por isto, na década de 20 ganhou maior intensidade as cobranças que visavam a participação dos poderes públicos no combate à Peste Branca, sendo raras as publicações e os congressos médicos onde não se reclamassem da ausência oficial na luta anti-tuberculose. Até mesmo o higienista

(33) - Ribeiro, Lourival - Fundação Ataulpho de Paiva. Rio de Janeiro, s.c.p., 1985.

(34) - Britto, Dr. Alfredo - "Organização anti-tuberculosa" Anais do Quinto Congresso Brasileiro de Higiene. Rio de Janeiro, Inspectoría de Demographia Sanitaria, 1929, vol.2, p.107-117.

Afrânio Peixoto, sempre comedido nas palavras de crítica ao Estado, incorporou-se no movimento. Ao avaliar a trajetória da saúde pública nacional, o médico não se absteve de elogiar o empenho do governo federal em sanear os grandes centros urbanos do país, mas, ao se deter no fato tuberculoso, Afrânio Peixoto não se conteve, pronunciando uma enigmática sentença: "é alarmante e não move os que devem e podem..." (35).

O Estado varguista e a questão da tuberculose

Os anos 30 abriram-se sob uma crise econômica que resultou na ruptura da hegemonia oligárquica paulista e mineira no processo de tomada das decisões nacionais. A instalação de Getúlio Vargas no comando federal selou o encerramento de um período onde o Estado buscou amoldar-se à tradição liberal europeia e aos princípios federalistas. Em continuidade, os "revolucionários" de 30 orientaram seus projetos no sentido da centralização dos canais decisórios e na ostensiva intervenção governamental no funcionamento da sociedade.

A estratégia adotada por Vargas para reforçar a intervenção oficial nas instituições privadas e públicas correspondeu à expansão da burocracia governamental, inclusive na esfera da

(35) - Peixoto, Afrânio - Um Século de Cultura Sanitária.
"No Brasil: no Estado de São Paulo", 1923, p.88.

saúde coletiva. A multiplicação das instâncias oficiais e dos agentes do Estado favoreceu o desdobramento dos dispositivos legais e ordenadores da sociedade, alimentando a ilusão de que a administração pública era "moderna" e "racional", sendo portanto imune às contestações individuais ou de grupos (36).

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, no mês de abril de 1931, inseriu-se na determinação do novo governo em redefinir a imagem que o Brasil desfrutava frente às potências internacionais. A presença de múltiplas epidemias e endemias que minavam a população impôs a organização de um instituto sanitário que tinha como principal objetivo revitalizar as formas de normatização e manutenção da capacidade produtiva do proletariado, em um período que já não era mais possível contar com a reposição da força de trabalho mediante o aproveitamento de novos contingentes de imigrantes deslocados da Europa. Acrescenta-se ainda que a ampliação da máquina administrativa da saúde abria oportunidades para o governo expandir seus pólos de vigilância sobre o tecido social, fato que se transformou em um dos principais recursos empregados por Vargas para a manipulação dos conflitos sociais.

Sob o lema de que a saúde se constituía em um dos "direitos

(36) - Fonseca, Pedro Cezar Dutra - Vargas e Capitalismo em Construção. São Paulo, Brasiliense, 1989, p.264.

básicos do cidadão brasileiro", a Assembléia Nacional reunida em 1934 pontificou que cabia ao Estado zelar pelas condições sanitárias do país, intervindo nos momentos epidêmicos e sobretudo desenvolvendo ações educativas de prevenção às enfermidades. Segundo o médico e parlamentar paulista Pacheco e Silva, era dever do governo desdobrar esforços para melhorar a "qualidade eugênica do Homem Brasileiro", mediante a proibição do ingresso no país de grupos de estrangeiros que se mostrassem perigosos para a Saúde Pública e também através de medidas que restringissem as taxas de morbidade e mortalidade que feriam a sociedade nacional, incluindo-se ai as baixas causadas pela Peste Branca (37).

Durante o governo Vargas, entretanto, as verbas federais destinadas à higiene coletiva foram sempre reduzidas e, pelo menos até o ano de 1938, aplicadas quase que exclusivamente na melhoria das condições sanitárias da capital da República. Com isto, esperava-se que cada um dos estados se responsabilizasse pela criação de fundos próprios para o atendimento dos enfermos pobres e para a prevenção das moléstias, fato que tornou ainda mais crítico o perfil

(37) - Silva, A.C. Pacheco e - Direito à Saúde. Brasil, s.c. p., 1934, p.5-6. A década de 30 foi marcada pela proliferação de dispositivos constitucionais que impediam a entrada de estrangeiros enfermos no Brasil, ocupando a tuberculose posição de destaque em todos textos normativos. A melhor coletânea sobre o assunto é: --- - Disposições Legais Vigentes Sobre Imigração e Permanência de Estrangeiros no Brasil. São Paulo, Cultura Moderna, 1939.

epidemiológico da maioria das regiões brasileiras (38).

O resultado do afastamento do Estado dos compromissos que buscavam garantir a qualidade da saúde pública nacional pode ser notado inclusive na precariedade das ações oficiais contra a tuberculose. Durante os primeiros oito anos do governo Vargas, o retrato mais invocado dos movimentos contra a Peste Branca foi aquele elaborado pelo professor Octávio de Freitas, ainda pouco antes da Revolução de 30: o acanhamento em número e a deficiência de funcionamento dos sanatórios e dispensários especializados, a falta de autoridade moral de quase todas entidades estaduais contra a tísica e a ausência dos poderes públicos na luta sanitária. No transcorrer da década de 30 o texto do Dr. Freitas foi continuadamente invocado pelos médicos descontentes com a paralisia do setor sanitário governamental, consagrando a denominação de "Grande Mal" atribuída à moléstia que roubava as energias do povo e debilitava a capacidade produtiva nacional (39).

Em consequência, no ano de 1936, existiam poucas entidades direcionadas ao tratamento das vítimas do bacilo de Koch. O estado de São Paulo concentrava o maior número de unidades

(38) - Cf. - Fontenelle, J.P. - A Saúde no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, s.c.p., 1939.

(39) - Freitas, Prof. Dr. Octávio de - "O maior de todos os males" Anais do 5º Congresso Brasileiro de Higiene. Rio de Janeiro, Officinas Gráficas da Inspeção de Demographia Sanitaria, 1929, vol. I, p. 77-99.

52. 14 sanatórios e
hospitais-sanatórios
56. 3 sanatórios
23. 2 nosocomios
28. 4 hospitais
20. 10 aguas terapêuticas

163

de saúde, contando com 14 sanatórios e hospitais-sanatórios, sendo seguido por Minas Gerais com 3 sanatórios, o estado do Rio de Janeiro com 2 nosocomios e o Paraná com apenas uma casa de saúde especializada. Todos os demais estados dispunham exclusivamente de alguns leitos hospitalares e de uns poucos ambulatórios mantidos pela iniciativa filantrópica. A escassez das vagas sanatoriais e o funcionamento irregular destas instituições contrastavam com o número calculado de tuberculosos existentes naquele mesmo ano no país: cerca de meio milhão de infectados (40).

*Adm. Vargas
Ação Social
Saúde Pública
Incentivo à
Produção*

Foi somente a partir do ano de 1938 que a administração varguista mostrou-se disposta a elaborar um projeto federal de assistência aos doentes pobres, inclusive os tributários da tuberculose. Os motivos deste súbito interesse governamental em reforçar seus esquemas intervencionistas na saúde coletiva são ainda pouco claros. Para o antropólogo Otávio Velho, o interesse varguista pela higiene popular constituiu-se em uma necessidade preparatória para o lançamento da campanha oficial de ocupação de algumas áreas interioranas do país, fato que coloca a Saúde Pública como orgão encarregado de garantir migrantes saudáveis para o projeto governamental batizado como "Marcha para o Oeste" (41).

(40) - Ferreira, Clemente - "Estado atual da organização antituberculosa no Brasil" Revista Paulista de Tisiologia 2(5):343-348, Setembro-Outubro de 1936.

(41) - Velho, Otávio Guilherme - Capitalismo Autoritário e Campesinato, São Paulo, Difel, 1976, p.150-151.

*Xerife da fronteira
de Tibiriçá na
República F.P.*

165

apoio da até então apagada Federação Brasileira de Tuberculose - entidade fundada em 1931 - e também oferecendo suporte econômico aos sucessivos Congressos Nacionais de Tuberculose, realizados a partir do final daquele decênio. Mais ainda, o presidente encorajou ao diretor do Departamento Nacional de Saúde, o higienista João de Barros Barreto, a elaboração de um plano nacional e centralizador de combate à Peste Branca. Dois anos depois, em 1940, Barros Barreto finalizou o projeto requerido pelo presidente, ressaltando que a "ameaça sanitária número um do país" deveria ser combatida através da criação de uma rede de sanatórios federais, localizados nas periferias das maiores cidades brasileiras. Aprovado por Vargas, o documento preparado por Barros Barreto nunca chegou a ser colocado integralmente em prática, principalmente devido à perene alegação de escassez de verbas, fato que ditava o ritmo lento das edificações dos prédios que deveriam abrigar as casas de saúde especializadas. Por isto, muitos dos sanatórios idealizados no final dos anos 30, só foram entregues à comunidade uma década depois, momento em que a proposta médica de isolamento nosocomial dos tuberculosos entrava em franca decadência (43).

Situações como esta deixam claro que, apesar dos

(43) - Ribeiro, Lourival - A Luta Contra a Tuberculose no Brasil. Rio de Janeiro, s.c.p., 1956, p.138 e Fernandes, Reginaldo - A Luta Contra a Tuberculose no Distrito Federal. Rio de Janeiro, P.D.F., 1952, p.6-7.

pronunciamentos oficiais que prometiam assistência aos doentes do peito, o Estado getulista hesitava em liberar verbas para o combate à Peste Branca e para o socorro das vítimas desta enfermidade. Tentando fugir ao compromisso de luta contra a disseminação da moléstia, ainda no ano de 1939 o presidente da República ordenou a formação de um comitê incumbido de corrigir o código previdenciário, atribuindo aos Institutos de Aposentadorias e Pensões a obrigação de prestar assistência médica e previdenciária aos trabalhadores consuntivos.

A comissão - constituída por médicos e administradores ligados à Sociedade Brasileira de Tuberculose e coordenada por Abelardo Marinho - buscou seguir de perto os posicionamentos contidos na *Carta del Lavoro* da Itália fascista, demandando o período de seis meses para apresentar o texto final de um anteprojeto que visava instituir um seguro especial contra a tuberculose. Mesmo afirmando desconhecer as "condições próprias" da tísica no país, a equipe designada por Vargas advogou a criação de um órgão que denominar-se-ia Instituto de Tuberculose e Previdência Social, o qual seria financiado por um fundo originado da cobrança de um imposto a ser ativado em nome da ameaça infecciosa. Segundo esta proposta, cada trabalhador deveria contribuir mensalmente com no máximo um por cento de seu salário, sendo que os empregadores deveriam colaborar com quantia semelhante ao total pago pelos seus funcionários.

(44).

Estabelecidos os fundamentos do amparo aospectários, o governo reservava para si a missão fiscalizadora das tarefas realizadas pelo novo Instituto, delegando o gerenciamento do orgão a uma diretoria composta por representantes das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Neste contexto, marcado pela acirrada vigilância estatal, as ações atribuídas à instituição anti-tuberculosa compreenderiam o amparo financeiro e hospitalar aos trabalhadores infectados pelo bacilo de Koch, a constituição de uma rede nacional de sanatórios e também a organização e patrocínio de campanhas de esclarecimento público sobre a tuberculose.

O fato do anteprojeto situar a luta contra o Grande Mal enquanto responsabilidade dos agentes previdenciários suscitou pronta reação das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Isto porque a assistência aos tísicos de limitados recursos pecuniários mostrava-se como um negócio de pouco interesse, já que de escassa lucratividade, fazendo com que as Caixas alegassem "falta de preparo" para administrar o

(44) - ---- "Anteprojeto do decreto-lei de criação do seguro contra a tuberculose e do Instituto de Tuberculose da Previdência Social e respectiva exposição de motivos" In: Marinho, Abelardo et al. - Tuberculose e Previdência Social. Rio de Janeiro, Serviço de Propaganda e Educação Sanitária do Ministério da Educação e Saúde Pública, 1939, p.103-117 e Rio-beiro, Lourival - Figuras e Fatos da Medicina no Brasil. Rio de Janeiro, s.c.p., 1964, p.144-145.

Instituto de Tuberculose. Os setores previdenciários não pouparam esforços para atestar sua própria incapacidade financeira para o comando do problema fimatoso, alterando criminosamente os dados para "provar" ao presidente Vargas que já estavam despendendo mais de 50% de seus recursos anuais no pagamento de pensões e assistência médica aos operários tísicos (45).

Na série de medidas que visavam impedir que o Estado colocasse o setor privado como responsável único pela solução das questões produzidas pela doença pulmonar, as Caixas uniram-se na elaboração de uma contraproposta ao plano governamental. Seguindo este intento, os nomes de Raphael Pardelias e Mario Pinto Passos - ambos funcionários da Caixa de Aposentadoria e Pensões de Serviços Telefônicos do antigo Distrito Federal - ganharam conhecimento público como mentores das justificativas utilizadas pelas organizações previdenciárias que recusavam a direção dos trabalhos anti-tuberculose (46).

(45) - A malversação das verbas captadas pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões foi tema corriqueiro na imprensa popular, constituindo-se também em motivo de seguidos processos judiciais. Quanto às acusações de falsificação dos dados sobre o atendimento dos trabalhadores tuberculosos, veja-se: Mätzl, Rudolf Aladár - Problemas Atuais de Seguro Social. Rio de Janeiro, A. Coelho Branco Filho, 1944, p.103.

(46) - O documento em questão foi amplamente divulgado em

Segundo as perorações das Caixas, o Estado brasileiro já dispunha do arcabouço legal necessário para a prevenção e assistência aos tributários do Grande Mal, indicando-se o decreto número 16.300, datado do mês de dezembro de 1923, como instrumento jurídico que atribuía ao Departamento Nacional de Saúde Pública a responsabilidade de organização das ações sanitárias que objetivavam socorrer os fimatosos e limitar a disseminação da moléstia. Para Pardellas e Passos, caberia à "laboriosa e moderna" administração estado-novista apenas "aparar algumas arestas" do antigo decreto para tornar "ainda mais eficaz" o aparelhamento nacional de luta contra a tuberculose. Assim, através de uma retórica laudatória ao chefe da nação e ao mesmo tempo vazia de elementos esclarecedores, as Caixas buscavam devolver ao Estado a responsabilidade sobre o problema gerado pela Peste Branca.

Os mesmos analistas, ironicamente, centraram forças na depreciação dos serviços prestados pelas próprias Caixas para, através de uma cartada de risco, desestimular de vez a proposta oficial. Além de declarar que os diretores dos institutos previdenciários não contavam com experiência suficiente para administrar uma organização tão complexa como seria o órgão de combate à tísica, os autores

"tuberculoso em face da legislação" Revista Brasileira de Tuberculose 10(75):251-286, Maio-Junho de 1941.

surpreenderam ao se posicionarem como denunciantes da precariedade do amparo prestado pelas Caixas aos contribuintes pectários, enfatizando a exigüidade do valor das pensões e também a baixa qualidade da assistência médico-sanatorial colocada à disposição dos trabalhadores aposentados.

Ainda em conformidade com o texto elaborado por Raphael Pardellas e Mario Passos, as verbas previdenciárias eram insuficientes para custear o tratamento do operário contaminado e garantir o sustento de seus dependentes. A primeira opção oferecida pelos Institutos aos seus sócios tuberculosos correspondia a uma aposentadoria que raramente ultrapassava 50% do valor do salário pago a um trabalhador não qualificado, quantia que mal dava para a alimentação de um indivíduo sadio, quanto mais para custear a existência de um tísico e de sua família. Neste caso, alertava-se que, se o doente recebesse a pensão, a instituição previdenciária se eximiria da responsabilidade de oferecer tratamento gratuito ao consuntivo. A segunda opção era oferecida apenas aos portadores de lesões abertas e que necessitavam de intervenção cirúrgica imediata. Neste caso, a legislação em vigor garantia o direito à internação hospitalar por um período de até 10 dias, podendo ser ampliada por um prazo mais extenso, dependendo da disponibilidade de verbas do orgão segurador, sendo que nesta situação o trabalhador não fazia jus ao recebimento da pensão. Por fim, a última

alternativa era endereçada aos tuberculosos com lesões não abertas, os quais poderiam receber assistência especializada e "algum auxílio pecuniário", cujo valor variava segundo a entidade previdenciária ao qual o enfermo estivesse ligado (47).

Após dedicarem-se às denúncias da fragilidade dos Institutos, os representantes das seguradoras ofereceram um substitutivo ao anteprojeto preparado sob a orientação de Abelardo Marinho. Para os dirigentes da máquina previdenciária, o documento getulista era plenamente viável, não obstante precisar de alguns reparos. O primeiro deles era inevitável: eximir as Caixas de qualquer compromisso nos esforços de combate à tísica, colocando em seu lugar o Estado. Em seguida, sugeria-se o aumento do seguro para 2% sobre o salário dos contribuinte e a alteração do nome da entidade a ser criada para Instituto de Seguro-Doença. Nada mais.

Em nome da proteção coletiva contra a moléstia de Koch, o confronto entre o Estado e as Caixas manteve-se vivo até o final do primeiro período presidencial de Getúlio Vargas, pouco resultando em benefício do proletariado. As raras leis federais e estaduais que focavam a obrigação social dos empresários com a saúde dos trabalhadores eram convenientemente "esquecidas", deixando o operariado (47) — Idem, p.270.

entregue à própria sorte.

Assim, mesmo que um decreto assinado ainda na República Velha exigisse que todas as fábricas que contassem com "grande número" de empregados dispusessem de um dispensário especializado no atendimento dos doentes do peito, raramente isto aconteceu. No estado de São Paulo, apenas a Companhia Docas de Santos buscou cumprir esta disposição legal, mantendo um ambulatório para o tratamento dos seus funcionários contaminados. A The São Paulo Tramway, Light & Power Limited, considerada a mais moderna empresa no que tangia ao relacionamento entre capital e trabalho no período estudado, também dizia-se preocupada com o estado pulmonar de seus funcionários, tendo montado uma seção tisiológica. Entretanto, os relatórios assinados pelos médicos da empresa deixam notar que o principal objetivo do serviço clínico era impedir a admissão de operários infectados e não fazer o acompanhamento da saúde pulmonar dos funcionários que atuavam na companhia canadense (48).

Neste encaminhamento, os trabalhadores não contavam com uma legislação que garantisse assistência médica e financeira digna àqueles que fossem vitimados pelo bacilo de Koch. Até

(48) - Sodré, Dr. Haroldo de Azevedo e Teilles Jr., Dr. Adalberto de Queiroz - "Contribuição para a campanha anti-tuberculosa nas organizações industriais" Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Direito Social. Rio de Janeiro, Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, 1945, vol.4, p.327-341.

mesmo o texto do decreto-lei n. 7.036, promulgado em novembro de 1944 e considerado "avanhado" inclusive pelos críticos da ditadura estado-novista, serviu-se de palavras vagas sobre a Peste Branca ao estabelecer as modalidades de amparo legal aos acidentados do trabalho. A possibilidade de um eventual enquadramento da tísica enquanto moléstia favorecida pelo processo produtivo estava distante dos interesses dos empregadores e, por óbvio, mantinha-se rigorosamente afastada dos documentos oficiais. Considerado como problema de difícil resolução no contexto da "infotunistica médico-legal", a tuberculose foi precariamente examinada pelos autores da lei e pelos advogados que estudaram a legislação verguista, limitando-se todos eles a anunciar a dificuldade de amparo legal aos trabalhadores que fossem infectados no ambiente da produção (49).

Os confrontos entre o Estado e os órgãos previdenciários resultaram em quase nenhum apoio aos infectados. Mesmo que todas as discussões alimentadas pela administração verguista tomassem o trabalhador formal como ponto de referência e alvo de uma possível política social, o tratamento dispensando aos tuberculosos pobres ocorria independentemente da modalidade de engajamento no processo

(49) - Veja-se, por exemplo: Silveira, Valdemar Cesar e Silva, J.J. Gama e - Acidentes de Trabalho e Moléstias Profissionais. São Paulo, Saraiva, 1943, p.662-673 e Covello Junior, Miguel - Tuberculose: Doença Profissional? São Paulo, s.c.p., 1944.

produtivo. Excluído do amparo governamental, de regra o tísico necessitado foi considerado "indigente" e nesta condição buscava assistência e abrigo nos serviços médicos-sanatoriais mantidos pela caridade pública.

A administração tisi-o-sanitária em São Paulo

*federal
Vargas*
Os sucessivos interventores indicados por Vargas para comandar a administração pública paulista, espelhando o direcionamento federal, assumiram a tutela da sociedade, fazendo a apologia de que o Estado constituía-se na única instância com legitimidade e capacidade suficientes para garantir a concretização dos interesses coletivos.

A influência federal no território bandeirante assentou-se na produção de uma copiosa legislação que pretendia garantir o controle das decisões tomadas nas múltiplas esferas da burocracia regional. A área da Higiene Pública foi, de imediato, um dos setores mais visados pela administração "revolucionária", sobretudo porque a reforma sanitária realizada em 1925 conferiu autonomia ao sistema regional de saúde, instituindo os Centros de Saúde e os localizando como "eixo central" do movimento preventivista e de tratamento dos enfermos no estado de São Paulo.

Um dos resultados da orientação assumida pelas autoridades

paulistas impostas por Getúlio Vargas constituiu-se numa série de reformas que atingiram o Serviço Sanitário entre os anos de 1930 e 1931. Em consequência, o esquema higienista entrou em colapso, isolando o Instituto Butantan do organograma da Saúde Pública e, mais do que isto, reduzindo as atividades dos Centros de Saúde, que se transformaram em dispensários subordinados à Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância. A decisão oficial de ampliar o corpo de funcionários estaduais da saúde, sem contudo haver um planejamento adequado, frutificou em um verdadeiro caos, favorecendo a duplicidade de tarefas, a elevação dos custos dos serviços e, pior do que tudo isto, anulando as ações preventivistas em favor da medicina curativa (50).

A reorganização do aparelhamento sanitário bandeirante implicou inclusive na constituição de novos setores médicos e administrativos que deveriam responsabilizar-se, diretamente ou indiretamente, pela assistência aos fumátos. Assim, ainda em fevereiro de 1931 foi criada a Seção de Profilaxia da Tuberculose, a qual deveria prestar atendimento dispensarial aos tísicos, realizando a tarefa que, antes do "Golpe de 30", estava programada para ser implementada pelos Centros

(50) - Mâscarenhas, Rodolfo dos Santos - Contribuição Para o Estudo da Administração Sanitária Estadual em São Paulo. São Paulo, Tese de Docência-Livre apresentada à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1949, p.117 e Marhy, Emerson Elias - A Saúde Pública Como Política. São Paulo, Hucitec, 1992, p.111-112.

P. 175
Posteriormente
as demandas
das higienistas

de Saúde (51).

Mais ainda, a carência de pessoal especializado nos serviços exigidos pela tísica levou a Secretaria de Educação e Saúde Pública - criada no âmbito das reformas - a tornar oficial os cursos oferecidos pelo Instituto de Higiene e que tinham como meta a qualificação de técnicos de laboratório e de radiografia. No ano de 1932, o mesmo Instituto foi autorizado a instalar em suas dependências um gabinete de radiologia, abrindo oportunidade para que o paulistano obtivesse gratuitamente a Carteira de Saúde, documento instituído como elemento imprescindível para a colocação no mercado formal de trabalho, segundo uma lei sancionada no mês de abril de aquele mesmo ano.

*Clemente Ferreira
Liga Contra a Peste Branca
Lei autorizando a instalação do gabinete de radiologia*

A proposta centralizadora da administração varguista resultou também na desapropriação do dispensário da Liga Paulista Contra a Tuberculose, mediante um processo legal que tramitou por três anos, encerrando-se a favor do Estado apenas em setembro de 1934. Acredita-se que este fato constituiu-se em mais um episódio da longa série de confrontos entre o médico Clemente Ferreira e as autoridades

(51) - Tomou-se como fonte para a discussão do aparato jurídico paulista relativo aos serviços criados para a Peste Branca o arrolamento feito pelo professor Rodolfo dos Santos Mascarenhas: Contribuição Para o Estudo da Administração dos Serviços Estaduais de Tuberculose em São Paulo, São Paulo, Tese de Cátedra apresentada à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1953, especialmente p.188-202.

estaduais e federais. Toleradas com certa benevolência no período anterior ao golpe de Vargas, as palavras ferreirianas sobre a ausência governamental no combate à Peste Branca foram entendidas como peças subversivas pelos interventores federais, desaguando no confisco do dispensário especializado e no afastamento do Dr. Ferreira do cargo de funcionário do Serviço Sanitário. Iniciou-se assim o declínio da influência e a marginalização do diretor da Liga Paulista Contra a Tuberculose, entidade que perdeu poder no mesmo passo que seu idealizador (52).

As tentativas reconciliatórias da administração pública com o diretor da Liga Paulista somente ocorreram alguns anos depois, quando o governador Armando de Salles Oliveira buscou homenagear o clínico, rebatizando o dispensário encampado com o nome de seu fundador, aproveitando a solenidade para indicar para a direção do órgão o médico Antônio Tisi Neto, amigo e principal discípulo do Dr. Ferreira. Na mesma oportunidade, o Serviço Sanitário alardeou que o centro de atendimento dos fimatosos seria transformado em um instituto de pesquisa da Peste Branca, função que, aliás, já vinha sendo desenvolvida pelo

(52) - Exemplos do tom francamente crítico que impregnou as declarações de Clemente Ferreira sobre a atuação dos serviços federal e estadual de Saúde Pública encontram-se em : - Discursos e Conferências: 1892-1939. São Paulo, Typographia Russolillo, s.d. e Estudos e Conferências. São Paulo, São Paulo Editora, 1943.

dispensário desde o início de suas atividades (53).

O alijamento do tisiologista Clemente Ferreira do comando das ações anti-tuberculose inscreveu-se no contexto centralizador, policialesco e pouco tolerante às críticas que ganhou dimensões maiores a partir da guerra paulista de 32. Apesar disto, são constantes as vozes que tentam buscar outras explicações para a apropriação oficial do até então único dispensário filantrópico do estado de São Paulo. Segundo esta vertente de entendimento, o confisco governamental deve ser creditado aos elevados custos exigidos pela assistência aos consuntivos, sendo o Estado a estância melhor capacitada para dispor de recursos de alta monta. Em coerência com este enunciado, tem-se apregoado que o Dr. Ferreira foi poupado - e não punido - pela administração pública que, solidária com as múltiplas atividades desempenhadas por este especialista, buscou liberá-lo da árdua tarefa de angariar os fundos necessários para o funcionamento do dispensário (54).

Excluído das discussões oficiais, mesmo assim Clemente

(53) - Além das informações sobre pesquisas que foram registradas nos relatórios anuais da Liga Paulista Contra a Tuberculose, veja-se: Tisi Neto, Dr. A. - Ensaios Therapeuticos da Tisiocrysina na Tuberculose Pulmonar. São Paulo, José Magalhães, 1933.

(54) - Esta interpretação é esposada parcialmente por Yida, Massako - Saúde Pública: Reprodução ou Legitimação? São Paulo, Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1988, p.115.

Ferreira continuou a cobrar do Estado participação efetiva nas campanhas centradas na infecção pulmonar. No ano de 1935, durante uma solenidade onde compareceram inúmeras autoridades da administração pública, assim se pronunciou o tisiologista:

*Arte de
Clemente
Ferreira*

"As falhas e lacunas da nossa organização sanitária contra o mórbo, a deficiência ainda sensível do nosso armamentarium antituberculoso, e a falta de uma coordenação metódica e de uma indispensável articulação dos poucos aparelhos de que dispomos, explicam de sobejão porque não conseguimos ainda recuo sensível do nosso óbituário pela grande endemia" (55).

O resultado da escassa intervenção do Estado na questão tisiológica e da ineficiência dos profissionais de saúde agregados aos serviços estaduais pode ser constatado na curva ascendente produzida pelo número de óbitos causados pela tísica na cidade de São Paulo. Nesta metrópole, durante a primeira metade dos anos 30, a tuberculose alcançou índices bem superiores aos da década anterior, pois, se em 1923 a cidade apresentou uma taxa de 113,18 óbitos por consumo em cada 100.000 habitantes, dez anos depois este índice se elevou para 138,72, denunciando a velocidade alarmante com que a moléstia se disseminava pela urbe, fenômeno que se reproduzia em todas as regiões do estado (56).

(55) - Ferreira, Dr. Clemente - "Discurso proferido no ato do lançamento da pedra fundamental dos novos pavilhões do Hospital-Sanatório S. Luiz Gonzaga, da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo" In: "Discursos..." Op.cit., p.276.

(56) - Grieço, João e Cardoso, Francisco A. - A Tuberculose em São Paulo. São Paulo, Instituto de Higiene da

Audição de
contingente
de viveiros
de tuberculose
de São Paulo

A explicação oficial para o avanço da Peste Branca, inevitavelmente, convergia para a exigüidade dos recursos públicos, numa conjuntura em que a crise econômica estava afetando todo o sistema capitalista. A urgência de se criar novos canais de captação de verbas para a saúde fez com que, desde janeiro de 1933, passasse a vigorar uma lei estadual que impunha taxação especial sobre a prática de jogos realizados em cassinos e clubes populares. Apesar disto, é de se perceber que o estado de São Paulo dispendera anêmicas verbas na luta contra a tísica, sendo que no período de 1932 a 1945, as despesas anuais com o Grande Mal variaram de 0,94% a 2,06% do montante de dinheiro destinado à Saúde Pública paulista (57).

Em consequência, as ações desenvolvidas pela Seção de Profilaxia da Tuberculose foram extremamente limitadas durante a maior parte da década de 30, ocupando poucas páginas nos relatórios administrativos. No ano de 1936, por exemplo, enquanto Clemente Ferreira calculava em 400 mil o número de fumotos existentes no país, sendo 54 mil deles só no estado de São Paulo, os procedimentos da repartição orientada para o combate à moléstia consuntiva resumiram-se no gerenciamento do Instituto Clemente Ferreira e de um

1836
Clemente
Ferreira
Oscar
100
em 0
O mês
fumoto
exigiu
uso

Universidade de São Paulo, 1939, p.9-11.

(57) - Amado, André - A Política da Tuberculose na Formação Industrial de São Paulo. São Paulo, Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1985, p.46.

dispensário inaugurado no distrito do Brás, o qual pouco depois teve suas atividades encerradas por "absoluta falta de funcionários". Mesmo assim, durante aquele ano, cerca de 10 mil indivíduos procuraram espontaneamente os serviços gratuitos de tisiologia, ocorrendo a identificação de aproximadamente mil novos casos de tuberculose, sendo que nem todos puderam seguir tratamento devido a escassez de profissionais especializados nestas unidades de saúde. As ações preventivas baseadas na aplicação da vacina BCG também se mostraram precárias, sendo inoculados apenas 1.432 crianças e adolescentes, fato que elevou para 5.301 o número de indivíduos imunizados no estado de São Paulo, desde o ano de 1929, quando começou a funcionar o Serviço regional de vacinação (58).

O frágil empenho oficial em intervir com eficácia na questão sanitária determinou que as iniciativas privada e filantrópica ocupassem a função primordial de tratamento e assistência material aos consuntivos e seus dependentes. Como resultado, a década de 30 testemunhou a constituição de uma rede de sanatórios que, concentrada na cidade de São Paulo e nas prefeituras sanitárias de Campos do Jordão e São José dos Campos, encontrava sustento nas mensalidades

*Década de
30
Centro
de
Saúde
e
Reabilitação
de
Tuberculose
do Brasil*

(58) - Ferreira, Clemente - "Os tuberculosos na cidade de São Paulo" Revista Paulista de Tisiologia 2(2), 85-87, Março-Abril de 1936 e São Paulo, Estado - Secretaria dos Negócios da Educação e Saúde Pública - Relatório do Ano de 1936. São Paulo, Imprensa Oficial, 1938, p.356-360.

cobradas aos pacientes e nos donativos promovidos pela caridade pública. Segundo o tisiologista Paula Souza, no final daquele decênio existiam no estado de São Paulo "menos de 2 mil" leitos reservados para os consuntivos, sendo que uma parte das vagas estava desativada pois as doações oferecidas pela sociedade eram reduzidas e o "tuberculoso custa caro" (59).

O único apoio dado pela administração pública aos sanatórios paulistas constituiu-se em irregulares dotações orçamentárias, sob o compromisso das casas de saúde beneficiadas acolherem gratuitamente alguns pectários encaminhados pelo Serviço Sanitário, ou ainda para que os sanatórios expandissem o número de seus leitos. Os dados oferecidos em 1936 pela Comissão de Assistência Hospitalar da Secretaria da Educação e Saúde Pública informam que as verbas oficiais destinadas aos nosocomios especializados foram da ordem de 1.790.471\$312, sendo que a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia paulistana foi a instituição mais beneficiada, recebendo cerca de um quarto do total das doações para promover melhorias nos prédios dos dois sanatórios que estavam sob seu gerenciamento (60).

(59) - Souza, Dr. R. de Paula - "O papel do semi-internato como auxiliar na luta antituberculose" Revista Paulista de Tisiologia 5(5):330, Setembro-Outubro de 1939.

(60) - São Paulo, Estado - Secretaria dos Negócios da Educação e Saúde Pública - "Relatório do Ano de 1936" Op. cit., p.240-241.

O rumo da administração paulistana em relação ao Grande Mal sofreu sensível correção a partir de 1938, refletindo a mudança que se processou a nível federal no que dizia respeito ao "inimigo número um da saúde pública nacional". Neste mesmo ano, o médico Adhemar de Barros foi nomeado interventor federal em São Paulo, dando início a mais uma alteração na organização e nas estratégias diretoras do aparelhamento sanitário regional.

A nova reforma geral dos serviços de Higiene Pública foi inaugurada com o decreto 9.247, de junho de 1938, através do qual foi criado o Departamento Estadual de Saúde, sendo definitivamente extinto o Serviço Sanitário. Os motivos alegados para a remodelação do setor foram vários, sendo o principal deles o argumento de que as sucessivas alterações ocorridas na estrutura administrativa da saúde coletiva haviam transformado o órgão em um setor ineficiente e que se mostrava inoperante, enquanto que inúmeras enfermidades de caráter infecto-contagioso expandiam seus domínios no estado de São Paulo.

A orientação adhemarista restabeleceu o funcionamento dos Centros de Saúde como unidades basilares dos serviços de Higiene Pública. Concomitantemente a esta decisão, a voz oficial assumiu o retrocesso causado pelo conjunto de reformas realizadas nos primeiros anos do período varguista, confidenciando que a extinção dos Centros de Saúde, no

início da década de 30, deveu-se sobretudo às pressões de "muitos clínicos" que denunciaram estes núcleos de atendimento aos enfermos como desleais concorrentes dos consultórios privados. Superado o conflito, um decreto datado do mês de junho de 1938 determinou a imediata reativação de uma dezena de Centros de Saúde nos distritos da Capital e a transformação das Delegacias de Saúde e dos Postos de Higiene interioranos em "unidades sanitárias ecléticas e polivalentes". Tudo isto, segundo o Dr. Raul Godinho, diretor do Departamento Estadual de Saúde, para permitir que o Brasil definitivamente deixasse de ser "um vasto hospital" (61).

Enquanto órgão orientado inclusive para assistência aos doentes do peito, os Centros de Saúde contavam obrigatoriamente com horários de atendimento exclusivo aos tuberculosos e também com um corpo de visitadoras sanitárias que, dentre as suas funções, deveriam percorrer as residências situadas nas áreas consideradas de maior incidência da tísica, com a missão de localizar e encaminhar para tratamento os possíveis casos de infecção consuntiva, além de ensinar à população os cuidados preventivos contra a contaminação pelo bacilo de Koch. Neste sentido, os Centros de Saúde foram definidos como "porta de entrada" dos finatossos para o sistema especializado de saúde, cabendo a

(61) - Idem - Relatório de 1938 do Departamento de Saúde, documento datilografado, vol. I, p.2.

estas unidades a decisão sobre a necessidade ou não de isolamento sanatorial dos tísicos (62).

Ainda em conformidade com a remodelação de 1938, o Departamento de Saúde manteve no organograma a Seção de Profilaxia da Tuberculose, estabelecendo como seu objetivo básico a garantia do funcionamento do Instituto Clemente Ferreira. Entretanto, no mesmo ano, o relatório elaborado pelo Dr. Marques Simões, diretor da Seção, deixou claro as péssimas condições em que se encontrava o antigo dispensário da Liga Paulista: número insuficiente de servidores, salários inferiores aos que eram pagos em outras repartições sanitárias, desorganização burocrática, inexistência de móveis e arquivos e escassez de material imprescindível para a realização de pesquisas e para o tratamento dos infectados que recorriam ao Instituto (63).

Apesar da precariedade comprometedora dos serviços de socorro aos tributários da Peste Branca, em fins do mesmo ano de 1938 foi inaugurado o Hospital-Sanatório do Mandaqui.

(62) - Pascale, Dr. Humberto - "O Centro de Saúde" Viver! 1(1):31-34, Julho de 1938.

(63) - São Paulo, Estado - Secretaria dos Negócios da Educação e Saúde Pública - "Relatório de 1938..." Op. cit., vol.3., p.552. Ressalta-se que uma das poucas pesquisas realizadas pelo Instituto após sua incorporação ao serviço público chegou à conclusão de que a vacina BCG era totalmente ineficaz na prevenção da Peste Branca. O trabalho em questão é: Godoy, Dr. Arnaldo - Tem a BCG Algum Valor na Campanha Contra a Tuberculose? São Paulo, Cruzeiro do Sul, 1938.

o primeiro nosocomio construído e mantido pelas verbas estaduais e direcionado exclusivamente para o atendimento de pacientes consuntivos. Localizado na zona norte paulistana, a casa de saúde foi aberta com a presença de Getúlio Vargas e Adhemar de Barros, constituindo-se em cerimônia que marcou o inicio da efetiva participação oficial no movimento de edificação de sanatórios voltados para o isolamento sanitário do proletariado e das camadas médias (64).

O prestígio alcançado por Adhemar de Barros e por sua esposa Leonor Mendes de Barros em consequência do empenho de ambos em participar do movimento contra a Peste Branca mostrou que o assistencialismo orientado para os tuberculosos poderia fornecer ao interventor o apoio popular necessário para as futuras disputas políticas. Por isto, mais do que em qualquer outro estado, em São Paulo frutificou uma série de promessas que anunciam a rápida criação de um grande número de sanatórios financiados pelas verbas paulistas, apesar da constância de menções ao compromisso do presidente da República em co-patrocinar os projetos nosocomiais.

No relatório elaborado pelo Serviço de Assistência Hospitalar de São Paulo, encontram-se registrados os planos de criação de cinco novos sanatórios públicos, o que representava o acréscimo de mais de mil leitos à disposição

(64) - Idem, vol.1, p.5.

dos consuntivos. É significativo que todos já tinhão recebido denominações apropriadas para o tempo: três deles receberam o nome de Adhemar de Barros, enquanto que cada um dos demais foi batizado com o nome do presidente da República e da primeira-dama do estado de São Paulo (65).

Enquanto as promessas da construção de novos sanatórios se reproduziam com uma velocidade singular, na verdade ainda dispunha-se de poucos leitos destinados para os tuberculosos que viviam no estado de São Paulo. Segundo o relatório referente ao ano de 1938, existiam na Área paulista apenas 1.412 leitos destinados aos tuberculosos, representados pelo funcionamento de sanatórios e abrigos situados nos municípios de São Paulo, Campos do Jordão, São José dos Campos e Tremembé e ainda pelos pavilhões especializados das Santas Casas de Santos, Campinas, Bragança Paulista e Sorocaba (66).

Administradores públicos, em todo o território nacional, haviam se mantido excessivamente afastados do desafio tuberculoso. Assumida enquanto grave ameaça para a saúde coletiva no início do período republicano, a Peste Branca e seus possíveis tributários só foram objetos de intervenção oficial nos últimos anos da década de 30, quando o Brasil

(65) - Ibidem, vol.1, p.10.

(66) - Ibidem, vol.4, p.731.

*interviu
se no
fim de
sete*

Já se definia como um dos principais centros de tuberculosos do continente americano. As tímidas tarefas desempenhadas pelos órgãos sanitários, no decênio anterior ao advento da estreptomicina, certamente influenciaram o ritmo de disseminação da moléstia pulmonar, sem no entanto inverter a tendência ascendente dos índices referentes à maior parte dos estados brasileiros. Um estudo comparativo dos óbitos atribuídos à tuberculose nos anos de 1936 e 1945 indicam que, das 19 capitais estaduais averiguadas, 12 mantiveram-se em estado de "epidemia plena" com índices crescentes, inclusive as cidades de Belo Horizonte, Recife, Salvador e Porto Alegre, enquanto que a capital paulista e o Distrito Federal apresentavam taxas praticamente semelhantes nos dois períodos (67).

As evidências sobre os estragos causados pela Peste Branca na população multiplicavam-se. Quando no ano de 1943, "mais de 100.000" homens oriundos de todas as partes do país foram chamados pelo Exército para compor a Força Expedicionária

(67) - Borges, Durval Rosa - Seguro Social no Brasil. Rio de Janeiro, José Olympio, 1948, p.123. É necessário frisar que os dados utilizados por este estudo diferenciam-se de outras pesquisas, especialmente sobre a tisio-mortalidade no antigo Distrito Federal. Sobre esta área veja-se os seguintes estudos: Albuquerque, Dr. A.F. Rodrigues e Rodrigues, Dr. Bichat de A. - "Evolução secular da mortalidade da tuberculose no Distrito Federal" Revista Brasileira de Tuberculose 20 (144):81-189, Novembro-Dezembro de 1952 e Ruffino Netto, Antônio e Pereira, José Carlos - "Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso do Rio de Janeiro" Saúde em Debate 12:27-34, ano de 1981.

*Unidade mil
publicamente
na tisicose*

189

Brasileira, entre 50 e 80% dos convocados de cada região militar foram declarados "incapazes definitivamente" para prestar o serviço militar, pelo fato de apresentarem uma ou mais patologias que comprometiam o desempenho físico dos recrutas. Neste contexto, a tísica se apresentava como molestia reinante - mas nunca publicamente quantificada - das baixas antecipadas (68).

A recusa por parte do Estado e das Caixas em conceder assistência médica e previdenciária integral aos trabalhadores tuberculosos era fato consumado, colocando-se como tendência ininterrupta na primeira metade deste século. A decisão político-administrativa de tratar a legião de trabalhadores infectados como problema de difícil solução guardava íntima coerência com a diversidade de posicionamentos que instruíam os debates entre tisiobiólogistas. Isto porque, refletindo as dificuldades sociais de entendimento da tuberculose e de suas vítimas, o agrupamento médico especializado mostrava-se crivado de dúvidas sobre como tratar os consuntivos e prevenir o avanço da enfermidade no terreno coletivo.

(68) - Cf. - Gonçalves, Ten.-Col. Médico Carlos Paiva - Série
Médica do Pessoal da FEB, Rio de Janeiro, Ministério da Guerra, 1951.

CAPÍTULO 4

AS (IN)CERTEZAS DA MEDICINA

O enquadramento institucional das questões suscitadas pelo Grande Mal afetou diretamente a comunidade médica nacional que, ao mesmo tempo em que buscava expandir o leque de privilégios que lhe era concedido por Vargas, também compunha forças para garantir relativa autonomia frente às continuas intervenções dos setores oficiais. A década de 30, neste sentido, contextualizou o nascimento e a consolidação de várias entidades representativas dos profissionais da saúde, destacando-se, a Carioca Federação Brasileira de Tuberculose e, em São Paulo, o inicio de funcionamento da Associação Paulista de Medicina e da Associação Paulista de Homeopatia, além de outras congregações de clínicos que, atuando em nível regional, expressavam as diversas especialidades hipocráticas.

Os tisiólogistas que praticavam no terreno bandeirante mantiveram-se avessos à organização de um órgão representativo próprio, cedendo à proposta agremiativa somente em novembro de 1949, quando foi criada a Sociedade Paulista de Tisiologia. O prestígio acumulado por estes especialistas, entretanto, ensejou que desde o início da

década de 30 fosse reconhecida a existência de uma comunidade que foi usualmente definida como "escola paulista de tisiologia", considerada por vários pesquisadores como a mais eficiente equipe de clínicos e cirurgiões voltada para as tarefas de prevenção e de tratamento da tuberculose, em todo o país (1).

Apesar da maioria das unidades sanatoriais do estado localizarem-se nos municípios de Campos do Jordão e São José dos Campos, era na cidade de São Paulo que se situavam os dois principais núcleos paulistas de ensino, pesquisa e tratamento cirúrgico dos consuntivos, sendo o Instituto Clemente Ferreira e o Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga os postos fomentadores das mais importantes ações estaduais contra a Peste Branca. Se as atividades do Instituto fundado pelo Dr. Ferreira encontravam-se em franca decadência desde o instante em que a entidade fora estatizada, o mesmo não se pode falar do Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga que, desempenhando as funções de sanatório de isolamento e de nosocomio especializado no tratamento dos pectários, concretizou-se enquanto instituto pioneiro no contexto médico nacional. Inaugurado nos primeiros dias da chamada "Revolução de 32" e mantido pela Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo, o Hospital do Jaçanã - como

(1) - Menções acerca da existência da "escola paulista de tisiologia" encontram-se nos vários artigos reunidos em: Martins, Dr. A. Nogueira - A Campanha Contra a Tuberculose em S.Paulo. São Paulo, s.c.p., 1944.

ficou também conhecido esta casa de saúde - localizava-se no limite norte do município, ocupando as antigas instalações do Leprosário do Guapira (2).

A condição deste sanatório estar filiado administrativamente à Santa Casa e também atuar como campo de ensino da antiga Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo permitiu que o hospital especializado contasse com um quadro clínico altamente qualificado, atraindo médicos de todo o país, unidos pelo interesse de treinamento na área tisiológica. Como um dos principais centros de referência nacional para o tratamento da Peste Branca, o Sanatório do Jaçanã formou uma elite de especialistas que iria ocupar posições dirigentes não só nas casas de saúde voltadas para o atendimento dos fumátos, mas também nos novos postos de tratamento dos pectários que foram instalados em São Paulo, inclusive no Hospital-Sanatório do Mandaqui e no setor de doenças pulmonares da Escola Paulista de Medicina.

Neste contexto, foi se firmando o espírito corporativo que colocou em contato os tisiologistas do estado de São Paulo e de todo o Brasil. A consolidação do ensino médico sobre a tuberculose em São Paulo e no Rio de Janeiro permitiu que

(2) - De Stefano, Italo João - Hospital São Luiz Gonzaga-Jaçanã da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: Estudo para Transformação em Hospital Geral, São Paulo, Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1968, p.25.

se tornasse regra a cobrança do diploma de especialista a todo clínico que se propusesse a assistir doentes do peito. Caso tal documento não fosse apresentado, o facultativo "infrator" era denunciado como intruso que, no mais das vezes, relegava ao segundo plano o compromisso de assistência aos infectados pelo bacilo de Koch, em favor dos ganhos pecuniários resultantes do atendimento aos pacientes consuntivos (3).

A determinação exclusivista passou a alimentar os discursos da corporação dos tisiólogos. As acusações movidas contra os clínicos gerais e especialmente os atuantes nos ambientes interioranos tornaram-se corriqueiras, havendo denúncias que tais esculápios omitiam o estado contaminado de seus pacientes endinheirados para assim lucrarem com o alongamento da série de consultas realizadas pelo enfermo. Na sequência, os especialistas foram a público para alertar a sociedade sobre a precariedade dos conhecimentos de seus colegas não iniciados nos segredos da tísica, apresentando-os como tão despreparados para o diagnóstico e tratamento da doença pulmonar que muitos deles nem mesmo sabiam distinguir

(3) - Na capital da República, a iniciativa acadêmica do estudo da tuberculose encontrou como principal articulador o médico Clementino Fraga. Veja-se as sínteses dos cursos coordenados por este médico desde o ano de 1929: - Nocões Actuais de Tuberculose. Rio de Janeiro, Guanabara, s.d.; Tuberculose Pulmonar. Rio de Janeiro, Calvino Filho, 1931 e Diagnóstico da Tuberculose. Rio de Janeiro, Guanabara, 1932.

um aparelho de Raio X de outros instrumentos utilizados pela medicina (4).

Harmonia e conflitos: a construção da especialidade médica

A consolidação do prestígio das novas equipes tisiológicas que foram montadas em São Paulo e no Rio de Janeiro refletiu na avaliação do desempenho do professor Clemente Ferreira e de outros médicos que comandaram a luta contra a Peste Branca nas três décadas anteriores a 1930. Reverenciado como um dos principais mentores da medicina pulmonar brasileira, o diretor da Liga Paulista Contra a Tuberculose passou a ser tachado - não sem uma certa dose de ironia - como um "médico antigo" e defasado, uma espécie de filantropo que distribuía remédios, roupas e dinheiro aos seus pacientes, mas que se distanciara das modernas técnicas de combate à moléstia consuntiva (5).

Em resposta às críticas das quais vinha sendo alvo e também à marginalização oficial de sua pessoa, Clemente Ferreira

(4) - ---- "O prático em face da tisiologia" Revista Brasileira de Tuberculose 3(19):1263-1264, Abril de 1935.

(5) - Críticas sutis aos pioneiros da tisiologia nacional encontram-se disseminadas nos textos assinados pelos "médicos modernos" que ganharam destaque a partir de 1930. Cita-se como exemplo: Paula, Aloysio de - Dispensário Antituberculoso. Rio de Janeiro, José Olympio, 1944, p.26.

buscou exponenciar a importância de seu trabalho através da composição de minuciosos relatórios anuais sobre os trabalhos desenvolvidos pela Liga que dirigia e também mediante a fundação da *Revista Paulista de Tisiologia*, publicação bimestral que começou a circular no mês de janeiro de 1938. Para sustentar o empreendimento editorial, o Dr. Ferreira contou com o auxílio de seus mais diletos discípulos, encontrando recursos econômicos para a impressão e distribuição do periódico na abertura da coleção para anúncios de laboratórios e casas de saúde que vendiam produtos e serviços ligados ao Grande Mal (6).

Criado com o intuito de divulgar as pesquisas realizadas no estado de São Paulo, o periódico ferreiriano tinha como objetivo secundário servir como veículo da desaprovação dos facultativos paulistas sobre a política de saúde centralizadora de Getúlio Vargas, que os havia excluído do centro decisório da administração sanitária nacional e, em alguns níveis, do comando da Saúde Pública estadual. Apesar de ter nascido no Rio de Janeiro, Clemente Ferreira havia

(6) - A *Revista Paulista de Tisiologia* foi publicada ininterruptamente até o final de 1945, quando teve sua circulação suspensa. A série voltou a ser editada no ano de 1954, alterando sua denominação para *Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax*, período em que perdeu seus antigos patrocinadores e transformou-se em publicação irregular até seu definitivo encerramento, ocorrido no ano de 1965. O único periódico especializado na doença pulmonar criado antes da coleção paulista foi a carioca *Revista Brasileira de Tuberculose*, patrocinada pela Federação Brasileira de Tuberculose e inaugurada em 1932.

adotado a terra paulista, fazendo estampar a bandeira estadual na capa de vários números da sua *Revista*. Sob este direcionamento, a publicação especializada buscou dar destaque aos tisiologistas de São Paulo como autores das principais tentativas formuladoras do pensamento tisiológico nacional e, por contraste, os higienistas radicados no Distrito Federal como os responsáveis pelas estéreis reorganizações sanitárias que se sucederam no decorrer dos anos 30 (7).

Nesta rota, a *Revista Paulista de Tisiologia* ocupou a posição de porta-voz privilegiada dos interesses e dos dilemas que pontuavam as ações dos profissionais dedicados à luta contra a Peste Branca, anunciando as tendências de congraçamento e os confrontos que davam vida aos debates corporativos.

As tentativas congregadoras

Desde os primeiros números da *Revista* encontrase artigos assinados pelo grupo ferreiraiano, cujo teor básico

(7) - Por motivos não muito claros, algumas vezes Clemente Ferreira teve que se desculpar publicamente dos freqüentes ataques que desferia contra os clínicos cariocas, demonstrando solidariedade para com os médicos tão "antigos" quanto ele próprio. Veja-se, por exemplo, o seu: "A escola de tisiologia do Prof. Mac Dowell na Policlínica Geral do Rio de Janeiro" *Revista Paulista de Tisiologia* 3(1):81, Janeiro-Fevereiro de 1937.

constitui-se nos reclamos contra a inoperância governamental em relação à Peste Branca e também nas denúncias sobre o isolamento do alto escalão da administração sanitária estadual em relação à maioria dos médicos que atuavam no setor. Tornou-se corriqueira a publicação especializada divulgar textos como os subscritos pelos clínicos Gavião Gonzaga e Queiroz Telles que, embora ocupassem postos no Serviço Sanitário paulista, faziam do periódico um canal de comunicação com os seus superiores da administração pública, oferecendo sugestões e reparos às ações que o Estado vinha realizando - ou deixando de realizar - na assistência aos tuberculosos. E isto tudo como se os articulistas fossem pessoas estranhas ao setor higienista oficial (8).

Paralelamente à publicação das declarações críticas assinadas pelos facultativos, a tentativa mais significativa da Revista para congregar os tisiologistas de São Paulo constituiu-se na realização de um amplo inquérito que deveria servir de base para a elaboração de uma proposta paulista a um possível plano federal contra a tuberculose. Questionário destinado a ser respondido por todos os especialistas na Peste Branca que atuavam no estado, de tudo perguntava-se aos clínicos, desde a origem dos recursos que

(8) - Bonzaga, Dr. A. Gavião - "Organização das estâncias climáticas de tratamento e de repouso" Revista Paulista de Tisiologia 1(3-4):65-69, Março-Abril de 1935 e Telles, Dr. Décio de Queiroz - "O problema da tuberculose em São Paulo" Revista Paulista de Tisiologia 1(3-4):70-81, Março-Abril de 1935.

subsidiariam o plano, até a localização geográfica ideal dos sanatórios a serem construídos, o critério de triagem das fimatoses encaminhados para internamento, os hospitais que deveriam se encarregar das tarefas tisiocirúrgicas e os canais de treinamento especializado dos profissionais da saúde (9).

O primeiro médico a responder ao questionário foi Raphael de Paula Souza, que entre outras funções ocupava o cargo docente no Instituto de Higiene da Universidade de São Paulo. Segundo este clínico, todas as campanhas contra a enfermidade de Koch deveriam ser patrocinadas pelos cofres públicos, sendo que o gerenciamento das ações sanitárias ficariam obrigatoriamente a cargo de médicos não comprometidos com os grupos que se engalfinhavam na arena política. Mais ainda: o Dr. Paula Souza declarou que, no contexto regional, inexistia uma entidade formalmente direcionada para aprimorar o conhecimento sobre os mecanismos da fimose, situação que delegava aos sanatórios a tarefa de formação e atualização do agrupamento tisiológico (10).

(9) - Ferreira, Clemente - "Organização antituberculosa em S. Paulo" Revista Paulista de Tisiologia 1(5-6): 202-205, Maio-Junho de 1935.

(10) - Souza, Raphael de Paula - "Organização antituberculosa em S. Paulo" Revista Paulista de Tisiologia 1(5-6): 205-208, Maio-Junho de 1935.

Na sequência, inúmeros facultativos atenderam ao inquérito, sendo que algumas das respostas foram reproduzidas nas páginas do periódico dirigido por Clemente Ferreira. O empenho da Revista em expor o descontentamento dos médicos em relação ao Estado varguista frutificou, mas também permitiu que clareassesem os antagonismos doutrinários e os interesses institucionais divergentes que impregnavam os debates sobre a Peste Branca. Assim, tem-se como exemplo as sucessivas discussões em torno da prática de cirurgias tórácicas. Para alguns médicos, não só os sanatórios instalados nas estações de cura de Campos do Jordão e de São José dos Campos - áreas que foram definidas administrativamente enquanto "prefeituras sanitárias" -, como também os Postos de Higiene espalhados pelo estado estavam plenamente capacitados para proceder às intervenções cirúrgicas mais simples. Lançado o argumento, vários integrantes da equipe médica que atuava no Hospital São Luiz Gonzaga postaram-se energicamente contra a proposta, alegando que a precariedade das enfermarias sanatoriais e o despreparo dos profissionais alojados na maior parte dos Postos de Saúde desaconselhavam que as operações fossem realizadas em outro ambiente que não o próprio Sanatório de Jaçanã (ii).

(ii) - Nebias, Octávio - "Organização antituberculosa em São Paulo" Revista Paulista de Tisiologia 1(11-12): 480-483, Julho-Agosto de 1935.

esquecer, logo, o aspecto fundamental da questão, numa cumplicidade flagrante com as causas principais do flagelo. A única luta consequente seria, sem dúvida alguma a luta pela elevação do nível econômico e cultural das populações brasileiras" (12).

Entre a velha "prophylaxia directa" e a nova "profilaxia indirecta" existia um abismo desafiador dos cômodos esquemas explicadores da problemática sanitária nacional. Os temores de uma medicina sempre cautelosa em assumir a "causação" social e coletiva das enfermidades somavam-se aos dispositivos repressores que vigiam no período getulista, impondo que nenhuma resposta fosse endereçada ao libelo assinado pelo Dr. Souza Lopes. Perpetuava-se assim, a definição epidemiológica da Peste Branca enquanto "moléstia social" pelo fato desta patologia estar disseminada amplamente na trama coletiva, nada mais do que isto. Sintomaticamente, desde a veiculação das idéias do clínico de Campos do Jordão, a série dirigida por Clemente Ferreira não mais se reportou ao inquérito, como se jamais ele tivesse existido. Como muitas outras tentativas corporativas dos anos 30, a proposta de elaboração de um projeto sanitário paralelo ao assumido pelo Estado esvaiu-se em um silêncio intimidado, legando aos médicos escritores a tarefa de apresentar a tísica, através da ficção, como mortal resultado das desigualdades sociais que marcavam a sociedade brasileira (13).

(12) - Lopes, Dr. Ivan de Souza - "Organização antituberculosa em São Paulo" Revista Paulista de Tisiologia 1(7-8):299, Julho-Agosto de 1935.

(13) - Encontram-se dentre estes médicos literatos: Fontes,

O compromisso grupal que regia os primeiros momentos da publicação especializada teve seus rumos corrigidos quando a *Revista Paulista de Tisiologia* convenceu-se de que o Estado getulista não se afinava com os pronunciamentos de crítica à postura governamental. Mesmo que se mantivesse acesa a explicação que situava a tuberculose enquanto flagelo que "aniquilava a raça", "devastava a população" e, em continuidade, "desfalcava o capital humano e empobrecia o país", as declarações médicas fugiram das especulações que apontavam a moléstia pulmonar como produto dos desregulamentos da sociedade, fazendo predominar os estudos centrados na organização das campanhas contra a tuberculose, nas técnicas terapêuticas e nos assuntos corporativos.

Em decorrência, um dos novos temas utilizados na tentativa de mobilização da categoria baseava-se nos ecos provenientes do estrangeiro. Da França chegavam notícias que asseveravam a desnecessidade do asilamento sanatorial no tratamento dos pacientes consuntivos. Contra tal proposta insurgiram-se os clínicos que atuavam nos sanatórios paulistas, especialmente o Dr. Manuel Covello Junior que, na condição de tisiologista assistente de duas casas de saúde de renome, considerou a idéia absurda. Espelhando o posicionamento que não era

Amando - Os Corumbás. Rio de Janeiro, Schmidt, 1933 e Prata, Renúlpho - Navios Iluminados. Rio de Janeiro, José Olympio, 1937. Ressalta-se que Amando Fontes contraiu a moléstia consuntiva, fato que o obrigou a abandonar a profissão clínica.

aceito por todos seus pares, este clínico desqualificou a possível eficiência do tratamento domiciliar dos infectados, alegando que os detratores do regime de isolamento hospitalar eram pessoas "má intencionadas" que, indo contra os ensinamentos dos "grandes mestres", ocultavam interesses escusos que o médico não soube esclarecer quais eram (14).

As dificuldades encontradas para consolidar os vínculos comunitários exigiam que, periodicamente, fossem lembrados os riscos de infecção inerentes à prática tisiológica. É digno de nota o empenho do Dr. Xavier da Prado para sensibilizar os "bons corações" em prol da construção de um sanatório exclusivo para o tratamento dos facultativos contaminados. A urgência de socorro aos "companheiros consuntivos" foi explicada através de palavras tão francas quanto dolorosas: "seja ele médico ou não, o tuberculoso é sempre despresado, para muitos até um indesejável" (15).

Até mesmo a campanha liderada pelo Dr. Xavier acabou submergindo no desencontro de idéias entre os membros da corporação. Instalado o debate, a comunidade clínica dividiu-se sobre o local apropriado para a instalação da casa de saúde dos facultativos, uns apoiando a construção do sanatório nas montanhas jordanenses, enquanto que outros

(14) - Covello Junior, M. - "Commentários sobre a tuberculose" Revista Paulista de Tisiologia 2(2):96-104, Março-Abril de 1936.

(15) - Prado, Xavier da - "Sanatório do médico" Revista Paulista de Tisiologia 3(2):184, Maio-Junho de 1936.

preferiam a periferia paulistana. Como em outros momentos, o conflito resultou em seguidos desentendimentos que acabaram tornando impraticável a proposta assistencial.

Neste emaranhado de confrontos, foram raras as questões que garantiram uma certa harmonia entre os tisiólogos. A primeira delas constituiu-se no interesse grupal para exponenciar a lucratividade da profissão de médico dos tuberculosos. Em um país onde havia escassez de leitos mesmo para os infectados que contavam com recursos econômicos, tornou-se frequente os movimentos que visavam a organização de empresas que, compostas exclusivamente por facultativos, tinham como objetivo a construção e o funcionamento de sanatórios particulares.

No ano de 1941, por exemplo, ganhou destaque na imprensa médica a movimentação em torno da venda dos últimos lotes de ações do Hospital Santo Antônio S/A, um sofisticado nosocomio para tísicos que estava sendo construído na zona norte do município de São Paulo, em terreno próximo ao do Sanatório do Mandaqui. Anunciado como um "excepcional negócio", os compradores das ações teriam obrigatoriamente que apresentar o diploma de graduação em medicina, exigência que alinhou como sócios mais de uma centena de clínicos, encabeçados por quatro professores titulares da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Celestino Bourroul, Eduardo Monteiro, Rubião Meira e Raphael Periteado de Barros.

No final do documento, os dirigentes do negócio anunciaram aos seus pares acadêmicos a alta lucratividade da empresa exploradora da tuberculose:

"Por ser um negócio rigorosamente de médicos, deve merecer o seu apoio. Apresenta-se como ótima oportunidade para nele o Sr. investir, muito vantajosamente, algumas economias, cuja multiplicação será inofismável" (16).

Outro assunto que favoreceu a comunhão entre os médicos adestrados na doença pulmonar configurou-se na apologia grupal do processo de roentgenografia aperfeiçoado no ano de 1936 pelo clínico carioca Manoel de Abreu e que foi imediatamente rebatizado pelos especialistas com o nome de "abreugrafia". Enquanto recurso mais rápido, econômico e eficiente para, através do Raio X, revelar as lesões tuberculosas ainda nos estágios iniciais, a "fotografia do écran fluorescente" foi assumida como contribuição genuinamente nacional para o controle da Peste Branca, sendo objeto de louvor por toda a medicina brasileira (17).

Quebrando a regra desmerecedora do que era produzido pelos tisiologistas cariocas, os médicos de São Paulo mostraram-se sensíveis à campanha liderada pelo próprio Manoel de Abreu, que propunha a realização de um recenseamento torácico em

(16) — ---- "Hospital Santo Antônio Sociedade Anônima" encarto inserido na Revista Paulista de Tisiologia, 7(5), Setembro-Outubro de 1941. Acrescenta-se que, no final da década de 40, o nosocômio foi vendido ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários do Estado de São Paulo.

(17) — Santos, Itazil Benício dos — Vida e Obra de Manoel de Abreu. Rio de Janeiro, Pongetti, 1963, p.64.

escala nacional. Em nome da proteção da saúde coletiva, o cientista requereu ao presidente Vargas a aprovação de leis que obrigassem toda a população a se deixar examinar dos pulmões, compromisso que permitiria a organização de um cadastro social onde o Estado saberia quem e quantos eram os consumidores residentes no país (18).

Amparado no sucesso de seu invento, coube também ao professor Abreu a criação de um novo personagem disseminador do bacilo de Koch: o "aparentemente sadio". A partir de então, não eram só os tipos abatidos, descarnados e "promiscuos" que chamavam a atenção dos sanitários, mas também os indivíduos gordos e que apresentavam boa disposição física. Tanto uns quanto outros poderiam ocultar em seus corpos o micrório causador da corrupção pulmonar, sendo por isto conveniente a averiguacão do estado pulmonar de todos os cidadãos (19).

Imediatamente após a divulgação da proposta do inventor da abreugrafia, os médicos paulistas somaram-se nos pedidos ao governo estadual para que os cofres públicos financiassem a aquisição de várias unidades do "aparelho revolucionário". Segundo um dos requerentes, o novo engenho permitiria o

(18) - Abreu, Manoel de - Recenseamento Torácico. Férto Alentejo, Globo, 1938, p.33.

(19) - Idem - "La pesquisa de la tuberculosis en las colectividades supuestas sanas" In: Sayago, Prof. Dr. S. (dir.) - Tisiología: Undecimo Curso de Perfeccionamiento. Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba, 1943, p.122.

diagnóstico precoce da infecção, protegendo a sociedade de seus perigosos membros contaminados:

"O exame sistemático pulmonar das coletividades foi ensaiado primeiro nos exércitos e nas armadas de diferentes países europeus e americanos. Os resultados foram os mais interessantes, e grandes as supressas! Indivíduos de ótimo físico, aviadores, esportistas (...) apresentavam graves lesões tuberculosas pulmonares à radiografia" (20).

Apesar da veemência dos pedidos, foi apenas em meados do ano de 1938 que o Departamento de Saúde paulista recebeu o aparelho de abreugrafia que, inexplicavelmente, foi utilizado em raras ocasiões por aquele órgão oficial. Isto porque logo que foi incorporado ao acervo estadual, a "máquina de Abreu" foi emprestada à Universidade de São Paulo para a realização do exame pulmonar dos alunos ingressantes naquela instituição de ensino. Na seqüência, o governo cedeu o aparelho para o Instituto dos Bancários que, até o final da década de 40, foi a única entidade previdenciária a realizar o recenseamento torácico de todos os seus associados (21).

O restrito uso do dispositivo desenvolvido pelo Dr. Abreu, entretanto, não inibiu os líderes da tisiologia de São Paulo

(20) - Franco, Geraldo - "Exame pulmonar sistemático das coletividades" Revista Paulista de Tisiologia 3(1): 77, Janeiro-Fevereiro de 1937.

(21) - Souza, R. de Paula - "Censo radiológico pulmonar do universitário paulista" Revista Paulista de Tisiologia 5(1): 5-14, Janeiro-Fevereiro de 1939 e Franco, Geraldo - "Os institutos de previdência podem resolver o problema da tuberculose no Brasil" Revista Paulista de Tisiologia 5(6): 443-447, Novembro-Dezembro de 1939.

a se convencerem da necessidade da continua vigilância dos "pretendos sadios". Na ausência do recurso desenvolvido pelo clínico carioca, os higienistas se convergiram para a realização de pesquisas na comunidade através do emprego da tuberculina como estratégia identificadora dos grupos que apresentavam a "tuberculose-infecção" e - quem sabe? - a moléstia propriamente dita. Como resultado, se o período anterior à incorporação da figura do "tísico inaparente" enquanto tema epidemiológico testemunhou apenas três avaliações coletivas, a partir de 1936 e até 1945 foram realizados pelo menos vinte recenseamentos deste tipo. A comunidade estudantil foi o extrato mais visado da população estadual, instruindo onze inquéritos baseados no exame dos alunos matriculados nas escolas de educação elementar e também duas pesquisas centradas nos estudantes dos primeiros anos dos cursos oferecidos pela Universidade de São Paulo (22).

Os conflitos doutrinários

A condição do Brasil apresentar-se como um país de acanhada tradição no desenvolvimento científico impôs que os

(22) - Mascarenhas, Rodolfo dos Santos - Contribuição Para o Estudo da Administração dos Serviços Estaduais de Tuberculose em São Paulo. São Paulo, Tese de Catedra apresentada à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1953, p.358-365.

Hipócrates nacionais, com exceção de Manoel de Abreu, poucos contribuissem com novidades para o esclarecimento da moléstia pulmonar, fazendo sede corrente as monótonas repetições das idéias esboçadas no estrangeiro. Neste contexto, as disputas acadêmicas forçavam a continua publicação de textos que, de regra, reproduziam as análises da tisiologia europeia, chegando ao ponto de alguns esculápios nativos não se furtarem de enveredar pelos sombrios becos do plágio.

A fragilidade geral de recursos e mesmo de conhecimentos aprofundados sobre o Grande Mal induziram os facultativos a advogarem uma série de procedimentos que, por serem demasiadamente desatualizados ou simplistas, selavam a imagem de uma medicina periférica e sempre defasada em relação às concepções em voga na Europa. Assim, no período em que os especialistas do Velho Mundo já praconizavam a recorrência ao exame de escarro e mesmo ao Raio X para diagnosticar a infecção tísica, o professor Antônio Austregesilo - docente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro - ensinava que a melhor estratégia para o reconhecimento da fimatose consistia na percussão do tórax do paciente com "um lapis commum ou um estylete qualquer", "antes de qualquer observação". Caso o enfermo acusasse dor na região perscrutada, lá certamente se encontraria a sede da infecção de Koch (23).

(23) - Austregesilo, Dr. A. - Trabalhos Clínicos. Rio de Ja-

Com o decorrer dos anos, a tendência imitadora dos modelos clínico-cirúrgicos esboçados sobretudo na França consolidou-se enquanto padrão orientador dos médicos brasileiros. No inicio dos anos 30, a cristalização dos debates nacionais em torno dos enunciados da tisiologia francesa chegou a tal ponto que muitos profissionais da saúde se negavam a discutir as experiências realizadas em outros centros científicos da Europa e dos Estados Unidos. No ano de 1932, quando o Dr. Tisi Netto, foi indagado por um jornalista sobre a eficácia de um remédio contra a tuberculose desenvolvido na Alemanha, o clínico paulista manifestou-se incapaz de avaliar a descoberta. Na continuidade, o médico declarou desconhecer as pesquisas germânicas, acrescentando que:

"aqui no Brasil, a litteratura scientifica que acompanhamos, com segurança e repetidas informações, é a litteratura francesa" (24).

A francofilia assumida pela medicina brasileira, quando ameaçada, tornou-se causa de discordia no interior da comunidade tisiológica paulista. O médico Eduardo Etzel, um antigo cirurgião do Hospital do Jaçanã, informou que o

neiro, Renascença, 1908, Ia. Série, p.204-205. As reticências dos especialistas nacionais aceitarem as novidades apresentadas pelos seus pares europeus pode ser percebida inclusive em: Mac Dowell, Dr. A. - O Problema Social da Tuberculose. Rio de Janeiro, s.c.p., 1932.

(24) — "O Sr. Henri Spahlinger teria descoberto a cura da tuberculose?" Folha da Noite, 01 de Fevereiro de 1932, p.3.

motivo que fez a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia inaugurar o Sanatório São Luiz Gonzaga deveu-se ao surgimento de uma desavença doutrinária entre seus principais colaboradores. A maior parte dos clínicos que prestava serviços no Hospital Central da Santa Casa era filiada à escola francesa, aceitando com reticências a companhia do médico Alvaro Lemos Torres, que havia realizado cursos de especialização nos Estados Unidos. A situação tornou-se ainda mais crítica a partir do momento em que o professor Lemos Torres passou a instigar seus alunos da Faculdade de Medicina a se guiarem pelos manuais norte-americanos, o que resultou na exclusão do médico e de seu grupo de discípulos do Hospital Central, sendo-lhe então entregue o antigo Leprosário do Guapira para lá instalar um sanatório para tuberculosos. Assim, segundo o Dr. Etzel, nasceu uma das mais renomadas casas de saúde do Brasil (25).

No desenrolar do confronto, a facção mais significativa dos tisiologistas bandeirantes manteve-se leal à tradição francesa e parcialmente à italiana, fechando os olhos para as novidades produzidas nos outros países. Importantes recursos desenvolvidos pela Saúde Pública tardaram a ser incorporados à prática dos especialistas nacionais, comprometendo a eficácia de atuação de uma área do conhecimento por si própria ferida por perigosas lacunas.

(25) - Etzel, Eduardo - Um Médico no Século XX: Vivendo Transformações. São Paulo, Nobel e Edusp, 1987, p. 103.

Neste contexto, dentre os recursos desprezados pelos higienistas locais encontrava-se a biostatística, técnica que havia ganho sofisticação na Inglaterra e nos Estados Unidos e que, no Brasil durante muito tempo resumiu-se na distribuição do número de casos de enfermidade segundo as variáveis do espaço e do tempo. Mesmo o Instituto de Higiene paulista, filiado desde seu nascimento à medicina norte-americana através da Fundação Rockefeller, manteve-se afastado das análises quantitativas, apesar de ter sido o Dr. Paula Souza - um dos luminares deste centro de pesquisa - o orientador da tese de doutorado de Walter Leser, a qual marcava pioneirismo ao emprestar recursos da matemática para analisar os eventos epidemiológicos. Na introdução desse trabalho acadêmico, o Dr. Leser explicou o objetivo de seu estudo: "apresentar as principais aplicações dos métodos estatísticos à medicina e à higiene", já que reinava uma grande indiferença no meio científico em relação a esta questão (26).

No tocante às atividades clínicas, o apego francófilo também fez-se sentir negativamente. O interesse pelo tratamento da doença consuntiva parecia não incentivar o enriquecimento do

(26) - Leser, Walter Sidney Pereira - Contribuição para o Estudo dos Métodos Estatísticos Aplicáveis à Medicina e à Higiene. São Paulo, Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1933, p.12. Acrescenta-se que somente a partir da década de 40 é que os higienistas de São Paulo passaram a incorporar as técnicas estatísticas em suas análises, inclusive o professor Paula Souza.

saber sobre as demais enfermidades que afetavam o funcionamento pulmonar, resultando em freqüentes diagnósticos equivocados. A constatação da existência de pacientes não-consuntivos que tinham sido isolados em ambientes sanatoriais fez com que, no ano de 1941, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo incumbisse os Drs. Floriano de Almeida e Carlos da Silva Lacaz da tarefa de analisar o fenômeno. No final do processo, os clínicos chegaram a uma conclusão constrangedora, pois desmaritória para a propalada "escola paulista de tisiologia": de regra, os especialistas em tuberculose desconheciam a maior parte das micoes que comprometem o trato respiratório, situação que os fazia declarar consuntivos pacientes que padeciam de outras patologias (27).

Apesar da fragilidade da tisiologia brasileira, o agrupamento dos especialistas foi marcado pela constância de debates entre as vertentes doutrinárias que também agitavam a Higiene Pública e a "medicina colonial" francesa. O que se constituiu certamente no principal foco nacional de celeuma referia-se à validade do clima como elemento terapêutico eficiente para os infectados. Desde que Brehmer e Dettwiller estabeleceram os primeiros sanatórios nas montanhas europeias, a questão climatoterápica

(27) - Almeida, Floriano de e Lacaz, Carlos da Silva - Micoes Bronco-Pulmonares. São Paulo, Melhoramentos, 1942, p.9.

consolidou-se enquanto tema polêmico, aflorando em momentos específicos, como motivo de disputas.

No Brasil, desde a última década do século passado o problema foi assunto de discussões, resultando porém em debates de escassas consequências. A dúvida sobre o valor do "tratamento pelos ares" foi retomada somente na abertura dos anos 30, quando da inauguração do Hospital do Jaçanã que, fugindo a regra até então seguida, estava situado nos subúrbios da capital paulista. Apesar do nosocomio se localizar nas "franjas" da Serra da Cantareira - domínio que guardava alguma semelhança com o de Campos do Jordão - inúmeras foram as vozes que se levantaram para denunciar como desarrazoada a decisão de instalar um sanatório numa região relativamente afastada das estações de cura situadas no território bandeirante.

A situação ganhou ainda maior intensidade quando o assunto foi incorporado às discussões veiculadas nas páginas da *Revista Paulista de Tisiologia*. O questionamento sobre o melhor local para a instalação de sanatórios recebeu divergentes respostas, estimulando a Associação Paulista de Medicina a promover um ciclo de debates sobre a validade dos princípios climatoterápicos. Um dos resultados deste movimento foi a publicação de um livro que enfeixava os textos elaborados para o debate, obra que exacerbou ainda mais a polêmica entre os especialistas, inclusive porque foi

patrocinado por cerca de quinze laboratórios que comercializavam drogas contra a tuberculose (28).

Na série de conferências, realizadas a partir de maio de 1935, percebe-se que as discussões sobre o valor terapêutico do clima estavam contaminadas pelos interesses econômicos dos grupos que vinham enriquecendo com a exploração das instituições de saúde instaladas nas prefeituras sanitárias. A partir disto, mais que a defesa dos ares enquanto recurso terapêutico das cavernas pulmonares, vários tisiólogistas espenharam-se em defender a continuidade de seus negócios centrados na Peste Branca.

Assim, a tendência geral dos clínicos e dos higienistas que atuavam nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro era reconhecer que o ambiente montanhoso atuava no reforçamento dos "organismos debilitados", sem contudo garantir a recuperação da saúde das vítimas do bacilo de Koch. Alguns palestrantes, como os Drs. Paula Souza e Alpysio de Paula, asseveravam que a fé no potencial terapêutico do clima havia perdido confiança entre os facultativos, resistindo apenas como "crença popular". Para estes tisiólogistas, a única medida eficiente contra a tuberculose consistia na combinação do isolamento sanatorial

(28) - Souza, R. de Paula et al. - Clima e Tuberculose. São Paulo, Publicitas, 1936. Todos os pronunciamentos incluídos neste livro foram primeiramente publicados na Revista da corporação.

e intervenção cirúrgica, independente do padrão morfo-climático da região onde os hospitais estivessem localizados (29).

Para tornar ainda mais tensos os debates, Clemente Ferreira - que anteriormente havia se distinguido como intransigente defensor da climatoterapia - aproveitou o ciclo de conferências para declarar que o propósito da instalação de sanatórios nas montanhas era guiado por critérios de ordem econômica e política, acrescentando que somente os tisiicos endinheirados reuniam recursos suficientes para prolongar a permanência na Serra da Mantiqueira. Mais ainda, o Dr. Ferreira colocou em dúvida as propriedades curativas do clima, informando que a medicina não dispunha até aquele momento de elementos confiáveis para comprovar a eficiência do tratamento realizado nos "terrenos de altitude" (30).

Em oposição, insurgiram-se os médicos que atuavam nas tisiópolis de São José dos Campos e de Campos do Jordão. O Dr. Ruy Dória, que sempre se apresentara avesso aos debates clínicos, saiu das sombras de diretor-proprietário de uma casa de saúde na estação joseense para comandar os brados contestadores contra a dilapidação do ideário climatoterápico, não hesitando pela vez única em sua vida de se confrontar com os mais renomados tisiologistas do país.

(29) - Idem, p.29.

(30) - Ibidem, p.108.

Exibindo-se como representante dos sanatórios e dos facultativos que clinicavam nas estâncias de cura, o Dr. Dória discorreu sobre o mérito terapêutico do clima do Vale do Paraíba e da Serra da Mantiqueira para a maior parte dos fumados, avaliando negativamente a localização dos nosocomios nas periferias metropolitanas. Referindo-se implicitamente ao Hospital do Jaçanã, o médico de São José dos Campos observou:

"Assim, é uma colina qualquer nos arredores de cidade grande que passa a substituir quasi grotescamente o clima de altitude, ou é um arrabalde um pouco menos populoso que figura como succedâneo do clima de planicie (...) julgamos que reconhecida a influencia dos factores climaticos, se encontrará em melhor condições de tratamento em Campos do Jordão do que na Cantareira, um doente cujo caso se enquadra nas indicações de cura de altitude" (31).

Não de todo satisfeito com a justificativa que ele próprio declinara, Ruy Dória anexou aos seus argumentos uma extensa e variada lista de casos clínicos onde o pleno restabelecimento da saúde deu-se rapidamente, às vezes sem qualquer tipo de apoio medicamentoso que não fosse o repouso absoluto e o clima que bafejava as prefeituras sanitárias do estado de São Paulo. O médico igualmente serviu-se da participação nos debates para expor um arsenal de motivos paralelos para advogar a instalação de sanatórios exclusivamente nas duas estações de cura que representavam o fator psicológico do isolamento dos infectados em áreas distantes, fazendo com que os pacientes se preocupassem

(31) - Idem, p.62.

mentos com suas famílias), a vigilância continua e a reeducação dos consuntivos, só conseguidas em casas de saúde afastadas do burburinho e da agitação metropolitana e principalmente a retirada dos tísicos dos centros urbanos, operação esta que inibiria a disseminação do bacilo da peste. Em conclusão, o médico do Vale do Paraíba sugeria que a terapêutica climática era o principal e mais seguro recurso para o tratamento dos tuberculosos, criticando por sua vez as tentativas cirúrgicas e quimioterápicas de cura dos infectados, as quais o Dr. Dória diagnosticou como de "valia reduzida", quando ministradas em territórios com condições climáticas "impróprias" para os consuntivos (32).

Outra questão que deu redobrado vigor aos debates tisiológicos referiu-se à vulnerabilidade das raças humanas frente à contaminação kochiana, assim como a capacidade dos brancos, negros e amarelos desenvolverem a enfermidade e recuperarem-se ou falecerem em consequência da tísica. A especificidade racial, enfatizada pelo movimento eugenista, tornou-se um dos principais eixos discursivos sobre a "nacionalidade" brasileira, cabendo a medicina conferir legalidade científica a uma possível biologia diferenciadora dos grandes grupos humanos frente aos fenômenos patológicos.

(32) - Ibidem, p.64-67. Posicionamento semelhante foi assumido por tisiologistas de outros estados brasileiros, inclusive pelo baiano José Silveira. Veja-se deste médico: - Pela Campanha Anti-Tuberculosa, Bahia, Imprensa Regina, 1939, p.33-34.

Conferindo encaminhamento próprio aos debates realizados no exterior - que se mostravam cada vez mais reticentes em assistar a tese sobre a condicionante racial como elemento significativo no processo tuberculoso - tornou-se comum no contexto nacional considerar que os negros e os mulatos compunham o agrupamento humano mais propenso ao desenvolvimento das moléstias em geral e da tuberculose em particular. As primeiras reações clínicas a esta perspectiva ocorreram no ano de 1934, durante a realização do Primeiro Congresso Afro-Brasileiro, quando o clínico Alvaro de Faria abordou o tópico, anunciando não haver comprovação científica alguma da propalada "fragilidade racial" dos negros em relação à fímatose pulmonar. O médico informou que a maior incidência da tísica entre os "homens de cor" devia-se à recente incorporação dos negros à "civilização" e ao cotidiano do ambiente citadino, fenômenos que estimulavam o estreito contato entre os indivíduos saudáveis e os infectados, situação que favorecia o contágio (33).

O mesmo expositor acrescentou ainda que o "déficit nutritivo" que caracterizava a população pobre e de origem africana era um fator co-responsável pela disseminação da enfermidade entre os negros e mestiços brasileiros. Qualquer

(33) - Faria, Alvaro de - "O problema da tuberculose no preto e no branco e relações de resistência racial" In - Estudos Afro-Brasileiros. Rio de Janeiro, Ariel, 1935, vol. I, p.225. A mesma orientação é seguida pelo sanitário Octavio de Freitas no livro: - Doenças Africanas no Brasil. São Paulo, Editora Nacional, 1935.

outra possibilidade explicativa para o fenômeno da infecção tísica foi rejeitada pelo facultativo pois, segundo ele, obrigatoriamente convergia para o preconceito e a desqualificação social da comunidade com raízes fincadas na África.

Apesar da ausência de observações detalhadas sobre a presença da tísica entre os brasileiros negros e mulatos, o tema manteve-se controverso, sendo que no final dos anos 30, vários especialistas voltaram a discuti-lo, durante a realização do Primeiro Congresso Nacional de Tuberculose. A presença de Alvaro de Faria na direção dos debates não foi suficiente para garantir a harmonia do encontro, pois enquanto este especialista continuava advogando a tese baseada no conceito de *virgin soil*, alguns outros estudiosos localizavam as diferenças da biologia racial como fator explicativo da alta incidência do Grande Mal entre a população afro-brasileira. Afastados dos debates públicos nos primeiros anos da década, os intelectuais que advogavam a condição de inferioridade da raça negra em relação aos brancos ganharam novo incentivo e voz com a ascensão do nazismo na Europa, interferindo nos debates tisiológicos (34).

(34) - A ascensão das teorias racistas no Brasil em concordância com os posicionamentos nazi-fascistas é assinalada em Skidmore, Thomas E. - Preto no Branco. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976, p.225.

Seguindo esta linha de entendimento, o médico paraense Henrique Esteves opõe-se às idéias esposadas pelo Dr. Faria, asseverando que a comunidade de origem africana era biologicamente mais suscetível à infecção que a branca, assim como os negros e os mulatos respondiam negativamente às variadas estratégias terapêuticas, chegando a óbito em um tempo muito menor que os contaminados de outras raças. Após a análise de dezenas de consuntivos negros, Esteves explicou a incidência da Peste Branca entre os indivíduos de sangue africano como um fenômeno exclusivo e de origem "possivelmente bioquímica ainda desconhecida" fato que permitia o "bom desenvolvimento do bacilo" (35).

A intensidade das opiniões que alimentavam os debates exigiu que os médicos paulistas saíssem do isolamento e incorporassem a variável racial em suas averiguações sobre a Peste Branca. Os clínicos Souza Soares e Lincoln Faria inauguraram a série de estudos locais, tomando para análise não a comunidade negra, mas sim um grupo de cerca de 500 japoneses e seus descendentes que, radicados no estado de São Paulo, foram diagnosticados enquanto fumatossos. A principal conclusão emitida pelos dois tisiologistas surpreendeu a todos, abrindo novo campo de discórdia entre os especialistas: a "raça amarela" era tão vulnerável à infecção pulmonar quanto a negra, esclarecendo ainda que as

(35) - Esteves, Henrique - "A tuberculose pulmonar do preto no Pará" Revista Brasileira de Tuberculose 8(62): 564-565, Julho de 1939.

condições de vida que marcaram o processo migratório em nada tinham influenciado as taxas de morbi-mortalidade dos grupos de japoneses que haviam se transferido para o Brasil (36).

Alguns anos depois, João Grieco, clínico do hospital São Luiz Gonzaga, acrescentou novos elementos à questão ao considerar a pesquisa realizada pelos Drs. Soares e Faria como trabalho de pouca credibilidade acadêmica, colocando em dúvida não só a precisão dos dados quantitativos analisados, como também o pensamento explicador da saúde coletiva que renega os condicionantes culturais e sócio-econômicas. Nesta cirurgia, o Dr. Grieco buscou corrigir as conclusões esboçadas anteriormente pelos seus pares, anunciando que o perfil fisiológico dos homens de pele amarela aproximava-se ao dos negros e que isto não ocorria devido a qualquer determinismo biológico, mas sim porque, no contexto nacional, os representantes de ambas as raças tendiam a ocupar as tarefas mais árduas e de menor remuneração e, por extensão, desconheciam as regras elementares de higiene e de prevenção do contágio kochiano. Delineavam-se assim a linha mestra dos ensaios médico-sociais que, combinando doença, miséria econômica e padrões culturais destoantes com a modernidade, definiam as principais moléstias infecto-contagiosas como marca dos

(36) - Soares, João B. de Souza e Faria, Lincoln Ferreira - "A tuberculose nos japoneses do Brasil" Revista Paulista de Tisiologia 5(5):291-304, Agosto-Setembro de 1939.

indivíduos insuficientemente preparados para viver nos grandes centros urbanos do país (37).

Identificado com a medicina norte-americana e com as mensagens políticas expedidas pelos países que compunham o grupo de Aliados na Segunda Guerra Mundial, o trabalho do Dr. Grieco foi alvo de vários prêmios acadêmicos, condonando seus opositores ao ostracismo. Enquanto paradigma de outras pesquisas sanitárias, o texto assinado por João Grieco refletia a opção tisiológica americanizada do Sanatório do Jaçanã, favorecendo a substituição das análises centradas no papel diferenciador das raças pelos estudos que focavam os grupos pobres e "incultos" de migrantes nacionais, especialmente os nordestinos, como as principais vítimas e também como agentes disseminadores da moléstia do peito nos ambientes metropolitano.

O próprio doutor Grieco assinalou que, com a paralisação da imigração estrangeira, a capital bandeirante estava recebendo significativos contingentes de migrantes, que se deslocavam das mais diferentes regiões do Brasil para tentar a sorte no estado de São Paulo. Infectados pouco depois de se estabelecerem na "cidade grande", os recém-chegados atuavam como agentes propagadores da Peste Branca entre os

(37) - Grieco, João - "Contribuição para o estudo da tuberculose no preto da cidade de São Paulo" Revista Paulista de Tisiologia 8(4):211-266, Julho-Agosto de 1942.

Paulistanos antigos, inclusive porque a principal ocupação encontrada pelos novos habitantes da urbe constituía-se nos serviços domésticos. Seguindo esta linha de entendimento, o clínico explicou a eventualidade da tísica atingir os lares mais abastados, acusando os servisais de virtuais algozes dos filhos da riqueza (38).

A nova orientação sanitária fez com que os olhos epidemiológicos se detivessem na figura do migrante como força perpetuadora da tuberculose nas cidades mais populosas do país. Mesmo antes das observações de Grieco, o tema já vinha sendo minuciosamente examinado pelo Instituto de Higiene da Universidade de São Paulo, desdobrando-se em uma pesquisa dirigida pelo professor Rodolfo dos Santos Mascarenhas e datada do ano de 1939, mas que só recebeu divulgação uma década após o seu encerramento (39).

Neste estudo que enfatizou a necessidade de investigações de campo na área da saúde coletiva, o Dr. Mascarenhas acompanhou sucessivos agrupamentos de migrantes oriundos do norte e do nordeste do país e que haviam sido alojados na antiga Hospedaria dos Imigrantes, sendo todos eles

(38) - Idem, p.219.

(39) - Mascarenhas, Rodolfo dos Santos - "A tuberculose e a imigração nacional; o estado de São Paulo". Este texto foi publicado em capítulos nos Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo 3(1):87-207, Junho de 1949; 3(2):219-324, Dezembro de 1949 e 4(1):69-121, Junho de 1950.

averiguados por uma equipe de médicos treinados especialmente para esta tarefa. Após a realização de exames que avaliaram a incidência de reações positivas à tuberculina, o professor Mascarenhas concluiu que, diferentemente do esperado, os migrantes que se estabeleciam no estado de São Paulo não se tornavam vítimas do ambiente poluído pelo bacilo de Koch que existia nos centros urbanos de maior porte. Pelo contrário, os forasteiros alcançavam as cidades suístas já corroidos pela enfermidade, tornando-se disseminadores da patologia pulmonar. Por isto, as opções do governo estadual, ainda segundo o Dr. Mascarenhas, eram limitadas:

"A medida imediata a ser efetuada será o exame roentgenográfico de todos os imigrantes chegados a São Paulo, quer se trate de nacionais ou de estrangeiros. Uma vez reconhecido como tuberculoso, o imigrante deve ou ser rejeitado ou ser encaminhado a um sanatório, ou ainda ficar sob tratamento e vigilância dispensarial" (40).

Apesar da exposição destas alternativas, o professor da Universidade de São Paulo parece que optou pela proibição da entrada de infectados no território bandeirante e o pronto retorno dos fumatosos para as suas áreas de origem. Isto porque o tisiologista esclareceu que, apesar do governo estar naquela época despendendo esforços em prol da saúde pública, o estado não dispunha de recursos econômicos suficientes para:

(40) - Idem, 4(1):108-109, Junho de 1950.

"suportar, sózinho, o ônus do isolamento do imigrante nacional tuberculoso, sem prejuízo de suas demais campanhas sanitárias" (41).

Um outro foco de celeuma que atingia os tisiologistas nacionais correspondia aos limites legais da intervenção médica, ganhando destaque os possíveis efeitos da gravidez sobre o processo consuntivo. A doutrina internacional ensinada aos juristas e aos clínicos pontificava que o evento gravídico atuava como fator estimulante das lesões tuberculosas, suportando porém que o aborto era crime e que, portanto, mesmo que a prenhez concorresse para a piora do estado da mulher infectada, a gestação deveria ser preservada. Chegado o momento do parto, caso houvesse risco de vida do nascente, a mãe enferma deveria ser sacrificada em favor da preservação da vida do filho que, afinal, poderia estar imune à infecção kochiana. Assim, a vida da mãe enferma daria lugar a uma existência possivelmente sadia do filho (42).

Entretanto, especialmente entre os clínicos cariocas surgiu a versão de que a gravidez não interferia no processo consuntivo, ressalvando apenas que os filhos de mães ou pais

(41) - Ibidem, 4(1):109-110, Junho de 1950.

(42) - Schwarz, Ricardo - Embarazo y Tuberculosis. Buenos Aires, El Ateneo, 1938, p.49. É necessário frisar que alguns autores preferiam não estabelecer posicionamento sobre a questão, julgando-a de caráter legal e não clínico. Veja-se, por exemplo: Léonardi, Charles - Grossesse et Formes Anatomo-Cliniques de la Tuberculose Pulmonaire. Paris, G. Doin & Cie., 1938.

tuberculosos viriam à luz debilitados e com altas chances de contrair a tuberculose nos primeiros anos de vida. O professor Mac Dowell estimulou ainda mais as divergências, alegando que, inversamente do que era propagado, a gravidez constituiria-se em um elemento dinamizador da cura das mulheres tísicas. Segundo esta explicação, o facultativo asseverou que muitas de suas pacientes contaminadas recuperaram a plena saúde, sem qualquer tipo de tratamento clínico ou cirúrgico, apenas pelo fato de terem engravidado e dado à luz (43).

De qualquer forma, existem indícios de que o aborto era a recomendação que a maior parte dos médicos oferecia às pacientes consuntivas que engravidavam. Entre os facultativos paulistas a questão manteve-se alijada dos debates, apesar de que, sutilmente, a *Revista* dedicada à especialidade buscou estabelecer um posicionamento favorável ao aborto terapêutico. Uma prova disto foi a publicação de um artigo assinado pelo Dr. Almeida Gouveia, clínico radicado na Bahia, no qual o autor combateu veementemente a prática do aborto entre as mulheres infectadas, mas, ao mesmo tempo, ensinou meticulosamente as técnicas que poderiam ser empregadas pelos profissionais da saúde para interromper a indesejada gravidez (44).

(43) - Mac Dowell, A. e Ferreira, J. Carvalho - "Tuberculose inaparente na mulher grávida" *Revista Brasileira de Tuberculose* 8(61):464, Maio-Junho de 1939.

(44) - Gouveia, Almeida - "Como interromper a gravidez na tuberculose pulmonar" *Revista Paulista de Tisiolo-*

As questões legais suscitadas pelos praticantes da medicina multiplicavam-se aceleradamente, abrindo a cada instante novos pontos questionadores da justeza da doutrina tisiológica. Desacertos de avaliações sobre as linhas que deveriam ser assumidas pela administração de Saúde Pública, a necessidade de isolamento forçado dos enfermos, as modalidades de tratamento dos pectários e até mesmo a legalização da prática de eutanásia nos casos de tuberculose terminal favoreceram a discordia entre os discípulos de Hipócrates (45).

Os desentendimentos permitiam inclusive a existência de momentos de delação de rivais frente às autoridades varguistas, reproduzindo no interior da academia as práticas policiais que marcavam a administração federal. Como exemplo tem-se as críticas realizadas ao movimento que deu origem a Associação dos Sanatórios Populares de Campos do Jordão, liderado pelo médico Raphael de Paula Souza. Enquanto clínico dos infectados residentes em Campos do

gia 2(6):467-474, Novembro-Dezembro de 1936. Posicionamento semelhante encontra-se em: Figueiredo, Dr. Sylvio Mendes - Controversias na Tuberculose Pulmonar. Rio de Janeiro, s.c.p., 1941, p.46.

(45) - Os advogados, mais do que os médicos, interessaram-se pelo estudo da eutanásia entre os tísicos, sendo que os juristas se posicionaram radicalmente contra esta medida. Sobre o assunto, veja-se: Soares, Dr. Vicente e Monteiro, Benedicto Soares - Direito de Matar. São Paulo, Revista das Tribunaes, 1935 e Bittencourt, Dra. Adalzira - Direito de Curar. Rio de Janeiro, s.c.p., 1942.

Jordão, o Dr. Paula Souza foi o responsável por uma campanha que, escudada na idéia de que as casas de saúde filantrópicas não precisavam contar com um aparato rebuscado que caracterizava as instituições destinadas aos pacientes pagantes, propôs uma série de opções administrativas e arquitetônicas que, rebaixando o custo dos prédios onde deveriam ser isolados os tísicos, viabilizava o atendimento de um maior número de doentes pobres.

O resultado disto foi a criação, no ano de 1931, da primeira unidade nosocomial, conhecida popularmente pelo nome de "Sanatorinhos", exatamente porque o novo abrigo para consuntivos constituiu-se em um simples barracão, contrastando com o estilo monumental dos edifícios que acolhiam os finatossos endinheirados. Enquanto primeiro presidente da nova entidade, o professor Paula Souza criticou os gastos desnecessários que outras entidades particulares ou caritativas estavam realizando com a construção de hospitais luxuosos, concluindo que o "lado aparatoso" do tratamento dos tuberculosos era supérfluo, resultando apenas na elevação dos custos assistenciais e, pior que isto, na escassez de leitos gratuitos aos pectários destituídos de amparos econômicos (46).

(46) - Souza, Dr. R. de Paula - Relatório Apresentado pela Directoria dos Sanatórios Populares de Campos do Jordão e Referente aos Anos de 1931, 1932 e 1933. São Paulo, Liberdade, 1934, p.11-12.

Nos primeiros momentos de vida dos Sanatorinhos, foram raros os médicos jordanenses que concordaram com a proposta do Dr. Paula Souza. Apenas os clínicos Clovis Corrêa, Vicente Marçilio e Lincoln de Faria - que atuavam no Posto de Higiene local - mostraram-se favoráveis ao funcionamento da casa de saúde para os enfermos desamparados, enquanto que os demais facultativos manifestaram desinteresse ou aversão pelo movimento. Em continuidade, alguns tisiologistas identificaram o projeto de Paula Souza com o modelo assistencial proposto pelos socialistas europeus; fato que levou o diretor dos Sanatorinhos e seus seguidores a serem tachados de "oposicionistas" e "esquerdistas", termos que contavam com uma carga incriminadora e portanto perigosa, numa conjuntura que se identificava pelo regime ditatorial (47).

A multiplicidade de desacordos que pautavam as relações dos tisiologistas atuantes em São Paulo e destes com seus pares de outros estados e especialmente do Rio de Janeiro, estabeleceu os limites da prática médica e da administração sanitária centrada na Peste Branca. As questões que impregnavam as pautas de discussões superavam em muito as incertezas exclusivamente técnicas, confundindo-se com interesses particulares e com o clima político do momento.

(47) - Idem - "O papel do semi-internato como auxiliar na luta antituberculose" Revista Paulista de Tisiologia 5(5):331, Setembro-Outubro de 1939.

Assim, o período que se encerrou com o advento do primeiro quimioterápico eficiente contra a tuberculose caracterizou-se pela existência de uma medicina que se consumia em disputas internas, tornando difícil a articulação de um movimento tisio-sanitário em escala nacional.

A precariedade dos recursos preventivos e curativos contra a patologia pulmonar somavam-se aos conflitos que paralisavam a comunidade dos tisiologistas e ao gerenciamento público deficiente das questões suscitadas pelo Grande Mal, condenando a especialidade a um comprometedor grau de defasagem em relação às outras nações. Os recursos necessários para a realização de diagnósticos precisos e tratamento dos pectários eram raros e concentrados nos poucos centros médicos do país. Para o geral da população, a clínica dispunha de princípios gerais de atendimento, os quais se mostravam de pouca serventia, mesmo porque mantidos inalterados desde o final do século passado (48).

Afora isto, o prestígio nacional granjeado pela "Escola paulista de tisiologia" não era fruto da coerência de sua proposta doutrinária. Os obstáculos para se alcançar consenso regional sobre o encaminhamento a ser dado aos principais problemas gerados pela Peste Branca conduziram uma parcela significativa dos especialistas de São Paulo a

(48) - Penna, Dr. Camillo de Oliveira - "Tuberculose precoce em trinta signaes" Revista Paulista de Tisiologia 1(7-8):295-298, Julho-Agosto de 1935.

optarem pela intervenção cirúrgica como recurso básico que demandava pouco tempo para a possível cura pulmonar ou que, pelo menos, contribuía para a extensão da sobrevida dos infectados. Tendência universal a partir da década de 30, a orientação operatória para o tratamento dos consuntivos ganhou dimensões abrangentes no Brasil e especialmente em São Paulo, fato que colocou em lugar secundário as recomendações médicas que apontavam para a climatoterapia e para as soluções medicamentosas, inclusive os compostos de cálcio e de sais de ouro que, durante um breve período, foram considerados como substâncias "curadoras" da tuberculose (49).

Apostando na positividade das operações torácicas, o Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga patrocinou a formação de uma equipe de tisiocirurgiões cuja eficiência repercutiu na definição da moléstia pulmonar. Apesar das pontificações que, na década de 40, versaram sobre a influência dos "padrões culturais" sobre a incidência da tísica, o encaminhamento preponderante entre os paulistas constituiu-se no enquadramento biológico da doença e na análise das trajetórias individuais dos pectários, marginalizando os questionamentos que, através da enfermidade, buscavam

(49) - Grieco, Dr. João e Oliveira, Dr. B. Fleury de - "Conceito de intervenção na cura da tuberculose pulmonar conforme orientação no Hospital S. Luiz Gonzaga, em Jaçanã" Memórias do Primeiro Congresso Médico da Santa Casa de Misericórdia de Santos. São Paulo, s.c.p., 1938, p.249-253.

averiguar as desigualdades que davam características peculiares à formação social brasileira.

Neste contexto, a educação em saúde despontava como medida preventiva viável para os grandes centros urbanos, pois voltada para a "reforma" dos comportamentos individuais.

CAPÍTULO 5

A EDUCAÇÃO PELA TUBERCULOSE

São Paulo, como cidade que emblemava o progresso brasileiro, reunia em seu contexto uma boa síntese dos direcionamentos nacionais. "Moderna", "industrial", "cosmopolita", a urbe era, naturalmente, um espelho fiel da problemática do país. A afluência de imigrantes e de migrantes convertia São Paulo em centro de fundamental importância para o enlace de questões que, afinal, extrapolavam as tensões internas, brasileiras. Avanços da cultura e da ciência repon davam na capital dos paulistas, transformando-a em pólo de fermentação de idéias. A década de 30 deste século é um eloquente exemplo desta disposição - e a Universidade de São Paulo sua prova maior.

Vale, contudo, considerar que independentemente do direcionamento identificado em São Paulo dos anos 30, havia uma anterioridade na vivência internacional e mesmo nacional com as questões pertinentes ao setor que, nas décadas recentes, recebeu o nome de "educação em saúde". Pressuposto obrigatório para o entendimento da "filtragem" da tuberculose como personagem, entre nós, é a análise desta situação.

As raízes da prática educativa em saúde

A partir dos meados do século XIX, a medicina europeia intensificou a busca de apoios nas técnicas pedagógicas, visando com isto traçar estratégias de convencimento individual e coletivo sobre a urgência de reorganização da vida no contexto da urbe industrializada. A necessidade de construção de um Ser coerente com a modernidade e ao mesmo tempo avesso aos quistas de devassidão instalados nas cidades ensejou o florescimento do discurso educador em saúde. Assim, ganhou expressão uma multiplicidade de mensagens que, no mesmo compasso que bendizia a metrópole industrial, também confidenciava a nostalgia frente ao esmaecimento dos amparos comunitários e do zeloso moralismo garantidos pela tradição.

Enquanto prática discursiva centrada na problemática dos grandes centros urbanos, o ensinamento higienista buscou impor, valorativamente, os conselhos que outrora eram ministrados pelos pais, padres e professores. Em nome da "verdade científica", a medicina reclamava o direito de comando exclusivo das ações que tinham como objetivo estabelecer e divulgar as regras sanitárias que deveriam regular o comportamento individual e garantir o bom funcionamento da existência coletiva.

O manual que ensinava a cuidar da saúde assinado pelo médico Paul Good talvez seja o melhor exemplo deste posicionamento que falava dos "novos tempos" com os olhos temerosos e melancólicos de um mundo que se transformava rapidamente. Traduzido em quinze idiomas, o texto do Dr. Good pretendia chamar a atenção dos jovens proletários para o perigo das enfermidades que poluiam as áreas urbanas, ensinando-lhes que as disposições higienistas eram produtos genuinamente derivados das leis morais. A identificação da saúde do corpo com a correção do espírito colocava em foco a opção individual de encaminhamento da vida, abrindo oportunidade para a conclusão de que somente aqueles que cediam ao ócio, aos vícios e às tentações sensuais é que se tornavam fáceis presas do conjunto de patologias que sangrava o terreno metropolitano (1).

O fato da tuberculose ser considerada "doença social" – e portanto limitada pelo regramento moral – determinou que a ampla disseminação da Peste Branca fosse tomada como argumento incentivador dos primeiros movimentos de educação em saúde. Como resultado, tanto nos Estados Unidos quanto na França, a ameaça tísica suscitou a criação de departamentos especializados na então chamada "educação sanitária", a

(1) – Good, Dr. Paul – Hygiène et Morale, 15é. ed., Paris, s.c.p., 1923. A proliferação de obras como esta, no continente europeu, é fenômeno ressaltado em: Vigarcello, Georges – O Límpio e o Sujo. Lisboa, Fragmentos, 1988, p.151.

partir do ano que marcou o encerramento da Primeira Guerra Mundial (2).

No Brasil, o acompanhamento das tendências internacionais na reorganização dos serviços de Higiene Pública ocorrida após o advento da República estabeleceu como obrigação exclusiva do diretor do Instituto Sanitário Federal a tarefa orientadora da população, limitando este compromisso às quadras definidas pelas crises epidêmicas. Foi somente no ano de 1921, através de uma nova reforma do setor de saúde, que o país passou a contar com um órgão denominado Serviço de Educação e Propaganda Sanitária, encarregado de elaborar material didático destinado a instruir os cidadãos sobre os meios de evitar as pequenas e as grandes patologias que assolavam as áreas de concentração humana.

Consultas aos arquivos desta repartição demonstram que ela cumpriu acanhadamente seus objetivos, pelo menos no transcorrer da primeira década de funcionamento. Isto porque o Serviço de Educação e Propaganda Sanitária restringiu-se quase que exclusivamente a traduzir e editar as mensagens elaboradas no exterior, sem ao menos tentar adaptá-las à problemática brasileira, repetindo os folhetos preparados

(2) - Guillaumé, Pierre - Du Désespoir au Salut. Paris, Aubier, 1906, p.199 e Marcondes, Ruth Sandoval - Educação Sanitária à Nível Nacional. São Paulo, Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1964, p.10.

pela Comissão Rockefeller e pela Cruz Vermelha e distribuídos na Europa a partir do ano de 1919 (3).

Os primórdios da "educação sanitária" em São Paulo

A demora na ativação de um movimento oficial de orientação popular sobre os perigos do contágio consuntivo levou o médico Clemente Ferreira a, uma vez mais, ocupar posição pioneira no comando dos esforços educadores dos habitantes da cidade de São Paulo. O primeiro fruto do empenho da Liga Paulista Contra a Tuberculose em ensinar os princípios básicos de higiene à coletividade foi a publicação, no ano de 1901, do texto preparado pelo médico norte-americano Samuel Knopf, acrescido de um capítulo assinado pelo Dr. Ferreira, onde era ressaltado uma vez mais a ausência governamental na luta contra a doença pulmonar, fenômeno comum ao Brasil e a Portugal (4).

O insucesso do trabalho preventivo foi flagrante. A brochura distribuída gratuitamente à população era composta de 53

(3) - Veja-se, por exemplo, as seguintes brochuras que contaram com versões para o idioma português: Commission Américaine de Préservation Contre la Tuberculose en France - Principles d'Hygiène. Paris, Fondation Rockefeller, s.d. e ---- - Suggestions Concernant la Lutte Anti-Tuberculeuse. Paris, Ligue des Sociétés de La Croix-Rouge, 1920.

(4) - Knopf, Dr. S.A. e Ferreira, Dr. Clemente - A Tuberculose como Doença Popular e Meios de Combate-a. São Paulo, Escola Typographica Salesiana, 1901.

páginas preenchidas com letras minúsculas e um linguajar técnico que certamente condenaram o documento a ser peça ininteligível para a maior parte dos cidadãos.

Alguns anos depois, a Liga presidida por Clemente Ferreira voltou a incentivar a campanha educadora sobre a Peste Branca, desta vez fazendo publicar um pequeno texto que somava palavras de fácil entendimento e ilustrações coloridas de vermelho, deixando claro o objetivo de chamar a atenção da parcela trabalhadora das principais cidades paulistas. Neste novo empreendimento, o Dr. Ferreira ensinou que a tuberculose constituía-se em moléstia causada exclusivamente por um micrório e que a patologia "perseguia principalmente os pobres, os operários e os artistas", negando a importância da hereditariedade na perpetuação da doença entre as famílias proletárias. Além disto, o médico alertou que todos deveriam se precaver contra o "mal dos pulmões", consumindo alimentos saudáveis e em abundância, além de buscar moradia em residências arejadas, evitar exageros físicos e mentais e fugir das bebidas alcoólicas. Como se todas estas medidas fossem de fácil acesso ao conjunto da população citadina (5).

A escassez de recursos foi indicada como elemento impeditivo

(5) -- Ferreira, Dr. Clemente - Instruções Populares Sobre a Tuberculose. São Paulo, Associação Paulista dos Sanatórios Populares, 1908 e, idem - Catecismo Sobre a Tuberculose Destinado aos Operários. São Paulo, S.C.P., 1911.

para que a entidade anti-tuberculosa desse prosseguimento às atividades educativas. Apesar da inexistência de informações precisas, acredita-se que a partir de 1915 a Liga Paulista tenha restringido suas tarefas de esclarecimento público ao preparo de cartazes que eram expostos em ambientes hospitalares e nos locais de aglomeração humana.

Neste processo, enquanto que os "catecismos" patrocinados pela associação ferreiriana ensinavam as regras elementares de higiene, as mensagens inscritas nos cartazes tinham como destino alardear a periculosidade representada pela permanência dos pectários junto aos sadios, especialmente ao contingente infantil. Enquanto emissários da doença e da morte, aconselhava-se que muitas coisas deveriam ser vedadas aos tuberculosos: a companhia de não contaminados, a conversa prolongada, o beijo no rosto e especialmente na boca, o aperto de mão, a oportunidade de trabalho, enfim, a solidariedade próxima. Na seqüência, os comunicados sanitários instruiam os indivíduos saudáveis a se manterem afastados de tudo o que tivesse a marca da fimatose, inclusive das residências onde viviam os doentes e dos locais onde tivesse ocorrido óbitos causados pela Peste Branca (6).

(6) - Um dos cartazes mais conhecidos da Liga Paulista, intitulado "Conselho contra a Tuberculose", encontra-se reproduzido no livro de Lourival Ribeiro - A Luta Contra a Tuberculose no Brasil. São Paulo, s.c.p., 1956, p.56-57.

O posicionamento da Liga Paulista Contra a Tuberculose enquanto paradigma nacional incitou as entidades congêneres, sediadas em outros pontos do país, a produzirem folhetos e cartazes próprios, sendo que todos eles guardavam nítida semelhança com os que eram preparados em São Paulo. No território baiano a campanha sanitária elegiu o agrupamento infanto-juvenil como população alvo de suas pregações, servindo-se da tísica para tecer regras sobre o que "os meninos educados não deviam fazer". A contínua reiteração do alerta "nunca" – anunciado em letras destacadas – expunha a intenção coercitiva da peça propagandística, fazendo a apologia da conduta desconfiada para com todos, inclusive em relação às pessoas que partilhavam do círculo íntimo da vida doméstica. Neste encaminhamento, dentre os postulados divulgados pela Liga Bahiana Contra a Tuberculose encontravam-se:

"NUNCA beber agua no copo em que outra pessoa bebeu...
NUNCA permitir que qualquer pessoa lhes beije na boca...
NUNCA beijar, abraçar, apertar a mão de um doente do peito...
NUNCA levar uma noite inteira accordado sem necessidade..."

Após proceder ao alinhamento de uma infinidade de recomendações, os dizeres do mesmo cartaz lembravam aos incautos "meninos":

"NUNCA esquecer que, assim procedendo, mostram que têm educação e evitam muitas molestias entre as quais a doença do peito" (7).

(7) - Idem, p.72-73.

A veiculação de orientações como estas não satisfazia plenamente os interesses da medicina dos anos 20 que situou a ampliação dos esforços de educação sanitária em massa como um de seus principais compromissos postergados pelo Estado. Apesar da constância das denúncias, a burocracia oficial fazia-se de surda frente aos reclamos, confirmando pelo silêncio a pouca eficiência do Serviço de Educação e Propaganda Sanitária e, em oposição, o importante papel das Liga Estaduais como centros fomentadores das mensagens preventivas (8).

Uma das raras tentativas oficiais de participar do setor educativo em saúde no período anterior a 1921 deu-se em São Paulo, no âmbito das atividades articuladas pelo Instituto de Higiene. No ano de 1918, graças ao apoio da Fundação Rockefeller — interessada ao mesmo tempo em expandir a influência norte-americana na América Latina e garantir o prestígio da "medicina científica" —, a entidade paulista inaugurou o funcionamento de um curso de formação de educadores sanitários, fazendo campanha para que as escolas de magistério incluíssem uma disciplina que discorresse sobre as regras básicas da saúde para os futuros docentes do ensino fundamental (9).

(8) - Thibau Jor., Dr. Ernesto - "A lucta contra a tuberculose" Actas e Trabalhos do Primeiro Congresso Nacional dos Práticos. Rio de Janeiro, Publicações Scientíficas, 1923, p.97-121.

(9) - Lima, Gerson Zanetta de - Saúde Escolar e Educação. São Paulo, Cortez, 1985, p.119. Os interesses econômicos e políticos que levaram a Fundação

Como resultado, as unidades de educação elementar estabeleceram a instrução e a propagação dos postulados sanitários dentre os objetivos pedagógicos. Segundo um livro-guia organizado pelo inspetor do ensino estadual João Toledo, ficava determinado que o programa de Higiene teria como finalidade promover a "moralidade do educando", preparando as crianças para as tarefas de "cidadão prestativo". Neste direcionamento, uma vez mais os ensinamentos preventivistas entrelaçavam-se com as regras morais, exigindo que os professores criassem condições para que os aprendizes "adquirissem homogeneidade psychica" que os permitisseem compreender inclusive os motivos que levavam "alguns individuos a se entregarem a tuberculose" (10).

O material norteador que deveria chegar às mãos dos docentes e dos alunos infantis consistia em uma cartilha elaborada pelo próprio Instituto de Higiene, sob a coordenação do médico e jurista Antonio Ferreira de Almeida Junior que, na década seguinte, seria responsável pelas aulas de Biologia Educacional na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras

Rockefeller a patrocinar programas sanitários em diversas regiões do planeta são analisados, em linhas gerais, em Cleaver, Harry - "La malaria y la economía política de la salud pública" In: Navarro, Vicente (comp.) - Salud e Imperialismo. México, D.F., Siglo Veintiuno, 1983, p.248-284.

(10) - Toledo, João - Escola Brasileira. São Paulo, Imprensa Methodista, 1925, p.8 e 146.

da Universidade de São Paulo (11).

Nas páginas desse livro de ensino, a moléstia consuntiva ganhou espaço privilegiado, reiterando as instruções que vinham sendo divulgadas pela Liga Paulista orientada para o combate contra a Peste Branca. No manual destinado às crianças, o horror à enfermidade desdobrava-se na rejeição aos tísicos, enfatizando a figura do infectado como um ser abjeto e assustador. As ilustrações guardavam íntima coerência com o texto, retratando o tuberculoso como um indivíduo feio, sujo, triste, alquebrado, perigoso, sendo o seu perfil muito próximo da representação clássica do Ceifeiro Implacável. Em contraste, a imagem do saudável confundia-se com os traços corporais cobrados das filhas da burguesia: brancos, limpos, bem arrumados, vigorosos, musculosos, sorridentes, ativos e sempre dispostos ao trabalho (12).

A iniciativa paulista de confundir em um mesmo enredo o doente com o perfil da pobreza e da decadência moral e os

(11) - São Paulo, Instituto de Higiene de - Cartilha de Higiene. São Paulo, Governo do Estado, 1923. Ressalta-se que, alguns anos depois da experiência paulista, a Diretoria de Instrução do Rio de Janeiro elaborou um livro com as informações necessárias para a qualificação dos docentes que deveriam ensinar as regras básicas de higiene para as crianças cariocas. O texto em questão é: Clark, Oscar et al. - Educação Sanitária. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1930.

(12) - Idem, p.27-30.

saudáveis com a matriz comportamental acalentada pela élite, inevitavelmente projetou-se em outros estados, mesmo que nestes casos não houvesse o patrocínio da administração pública. No Espírito Santo, por exemplo, o professor Collares Junior incluiu no seu livro de Moral e Civismo um capítulo onde era retratada a trajetória de vida de um docente de escola primária que juntava às atitudes despóticas um ambiente que lembrava a miséria econômica, sendo por ambos os motivos odiado pelos seus pupilos e também por seus familiares. Após a minuciosa descrição do professor, Collares Junior decifrou as condicionantes da vida do estranho mestre, repartindo o segredo com uma legião de leitores quase crianças: o odiado professor tinha sido viciado pelo álcool na mocidade, motivo que o levou a se tornar fácil presa da tuberculose e também a ser pai de uma numerosa prole, toda ela composta por débeis mentais, aleijões, prostitutas e vagabundos, atribuindo-se ainda à infecção kochiana a incapacidade do mestre de se relacionar afetuosamente com seus discípulos. Era com estas lentes embacadas pelo preconceito que muitos estudantes entravam em contato com o personagem de pulões corrompidos (13).

(13) - Collares Junior - Vultos e Fatos Brasileiros. Victoria, Coelho & Cia., 1930, p.127-131.

As alternativas educadoras

A ampla distribuição do Grande Mal nos ambientes urbanos contrastava com as fragmentárias e acanhadas tentativas educadoras que, ao se concretizarem, atingiam escassamente o público das cidades, inclusive porque o analfabetismo e o desconhecimento da língua nacional predominavam nos grandes centros urbanos do país. A crescente tisiófobia que animava os comportamentos sociais incitava a população a discutir as possibilidades da existência consuntiva, buscando motivos convalidadores dos preconceitos ajustados aos tributários da Peste Branca.

A leitura das fontes que guardam histórias de tuberculosos sugerem que tais narrativas foram contadas e recontadas em conversas grupais antes de ganhar registro escrito. Isto permitiu supor, num primeiro momento, que muitos destes fatos tivessem sido anunciados pela imprensa popular, tornando os jornais veículos disseminadores das notícias sobre os fracos do peito, sobrepondendo em importância ao discurso médico-higienista articulado no período anterior à década de 30. Os diários de São Paulo, entretanto, incorporando o direcionamento da imprensa nacional, pouco se ateram ao personagem tísico, assumindo como regra a constante reprodução em suas páginas de textos assinados por clínicos e por laboratórios comprometidos com a causa da tuberculose, exponenciando os perigos do contágio, sem

sentido abordar a possível periculosidade do personagem enfermo. Acompanhando estes artigos, constavam também notas que informavam sobre as atividades desenvolvidas pelos movimentos filantrópicos de apoio aos infectados pobres.

Raros foram os instantes em que os principais jornais paulistas se reportaram aos estigmas produzidos em torno da condição fímatosa. Em uma das primeiras menções ao tema, no ano de 1875, *A Província de São Paulo* serviu-se da imagem da patologia apenas enquanto metáfora esclarecedora da notícia, intitulando de "Ouvido de phthisico" um texto que versava sobre a peculiaridade de um europeu sádico que ganhou fama por distinguir a marca de fábrica das armas, apenas ouvindo o som do estampido dos projéteis. Em outros momentos, quando a notícia versava sobre o crescimento do número de cortiços na "Metrópole do Café", o tuberculoso mantinha-se como personagem de referência obrigatória, reiterando-se então a associação entre doença pulmonar e vida desregrada e improdutiva (14).

O afastamento da imprensa das notícias centradas nos personagens consuntivos fez com que outras fontes documentais fossem consultadas. Na busca de apoios, a

(14) — ---- "Ouvido de phthisico" *A Província de São Paulo*, 13 de Junho de 1875, p.3 e "Habitações populares: os cortiços" Apud: Pinheiro, Paulo Sérgio e Hall, Michael M. - *A Classe Operária no Brasil*. São Paulo e Campinas, Brasiliense e Funcamp, 1981, vol.1, p.96-99.

literatura nacional ganhou sentido revelador pois, com ritmo diverso do que prevalecia na imprensa e imitando o modelo que projetou os irmãos Goncourt, cumpriu a tarefa de vasculhar os segredos da condição consuntiva, apresentando-se como desdobramento complementar do saber hipocrático. Com isto, os escritores brasileiros tornaram-se indiscretos auxiliares dos esculápios, favorecendo a operação onde a literatura apoiava-se nos princípios médicos para conferir peso realista aos seus enredos e a medicina, por sua vez, alimentava-se das descrições ficcionais da vida e dos sentimentos dos infectados para justificar suas pontificações sobre a "psicologia" diferenciada dospectários.

As observações literárias igualmente auxiliaram na tarefa esclarecedora da população que, movida pela curiosidade e pelo medo, reclamava orientações sobre como se comportar frente aos enfermos dos pulmões. Todos, médicos e leigos, queriam saber sobre as condicionantes da vida contaminada pelo bacilo de Koch, recorrendo por isto aos textos ficcionais ou ouvindo "causos", muitos deles tecidos pelos escritores de larga aceitação pública (15).

Estava aberto o caminho literário para a devassa da existência tuberculosa. Seguindo o modelo estrangeiro, os

(15) - Amado, Gilberto - História da Minha Infância. 3a. ed., Rio de Janeiro, José Olympio, 1966, p.179.

autores brasileiros buscaram inspiração no realismo cientificista para descrever a individualidade enfermiga. Nesta cirurgia, a pena literária serviu-se sobretudo de uma nova concepção de peste que, roubada dos ensinamentos tradicionais e das cogitações médicas, tingiu o peitoral com cores berrantes, situando-o como uma ameaça constante para as coletividades aprisionadas nas malhas da modernidade urbano-industrial. Entre a fantasia e a vulgarização científica, a literatura brasileira ratificou a metáfora identificadora da tuberculose com o mal, oferecendo novas alertas aos sadios sobre os perigos resultantes do convívio com os "entisicados" (16).

A "literatura tuberculosa"

Um dos primeiros escritores nacionais a romper - pelo menos em parte - com a visão romântica sobre os adoentados do peito foi Machado de Assis. Assumidamente evitando a incorporação de personagens tísicos em suas criações, nas raras oportunidades que Machado discorreu sobre o tipo consuntivo, tratou logo de decretar-lhe a morte, como ocorreu com a tuberculosa Maria Luisa, no conto *A causa secreta*, publicado em 1896 (17).

(16) - Girard, René - Literatura, Mimesis y Antropología. Barcelona, Gedisa, 1984, p.145.

(17) - Assis, Machado de - "A causa secreta" In: - Idem - Várias Histórias. Rio de Janeiro, W.M. Jackson Inc., 1957, p.103-122.

Definida como a "velha dama inseuciável, que chupa a vida têda, até deixar um bagaço de ossos", a tísica aflorou como um mal associado à malignidade imputada ao homem moderno. Machado de Assis evitou divagar sobre os sentimentos íntimos que animavam o comportamento da infectada, mas o mesmo não ocorreu em relação ao marido da personagem que, apresentado como sadico, comprazia-se em amputar e lançar à fogueira animais vivos. Na continuidade do texto, o escritor deixou claro que a moléstia pulmonar ramificou em uma criatura "nervosa e frágil", incapaz de suportar a perversidade do esposo.

Nas três décadas e meia que se seguiram à publicação do conto machadiano, nenhum outro literato situou o personagem tísico enquanto vítima dos descalabros dos sadios dos pulmões. Os sucessores de Machado de Assis fugiram das considerações filosóficas de Quincas Borba, para em seu lugar entronizarem o seu oposto, Borba Sangue, o personagem médico criado pelo também médico Neves-Manta. O novo paradigma explicador das tramas existenciais dos infectados foi pouco a pouco sendo construído neste intervalo de tempo, centrando suas conclusões na filha mais cara do positivismo clínico, a endocrinologia. Motivado pelo novo brago da medicina, que reduzia o corpo humano a um "armário de glândulas", Borba Sangue não teve dúvidas ao pontificar: "a vida é um processo de experimentação. De equilíbrio

physio-glandular. De tendente equidade sociogenica.
Dominante! Corrige-te!" (18).

A obediência a este enunciado determinou que a comunidade dos ficcionistas emprestasse vigor próprio ao pressuposto hipocrático que localizava o tuberculoso no círculo vicioso que, inaugurado pela perversão dos costumes, conduzia à tísica, sendo a enfermidade então responsabilizada pelo aprofundamento da degradação dos sentidos e pela ampliação das tendências pervertidas. Por isto, os murgerianos Mimi e Rodolphe parecem inocentes demais se comparados aos pectários apresentados pela literatura brasileira. No contexto nacional, os personagens tuberculosos foram excessivamente diabolizados, conferindo uma identidade própria e aterrorizadora a um grande número de peças ficcionais compostas nas três primeiras décadas deste século.

Espeilhando esta tendência, no ano de 1896 o maranhense Coelho Netto produziu um conto onde o elemento tísico ganhou sentido na figura de Isidro, jovem burguês que, enviado a Portugal para graduar-se em Direito, aproveitou-se da ausência paterna para entregá-lo à bebida, ao ópio e às orgias, encontrando abrigo carinhoso nos braços de uma linda cigana. Frágil do físico desde o nascimento, todos os exageros comprados a peso de ouro só poderiam levá-lo a um

(18) - Neves-Manta, I. de L. - Borba Sangue e Outras Novelas. Rio de Janeiro, Azevedo, 1930, p.107.

desfecho único: a hemoptise anunciadora da tuberculose (19).

Obrigado a retornar ao Brasil, pouco tempo Isidro permaneceu na cidade do Rio de Janeiro, sendo enviado pelo médico da família para o clima seco e fresco do sul da Bahia. Uma vez mais distanciado dos progenitores, o enfermo entregou-se à vida desregrada, agora não por vontade própria, mas sim em consequência da "febre tuberculosa" que acreditava-se deformar os mecanismos do corpo e da mente, produzindo a depravação do comportamento. Amasiado com uma mulata sensual, Isidro ao mesmo tempo infectou e engravidou a amante que rapidamente caminhou para o óbito. Concomitantemente à piora do estado da saúde do viajante, a tísica impunha ao seu súdito todas as suas marcas, inclusive o misticismo, levando-o a encontrar a morte no altar de uma capela sertaneja.

Nas linhas do conto assinado por Coelho Netto foram associados os principais estigmas atribuídos aos doentes do peito: vida dissipada, irresponsabilidade social, egocentrismo, hipersexualidade e "loucura mística". A partir de então foram estes os temas explorados pela imaginação dos escritores nacionais que, iniciantes ou não, encontraram na exposição da pretensa trajetória de vida tuberculosa a garantia do sucesso editorial, oferecendo farto material que

(19) - Netto, Coelho - "Bom Jesus da Matta" In: - Idem - Treva. Lisboa, Chardron, 1924, p.3-126.

sugeria o funcionamento íntimo dos segredos que pontuavam a privacidade dos infectados.

Assim ocorreu com o estreante Théo-Filho que, no ano de 1910, obteve os primeiros reconhecimentos da crítica e dos leitores ao discorrer sobre a vida privada de alguns tipos cariocas, na coletânea intitulada *Dona Dolorosa*. Apresentada por Silvio Romero como uma obra que expunha "a vida como ella é na sua larguezza ordinaria", o conto que empresta nome ao volume centra a narrativa na descrição da al tormentada Cecília, amasiada com o jornalista Julião, por sua vez um fracassado aluno da Faculdade de Medicina carioca (20).

Lego apôs efetivar a vida em comum, Julião passou a se torturar com a aparente frigidez sexual da companheira, ex-lésbica que nos momentos iniciais da união com o jornalista limitava-se a realizar suas "satisfações mórbidas (...) pela imaginação, no vício solitário". Inquirida insistentemente pelo amante, Cecília confessou sua tara: o êxtase sexual só era alcançado se arrancasse e bebesse o sangue do corpo do companheiro. Feita a confissão, a mulher que os amigos apelidaram de *Dona Dolorosa* passou a apresentar um "monstruoso appetite genésico" e também inusitado apego religioso, já que até o sangue divino, estilizado no santo crucifixo, estimulava o prazer da "desregrada".

(20) - Théo-Filho (pseud. de Manuel Teotônio de Lacerda Freire Filho) - *Dona Dolorosa*, 3a. ed., Rio de Janeiro, Leite Ribeiro, 1923, p.45-138.

Atormentado pela conduta da amásia, Julião recorreu aos alfarábios que lhe haviam restado do curso de medicina para, em um momento de desespero, lançar suas suspeitas sobre a companheira:

"Tenho nojo de ti. (...) Tens então lama nas veias, em vez de sangue! ... és um monstro... com certeza filha de monstros..."

Ato continuo, o "macho inútil" completou a sua insultuosa análise:

"cobrindo de defeitos à mãe della, a todos os seus antepassados cheios de mazellas no sangue e nos nervos, talvez syphiliticos, com certeza alcoólicos, quem sabe se não tycicos! Que família torpe! E elle que se deitara com um trapo daquella dynamastia! ... (21).

A trama se desenrola fazendo do jornalista um detetive que, no final das investigações, descobriu uma série de fatos sobre o pretérito de Dona Dolorosa, coerente com as suas desconfianças: a mãe de Cecília era uma decadente e tuberculosa prostituta do Mangue, que vendia o corpo para sustentar o marido Beberrão. Cecília havia sido gerada em um momento de embriaguez do casal, às vistas dos frequentadores da casa de meretrício, nascendo menina fraca, marcada ela também pelo comprometimento pulmonar.

A aberração do comportamento da tísica Cecília foi apresentada como fruto natural da herança biológica familiar

(21) — Idem, p.65-66.

e da condição infectada. Para um personagem assim tão carregado de estigmas, não restava outras possibilidades senão o manicômio ou o necrotério. Théo-Filho optou pela segunda alternativa, fazendo a "impudica Dona Dolorosa" suicidarse, não sem antes uma vez mais entregarm-se à "maldição de Onan", com os olhos voltados para as chagas do filho crucificado de Deus, lembrando o desfecho que a francesa Jane de La Vaudère dera ao seu livro intitulado *Os Androgynos*.

A morte ou o hospício. Estes eram os caminhos que a literatura escolhia para os personagens fímatosos, selando a impossibilidade dos tuberculosos permanecerem no convívio com os sadios. Algumas vezes os escritores cruzavam as opções, como fez Pedro de Castro Canto e Mello, escritor que alcançou relativo sucesso com textos moralistas, tornandose literatura recomendada para os alunos adolescentes dos internatos religiosos.

Em *Almas em Delírio*, editado em 1912, Canto e Mello incorporou a teoria médica segundo a qual a doença de Koch e a loucura eram patologias associadas, compondo o que ele próprio classificou como sendo um "estudo psicológico". Advogado de profissão, o escritor justificou o embasamento clínico de sua obra pelo fato de ter encontrado incentivo e orientação junto ao Dr. Franco da Rocha, diretor do então denominado Hospício dos Alienados do Juqueri, a quem o autor

dedicou o livro (22).

Almas em Delírio foi anunciada como uma "história verdadeira", tendo como personagem central um major do Exército, acobertado pelo pseudônimo de Rogério Duarte. Após ganhar distinção como herói nacional pela atuação na guerra do Paraguai e na Revolta dos Mucker, o militar contraiu casamento com Carolina, moça interiorana e rica, desejosa dos prazeres oferecidos pela metrópole. Ambiciosa e egoista, a mulher impôs ao marido uma "comunhão satânica", exigindo que Rogério empenhasse todos os seus bens na aquisição de roupas, jóias, perfumes e em festas elegantes. Exaurido economicamente, o militar pouco a pouco se viu despojado de tudo, até da galhardia de herói nacional. Desgostoso pela "má escolha da consorte", Rogério passou a ausentarse do lar, varando noites nas tavernas e nos bordéis, até se tornar alcoólatra e toxicômano, recorrendo insistentemente ao parati, ao cloroformio e ao ópio para minimizar os desgostos da vida.

A partir deste ponto, o leitor fica em dúvida sobre a veracidade dos fatos, já que a trama foi narrada na primeira pessoa do singular. Entre a alucinação e a realidade cerraram-se tênues cortinas que direcionam Rogério para a insanidade mental e para a tuberculose. Alucinado pela idéia,

(22) - Mello, Canto e - *Almas em Delírio*. São Paulo, O Pensamento, 1912.

que Caroline o traiu com o clínico encarregado de seu tratamento, o militar tenta assassinar o facultativo, sendo bocado em seguida por "agulhadas no peito" e, na sequência, pela hemoptise.

O manicômio configurou-se enquanto o caminho imediato da isolamento, sendo que o doente permanece pouco tempo no hospício, até mostrar-se livre dos delírios. Porém, a devastadora tísica o obrigou a estabelecer moradia em Campos do Jordão, onde esperou a morte pôr termo às suas angústias. Ocorrido o óbito, os jornais paulistas seguiram o protocolo, registrando falecimento do herói nacional como resultado de "antigos padecimentos".

Nesta trajetória, o major Rogério Duarte não foi apresentado como vítima de um casamento infeliz. Diferentemente da machadiana Maria Luisa, o personagem criado por Canto e Mello foi responsabilizado pelo "inferno" que se transformou sua vida, mensagem que desponta na introdução do "depóimento" do frustrado herói militar:

"Quando não tenha outro merecimento, servirá [o texto] ao menos de lição e de exemplo àquelas que sendo, como eu, talhados para o bem, se tornam, por sua culpa, enormemente desgraçados" (23).

A fantasia literária mostrava-se insaciável na exposição pública das aberrações pretensamente produzidas pelo bacilo

(23) - Idem, p.16.

tuberculoso. A percepção distorcida da realidade e a exaltação egocêntrica que animavam os figurantes consuntivos tinham como desdobramento novas versões ficcionais que declaravam-se instrumentos dissecadores da vida privada dos contaminados.

Este caminho de fácil exploração motivou também o desconhecido escritor Elias Cecilio, perene ausente das avaliações literárias sobre as primeiras décadas deste século. No seu livro *Demonios e Semideuses*, lançado no ano de 1933, a tuberculose dirige as ações de Aulo Santarre, um homem rico e de destaque no mundo dos esportes, que se apaixonou por uma pectária que escondeu até a morte a sua condição enfermiga (24).

Infectado, Aulo descobriu-se doente logo após tomar ciência da causa do repentina falecimento da amada. Em resposta à sua tragédia, o enfermo respondeu vingar-se do mundo, empenhando o resto da sua vida na disseminação do bacilo de Koch. Para atingir este objetivo, o "perverso Aulo" passou a promover continuas festas que degeneravam em bacanais regados pelo absinto e pela morfina, exigindo nestes encontros que todos os presentes bebessem de um mesmo cálice, previamente contaminado pelo germe da morte. Próximo do fim, o consuntivo ocupou seus derradeiros instantes de

(24) - Cecilio, Elias - *Demonios e Semideuses*. Rio de Janeiro, Maia & Schmidt, 1933.

vida locupleteando-se de sua própria maldade, feliz porque havia "marcado" todos seus parceiros de devassidão.

As cenas de pretenso realismo sobre a conduta corrompida dos tísicos encontrou verificação maior em uma extensa passagem de um livro apresentado como coletânea de "crônicas policiais" e intitulado *Noites de Plantão*, sendo seu autor o delegado paulistano Amando Caiuby (25).

Nesta obra, destacar-se o drama que envolveu Leopoldo e Olivia, um casal do interior paulista que perdeu todos os seus bens na busca da cura da doença pulmonar que minava Leopoldo. Moradores em Mogi-Guaçú, a miséria econômica e a tísica impuseram a transferência do casal para a cidade de São Paulo, onde o tuberculoso esperava encontrar assistência médica patrocinada pela filantropia. Leopoldo, no entanto, teve seu internamento hospitalar rejeitado pela Santa Casa, sendo obrigado a alugar um quarto num cortiço localizado no bairro operário do Brás. Na habitação coletiva, o doente logo selou inimizade com o senhorio, não só porque atrasava o aluguel, mas também porque sua tosse continua amedrontava os demais inquilinos. Em resposta aos reclamos, o consuntivo esfaqueou um dos vizinhos, sendo encaminhado à chefatura da polícia.

(25) - Caiuby, Amando - Noites de Plantão. São Paulo, Monteiro Lobato & Cia., 1923.

Na delegacia central, Leopoldo foi acometido por uma violenta hemoptise, sensibilizando o delegado que não só perdoou o delituoso como ainda forneceu dinheiro suficiente para o casal mudar residência para Campos do Jordão. Na estação de cura, o infectado deixou-se dominar pela "tara consuntiva", mostrando-se enciumado pelos olhares cobidosos que os sadios lançavam sobre Olivia. Ao perceber a proximidade da morte, o "egoísmo" e a "distorção dos sentidos" impostos pela tísica fizeram o doente fingir-se de recuperado, para assim contaminar a acompanhante pois, tomado também pela "febre de sensualidade", Leopoldo forçou a esposa a lhe conceder íntimos "agrados e carinhos".

Atingido o lúgubre propósito, o fímatoso dominado pelo "cerebro doentio", confessou à companheira:

" - Filha, vou primeirô. Morro contente, porque sei que me acompanhas. Fingi-me são, para poder contaminar-te. Perdoa-me. Amei-te muito para deixar-te sosinha aos outros. (...) Da meus beijos mataram-te. és nova, não sofrerás tanto, acabarás depressa. Por despedida mais um beijo, aqui, na bocca..." (26).

Quanto maior fosse a "febre, e o suor frio, e a tosse, e o desespero", maior também seria a maldade dos infectados. Em coerência com este postulado, no livro de estréia do médico e escritor José Geraldo Vieira, intitulado *A Ronda do Deslumbramento*, os vários personagens retratados carecem de nome próprio, sendo todos eles rotulados apenas pela

(26) - Idem, p.40.

identidade da doença que os afligia. No império enfermo visitado pelos literatos, os indivíduos perdiam destaque, constituindo-se apenas em apagados coadjuvantes que permitiam que a tuberculose, a grande personagem, pronunciasse na plenitude o seu poderio de deformação moral e de extermínio da raça humana (27).

Completando a tarefa decifadora do doente dos pulmões, os ensaios ficcionais também foram utilizados para descrever os traços físicos que tornavam possível o reconhecimento imediato dos perigosos filhos do Grande Mal. Se o corpo emagrecido e o escarro sanguíneo foram os elementos mais constantemente invocados, outros detalhes eram anunciados como reveladores da condição enferma: as orelhas despregadas da cabeça, dentes escurecidos, audição afinada, unhas quebradiças, olheiras profundas, pele manchada, ombros caídos, pilosidade rara ou mesmo inexistente, corpo trêmulo, gesticulação exagerada, voz rouca e uso de roupas quentes nos meses de verão ou de pijama sob a roupa exibida publicamente (28).

Seguindo o compromisso identificador dos fímatosos, ainda

(27) - Vieira, José Geraldo - A Ronda do Deslumbramento. Rio de Janeiro, Empreza Brasil, 1922.

(28) - Vejarse, por exemplo: Gonçalves, Annibal - Miscelânea. São Paulo, Argus, 1920; De Sousa Junior - Enquanto a Morte Não Vem. 3a. ed., Porto Alegre, Globo, 1940; Idem - Um Clarão Rasgou o Céu. Porto Alegre, Globo, 1940 e Machado, Leão - Fundição. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1944.

nos anos 20, Amadeu Amaral compôs o seu *Memorial de um Passageiro de Bonde*, texto publicado postumamente, onde o autor narra o cotidiano de Felicio Trancoso, um burocrata que se comprazia em observar seus companheiros de condução. Na posição de espectador, Trancoso fantasiava conhecer na intimidade várias pessoas que compartilhavam com ele a viagem de bonde. Dentre os passageiros examinados, destaca-se uma mulher que o voyeur batizou com o nome de Rufina. A coincidência de ambos partilharem do mesmo veículo dia após dia, permitiu que Trancoso detalhasse em seu diário as características da mulher: vigorosa, sempre animada e sorridente, trabalhadora, enfim, plenamente sadia (29).

Uma manhã, porém, Rufina ausentou-se de bonde, fato que se repetiu por dois meses consecutivos. Esgotado este tempo, Rufina reapareceu, sendo imediatamente notada por Trancoso. Entretanto, ela não apresentava mais a vitalidade que havia excitado a imaginação do memorialista. O encanto feminino tinha se corromrido monstruosamente, sendo substituído pelo depauperamento do físico e pela palidez do rosto. O "regato da montanha" tinha sido depredado, tornando-se um lugubre "ribeirão turvo do vale triste".

A brusca decadência do corpo e o estado de desânimo identificado pelos olhos do espectador não deixavam dúvidas.

(29) - Trancoso, Felicio (pseud. de Amadeu Amaral) - Memorial de um Passageiro de Bonde. São Paulo, Cultura Brasileira, 1938.

O diagnóstico feito por Trancoso garantia que a passageira do bonde havia sido aprisionada nas "garras da bruxa horrível e bela", a tísica. A doença de Koch fez com que o memorialista perdesse todo o interesse pela companheira de viagem, e por isto a pretensa enferma deixou de povoar as fantasias do burocrata.

A ansia literária de dimensionar a condição tuberculosa impunha que não só o pectário, mas também os seus parentes próximos fossem apresentados sob a pecha da periculosidade e do desregramento. Idéia veladamente manifestada pela medicina, a defesa da existência de estirpes condenadas pela Peste Branca foi amplamente vulgarizada pelos escritores brasileiros, motivando a sociedade a se afastar das famílias onde houvesse casos da infecção.

Como exemplo, citar-se os conselhos emitidos por Otoniel Mota, um pastor protestante que ocupou o cargo de professor do Departamento de Letras da Universidade de São Paulo. Pai de uma tuberculosa e co-fundador de vários sanatórios protestantes, mesmo assim o professor Mota escreveu textos onde pregava a proibição de alianças entre famílias sadias e clãs assolados pela tísica.

Em um de seus romances, que contou com sucessivas edições patrocinadas pela Igreja Protestante, o religioso colocou palavras de censura na boca de um de seus personagens,

motivando-o a denegrir a intenção de casamento entre um rapaz cuja única mancha era ser sobrinho de um pectário e uma moça de estirpe sadias:

"... Que direitos tem um rapaz de exigir da mãe de família que lhe dê para o tálamo um corpo virginal quando ele só lhe pode oferecer em troco um corpo escoroso, envilecido no debache, corroído de molestias repelentes?"

E, como os parentes da pretendida viam com simpatia o enlace, o autor - como voz que paira sobre a trama pontificou:

"E o mais triste é que bons pais de família (...) já tenham aceitado esta situação como normal, em vez de organizarem uma liga de resistência moral que santificasse a família em proveito da espécie" (30).

A literatura que se definia enquanto "realista" conferia ao tuberculoso e aos seus próximos as cores da morte e da exclusão. Qualquer outra versão sobre os doentes do peito era considerada despropositada e falsa.

Por isto, quando o fílmico Ribeiro Canto publicou, no ano de 1931, o romance *Cabocla*, seu texto foi alvo de inúmeras críticas, não pela qualidade da narrativa, mas sim pelo fato do autor ter tratado do encontro de dois tísicos destituídos de estigmas e que, apaixonados, encontram a ambicionada

(30) - Joseph, Bar (pseud. de Otoniel de Campos Mota) - *Amor que Santifica*. 2a. ed., Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Publicidade, 1936, p.178. A primeira edição deste livro é datada do ano de 1907.

cura. Para os analistas do período, a recuperação da saúde e a felicidade não rimavam com a vida infectada (31).

Nas cogitações ficcionais, a figura do tuberculoso tinha se confundido com os produtos negativos da sociedade moderna, fazendo do verbo "entisicar" um indicativo do que favorecia o nojo, a decadência espiritual e corporal e, por fim, a morte. A metáfora estava pronta para ser empregada sem qualquer reticência. O desconhecido cronista Romeu de Avellar, por exemplo, não poucou esforços para, ao avaliar tudo o que procedia de Minas Gerais, como sendo coisas e pessoas "entisicadas", pois filhos da "bruxa chupada" que simbolizava a "terra tuberculosa dos mineiros" (32).

Contando com maior popularidade e aceitação que a medicina educadora, a literatura deixou-se entusiasmar pelo enredo tuberculoso, ganhando relativa autonomia frente ao que era ensinado pela clínica. Sob o compromisso de retratar as cenas que se repetiam nas praças públicas e atrás das portas fechadas, os escritores brasileiros deram corpo à tendência universal de estigmatizar as vítimas das doenças infetão-contagiosas, isolando-as num plano onde os filhos da elite

(31) - Couto, Ribeiro - Cabocla. 4a. ed., São Paulo, Clube do Livro, 1949. Uma síntese das críticas que acusaram o autor de idealização das possibilidades existenciais dos consuntivos encontra-se no prefácio da segunda edição deste livro, reproduzido nas páginas 178-179.

(32) - Avellar, Romeu de - Numa Esquina do Planeta. Rio de Janeiro, Marques de Araújo & Cia., 1932.

- bem mais do que os trabalhadores pobres - perdiam-se no labirinto dos prazeres, pagando os vícios prazeirosos com a moeda da saúde. Afastada dos retratos da miséria, a literatura burguesa produzida no Brasil preferiu dedicar-se às especulações sobre os efeitos da tísica dentre os representantes das classes mais abastadas da sociedade, pouco falando dos enfermos pobres e, neste encaminhamento, divergindo das apregoações clínicas.

Dissecadora da "psicologia" do consuntivo, a literatura mostrava-se agente enriquecedor da tuberculofobia, constituindo-se em um dos mais ativos pólos discriminadores dos enfraquecidos do peito.

O objetivo imediato: a construção do "Homem Novo"

A reorganização da burocracia e do aparelhamento da Higiene Pública que tomou corpo a partir da instalação do Estado Novo resultou na revitalização do Serviço de Educação e Propaganda Sanitária, sediado no antigo Distrito Federal, e na criação de órgãos congêneres e de alcance estadual, nas áreas estratégicas do país. Situar o incremento do interesse oficial pelo ensino das regras salutares apenas como reflexo ideológico do período seria cair em esquemas simplistas de análise, que pouco contribuiriam para o entendimento da questão. Por isto, pensa-se na existência de um projeto

médico-pedagógico que vinha sendo acalentado desde os últimos décadas da centúria anterior e que encontrou, na fase ditatorial do governo de Getúlio Vargas, condições propícias para a sua concretização, enquanto dispositivo disciplinador e de atualização do que era então denominado como "hábitos e comportamentos" que caracterizavam o tecido coletivo (33).

Entendida como tarefa necessariamente comandada por membros da academia hipocrática, a educação em saúde tornou-se instrumento privilegiado pelo Estado para conter a disseminação das enfermidades e também para afinar a vida dos cidadãos com os padrões modernos que idealisticamente deveriam reger a existência do proletariado industrial. Nesta ação, o médico travestiu-se de educador, reclamando para si o comando das tarefas orientadoras da higiene e da moralidade que deveriam promover o bem-estar individual e o compromisso produtivo da vida em sociedade.

A tendência de aceitação coletiva da autoridade médica sobre o corpo social colocou a comunidade dos clínicos e dos sanitaristas como um dos principais grupos dirigentes do projeto modernizante nacional. Cumpriu-se assim o sonho dos esculápios que, nas décadas anteriores, bradavam contra os

(33) - A proposta de uma educação modernizadora afinada com os interesses do Estado Corporativista foi estudada por: Cunha, Célio - Educação e Autoritarismo no Estado Novo. 2a. ed., São Paulo, Cortez e Autores Associados, 1989.

erros e as mentiras pronunciadas sobre os corpos, as patologias e a moralidade e que ganhavam fôro de verdades, quando pronunciadas à partir da cátedra leiga, do púlpito e dos conselhos paternos (34).

A premissa forjada na Alemanha e aqui insistentemente divulgada por Afrânio Peixoto segundo a qual "todo mundo é um pouco tuberculoso" conjugava-se com a ampla disseminação da Peste Branca no território nacional. Somados os fatores, a tísica serviu mais do que qualquer outra enfermidade para garantir a intervenção médica na vida pública e na esfera privada, tornando-se moléstia de referência obrigatória em qualquer aconselhamento sanitário. Neste processo, estruturou-se a medicina social brasileira que, buscando apoios na clínica, na psicologia, na sociologia e na pedagogia, cobrava aceitação incontestável ao declarar que a saúde pulmonar era resultado natural da "prática de ações limpas" e da "vida sobria, temperante, moderada" (35).

Neste contexto, o objetivo da medicina social é educadora

(34) - Veja-se a introdução assinada pelos doutores Martinho da Rocha Junior e José Martinho da Rocha ao livro do professor alemão Adalbert Czerny - O Médico como Educador: Erros de Disciplina e Educação. Rio de Janeiro, Companhia Nacional de Artes Gráficas, 1927, p. IX-X.

(35) - Peixoto, Afrânio - Elementos de Higiene. Rio de Janeiro e Paris, Francisco Alves & Cia. e Allaud, Alves & Cia., 1913, p. 586 e p. 594. Este mesmo ensinado foi repetido nas sucessivas publicações deste livro que durante décadas permaneceu como o mais reputado manual de higiene do país, alcançando oito edições até meados da década de 40.

constituíu-se na tarefa regeneradora da população brasileira, criando condições para a efetiva capacitação do capital humano nacional. Sob o lema de "preservar, recuperar e aumentar a capacidade do trabalhador", a Saúde Pública atrelada ao Estado contribuiu decisivamente para a construção do "Homem Novo", coerente com a proposta de modernização econômica e social encaminhada por Getúlio Vargas (36).

Afinal, chegara a hora propícia para implantar a sociedade disciplinarizada pelos facultativos. "Pensei na educação, brasileiros!" era o grito heróico lançado pelo clínico e deputado constituinte Miguel Couto, no ano de 1933, pouco antes de morrer. Mas, qual seria o objetivo da educação a ser implantada? O próprio Dr. Couto deixava o direcionamento, com mote inconclusivo e nada original, emprestado dos jargões norte-americanos: "O Brasil espera que cada um cumpra o seu dever!". (37).

A definição paulista

Em São Paulo, a nova orientação federal resultou inclusive

(36) - Gomes, Angela Maria de Castro - "A construção do homem novo: o trabalhador brasileiro" In: Oliveira, Lúcia Lippi et al. - Estado Novo: Ideologia e Poder. Rio de Janeiro, Zahar, 1982, p.187.

(37) - Couto, Miguel - No Brasil só Há um Problema Nacional: a Educação do Povo. Rio de Janeiro, Typografia do Jornal do Commercio, 1933, p.5 e p.13.

na criação da Seção de Propaganda e Educação Sanitária (SPES), órgão ligado diretamente ao Departamento Estadual de Saúde. Contando exclusivamente com funcionários médicos no início de seu funcionamento, o novo setor apresentou como meta combater os principais "flagelos sociais" que se abatiam sobre a população bandeirante, através do ensino de hábitos de vida considerados saudáveis, reiterando que:

"A Educação Sanitária difundida em todas as camadas da população, é a medida básica para a conquista e garantia da saúde coletiva, que por sua vez, é o fator primordial da prosperidade e da riqueza do povo" (38).

Para atingir tal objetivo, a SPES bandeirante contou com sofisticadas técnicas pedagógicas que vinham sendo desenvolvidas nos Estados Unidos e na Europa. Neste sentido, o manual de educação em saúde organizado pelos médicos norte-americanos Bauer e Hull representou o mais importante elemento incentivador dos clínicos e dos educadores paulistas, guiando a preparação do material educativo, pelo menos até o término da década de 50 (39).

(38) - ---- - "Prefacio" Coletânea (1)ri, ano de 1939. A análise das atividades da educação em saúde paulista beneficiou-se das conclusões apresentadas em um estudo que contou com a nossa assessoria. Cf. - Fernandes, Alice Neves et al. - Uma Releitura do Passado ou "Os Tempos se Seguem e Parafraseiam-se". São Paulo, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, 1989, mimeo..

(39) - Bauer, W.W. and Hull, Thomas G. - Health Education of the Public. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1937. Este livro foi traduzido para o português no ano de 1953, sendo publicado pelo Serviço Especial de Saúde Pública, sediado no Rio de Janeiro.

No esforço normatizador e preventivista, a Seção de Propaganda e Educação Sanitária inaugurou a produção de uma grande quantidade de folhetos, cartazes, folders e brochuras que, elaborados com um linguajar simples, de fácil entendimento e repletos de ilustrações coloridas, concorriam com os almanaque presenteados pelas indústrias farmacêuticas, abrindo um nova fase das ações pedagógicas na área da saúde. A garantia da distribuição gratuita dos panfletos higienistas determinou que, mesmo em outros estados, os textos da SPES ganhassem ampla divulgação, fato que obteve abrangência maior quando o governo paulista decidiu incentivar a imprensa, os canais radiofônicos e os cinemas de todo o país a reproduzir os conselhos sanitários preparados em São Paulo, visando com esta medida atingir o maior contingente possível da população brasileira, inclusive a parcela de analfabetos.

Surgiram assim as *Edições Populares da SPES de S.Paulo*, denominação genérica e que incluía várias coleções de textos elaborados por ou sob a orientação da medicina social paulista. Deste conjunto de mensagens destacam-se as séries *Coletânea* e *Romances*, sendo que até o ano de 1945, os leitores da *Coletânea* foram brindados com nove livros de bolso, cada um deles contando com 50 a 70 enredos curtos e tematizados pela saúde coletiva, enquanto que a coleção *Romances*, representada por livretos de 32 páginas, editou no mesmo período pelo menos um texto que dissecava personagens.

tuberculosos. No final, ambas as séries ganharam grande divulgação popular, inclusive porque foram bem aceitas pelos diretores dos meios de comunicação que, por volta do ano de 1942, reproduziam regularmente os alertas sanitários nas páginas de 363 jornais e 22 revistas, assim como veiculavam através de 14 emissoras de rádio, sob formato novelístico.

A análise deste núcleo documental impõe como tarefa inicial a necessidade de identificação dos personagens aproximados pelas mensagens higienistas. Isto porque, apesar do discurso sanitário se apresentar enquanto universal e dirigido para todos estratos sociais, na verdade foi dimensionado para servir como peça de convencimento de grupos específicos da sociedade, identificados não só pela posição que ocupavam no corpo coletivo, mas também por circularem em ambientes geográficos particulares.

A obediência a esta fórmula determinou que a orientação preventivista direcionasse seus ensinamentos para os moradores do espaço metropolitano, ou melhor, para a "babel urbana", onde homens provenientes de várias partes do país e do globo confluem em busca de novas oportunidades de vida. Nesta trajetória, a clínica educadora advertia que a cidade se apoderava dos homens, ditando o "ritmo alucinante" da existência grupal e individual. Em continuidade, o território urbano foi vista como a pátria do egoísmo e da

perdição, onde o "vício depravado" e a "corrupção dos costumes" comprometiam a regularidade da vida e os "altos ideais coletivos", resultando no "continuo desgaste das energias vitais" (40).

O resultado de tudo isto não poderia ser outro:

"Em geral, o aspecto de um cidadão com seus 40 anos é bom, porém dentro do seu arcabouço ósseo-muscular trabalha o germe da destruição precoce, que pode levá-lo à tumba muito antes do que deveria ser" (41).

Nesta operação, o eugenismo médico chamou para si a tarefa de "recuperação da raça", utilizando a intervenção educativa para instruir as coletividades urbanas sobre o código saudável que fora acoplado à concepção de "vida moderna". Erigia-se assim a imagem do locutor das mensagens sanitárias enquanto a voz clínico-epidemiológica e moralista que, escudada na razão da ciência positivista e na ética cristã, variava o tom entre o conselho amigo e a imposição autoritária, exigindo sempre o silencioso acatamento das idéias que veiculava. Todos aqueles que se contrapunham à obediência coletiva ganhavam a epígrafe de "traidor" da causa comum, sendo enquadrados nesta categoria não só os que se negavam a cumprir as considerações protetoras da própria

(40) - A constância da crítica ao cenário urbano, em contraposição à existência pretensamente equilibrada e saudável do mundo rural é um fenômeno histórico, discutido ami: White, Morton and Lucia - The Intellectual Versus the City. Cambridge, Harvard University Press, 1962.

(41) - Morato, Proença - "Vida moderna e saúde" Coletânea (6):1118, ano de 1942.

saúde, mas também aqueles que, por desleixo ou por ganância, induziam outras pessoas ao erro, destacando-se nesta condição os pais despreocupados com a higiene física e moral de seus rebentos e especialmente os farmacêuticos que usurpavam a exclusividade médica para clínicar e se desfazer de seus estoques terapêuticos encalhados (42).

Na sequência, seria ingênuo supor que os enunciados educativos visassem atingir a população urbana como um todo. A proposta de capacitação para a vida moderna situava o proletariado com raízes fincadas no solo metropolitano e os grupos pobres e com escassa experiência citadina como setores privilegiados do norteamento higienista.

O médico Octávio Gonzaga, ex-diretor do Serviço Sanitário paulista é um dos principais expoentes da burocracia da saúde durante o período varguista, talvez tenha sido o personagem que melhor definiu o método e o objetivo da prática pedagógica que imperou durante o Estado Novo. Para ele, a educação higienista deveria ter como base um "discurso positivo" que, evitando a abordagem aprofundada das noções clínicas, se concretizasse enquanto mensagem de pronto entendimento para o público alvo das campanhas de saúde, representado unicamente pelas "clases

(42) - Veja-se, por exemplo: ---- "Farmacêuticos curandeiros" Coletânea (1):18-19, ano de 1939 e Trincanico, Marina - "A vida não perdoa..." Coletânea (7):46-48, ano de 1942.

"trabalhadoras". O direcionamento das ações educadoras para a população proletária tinha explicações: era o operariado fabril e os empregados do setor de serviços que mostravam maior fragilidade frente à "sede de ouro", condenando estes grupos à perene rebeldia contra a "pobreza honesta", marca que os coagia a trocar o vigor físico e a honra por qualquer aceno de dinheiro, poder e prazeres fáceis.

Segundo o Dr. Gonzaga, os trabalhadores diferenciavam-se da elite endinheirada por colocar tudo de lado para satisfazer a ânsia de riqueza, inclusive os fundamentos morais que dão conformidade à vida social e os princípios higiênicos que garantem a saúde individual e a produtividade coletiva. Para reforçar este posicionamento, o ex-diretor do Serviço Sanitário invocou a trajetória de vida dos filhos da pobreza que sacrificaram a saúde e a moral para alcançar fortuna e prestígio. Nesta tarefa, o médico preferiu afastar-se dos paradigmas nacionais, citando como exemplos os "modernos ditadores da Europa", implicitamente referindose às biografias de Hitler e Mussolini, personagens que, sintomaticamente, haviam sido diagnosticados como "fracos de peito" nos anos de adolescência (43).

Para evitar que o Brasil gerasse "monstros" iguais aos que

(43) - Gonzaga, Octávio - Seara Médica... São Paulo, Revista dos Tribunais, 1941, p.50-60. As mesmas idéias encontram-se em: Carone, Dr. Carlos - "Tempos Modernos" Coletânea (7):39-41, ano de 1942.

estavam colocando fogo na modelar Europa, a medicina social prescreveu uma série de reparos no que inicialmente foi denominado de "alma popular". Mas, segundo os intelectuais orgânicos do Estado Novo, qual seria a essência deste espírito coletivo? A resposta talvez possa ser encontrada em um dos artigos de abertura do primeiro volume da *Coletânea*, onde um autor anônimo pontificou que as marcas centrais do "trabalhador brasileiro" constituíam-se na postura individualista e na rebeldia frente aos dispositivos legais que davam forma à nação, já que a população urbana tinha sido moldada pelo "sentimento liberal, que é a linha mestra da sua consciência" (44).

A substituição do termo "alma popular" pela categoria "nacionalidade" dominou as peças educadoras, exigindo que os médicos colhessem inspiração nos modelos estrangeiros para aconselhar uma profunda reforma dos comportamentos sociais. Por isto, durante o período em que Getúlio Vargas mostrou-se reticente em apoiar um dos blocos envolvidos na Segunda Guerra Mundial - situação que foi explicada pelos higienistas como sábia decisão presidencial para não criar tensão emocional na sociedade e favorecer o enfermamento coletivo - a comunidade hipocrática brasileira, sempre cautelosa, apregou o estilo de vida vigente na neutra Noruega como o padrão que deveria ser reproduzido por todos.

(44) — "O aspecto legal de uma doença" Coletânea (1): 10, ano de 1939.

brasileiros.

Apesar da surpresa causada pela opção, a ideia foi prontamente incorporada pelos educadores sanitários paulistas, resultando na multiplicação de textos que apontavam para o exemplo escandinavo como antídoto recuperador do degradado caráter urbano brasileiro. Em nome da preservação da ordem e da saúde pública, assim foi apresentado o "reino do equilíbrio":

"A Noruega é o País da Cacanha dos nossos tempos. Real, vivo, feliz. (...) Cada um tem o seu lugar. (...) Por isso a vida desliza numa planície. E não é sacudida pelo entrechoque das ambições pessoais desmedidas. Tudo é ajustado. (...) O Homem norueguês é calmo, controlado, mesmo nos gestos, no olhar, na palavra. Detesta a violência. Tem horror às cenas. aos dramas expostos. Tudo que venha a ferir a harmonia ambiente ecoa forte como escândalo. Que o norueguês abomina. Há na sociedade norueguesa um admirável meio termo. Um equilíbrio inalterável. Que é a civilização" (45).

Entretanto, após a entrada do Brasil no conflito mundial, os conselhos educadores experimentaram sensíveis revisões. Em coerência com o novo alinhamento político da nação, o modelo norueguês foi preferido em favor da agitação e da operosidade yankee. Nas páginas da *Coletânea*, os "irmãos do norte" ganharam destaque, inclusive através de artigos assinados por norte-americanos que, unisonantes, convergiam para elogio do "american way of life". O vestuário e o calçado, a alimentação e as regras sociais, o amor ao

(45) - Franchini Netto, Dr. - "Noruega, o país do equilíbrio" Coletânea (1):67, ano de 1939.

trabalho e a fidelidade ao presidente da República e à Constituição nacional, o bônus de guerra e a organização sanitária, tudo foi examinado enquanto moderno, funcional e saudável porque forjado nos Estados Unidos. Ademais, os higienistas brasileiros ansiavam em ver reproduzido no Brasil o mesmo juramento solene que se dizia firmar nos lares de todos trabalhadores norte-americanos:

"Comprometo-me, pela minha honra de americano, a fazer todo o possível para que eu, minha família e os que me cercam nos tornemos cada vez mais robustos e saudáveis, como Deus sempre quis que o sejamos" (46).

Neste contexto, a tuberculose enquanto principal flagelo sanitário que se abatia sobre a população tornou-se o tema mais invocado nos textos produzidos pelo setor educativo do Departamento de Saúde de São Paulo. Os perigos e os efeitos desastrosos da Peste Branca inspiraram a matéria presente em centenas de conselhos, constituindo-se assim em recurso básico da medicina social para a comunicação com as "classes trabalhadoras". Em nome da tisica, buscavam-se orientar os contingentes pobres, em conformidade com os princípios da vida moderna, equilibrada, saudável, honesta, enfim, de utilidade produtiva para a nação.

O fundamento norteador do discurso em saúde era a asserção que definia a tuberculose enquanto uma patologia cujo

(46) - Wallace, Henry A. - "A cruzada pela saúde" Coletânea (7):61. Vale acrescentar que o autor era, na época, vice-presidente dos Estados Unidos.

diagnóstico, prognóstico e terapêutica eram minuciosamente conhecidos pela clínica que, nessa condição, dispunha de recursos eficazes para assistir e recuperar a saúde de qualquer infectado. A dimensão curável imposta à enfermidade estabelecia que "só é doente quem quer", atribuindo-se inteira responsabilidade aos (des)caminhos da existência individual como fator desencadeante da infecção kochiana. Com isto, o tísico era qualificado, em conformidade com as posturas que proliferavam especialmente nos Estados Unidos, como um personagem egoísta que deixou-se contaminar porque manteve-se cego frente aos interesses coletivos, transformando-se duplamente em párea da sociedade, já que, além de se tornar improdutivo, exigia ser sustentado pela caridade pública (47).

No encaminhamento do processo pedagógico, os avisos sanitários buscavam abranger as diferentes faixas etárias, cobrindo integralmente os membros das famílias trabalhadoras. Estabelecendo o consumtivo enquanto objeto passivo de intervenção, os médicos e os educadores empenharão-se no convencimento dos adultos como possíveis vítimas do mortal contágio e também enquanto responsáveis pelas crianças que poderiam ser infectadas pelo micróbio da tísica.

(47) — "A tuberculose em São Paulo II" Coletânea (1):46-47, ano de 1939 e Leviton, Dr. Henry I. — "A tuberculose é curável" Coletânea (7):35-36, ano de 1942.

Aos adultos, os sanitaristas apresentavam a Peste Branca como patologia ainda mais tenebrosa que a hanseníase. Isto porque, ensinava-se, enquanto os leprosos podiam ser facilmente identificados e subtraídos do convívio comum, o mesmo não acontecia com os tuberculosos que, protegidos pelos discretos sinais produzidos nas primeiras etapas da enfermidade, permaneciam em contato com os sadios, poluindo o ambiente e espalhando propositalmente as sementes da morte.

Considerado como a "hidra de mil cabeças", o Grande Mal foi declarado inimigo maior do tecido social. Exigia-se, assim, de cada indivíduo o compromisso "moral e cívico" de preservar a própria saúde como tributo ao Estado e aos interesses coletivos. A partir do apregoamento de um estilo "equilibrado" de vida, a medicina cobrava dos moradores da urbe "idéias sadias", devendo cada um afastar-se o máximo possível das "festas desnecessárias", das "mais companhias" e inclusive do casamento com "pessoas duvidosas" que inexoravelmente resultavam na perpetuação do exército de "viciados" e "degradados" que atentavam contra a existência e o poderio nacional (48).

A vida comedida e os hábitos e ideais salutares tinham como

(48) - —— "Decalogo contra a tuberculose" Coletânea (5):6, ano de 1941 e Busch, Reinaldo Kuntz - "As heranças más e o casamento" Idem, p.129-131.

contraponto educativo a condição existencial dos tísicos, muitas vezes caricaturizada através de referências biográficas dos personagens da história e da literatura romântica. Longe das análises exaltadoras que vigiam em épocas anteriores, os sanitaristas preconizavam os tipos cultuados no século XIX enquanto doentes dos pulmões que "tombaram no verdor dos anos" em consequência dos erros higiênicos cometidos contra o próprio organismo e também contra o ambiente em que viviam. Neste encaminhamento, um médico concluiu que:

"Os boêmios românticos foram, assim criaturas predestinadas para todo cortejo de extravagância que, com as vicissitudes da fome, levou muitos deles ao túmulo" (49).

Além disto, advertia-se que o principal foco de contágio constituiria-se nos próprios indivíduos com os pulmões corrompidos. Mais do que a poeira das casas e das ruas e do leite e das carnes contaminadas, o tísico era denunciado como o agente central da disseminação consuntiva, aconselhando-se a todos guardarem cautelosa distância dos estranhos, pois eles bem poderiam ser os emissários da peste. Neste sentido, mereciam desconfiança não só os magros que escarravam sangue, mas também o "tipo florido" - versão educativa do "aparentemente sadio" - que, gordo e ágil, poderia ocultar em sua aparência enganosa o "germe maldito"

(49) - Netto, Américo R. - "Fadiga e tuberculose" Coletânea (8):59, ano de 1943. Veja-se do mesmo autor: "Romantismo e tuberculose" Coletânea (7):101-102, ano de 1942.

(50).

Reforçando ainda mais o horror à aproximação com os pectários, as mensagens médicas empenhavam-se em exacerbar os medos coletivos através da divulgação de tétricas descrições, onde o reino da tuberculose se expandia como resultado da negligência alimentada pelos sadios. Muitas páginas da Coletânea foram dedicadas para a minuciosa narração de casos onde a tísica fazia mais e mais súditos, identificando o ambiente da infecção com o espaço e as práticas urbanas. Assim, o mortal contágio poderia ocorrer tanto no interior de um bonde ou de uma repartição pública, onde as pessoas forçosamente eram obrigadas a permanecerem muito próximas umas das outras, quanto na solidão de uma biblioteca, pois se o volume consultado tivesse sido anteriormente manuseado por um fímatoso, havia boas chances para que o incauto leitor fosse assaltado pelo bacilo de Koch (51).

A desconfiança e a vigilância reciproca deveriam ser ainda mais intensivas quando a saúde das crianças estivesse em risco iminente. Definida enquanto "o Homem de amanhã" pelos cartazes que a SPES paulista fazia afixar nas salas de espera de todos os Centros de Saúde do estado, alertava-se a

(50) - ---- "O enganador 'aspecto florido'" Coletânea (8): 144, ano de 1943.

(51) - ---- "Cuidado com o bacilo da tuberculose" Coletânea (6): 141, ano de 1942.

população e os pais que "protegem-a é nosso dever".

Por isto, as mensagens sanitárias ganharam maior intensidade ao tratar das possibilidades do contágio infantil, orientando os adultos para exigir a apresentação de Carteira de Saúde de todas as pessoas que mantivessem contato diário com crianças, incluindo professores, empregados domésticos e especialmente as mulheres que serviam como amas-de-leite. Mesmo situações embarracosas para a harmonia familiar deveriam ser enfrentadas sem receio, quando a saúde infantil estivesse em jogo: caso existisse um tio que denunciasse uma "tossezinha nicotínica", dever-se-ia proibir-lhe o acesso aos pequenos, assim como o "danoso hábito" de beijar ou dormir no mesmo quarto que acomodava os patizes (52).

A puberdade constituía-se em momento da existência onde eram ampliadas as chances do indivíduo ser assaltado pelo micróbio fumafoso. As alterações físicas próprias desta fase do desenvolvimento orgânico somavam-se ao dispêndio de energia cobrado pelos estudos e pelo inicio da faixa produtiva, debilitando o corpo e tornando-o presa fácil da tuberculose. Na continuidade das observações, os higienistas pregavam que, bem mais do que estas condicionantes, os novos "hábitos" assumidos pelos adolescentes predispunham à moléstia consuntiva, incluindo neste processo o namoro e o

(52) - Paulino, Georgino - "Tuberculose, doença da infância"
Coletânea (4):29-31, ano de 1943.

comparecimento diário aos bailes, teatros, bares e cassinos. Encantados com os prazeres da vida, os jovens desarmavam-se das defesas físicas e morais, entregando-se passivamente ao avanço destruidor da moléstia pulmonar, cabendo por isto à educação em saúde dedicar-se com especial empenho no regramento desta parcela imprudente da população (83).

O romance da tísica

As imagens sobre a doença e o doente do peito frutificaram também na coleção *Romances* elaborada pela Seção de Propaganda e Educação Sanitária paulista. Ao contrário das outras séries, onde os médicos higienistas praticamente monopolizavam a produção discursiva, as "obras ficcionais" publicadas pelo Departamento de Saúde contavam com a habilidade literária de vários escritores profissionais e de larga aceitação pública, encontrando-se dentre eles Afonso Schmidt, Orígenes Lessa e Galego Coutinho.

Avizinados da prosa naturalista do século XIX, os "romances" educativos utilizavam como principal recurso de composição o confronto entre dois personagens, sendo que cada um deles incorporava uma opção moral e um horizonte de vida. Esta estratégia permitia a comparação entre "hábitos e

(83) — “Idade perigosa” *Coletânea* (1):87-88, ano de 1939.

comportamentos". antagônicos, tornando facilmente inteligível a premissa que denunciava as enfermidades como resultado inevitável da vida desregrada.

Apesar de várias peças literárias patrocinadas pela SPES dissecarem a trajetória e os sentimentos de personagens secundários que provavelmente estivessem com os pulmões corroídos, o texto assinado por Afonso Schmidt e intitulado *O Gigante Invisível* ganha destaque por se constituir numa obra toda ela centrada em torno da Peste Branca e seus tributários. O livreto impressiona não só pelo direcionamento imposto à trama, mas também pelas ilustrações desenhadas por Paulo Camiller Florençano. Diferentemente dos demais volumes da coleção, a capa da peça em questão chama a atenção pelo colorido vermelho forte utilizado em sua composição, opção que ao mesmo tempo lembra a tonalidade sangüínea e o sinal de alerta. O desenho da folha de rosto do "romance" retrata um homem de costas, sugerindo alguma coisa entre o abatimento físico e a displicência frente ao perigo que ronda, sendo este representado por uma mão descomunal com unhas afiadas, oferecendo a dimensão da ameaça que a qualquer instante se apoderará do incauto, roubando-lhe a saúde e a vida (54).

(54) - Schmidt, Afonso - *O Gigante Invisível*. São Paulo, Secção de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento de Saúde do Estado, s.d. (c. 1944).

A ilustração de abertura ganha desdobramento no texto dedicado à descrição da trajetória de Carlos, um migrante que chega à "Capital" (que bem pode ser a cidade de São Paulo, informação que nunca é confirmada) "esbanjando saúde" e que imediatamente encontra colocação em um escritório de contabilidade. O fascínio pela agitação metropolitana e a condição de solteiro e sem qualquer compromisso familiar induz o recém-chegado a obedecer um comportamento desleixado, aceitando abrigo no quarto de uma fétida pensão, onde a qualidade da comida e da higiene em nada garantiam o bem-estar dos hóspedes.

Os cenários de trânsito do migrante desdobram-se no ambiente de trabalho, onde Carlos é identificado inicialmente como "bom trabalhador" e "sólido companheiro" pelos demais escriturários. Em pouco tempo, porém, profundas transformações começaram a ocorrer nas atitudes do novato que, deixando-se seduzir pelas "máximas companhias" que conheceu nos bares, passou a se alimentar irregularmente, preferindo "enganar o estômago com pasteis e pinga" e gastar as horas noturnas em desatinadas conversas nas esquinas, sempre terminando a madrugada na "farra". Optando por este ritmo de vida, Carlos voltava as costas para a sombria realidade:

"... a tuberculose é a doença da miséria. Nas nossas grandes cidades, como Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Salvador, a sua multiplicação é rápida, acompanha o pulsar de um relógio. Há, não se sabe onde, um gigante de clava em punho, que não se cansa de desferir golpes sobre golpes... Tic, tac, tic, tac... Mais um, mais um, mais um, mais um... Esse gigante

feroz e invisível... Chamar-se Dom Bacilo..." (55).

A ausência de repouso e de alimentação adequada conjugava-se com a bebida alcoólica e as companhias comprometedoras, levando o migrante a uma situação única: a fraqueza física. Desdenhando dos nítidos sinais da degradação corporal, Carlos mantinha-se convicto freqüentador das noites, fato que contribuiu ainda mais para exponenciar os desarrajos que consumiam o corpo, resultando inclusive em continua irritação e incapacidade para o trabalho cotidiano.

Foi neste contexto de perdição individual que Afonso Schmidt colocou em cena César que, apesar de guardar semelhanças biográficas com Carlos, foi apresentado como a imagem oposta do forasteiro que se deixou impregnar pelos desvarios da "cidade grande". Migrante e destituído de laços familiares, mesmo assim César mantinha uma existência "casta" e "equilibrada" e, na condição de "guia dos perdidos", interessou-se pelo destino do parceiro de escritório, advertindo-o sobre os mortais perigos representados pelos prazeres vendidos nas madrugadas e que pouco a pouco levavam os desajujados para o túmulo.

Inicialmente, o "rapaz perdido" desdenhou dos conselhos oferecidos pelo amigo, mas, na continuidade do "enfraquecimento físico", Carlos viu-se preso ao leito da

(55) - Idem, p.21-22.

pensão, sem forças até mesmo para caminhar até o escritório onde trabalhava. A ausência do funcionário rebelde chamou a atenção de César que, ao visitar o enfermo, percebeu de imediato a presença do "Gigante Invisível". Com a ajuda do amigo, o tuberculoso passou por um verdadeiro processo de conversão moral, abjurando da antiga "vida de estrônia", fato que o levou a freqüentar o gabinete de um médico que, além de lhe ensinar as regras básicas de higiene, informou que a tísica constituiu-se em "doença curável", cuja evolução dependia dos "sacrifícios" aos quais o paciente consentisse submeter-se.

A convicção de que o restabelecimento da saúde pulmonar dependia da imediata mudança de arés levou Carlos a buscar residência em uma localidade pouco afastada do burburinho urbano, apresentada como região de qualidades climatoterapêuticas e própria para o repouso prolongado. Amparado pelos donativos feitos mensalmente pelos seus colegas de escritório, o tuberculoso foi gradualmente recuperando a antiga disposição física, fazendo então um juramento ao tisiologista encarregado de seu tratamento:

"- Muito obrigado, doutor. Quando eu voltar à cidade e ao trabalho, procurarei fazer pelos outros o que César fez por mim. Direi a muita gente: cuidado, seus bobos, vigiem constantemente a saúde, não se esqueçam do que ia acontecendo ao Carlos..." (56).

Pelo menos na literatura, o trabalhador brasileiro fez um

(56) - Ibidem, p.32.

juramento muito aproximado àquele preconizado pelo vice-presidente dos Estados Unidos.

Por que a Peste Branca, apesar do empenho médico e governamental anunciado, não cessava de expandir seu reinado na "Chicago Sul-Americana", perguntar-se. Se a explicação maior era localizada no "caráter reacionário das classes produtivas" em acatar o norteamento médico, a vertente populista inaugurada por Getúlio Vargas inspirou os agentes educativos a detectarem na apatia do grupo dirigente da indústria e do comércio paulista um fator coadjuvante na escalada da tisica.

As mensagens articuladas pela SPES paulista, em alguns momentos, definiram os "capitalistas" como um grupo que, igualmente ao proletariado, carecia de formação moral e sanitária coerente com os princípios norteadores do Estado Novo. Em continuidade, rogava-se que a elite dirigente esbanjasse menos dinheiro na aquisição de "caríssimos automóveis" e "finíssimos vestidos elegantes" e repartisse com o Estado o ônus representado tanto pela assistência aos pectários quanto pela construção de sanatórios. Ainda mais, a classe patronal foi colocada no banco dos réus por contratar funcionários sem a exigência de apresentação da Carteira de Saúde e, além disto, afastar-se da orientação paternalista consagrada pelo presidente Vargas.

Poi com um certo olhar nostálgico que um sanitarista anônimo diagnosticou a principal lacuna aberta no relacionamento "moderno" entre os capitães da indústria e seus subordinados:

"é o caso do patrão generoso que não quer intervir na vida privada do seu empregado de escritório, e o vê chegar sonolento ao trabalho, depois de uma noitada de dança ou de bebedeira. Quantos aborrecimentos e quantas lástimas não seriam evitados se nesse momento viesse o conselho ou a reprimenda, dados por quem tem força moral para fazê-lo?" (37).

Seguindo este encaminhamento, uma vez mais a administração sanitária paulista se colocou à frente da Saúde Pública Federal que, menos produtiva, mostrou-se reticente em assumir um discurso pedagógico abrangente. Os educadores sanitários de São Paulo, por sua vez, buscaram dar sentido universal às mensagens preventivistas, recorrendo a um código informativo que, evitando declarar-se tipicamente paulista, mesmo assim contextualizava a problemática específica da região.

A composição de um discurso cujo locutor postava-se como agente cosmopolita e moderno enfatizava, em gênero, as condições de vida das metrópoles - quaisquer que fossem elas - pontificando a positividade dos valores e condutas que confluíam para a disciplinarização do "capital humano" nacional. A atualização dos corpos e das mentes favoreceria, a um só tempo, a produção e o consumo de mercadorias, dando

(37) — — — "A tuberculose em S.Paulo - IV" Coletânea (1): 48, ano de 1939.

direcionamento apregoado como "racional" aos comportamentos que, afinal, deveriam consolidar os mecanismos regentes da formação social brasileira.

Uma outra educação: os tuberculosos "ricos"

Apesar da ampla divulgação das recomendações educadoras em saúde produzidas pela Seção de Propaganda e Educação Sanitária de São Paulo, é provável que as camadas médias instaladas no espaço metropolitano vissem com certa reticência os "conselhos médicos" direcionados ao proletariado. Afinal, para os grupos que se autor-apresentavam como agentes privilegiados do movimento de modernização econômica e social, parecia aviltante as prescrições formuladas pela SPES que, dentre outras coisas, tentavam convencer seus leitores sobre a necessidade de aceitar a "pobreza honesta", evitar que os filhos dormissem na mesma cama que os pais e manter a residência limpa e arejada.

Por isto, quando as campanhas oficiais de educação em saúde foram implementadas, também ganhou consistência os reclamos da "elite culta", pedindo o patrocínio governamental para a maior divulgação de livros que ensinassem as precauções a ser tomadas contra a tuberculose e que também discorressem

sobre as possibilidades de cura dos pectários. Sob o discreto rótulo de "divulgação científica", os agrupamentos privilegiados ansiavam por melhor conhecimento sobre a Peste Branca, talvez mesmo para saber reconhecer os infectados e exclui-los de seu círculo de convívio (58).

As oportunidades de encontros com os médicos delineavam-se como momentos privilegiados para a élite se informar sobre os processos patológicos. Nos consultórios particulares, a burguesia queria saber mais, inclusive sobre tópicos que nem sempre era de bom tom perguntar ao médico. No início da década de 40, a Educação Sanitária federal, melhor que a paulista, soube perceber as reticências dos grupos ensimesmados dirigindo-lhes uma coleção de textos que, guardando proximidade com as resenhas acadêmicas, ofereciam aos leitores a sensação de que estavam consultando mensagens exclusivas e, por óbvio, diferenciadas em teor aos conselhos direcionados ao proletariado (59).

O sentimento de abandono experimentado pelos estratos mais ricos da população explica, pelo menos em parte, o surgimento de publicações sintonizadas com a sensibilidade burguesa, como o paulistano mensário *Viver!*, definido como

(58) - Andrade, Almir - Aspectos da Cultura Brasileira. Rio de Janeiro, Schmidt, 1938, p.154.

(59) - Veja-se, por exemplo: Perestrello, Danilo - Quinta Coluna Contra a Saúde. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1941 e Pernambucano Filho, Pedro - Venenos Sociais. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1942.

revista especializada em "saúde, força e beleza". Colecionando artigos assinados tanto por médicos quanto por jornalistas, o periódico procurava corresponder aos anseios dos seus assinantes, discorrendo longamente sobre a tuberculose, sem no entanto incorporar os padrões obedecidos pelos órgãos oficiais dirigidos para a educação sanitária. Paralelamente, *Viver!* empenhava-se em fomentar a apologia do modelo sócio-cultural norte-americano, preferindo as condições de vida do trabalhador brasileiro em favor da descrição meticolosa e ufanista do vigor físico e dos hábitos saudáveis dos astros do cinema, forjados em Hollywood (60).

Além das revistas especializadas em discorrer sobre a saúde no contexto da modernidade, a elite nacional passou a dispor de um conjunto de livros que se apresentavam como "manuais" de orientação aos tuberculosos e a todos aqueles dispostos a se inteirar sobre os segredos da Peste Branca.

(60) - O mensário *Viver!* teve seu primeiro número datado de junho de 1938, encerrando sua publicação na década de 50. Seu principal editor foi o engenheiro e político Samuel Ribeiro, filho de uma família pertencente à elite estadual. Para o público especializado nas ciências médicas surgiu a *Medicina Germanica*, revista que traduzia os principais ideais nazi-fascistas sobre o corpo e a moral. A coleção *Medicina Germanica* foi inaugurada no ano de 1932, finalizando suas atividades numa década depois, quando o Brasil declarou guerra ao Eixo. Entre os redatores nacionais desta série encontravam-se nomes de destaque da clínica carioca, dentre eles: Afrânio Peixoto, Affonso Mac Dowell, Vital Brasil e Clementino Fraga.

No Brasil, a tentativa pioneira de elaboração de um guia sobre a tísica data dos anos iniciais deste século, quando o médico Eloy de Andrade publicou o primeiro texto apresentado como "obra de divulgação científica" sobre a moléstia dos pulmões. A persistente defesa da concepção segundo a qual a tísica era "perfeitamente curável" e os inúmeros casos escabrosos mencionados nas páginas do manual - inclusive detalhada descrição do comportamento sexual de "vacas ninfomaniacas", porque tuberculosas -, parece ter desencorajado a recomendação clínica deste compêndio (61).

Na ausência de livros orientadores produzidos no Brasil, é provável que a única opção disponível para a elite leiga saber mais sobre a tuberculose constituía-se na recorrência aos alfarrábios estrangeiros. Neste sentido, ganharam prestígio os manuais elaborados na França e nos Estados Unidos, dentre eles os textos do francês Borianne e do norteamericano Brown que, mesmo sem contar com traduções para o português, foram citados por diversos facultativos nacionais como os melhores guias existentes sobre a consunção, sendo recomendados a todos aqueles que se interessavam pelo tema, especialmente aos intelectuais vitimados pelo Grande Mal (62).

(61) - Andrade, Dr. Eloy de - A Tuberculose é Curável, Rio de Janeiro, Companhia Typographica do Brazil, 1906.

(62) - Brown, Lawrason - Pulmonary Tuberculosis: A Layman's Handbook of Treatment. 3rd. ed., Philadelphia, Lea & Febiger, 1919 e Borianne, Dr. L. - Comment sur les Deviens Tuberculeux. Paris, Gaston Doin & Cie.,

Porém, nenhum outro manual angariou tanto reconhecimento como o elaborado pelo professor da Escola Médica da Universidade de Genebra, Jacques Stéphani. Proprietário e diretor clínico da estação climatérica e do sanatório de Montana, nos Alpes suíços, o dr. Stéphani acolheu inúmeros esculápios brasileiros que buscaram especialização tisiológica na Europa, sendo que no ano de 1929, publicou o seu guia para "tuberculose e predispostos". Em pouco tempo, a obra tornou-se o texto mais recomendado pelos clínicos brasileiros, que passaram a indicá-la - ainda na versão francesa - tanto aos "medicos não especialistas" quanto às "pessoas cultas que amam estar ao corrente de conhecimentos gerais" (63).

O livro do professor Stéphani foi publicado em língua portuguesa no ano de 1933, contando com a tradução do escritor Ribeiro Couto que, pectário, rumou para a Suíça, obtendo a cura no sanatório de Montana. No prefácio brasileiro deste guia, o tradutor confessou que a versão nacional do livro do Dr. Stéphani era bem mais do que um trabalho encomendado pela editora, consistindo em tributo de um ex-paciente ao clínico que o salvou da morte certa.

1929.

(63) - Pitanga, Dr. Genesio - "Jacques Stéphani" Revista Brasileira de Tuberclose 3(8):359, Novembro-Dezembro de 1933 e Stéphani, Dr. Jacques - La Tuberclose Pulmonaire: Guide du Malade et du Prédisposé. Paris, Payot, 1929.

Ribeiro Couto acrescentou ainda que o manual representava um indispensável instrumento para os contaminados e os sadios se conscientizarem sobre a desabonadora valorização social da enfermidade, definida como:

"enorme trama de preconceitos absurdos, da ignorância e de erros de que, no espírito do vulgo, anda acompanhada esta palavra: tuberculose" (64).

A partir de então, o livro do tisiologista suíço passou a ser aclamado como o principal recurso esclarecedor sobre a tísica à disposição da parcela culta da população. A aceitação da obra - que contou com sucessivas reedições nos anos subsequentes ao seu lançamento - incentivou inúmeros clínicos proprietários de sanatórios a comporem obras similares. No entanto, praticamente todos os guias nacionais acomodaram-se em repetir os ensinamentos do manual do dr. Stéphani, às vezes incorrendo no plágio da obra do médico suíço (65).

(64) - Couto, Ribeiro - "Duas palavras do tradutor" In: Stéphani, Dr. Jacques - Guia da Tuberculose e do Predisposto. São Paulo, Editora Nacional, 1933, p. 6.

(65) - Dentre os manuais nacionais inspirados no guia do Dr. Stéphani, encontram-se: Souza, Dr. Mario Caffer Alves de - Tratamento Sanatorial da Tuberculose Pulmonar. Rio de Janeiro, Calvino Filho, 1934; Cavalcanti, Dr. Adalberto - Como Evitar e Curar a Tuberculose. Belo Horizonte, Santa Maria, 1935; Feijó, Dr. José - Conselhos aos Tuberculosos e Enfraquecidos. Nictheroy, Officinas Graphicas da Escola do Trabalho, 1936 e Souto, Dr. Valois - Tuberculose Pulmonar: Noções Indispensáveis a Todos. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1937. Ainda inspirado nos ensinamentos do clínico de Montana, alinha-se o seguinte folheto: --- Tuberculose. Rio de Janeiro, Companhia Nacional de Seguros "Sul America", 1941.

O que ensinava o professor Stéphani para que seu livro fizesse tanto sucesso, a ponto de, no Brasil, contar com edições de luxo e ser alvo de tantas imitações?

Primeiramente, a aceitação deste texto está ligada ao reconhecimento clínico da precariedade do saber acumulado pela medicina sobre o evento patológico. Avesso às "certezas" procuradas pelos seus pares, o dr. Stéphani confessou para os "profanos" as "incertezas" que atormentavam a prática tisiológica, tachando de charlatães todos aqueles que asseveravam ser o mal consuntivo uma enfermidade "perfeitamente curável". Nesta cirurgia, o clínico de Montana despendeu páginas e mais páginas para recuperar a historicidade das práticas médicas e das imagens creditadas aos infectados para anunciar o caráter provisório do aparelhamento clínico-epidemiológico e o condicionamento cultural dos preconceitos contra os tísicos.

O professor de Genebra descreveu em detalhes o funcionamento do corpo humano sadio, para didaticamente introduzir a noção do trabalho destrutivo do bacilo de Koch, advertindo que "a tuberculose teme o bisturi". Neste encaminhamento das idéias, o arsenal medicamentoso disponível na época foi considerado de pouca valia no tratamento dos seus pacientes, alegando que a única terapêutica cuja eficácia foi constatada, mesmo sem explicações totalmente convincentes,

consistia na reclusão dos contaminados por longos períodos nas regiões de altitude, ensinando que "mais vale o campo que a cidade, mais vale a montanha que o campo" (66).

Enquanto proprietário de uma estação alpina de tratamento, o médico caminhou para a defesa da idéia segundo a qual apenas a presença dos consuntivos nas regiões montanhosas não garantiria minimamente a recuperação da saúde. Para o Dr. Stéphani as benesses do "clima de altitude" deveria estar conjugada à disciplina exigida no ambiente hospitalar, pois a melhora do estado de saúde só poderia ser conseguida através da articulação da climatoterapia com a reeducação higiênica e moral dos fumotosos.

O que significava para o autor do Guia do Tuberculoso e do Predisposto a reeducação do consuntivo? Apesar da referência aos exageros do sexo, do álcool e da droga como eventos predisponentes à infecção, para o docente suíço tais elementos constituiam-se em itens de menor significado para a ocorrência da tísica. Bem mais do que a correção moral, cabia ao médico de sanatório ensinar seus pacientes a manter um novo vínculo com o próprio corpo, instruindo a clientela sobre a necessidade de uma relação equilibrada com o organismo, enquadramento este como uma realidade pautada por múltiplos condicionantes, tais como a resistência biológica individual, a alimentação, a idade, o sexo e as condições (66) - Stéphani, Dr. J. - Op. cit., p.245.

materiais de vida (67).

Nesta operação, o dr. Stéphani baseou todos os seus conselhos no suíl retoque do modo de vida burguês que se moderno, deveria ter como elemento norteador o desfrute comedido das novidades trazidas pela sociedade industrial do século XX. Por isto, a própria qualificação do infectado ganhou novas dimensões. A condição tuberculosa foi despida dos atributos degradantes impostos por outras vertentes de avaliação hipocrática, aflorando como "doente perigoso" exclusivamente aquele que "não cospe numa escarradeira, que atira perdigotos ao se agarrar no interlocutor, que beija toda gente apesar de saber que tem bacilos na boca". Ninguém mais. Discursando para o paciente tuberculoso bem mais do que sobre o doente pulmonar, o médico tornou-se uma espécie de amigo solidário e "redentor" dos pectários, inaugurando uma nova conduta de comunicação impressa entre a clínica e os doentes do peito (68).

Despojado da maligna aura, o tuberculoso - ainda segundo o médico suíço - deveria buscar isolamento em uma estação de cura, não como um castigo mas sim como uma situação transitória e benéfica para si e para os seus familiares.

(67) - Idem, p.13.

(68) - Ibidem, p.76. Esta postura foi imediatamente imitada por outros tisiologistas europeus que, talvez por isto, tiveram suas obras traduzidas para o português. Veja-se, por exemplo: Dietlen, Prof. Dr. Hans - Tuberculose Pulmonar. São Paulo, Editora Nacional, 1935.

Afinal, o sanatório correspondia à uma variação sofisticada de "hotel de luxo", onde a higiene e as possibilidades de aprimoramento cultural eram ponto de honra, acrescentando Ribeiro Couto, em nota de rodapé, que o próprio Dr. Stéphani dominava variados idiomas, dispondo-se a ensinar a todos os doentes "contagiados pelo entusiasmo cultural do mestre" (69).

Neste encaminhamento, o autor do guia reivindicava o relacionamento "sadio e franco" com os seus pacientes/discípulos, cobrando deles estrita lealdade às suas orientações. Nenhum de seus "hóspedes" poderia se mostrar mais conhecedor dos segredos da enfermidade que o próprio facultativo e a confiança mútua deveria ser tamanha, que nenhum outro clínico poderia ser consultado, sob a pena de exclusão do infectado do recinto sanatorial. A sujeição do tísico deveria ser total, assumindo como suas as prescrições fornecidas pelo tisiologista:

"Quanto à cura, não pode ser obtida, na mór parte dos casos, senão associando-se, num commun esforço, a sciencia do medico à boa vontade do enfermo. Mas, aqui, atenção! Nada de malentendidos. O que o medico pede ao doente é um esforço continuo de todo o seu ser para um só objectivo, sempre o mesmo. Não se trata de collaboração, mas antes de hierarchia: um manda, outro obedece" (70).

Mesmo assim, em diversas passagens do seu manual, o proprietário da estação de cura alpina buscou amenizar a

(69) - Ibidem, p.303.

(70) - Ibidem, p.186. Grifo no original.

rigidez da normatização clínica, embora ressaltasse que o médico convicto da eficácia de seus conhecimentos não deveria se curvar frente aos desejos do paciente. No sanatório de Montana - advertia o Dr. Stéphani - tudo era passível de ser matéria de diálogo e moderação, podendo chegar-se a acordos que não resultassem em perdas para o médico ou para o paciente. Os exemplos são significativos: o tenista inconformado com a proibição de praticar seu esporte reclamou da prescrição, conseguindo autorização médica para continuar a jogar diariamente, sob a condição de interromper a partida ao final do quinto game, assim como ao nobre russo foi permitido a utilização paralela de poções curativas tradicionais no seu país, já que estas não afetavam o tratamento ministrado pelo nosocomio (71).

Pouco, de original, os médicos-autores brasileiros acrescentaram aos enunciados do Dr. Stéphani. A reiteração dos mesmos postulados e a menção até dos mesmos exemplos registrados no guia estrangeiro, consagraram as propostas do especialista suíço como regras pouco infringidas pelos autores das brochuras nacionais.

Uma das raríssimas páginas na qual este cômodo compromisso foi quebrado encontrase no livro do Dr. Valois Souto, diretor-proprietário do Sanatório de Corrêas, instalado nas montanhas fluminenses e que era considerado uma das mais

(71) - Ibidem, p.256.

luxuosas casas de saúde do país. Ao indagar sobre a possibilidade do tuberculoso com lesões abertas querer contrair matrimônio, Valois Souto mostrou-se totalmente contrário. Entretanto, imediatamente após a negativa, o autor parece que arrependeu-se, alegando que, afinal, a opinião médica não era assim tão importante, desculpando-se envergonhadamente por se indispor na vida privada dos seus pacientes abonados: "mas que fazer quando só se tem em vista razões do coração!..." (72).

Em nome do Grande Mal foram articulados múltiplos dispositivos disciplinadores, direcionados para grupos específicos da população, infectados ou não. Idealizados enquanto discursos universais e fundamentados em valores que buscavam transcender as diferenças sociais, como solidariedade, família, bem comum, pátria e trabalho, na verdade as orientações higienistas mesclavam tisiofobia e diferenças de classe, resultando na sensação de que a educação sanitária discorreria sobre distintas patologias, mais do que sobre tuberculosos ricos e tuberculosos pobres.

(72) - Souto, Dr. V. - Oo.cit., p.343. Vale lembrar vários clínicos eugenistas defendiam publicamente a proibição de casamento de portadores de doenças infec-to-contagiosas. Cita-se como exemplos: Fontenelle, Oscar - Flagelos da Raca. Rio de Janeiro, Papelaria Mello, 1931, p.10-11 e Figueiredo, Dr. Sylvio Mendes - Controversias da Tuberculose Pulmonar. Rio de Janeiro, s.c.p., 1941, p.70-88.

No final, o discurso sobre tuberculose erigiu-se enquanto estratégia de coerção que, direcionada para a "retificação" dos comportamentos individuais, buscava requalificar a vida grupal, estabelecendo os padrões da modernidade que deveriam reger a organização social brasileira. Ficava claro, assim, os limites das pontificações educadoras em saúde que, calcadas na exploração dos temores grupais, identificaram os fracos do peito como discípulos do mal e da desordem coletiva, traduzindo a tuberculoso como o pobre irrequieto, o rico egoísta, o perverso, o criminoso, o inimigo da pátria, o "quinta-coluna" e tantas outras categoriais. Nesta cirurgia, o ramo educador da Saúde Pública paulista, acompanhando a tendência predominante na literatura nacional das primeiras décadas do século, contribuiu com novas e vigorosas - pois pretensamente científicas - versões diabolizadoras do tuberculoso. Ditando a possível lógica da sociabilidade que deveria vigir nos grandes centros urbanos, a literatura e a medicina, por extensão, definiam os estreitos limites existenciais permitidos para as vítimas diretas do Grande Mal.

12/11/93
R/S P.G.
Historia
C.R.B.
1.500,00
31/2/93