

Combate à tuberculose (Curitiba, 1930 – 1939)

Combat against tuberculosis (Curitiba, 1930 – 1939)

Daniele Santos¹, Leandro Francisco de Paula²

Resumo

O presente artigo tem por objetivo traçar uma revisão histórica que contemple os discursos trazidos pelas teses médicas e pela imprensa local, da cidade de Curitiba, sobre a tuberculose, entre os anos de 1930 a 1939. Nesse sentido, o foco que permeia essa abordagem se consagra de acordo com os dizeres de Michel Foucault sobre o *biopoder*, mecanismo o qual, muito difundido na França oitocentista, chega ao Brasil após as efervescências da *Belle Époque* e passa a nortear os rumos da saúde pública no país. Propomos, portanto, uma análise daqueles discursos sob tal ótica foucaultiana, pensando nos processos que fomentaram dizeres específicos sobre a também conhecida como peste branca.

Palavras-chave: tuberculose, saúde pública, medicina social.

Abstract

The aim of this article is to delineate a historical review that considers the discourses brought by the medical theses and the local press on Curitiba city about tuberculosis between the years 1930 to 1939. In this sense, the focus that permeates this approach is consecrated according to the words of Michel Foucault on *biopower*, as a mechanism, which, very widespread in nineteenth-century France, arrives in Brazil after the effervescence of the *Belle Époque* and begins to guide the direction of public health in the country. We propose, therefore, an analysis of those discourses under such Foucaultian view, thinking of the processes that fostered specific statements about the also known as white plague.

Keywords: tuberculosis, public health, social medicine.

Introdução

Tuberculose. Tísica. Outrora peste branca. Variadas são as terminologias que condensam a periculosidade da moléstia.

Consagram-se nas fontes e na literatura especializada, as quais têm por seu vetor o discurso médico. Latente em assertivas prontas a considerar o que se toma por

134

1. Mestranda da linha de pesquisa Arte, Memória e Narrativa do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná. Licenciada em História pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

2. Doutorando na linha de pesquisa Espaço e Sociabilidades do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná. Mestre, bacharel e licenciado pela mesma instituição.

E-mail do primeiro autor: psantosdaniele@gmail.com

prudente frente a situações de insegurança. Destarte, inocula-se os principais pontos que regem este artigo: a construção da imagem da tuberculose por meio do discurso médico, envolto em manchetes de jornais à época, bem como teses médicas que auxiliavam no tratamento e descobertas que se realizavam sobre a doença.

Tais pontos serão discutidos a partir da postura que Foucault¹ adota para tratar o saber-poder médico frente à sociedade curitibana novecentista. Portanto, a indagação que atua como ponto nevrálgico deste artigo se organiza na seguinte ordem: quais os desdobramentos do discurso médico sobre a profilaxia e tratamento da tuberculose? Para tanto, em um primeiro momento, analisaremos a carga do discurso que tinha por objetivo a preservação da saúde coletiva.

O discurso médico como ponte de garantia à vida

O poder é uma ferramenta que está diretamente ligada ao discurso. Esse discurso, primeiro na França oitocentista, e depois na Curitiba dos novecentos, é uma forma de garantia da saúde coletiva em detrimento da individual, de acordo com Foucault.² Para ele, se nas sociedades antiga e medieval o poder emanava do Estado, por meio da organização de táticas de conflito e guerrilha, havia uma questão jurídica de manutenção da soberania. Todavia, nas sociedades modernas (e

contemporâneas), temos uma outra configuração. Essa organização se repercute por meio da questão biológica, rompendo, por sua vez, com a instância jurídica (com o referencial da soberania dos Estados já citada). Assim sendo, o poder já não mais atua nessa esfera, passa a se situar a nível biológico, promovendo o controle sobre os indivíduos.² Dessa concepção vem à tona, a partir do século XVIII, uma nova perspectiva que age sobre os corpos, a qual Foucault² chamará de *biopolítica*.

O conceito de *biopolítica*, para o autor, se conjuntura com o objetivo de atender a manutenção à vida, portanto, a função não é mais a mesma que dantes: sua preocupação passa a ser a forma como os corpos são tratados. Ele considera a existência de uma bifurcação que é mister ser considerada. De um lado, a *biopolítica* se molda a atender a organização que emana das instituições. A título de exemplo, ele relembra a escola e o exército. Do outro lado – o mais pertinente ao presente estudo – o autor considera que o Estado e as instituições fazem uso de determinados instrumentos reguladores, que atuam sobre a população: o senso que se realiza por meio da demografia; a distribuição regulada de recursos vitais para a população; e, por último, a previsão a respeito da expectativa de vida dos indivíduos.²

Diante disso, o estudioso complementa que tal desenvolvimento foi um dos

responsáveis pelo estabelecimento do capitalismo, isto porque foi o *biopoder* (a partir daí ele adota essa denominação para especificar o outro viés da *biopolítica*) que deu o tom dos ajustes que a sociedade deveria tomar aos moldes econômicos. Neste princípio, entra como mecanismo de poder a medicina individual, sendo ela segregativa e hierarquizadora, já que há relações de dominação de uns sobre outros, assim como funciona como elemento hegemônico. Portanto, há uma percepção de que o corpo importa, principalmente a título de contribuir com o sistema econômico em desenvolvimento. Há uma preocupação maior com esse corpo, já que ele serve de simulacro à produção e a manutenção da indústria que se fomentava. Portanto, se consolida a junção do poder-saber sobre a vida orgânica (dos seres humanos) e seus interesses. Disseminam-se então novas tecnologias que guiaram os indivíduos na maneira de se alimentar, de se vestir e de se medicar.² Não obstante, se configura também o aspecto normatizador da sociedade ocidental, o qual se projeta, por meio do discurso jurídico, na instância médica e de administração dos grandes centros. Questão essa que não será inaugurada no decorrer deste artigo.

É diante desse cenário que podemos pensar no recorte espaço-temporal que é foco deste estudo. O *biopoder* atua em conjunto com a ideia de capitalismo, e nota-se, a partir

do momento que a República brasileira é proclamada, que há ânsia pela modernização. Sevcenko³, sobre isso, afirma que havia uma nova sociedade urbana, de fundamentação burguesa. Isso se deve, segundo ele, ao fato de uma ordem econômica mundial inédita que se consolida a partir da Revolução Científico-Tecnológica. A isso somado o fim da Monarquia e proclamação da República, o Brasil se enquadrava à baila da modernização. Ao mesmo tempo em que as elites oligárquicas remanescentes se voltavam aos seus interesses, havia o temor de que a burguesia urbana-industrial ascendesse e prejudicasse o poderio daquelas primeiras. Não obstante, assolava-se o medo da ampliação dos levantes populares que pululavam Brasil afora.

É frente a este contexto de modernização e busca pelo urbano que a preocupação com a medicina e medidas higienistas se ampliam no mundo citadino e rural. Várias outras questões tangenciam tais preocupações, como a discussão racial e eugenista, ambas fomentadas por intelectuais da época. Sendo assim, de acordo com Lima e Hochman⁴, o saneamento passa a ser enquadrado nas políticas públicas, o que ajuda a legitimar a união entre saúde coletiva e poder público.

Além disso, a preocupação com a tuberculose, principalmente na cidade de Curitiba, era registrada de acordo com os

números trazidos em *Método prático para extinção da Tuberculose*⁵, de João Carmeliano de Miranda (tabela a seguir) –

chefe de clínica da Faculdade de Medicina do Paraná – datado de 1935.

Tabela 1 – Mortes por tuberculose, de 1905 a 1933, em Curitiba

Ano	População	Número de óbitos
1905	53.928	52
1930	103.000	77
1931	105.000	81
1932	108.000	83
1933	111.000	83

Fonte: *Methodo pratico para extinção da Tuberculose*, de João Carmeliano de Miranda (1935). Nota: Coeficiente: 1:10.000 habitantes

De acordo com a tabela, percebemos que os casos de óbito cresciam conforme fosse maior o número de habitantes da região. Podemos inferir, nesse sentido, que havia disseminação diretamente proporcional dos casos de tuberculose por número de habitantes. Para Carmeliano, o número é elevado, demonstrando sua preocupação por grande parte de seus escritos. Além dele, outro especialista, M. Isaacson⁶, também demonstra a sua preocupação com o excessivo número de mortos pela tuberculose. Para ele, a taxa também permanece elevada, o que é contrário ao que vinha acontecendo em outros países tidos como desenvolvidos.

Dessa forma, os discursos das teses supracitadas são de suma importância para entendermos melhor o contexto que se proferia na Curitiba novecentista.

Carmeliano⁵ assegura que a tuberculose é uma velha doença que acomete grande parte do mundo moderno. Pessimista, ele acredita que a enfermidade pode colocar em risco a continuidade da espécie humana.

A partir dessa ideia, o médico passa a desenvolver suas reflexões a respeito da moléstia. Apresenta, pois, os dados que tangem à mortalidade causada pela doença. No território brasileiro, ele apresenta um quadro que demonstra 5.000 mortes mensais, que podem chegar em até 100.000 por ano. Como resposta a esse dado, Isaacson⁶ – médico apresentado por Carmeliano como oposição ao seu dado inicial – acredita que o número real é o dobro do primeiro, chegando a cerca de 200.000 óbitos por ano. O motivo para isso seria de que muitos indivíduos tuberculosos procuram cidades rurais, em

busca de tratamento, e acabam por falecer nelas. Para ele, há, pelo menos, uma morte pela doença de 3 em 3 minutos. Por que há, nesse sentido, uma divergência entre os números apresentados pelos médicos?

É necessário considerar que as construções discursivas possuem carga ideológica, de acordo com o que expressa Bakhtin.⁷ Carmeliano toma o número de Plácido Barbosa, especialista também por ele citado. Considera, portanto, um artifício que contribui com a ciência, e com o espírito técnico-científico da época, apresentando um contrassenso de opiniões diversas. Ou seja, a carga ideológica é mantida, por meio da opinião concreta sobre o número de tuberculosos, bem como os termos utilizados para representar sua periculosidade, como é o caso da palavra “alarmante”, muito usada em sua tese. No entanto, a carga científica, dada pelo espírito da época, obtém seu lugar em prol de uma medicina preocupada com a saúde coletiva.

Diante disso, outro termo muito utilizado durante o manual merece parte de nossa atenção: a ideia de “homem civilizado”. Sobre isso, Bertolli Filho⁸ considera que com a proclamação da República, havia uma noção de que alguns países eram tidos por civilizados, sendo esses tomados por modelos. Nesse sentido, entendemos que haveria uma dicotomia entre civilização e disseminação de doenças. Não seria sadio, portanto, que uma

República tão jovem fosse desordenada e patológica. Maio⁹ afirma que a doença seria a junção entre miséria e a civilização moderna, podendo afetar a totalidade da população, desde negros a estrangeiros.

Foucault¹ observará, sobre isso, que a medicina social obteve alguns caminhos. O nosso foco será o método francês, que ele toma como principal quando pensamos em urbanidade. Isto é, para o autor, há um modelo de medicina social que surge consecutivamente à medida em que a preocupação com os centros urbanos se fomenta. Ele, por sua vez, considera que a partir do século XVIII há uma necessidade de construir um corpo urbano organizado e funcional.

O autor vê, nesta ótica, o desenvolvimento dos centros urbanos como fator primordial para a difusão da medicina social. Haveria, assim, fatores econômicos e políticos que arregimentariam a vida nas grandes cidades, as quais seriam mais fortemente tomadas pelo espírito do capitalismo. Nesse sentido, as revoltas urbanas e camponesas se disseminam, o que causa aquilo que Foucault¹ chama de “medo urbano”, o qual se consolida por meio do temor às epidemias, às fábricas, e enfim, aos novos rumos que a vida cidadina tomava.

Para Foucault¹, é nesse contexto que o corpo público (dos indivíduos) passa a pertencer à classe burguesa. Dessa forma, a

separação entre o que é urbano, civilizado e saudável entra em contraposição com o não urbano, doente e desorganizado. Assim, a medicina individual, para ele, é pautada em dois objetivos.

O primeiro deles é observar, ao longo das cidades, qualquer local que pode ser propício para o acúmulo de doenças e que, ainda, podem desencadear endemias e epidemias. O segundo deles é controlar a circularidade, não de pessoas, e sim de elementos, como a água e o ar.

Após esses desdobramentos, Carmeliano (1935) versa sobre as possibilidades de tratamento do bacilo. Dá início aos seus estudos pontuando a efetivação dos sanatórios, hospitais e afins. Para o médico, há uma bifurcação entre o combate à doença e as medidas de isolamento. Ao questionar um determinado médico alemão, sobre a eficiência das medidas de isolamento de indivíduos, esse assegura que a tuberculose pode ser confundida com gripes ou resfriados, além de ser muito comum o infectado passar despercebido e contaminar os indivíduos a sua volta com o bacilo de Koch. Foucault¹, a despeito disso, acredita que, com o desenrolar do capitalismo e da modernização, o surgimento da medicina individual atua como forma de manter os corpos de acordo com uma ordem preestabelecida e hegemônica. Nesse sentido, ainda segundo o autor, a burguesia observa

uma oportunidade de exercer maior controle sobre os indivíduos, utilizando-se da quarentena para tanto. Essa prática tinha por objetivo saber onde os indivíduos se encontravam. Ao ficarem essas pessoas em suas casas, um inspetor, afirma o estudioso, passava nas ruas na tentativa de verificar se os sujeitos não haviam saído de seus respectivos lugares. Além disso, faziam um processo de desinfecção, queimando perfume.

Nessa perspectiva se enquadra a ideia de isolamento. Ainda de acordo com o autor, a exclusão era uma forma de purificação dos grandes centros urbanos. Assim, tal segregação era a maneira mais viável de se manter os indivíduos saudáveis sem o contato com nenhum tipo de doença, enquanto aqueles que pudessem prejudicar o convívio social, por possivelmente estarem adoecidos, deveriam tomar um local onde não ficassem às vistas do coletivo são. Portanto, a solução mais prática naquele momento, na Curitiba dos novecentos, era a utilização dos sanatórios como métodos de isolamento.

Carmeliano⁵, por sua vez, afirmou no início do seu estudo, que a ciência médica estava em desenvolvimento e, por esse motivo, outras medidas além do isolamento eram pertinentes. Para tanto, ele sugere outros métodos: soroterapia, quimioterapia e vacinoterapia.

A primeira delas, segundo o patologista não era viável pelo seu excessivo

valor econômico, sendo, ademais, apenas o bacilo dizimado pelo procedimento, não a doença, a tuberculose, em si. Enquanto isso, o segundo método, foi considerado precário pelo médico. A justificativa para isso seria o grande esforço do organismo do doente para recuperar seu estado de equilíbrio. Já do terceiro método surgem duas importantes contribuições: a vacina do Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) e a Vacina de Friedmann.

Consta, na tese do médico, o desenvolvimento e teste da BCG. Carmeliano⁵ assegura que, de acordo com os testes da vacina, o seu uso torna-se inviável no combate à tuberculose, por só surtir efeito em recém-nascidos. No entanto, apesar das ressalvas do médico, em pleno ano de 1935, tal vacina é de uso obrigatório nos dias atuais, e é passível de ser aplicada em qualquer idade, afirma o Ministério da Saúde¹⁰. Portanto, uma importante contribuição se deu nesse sentido, poupando diversos indivíduos de contrair a doença. Ademais, pensando nessas circunstâncias, temos a contradição entre o discurso proferido pelo médico e o que se estabeleceu nos dias de hoje, mostrando os desdobramentos que o tempo e o conhecimento científico são capazes de realizar.

Além disso, pormenorizaremos a Vacina de Friedmann, isto porque ela foi muito difundida à época, sendo considerada pelos jornais como uma inovação inestimável,

conforme veremos. Tal vacina foi desenvolvida por Friederich Franz Friedmann, entre os anos de 1902 e 1903. Comparando duas amostras, a do bacilo de Koch (o da tuberculose) e a encontrada no pulmão de uma tartaruga marinha, descobriu-se que ambas apresentavam similaridades. A partir disso, isolou-se o bacilo da última e se obteve sucesso, considerando-se exames feitos posteriormente. Assim se estabeleceu a vacina que era tida pela República como uma imensa novidade.

Diversos jornais à época se dedicavam a promover a vacina, conforme já foi dito. A título de demonstração, tomemos como base os tabloides que se seguem: *A República* e o *Correio do Paraná*, ambos circulavam na cidade de Curitiba e manifestam, por meio de anúncios, a repercussão do discurso médico em um âmbito que vai além dos laboratórios e clínicas, e se materializa em algo público.

Há, em uma das edições, uma manchete¹¹ que traz, em seu *corpus*, o quanto a medicina alemã tem avançado, demonstrando, nesse sentido, as contribuições de Friedmann, de quem já mencionamos anteriormente. Nela consta que o medicamento já havia sido aprovado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, e seria vendido somente com receita, em grandes farmácias da cidade.

As propagandas da Vacina de Friedmann estavam presentes em vários dias na página “Anúncios” de *A República*. Além

dos anúncios das farmácias, os médicos também demonstravam a força do tratamento por meio de suas próprias campanhas. O infectologista Oscar Espindola¹² aparece em um desses anúncios como médico adepto ao tratamento. Portanto, podemos perceber que, nesse caso, o poder e o saber se imbricam novamente, fazendo com que o indivíduo atue como argumento de autoridade frente a um produto ainda novo no trato às doenças infectocontagiosas.

Dessa forma, vemos a repercussão da vacina de Friedmann em outros âmbitos que extrapolam o local da clínica, do laboratório e do gabinete. Quando Peter e Revel¹¹ afirmaram que o médico rompe com o seu espaço de excelência – a clínica – e alcança o público, temos um bom exemplo analisando aquelas manchetes. O discurso médico é, pois, transposto às mais variadas esferas da vida comum.

Diante disso, ao nos voltarmos para o manual, foco da primeira parte desta análise, apontamos as conclusões que Carmeliano⁵ apresenta em sua tese. Há um otimismo grande na sua fala sobre a Vacina de Friedmann, em contraste com o pessimismo anterior sobre os óbitos pela doença. O médico comenta sobre uma experiência realizada em Pesterzebt, que obteve sucesso, utilizando-se da vacina e, consecutivamente, reduzindo o coeficiente de letalidade da doença em 1/3, em apenas oito anos.

Essa frase, contida em sua tese, vem acompanhada de um ponto de exclamação. Tal sinal indica uma entonação na fala do autor, e demonstra uma certa esperança em relação ao que virá. Além disso, os pontos de exclamação não são muito frequentes em trabalhos científicos como o manual médico, o que torna a questão interessante e demonstra a perspectiva dele. Dessa forma, ele assegura que, com esse método, a tuberculose estaria erradicada em Curitiba (tida como não civilizada, pelos manuais), assim como em cidades cultas – nas palavras do autor – em até cinco anos.

Percebemos, pois, o uso da palavra “cult”, o que colabora com a ideia que pontuamos anteriormente: do estigma da civilização e civilidade sobre as doenças infecciosas.

Passemos, agora, a analisar outro documento sobre a tuberculose, denominado por *Combatemos a Tuberculose!* de M. Isaacson⁶, professor da Faculdade de Medicina do Paraná, com sua tese também datada de 1935, nos traz contribuições significativas ao desenrolar do presente estudo. Começamos, pois, novamente pelo título. Em semelhança com o registro anteriormente utilizado, temos os usos dos pontos de exclamação. Portanto, há um otimismo em relação ao combate da tuberculose, na visão do médico.

Em linhas gerais, a forma como coloca seus achados é semelhante aos primeiros relatos dantes considerados. Isaacson faz um percurso similar sobre o desenvolvimento da doença, as formas de contágio, medidas necessárias tanto para a profilaxia quanto para o tratamento e, sobretudo, percepções acerca da vacina profilática, sobretudo a de Friedmann.

Diante desta ótica, tomaremos como foco de nossas abordagens as formas de tratamento da doença, pouco comuns no recorte com qual estamos trabalhando. Para tanto, ele considera a Vacina de Friedmann e o regime sanatorial. De acordo com Isaacson (1935), o regime sanatorial é recomendado justamente para aqueles doentes com manifestações menos severas da doença. Acrescenta, pois, que para um ambiente ser ideal para esse tipo de doente, ele deve ser o mais arejado possível, contribuindo com a ideia já pontuada de que o elemento “ar” seria responsável pela disseminação de doenças.

Ademais, o médico acredita que, juntamente com a vacina de Friedmann, o método de isolamento seria o mais eficaz. Mesmo que o primeiro funcione sem as investidas do segundo, seria ideal que ao aliar os dois métodos, o regime de cura se desse de forma mais rápida. Sobre isso, Foucault¹³ dirá que o doente, neste estado, sente-se como inerte à própria presença da morte. Nesse sentido, muito embora as medidas de

isolamento sejam eficazes no combate à doença, de acordo com os médicos, elas colocam o doente em um estado diferente daquele da vida, que subjuga a esfera social e as particularidades do cotidiano, e alcança um nível de sobrevida que transita entre a vida e a morte, ou seja, o doente passa a ser um corpo inerte.

Contudo, há uma particularidade trazida pelo médico, até então não vista por nós em outros registros. O regime sanatorial, em sua visão, não necessariamente precisa ser em um sanatório ou hospital. Ele poderá ser realizado no próprio domicílio do doente, com a condição de que o ambiente seja adequado, e todas as recomendações médicas sejam seguidas. Além disso, ele assegura que, se seguidas com cautela todas as recomendações médicas, o regime de isolamento na própria casa do doente acaba por trazer resultados satisfatórios, tendo em vista o apoio familiar e o conforto do lar.

O médico assevera, além disso, que a preocupação deve ser com a higiene e alimentação. Ou seja, um ambiente que não desenvolva a perpetuação do bacilo da tuberculose, bem como uma dieta que seja adequada à cura do doente, são fundamentais para o sucesso do isolamento em domicílio.

O médico Souza Araújo, de acordo com Olinto¹⁴, acreditava que o isolamento ao domicílio não poderia ser uma possibilidade à realidade brasileira, ao contrário da europeia.

Isto porque no Velho Mundo, a população seria mais ilustrada e disciplinada.

No entanto, Olinto¹⁴ também alega, de acordo com as palavras do médico, que desde que os pacientes tenham possibilidades econômicas, como a contratação de enfermeiros efetivos, o isolamento a domicílio seria uma realidade. Para o autor, os mais abastados poderiam, então, se beneficiar dessa particularidade.

Sendo assim, percebemos uma mudança de mentalidade. Ao que parece, para Isaacson⁶, desde que o doente possa ser submetido à higiene e alimentação adequada, ele poderá permanecer em casa. Ainda, como bônus, teria a presença de seus familiares, que poderiam trazê-lo as vantagens do convívio social e afetivo. Enquanto isso, para Souza Araújo, o isolamento a domicílio só seria viável em gentes disciplinadas, como os europeus.

Por sua vez, Isaacson conclui que ao aliar o isolamento – seja ele sanatorial ou a domicílio – e a vacina de Friedmann, surgiria uma forma eficaz de combater a doença. Assim como Carmeliano⁵, o médico é muito positivo em relação à vacina. Em sua visão, os efeitos colaterais seriam mínimos e, além disso, tal profilaxia poderia ser combinada com outras, já que as consequências haviam se mostrado completamente mínimas. Ademais, de acordo com ele, seria indolor e não impediria que os indivíduos deixassem de

se ocupar das suas tarefas cotidianas. Assim sendo, o método de Friedmann é altamente recomendado por tais especialistas.

A discussão que apresentamos aqui é heterogênea. Isto significa que mesmo que alguns pontos em comum insistam em aparecer nos registros consultados, outros pontos diferem, principalmente no que tange ao discurso médico. Havia, ademais, casos nos quais a tuberculose seria pensada em um nível mais institucional.

Nos registros que dizem respeito ao exército, temos o *Profilaxia da Tuberculose*, de Atlantido Borba Cortes¹⁵. O manual se deu como transcrição de uma palestra dada pelo especialista, no ano de 1939. Diferentemente das fontes consultadas até o momento, nas observações de Cortes não constam um desenvolvimento a respeito da doença. Isto é, elas se pautam de uma forma menos didática que as anteriores. Ao início da contribuição é relatado como alguns homens tuberculosos adentram o batalhão, e que, por vezes, tais sujeitos não têm acesso a um diagnóstico adequado.

Diante disso, ele propõe algumas das ideias já pontuadas anteriormente, frisando a questão da higiene que deve ser redobrada nas instituições do exército. Segundo seus escritos, está claro que a higiene é primordial para um ambiente saudável. Ele ainda aconselha que o vestuário, assim como os ambientes, sejam limpos com rigor. Ademais,

sugere a criação de hospitais militares, com a finalidade de atender essas tropas do exército, além do uso mais frequente de escarradeiras. Ao propor um cruzamento com outra fonte da época, entendemos o porquê de a higiene ser tão frisada por Cortes¹⁵.

Em *A República*, datado de 7 de fevereiro de 1930, o médico Ildefonso Cysneiros produz um artigo intitulado *A Margem da Higiene: o que todas as mães devem saber sobre a tuberculose*, veiculado no jornal *A República*.¹⁶ Em duas seções, apresenta, de forma simplificada, como a doença se consolida, seus desdobramentos e o que fazer para evitá-la. Um dos trechos que mais chama atenção, quando da análise do discurso trazido pelo artigo, é a forma de combater a tuberculose. Nesse excerto, o médico acredita que o ideal é a limpeza dos ambientes, e a profilaxia para que outros sujeitos não sejam acometidos por ela. No entanto, o questionamento que surge é de como acabar com os germes. Em sua visão, tais agentes microrgânicos são expelidos pelos indivíduos, e ao entrar em contato com ar, viram pó, o qual se acumula na superfície e é responsável por se espalhar pelo ambiente e pelas pessoas.

Podemos inferir, portanto, que havia a crença de que o doente, ao compartilhar os milhares de germes pelo ar, haveria tempo para que esses virassem pó e se disseminassem por todos os lugares. O

médico considera os perigos de varrer os assoalhos, seu temor se pauta justamente nisso: ao invés de se estar fazendo uma higienização adequada, se está disseminando, em maior escala, os bacilos da tuberculose.

Ademais, a questão da escarradeira também é muito disseminada nos jornais da época. Havia um hábito considerado pouco higiênico de escarrar no chão, fossem em locais públicos ou privados. Para esse costume, já havia a crença que tal atitude poderia disseminar doenças e causar um mal-estar generalizado. Em *O Correio do Paraná*, datado de 12 de agosto de 1933, temos a manchete intitulada *Não escarre no chão!*¹⁷. A este respeito, ao que parece, os avisos colocados pela Saúde Pública para que não se escarrasse no chão, eram ignorados, já que se fez necessário uma medida educativa para a população. Além disso, o excerto propõe que escarradeiras higiênicas fossem instaladas em lugares públicos, na tentativa de dirimir este hábito considerado péssimo. Assim, ao nos voltarmos à tese de Cortes¹⁵, entendemos a utilidade de escarradeiras autolaváveis. Sua função, portanto, era a de não proliferar os bacilos que pudessem estar contidos na saliva e assim disseminar as doenças infectocontagiosas principalmente pelo ar. Novamente os discursos da imprensa e da medicina entram em consonância.

O ar, para Foucault¹, que também é considerado pelas teses como perigoso ao

desenvolvimento da tuberculose, se apresenta nos discursos de modo a parecer que pode ser controlado, conforme demonstrado anteriormente. Para o autor, havia a crença de que a temperatura do ar se comunicava diretamente com o organismo. E que, além disso, sua ação se daria de forma mecânica. Portanto, esse elemento seria considerado como um dos fatores mais patogênicos.

Dessa forma, o ar, que aparece demasiadas vezes nos registros, funciona como um dos principais vetores das doenças. Haveria, portanto, uma forte crença que esses agiriam diretamente sobre os corpos, os deixando doentes.

Por fim, outro objetivo no qual a medicina social se pauta é na organização nas cidades, ainda de acordo com ele. Isto significa que deveria haver uma forma de separar o abastecimento de esgoto, dos de água comum, por exemplo. Dessa forma, tanto a saúde quanto os grandes centros urbanos se organizariam da melhor forma possível. Portanto, a crença de que esses elementos – ar (conforme já dito) e a água – poderiam ser controlados, acompanha o desenvolvimento dos grandes conglomerados urbanos.

Ademais, Foucault¹ ainda salienta a importância da medicalização dentro dessas cidades em desenvolvimento. Em linhas gerais, sua pertinência culmina com outras ciências exatas, sobretudo a química. Além

disso, sua integração se dá à estrutura geral do discurso e dos saberes científicos, já que se estabeleceu uma medicina que pensava no coletivo, no social e no urbano. Além disso, o autor admite que essa medicina não é dos homens, e sim das coisas – água e ar, por exemplo – as quais possibilitam uma melhor condição de vida para a existência humana. Ganham ênfase, assim sendo, as noções de salubridade, com base no intercâmbio entre medicina coletiva, os discursos, e o saber científico.

Ao nos debruçarmos novamente sobre os escritos de Cortes¹⁵, podemos chegar a algumas conclusões com base no que foi visto até o momento. Pensando no desenvolvimento histórico da doença, e em nosso recorte temporal, mudanças sobre sua forma de contágio pouco acontecem. A questão da higiene e da civilização se pauta de maneira latente. No entanto, os primeiros manuais apostavam na vacina de Friedmann como forma de tratamento uno para a tuberculose, além de considerar a BCG como forma de prevenção somente a recém-nascidos. O médico, por sua vez, não cita essas duas importantes ferramentas, ele se pauta na aplicação do método de cutirreação de Von Piquet, estratégia que, em verdade, busca saber se determinados sujeitos são portadores da tuberculose.

Ao fazer uso de tal método, em uma base do exército (com o intuito de saber as

ocorrências de tuberculose antes da entrada desses sujeitos ao confinamento) Cortes¹⁵, com base em suas amostras e investigação de tais resultados chega a várias conclusões. Uma delas se pauta na percepção que porventura a tuberculose esteja bem disseminada entre aqueles indivíduos. Além disso, percebeu-se que os sujeitos mais velhos eram mais suscetíveis a infecções tuberculosas. Dessa forma, a partir das abordagens do especialista, vemos outros caminhos pertinentes ao combate da doença: a análise laboratorial, que não deixa de ser significativa como forma de indicar as nuances do discurso médico à época que estamos considerando para o desenvolvimento deste artigo.

Conclusão

De maneira geral, podemos considerar que o desenvolvimento de soluções para o combate à tuberculose se deu de maneira gradual, tendo em vista um contexto que necessitava que as medidas fossem bem exploradas e colocadas em prática. Dessa forma, o que podemos inferir sobre os desdobramentos que pontuamos até o presente momento, diz respeito à heterogeneidade das fontes, que nos apontam diversos ambientes propícios ao desenvolvimento da moléstia. Isto é, conforme já foi dito, o médico sai das clínicas e adentra outras esferas.

Além disso, como pudemos perceber, os estudos se preocupam com o doente nos sanatórios, nas casas, nas instituições reguladoras, enfim, em qualquer local, transitando pela esfera do público e do privado. As teses analisadas no presente recorte temporal, todavia, repensam, com o passar do tempo, grande parte do processo médico, afinando os instrumentos de coleta de dados, de mecanismo de combate e profilaxia da tuberculose.

Percebemos, pois, além disso, que muitas das técnicas utilizadas na segunda metade do século passado, ainda são difundidas. Isto é, a BCG que, na nossa concepção, quebrou muitos paradigmas, já que ela não era vista tão bem quanto à vacina de Friedmann – causando até discussões entre ambos os seus criadores – hoje é fortemente usada. Desde de 1975, seu uso é obrigatório, afirma o Ministério da Saúde¹⁰.

Quanto à vacina de Friedmann, não tivemos acesso a fontes ou artigos atuais que comprovassem seu sucesso ou insucesso. Ela não aparece nos registros e cartilhas de vacinação, pelo menos não com esse nome. As buscas em inglês (língua franca, até o momento) também não retornaram nenhum resultado. Por este motivo, não temos como discutir o futuro que tomou a vacina, se houve uma adaptação a ela, se os resultados continuaram sendo satisfatórios, enfim, deixamos uma lacuna em nossa pesquisa,

esperando que outro estudioso da área possa supri-la.

Por fim, os desdobramentos do discurso médico e da imprensa são inúmeros quando tratamos de doenças que foram um risco à saúde coletiva. A tuberculose atua nesse sentido como uma doença da qual pouco se sabia e, por esse motivo, a prevenção atua como melhor forma da busca pela sua erradicação. Com o tempo, outros métodos profiláticos e de tratamento surgem, auxiliando no controle da bactéria causadora da doença, o bacilo de Koch.

No entanto, ainda temos um cenário no qual a doença não se encontra erradicada. Os dados sobre ela ainda são alarmantes. Muito embora tenha havido uma diminuição na sua propagação (cerca de 22,8% a taxa de aparecimento e 20,7% a taxa de mortalidade, em dez anos, tomando como base o ano de 2014), conforme afirma o Portal Saúde¹⁸, os casos ainda somam cerca de 70 mil por ano. Ou seja, ainda há muito o que se fazer para erradicar essa doença.

Por isso, se torna importante reconstruir a trajetória desta moléstia nos contextos brasileiros, não apenas o de Curitiba, para que se conheça, se compreenda, e para que os casos de preconceito contra portadores da doença sejam erradicados em velocidade maior do que da própria patologia.

Referências

1. Foucault M. Microfísica do poder. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
2. Foucault M. Em defesa da sociedade. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
3. Sevcenko, N. A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes. [S.I]. São Paulo: Brasiliense; 2010.
4. Lima NT, Hochman G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: Maio MC, Santos RV. Raça, ciência e sociedade. [S.I] Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. 23-40.
5. Carmeliano JM. Método prático para extinção da tuberculose. [SI]. Curitiba: Empresa Gráfica Paranaense; 1935.
6. Isaacson M. Combatemos a tuberculose. [S.I]. Rio de Janeiro: Borsoi & cia; 1935.
7. Bakhtin M. Marxismo e Filosofia da Linguagem. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
8. Bertolli CF. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900 – 1950. [S.I] Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
9. Maio CM, Santos RV. Raça como questão: História, Ciências e Identidades no Brasil. [SI]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
10. Ministério da Saúde. Manual de Procedimentos para Vacinação. [acesso em 20 jan 2016]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/manu_proced_vac.pdf

11. Vacina de Friedman. A República. 1930 abril 18. Anúncios.

12. Vacina de Friedman. A República. 1930 abril 18. Anúncios.

13. Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. 1º ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.

14. Olinto BA. Uma Cidade em Tempo de Epidemia: Rio Grande e a Gripe Espanhola. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.

15. Cortes, AB. Profilaxia da tuberculose. [S.I]. Curitiba: Medicina, Cirurgia e Farmácia; 1940.

16. Cysneiros I. A Margem da Higiene: o que todas as mães devem saber sobre a tuberculose. A República. 1930. Saúde.

17. Não escarre no chão. O Correio do Paraná, 1933 agosto 12. Saúde.

18. Brasil. Portal Saúde. [acesso em 20 jan 2016]. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17137-taxa-de-mortalidade-por-tuberculose-cai-20-7-em-10-anos>