



Giovana Carla Mastromauro

**As ações higienistas e a tuberculose em São
Paulo (1890-1924)**

CAMPINAS

2013



Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Giovana Carla Mastromauro

As ações higienistas e a tuberculose em São Paulo (1890-1924)

Profa. Dra. Maria Stella Martins Bresciani (orientadora)

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, para obtenção do Título de Doutora em História, na Área de Concentração: Política, Memória e Cidade.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA
PELA ALUNA GIOVANA CARLA MASTROMAURO, E ORIENTADA PELA PROF^a. DR^a.
MARIA STELLA MARTINS BRESCIANI.
CPG, 21/11/2013

CAMPINAS
2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/338

Mastromauro, Giovana Carla, 1979-

M395a As ações higienistas e a tuberculose em São Paulo (1890-1924) / Giovana Carla Mastromauro. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Maria Stella Martins Bresciani.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Saúde e higiene. 2. Tuberculose - São Paulo (SP) -1890-1924. 3. Sanatórios. 4. Saúde pública . 5. Medicina social. I. Bresciani, Maria Stella Martins, 1939-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The hygienists and Tuberculosis shares in Sao Paulo (1890 - 1924)

Palavras-chave em inglês:

Health and hygiene

Tuberculosis - Sao Paulo (SP) -1890-1924

Sanatoriums

Public health

Social medicine

Área de concentração: Política, Memória e Cidade

Titulação: Doutora em História

Banca examinadora:

Maria Stella Martins Bresciani [Orientador]

Ivone Salgado

Josianne Francia Cesaroli

Maria Alice Rosa Ribeiro

Rodrigo de Faria

Data de defesa: 21-11-2013

Programa de Pós-Graduação: História



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 21 de novembro de 2013, considerou a candidata GIOVANA CARLA MASTROMAURO aprovada.

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida e aprovada pela Comissão Julgadora.

Profa. Dra. Maria Stella Martins Bresciani

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "M. S. Martins Bresciani", written over a horizontal line.

Profa. Dra. Josianne Francia Cerasoli

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Josianne Cerasoli", written over a horizontal line.

Profa. Dra. Maria Alice Rosa Ribeiro

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Maria Alice Rosa Ribeiro", written over a horizontal line.

Profa. Dra. Ivone Salgado

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ivone Salgado", written over a horizontal line.

Prof. Dr. Rodrigo de Faria

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "R. de Faria", written over a horizontal line.

Para Beso, semente ele e para sempre ele.

Meu amor.

Agradecimentos

Em especial, agradeço á orientadora Maria Stella por me deixar ser livre nos meus pensamentos e me mostrar o caminho da pesquisa sempre se mostrando interessada nas minhas descobertas. E também por se mostrar sempre receptiva e atenciosa, e por me proporcionar toda a estrutura acadêmica para a realização deste estudo.

Ao professor Guido Zucconi, por me receber no Istituto Universitario di architettura de Veneza, e pela disponibilidade e interesse nesta pesquisa. Por me guiar pelas ruas da cidade me mostrando a arquitetura da cidade e por me dizer, no último momento, que eu estava no caminho certo.

Chiarina, minha mãe que eu amo e que me deu conforto a vida toda e me amparou com seu amor e cuidado em todos os acontecimentos da minha vida.

A Carlos, meu pai, que mesmo de longe, me confortou nas horas necessárias.

Às minhas cachorras Barbarella, Loretta, Veruska, e ao meu cachorro velho Jordão, pelas horas de descontração e brincadeiras que me davam fôlego e me acalmavam nos momentos finais da escrita deste trabalho.

Agradeço todas as pessoas que ajudaram, diretamente ou indiretamente, para a conclusão deste trabalho.

À Ivone Salgado, por ser a responsável do início de tudo, por me perceber e me trazer para o mundo da pesquisa. Sinto-me muito emocionada em tê-la na banca de defesa.

À Josiani Cesaroli pelas valiosas dicas dadas na qualificação e por ser sempre disponível para conversas e descontrações no dia a dia do laboratório do Centro Interdisciplinar dos estudos da Cidade (CIEC).

À Isabel Marson, pelas aulas incríveis do grupo de estudos e pela expressão sempre serena e sorridente com os alunos fazendo toda a diferença dentro da Universidade. Obrigada por participar deste momento. Suas reflexões são sempre importantes para mim.

À Maria Alice Ribeiro, quem eu leio desde o começo e a quem eu fazia questão de mostrar o meu trabalho.

À Marisa Carpintero que me acompanha desde o mestrado, a quem admiro muito e que me disse coisas maravilhosas na banca de qualificação, que trago para este trabalho final.

À Rodrigo de Faria pela leitura acurada e pelas preciosas sugestões.

À amiga sempre presente Maria Rita Amoroso, pela energia e cumplicidade desde sempre e para sempre.

A Wagner Rodriguês, amigo que fiz na UNICAMP, obrigada por Amsterdã, pela *art nouveau* e pelos coelhos.

A Carlos Veganito, por me incentivar a manter a calma me ensinando uma nova forma de entender a comida, isso fez toda a diferença nos momentos finais.

À Clécia, uma amiga para todos os momentos desde os tempos que comecei a frequentar o CIEC.

À Joana no Litoral, que mesmo sendo tão diferente de mim, se tornou uma amiga duradoura.

Às amigas fora da Universidade, Juliana Milani, Marcela, Adriane. Obrigada pelos bebezinhos que nasceram, e em especial, à Walkyria pela MINHA afilhada, mesmo sabendo da minha indisponibilidade aos finais de semana.

À Natasha Marzliak, pelas imagens tremidas e desfocadas.

Às colegas Luciana Corrêa, Marco Zambello, Marina Martins.

À FAPESP pela estrutura financeira no Brasil

À CAPES pela estrutura financeira na Itália.

Resumo

A pesquisa trabalha o tema da tuberculose em São Paulo de 1900 a 1930 sob o olhar do higienismo quando das propostas formuladoras de uma sociedade e cidade ideal, pautadas na higiene e na salubridade. Antes da descoberta da cura da doença em 1940, o medo de sua contaminação estabeleceu uma situação de grande tensão em torno do tuberculoso, destinado à segregação física e social. Neste sentido, o estudo identifica e discute o “lugar” que os fracos do peito ocuparam na cidade de São Paulo antes da inauguração do primeiro sanatório do Estado, aberto somente em 1924, na cidade de São José dos Campos. Dentro deste contexto, e sob a ótica da medicina higiênica, que tem como premissa a manutenção do estado sanitário da cidade, procurou-se identificar os caminhos percorridos pelo higienismo paulista nas medidas de controle da doença e na concepção dos olhares dos lugares específicos para a permanência desses enfermos, vistos como figura incômoda e constrangedora no meio urbano. No âmbito internacional, em todos os países onde a doença elevava o número das estatísticas de mortalidade o arsenal antituberculoso deveria ser feito através de três princípios: a manutenção da casa salubre, a educação sanitária e a construção de sanatórios. Dessa forma, cada cidade estabelecia ad hoc seus programas educativos e profiláticos em volta da doença. A pesquisa mostra como esses três princípios se fizeram em São Paulo levando em conta a tardia implantação dos estabelecimentos sanatoriais.

Palavras-chave: Saúde e Higiene, Tuberculose, São Paulo, Sanatório.

Abstract

The research works the subject of tuberculosis in São Paulo from 1900 to 1930 under the hygienism view, wherein the formulating proposals of an ideal society and city were guided by hygienic and sanitation. Before the discovery of the cure of the disease in 1940, the fear of its contamination established a situation of great tension around tuberculosis patient, relegated to the physical and social segregation. In this sense, the study identifies and discusses the "place" that the TB patient occupied in the city of São Paulo before the opening of the first state sanatorium, opened only in 1924 in the city of São José dos Campos. Within this context, and from the viewpoint of hygienic medicine, which is premised on the maintenance of the health of the city, the research sought to identify the paths taken by paulista hygienism to disease control in the design and looks of the specific locations for permanence of these patients, seen as uncomfortable and embarrassing figure in the urban environment. Internationally, in all countries where the disease increased the number of mortality statistics, the arsenal antituberculosis should be done in three principles: the maintenance of wholesome home, the health education and the construction of sanatoriums. Thus, each city established ad hoc education and prophylactic programs around the disease. The research shows how these three principles were made in São Paulo taking into account the delayed deployment of sanatoriums establishments.

Keywords: Health and Hygiene, Tuberculosis, São Paulo, Sanatorium

Sumário

Agradecimentos	ix
Resumo	xi
Abstract	xiii
Introdução	1
Capítulo 1: Tuberculose e o ideário médico social higienista em torno dos fracos do peito	15
1.1. O higienismo	21
1.2. A representação social e a concepção da doença: os diversos olhares sobre a tuberculose	25
1.3. O “ser” tuberculoso	34
Capítulo 2: Contágio e Transmissão: A higiene urbana como fator da segregação social pela doença	39
2.1. A concepção de limpeza da cidade de acordo com as teorias mesológicas e bacteriológicas	43
2.2. Estudos de bacteriologia: um breve percurso histórico	48
2.3. Teoria Miasmática <i>versus</i> Teoria bacteriológica: experiências e controvérsias na medicina	53
2.4. As experiências de Emílio Ribas: cartas pessoais	60

Capítulo 3: O primeiro lugar do ficar: a casa e a tuberculose no olhar higienista internacional **67**

3.1. Os olhares técnicos sobre a cidade.	71
3.2. A moradia na ótica de médicos, engenheiros sanitaristas, engenheiros arquitetos: Os cortiços da Santa Efigênia e os primeiros diagnósticos do problema da Habitação em São Paulo.	80
3.3. A residência das classes populares na contramão das regras sanitárias do Estado de São Paulo – final do século XIX.	91
3.4. A circulação dos saberes via tratados e manuais no contexto internacional.	94
3.5. Algumas propostas higienistas para a proteção da residência contra as doenças.	99
3.6. A doença do quarto, a doença da casa.	106

Capítulo 4: A propaganda sanitária antituberculosa em São Paulo: A Liga Paulista contra a Tuberculose e o Dispensário Clemente Ferreira (1900-1930) **125**

4.1. A Propaganda da Profilaxia	136
4.2. - A Preservação da Criança	144

Capítulo 5: O segundo lugar do *ficar*: Sanatórios para o tratamento da tuberculose pulmonar **163**

5.1. As discussões em torno dos Sanatórios para tísicos no Estado de São Paulo	172
5.2. - O ideário e a disciplina dentro dos Sanatórios	180

Considerações Finais	203
Bibliografia e fontes	209
Anexos	227

INTRODUÇÃO

O tema principal desta pesquisa se estruturou em torno do higienismo, enquanto teoria formuladora de parte importante e constitutiva de um projeto ideal de sociedade e de cidade baseado em salubridade.

Ao operar dentro da amplitude e complexidade do termo, de modo particular este estudo se propõe a entender o “lugar” que os doentes de tuberculose pulmonar ocuparam na cidade de São Paulo entre os anos de 1900 até 1924 – ano de inauguração do primeiro Sanatório do Estado de São Paulo, o Vicentina Aranha.

Sob a ótica da medicina higiênica, cuja premissa é a manutenção do estado sanitário da cidade, procurou-se identificar os caminhos percorridos pelo higienismo paulista nas medidas de controle da doença e na concepção dos olhares sobre os lugares específicos para a permanência desses enfermos.

Figura incômoda e constrangedora, a presença dos fímatosos na cidade gerou estados tensionais de alerta da população em geral receosa da contaminação. A falta de um tratamento específico para a tísica, que até a década de 1940 se fez através do repouso e da superalimentação¹, agrava esses estados tensionais, exigindo das administrações ações decisivas de profilaxia fundamentadas na segregação social e espacial do doente, destinado ao isolamento e à vivência de um mundo à parte, um lugar específico e destinado aos fracos do peito, o Sanatório.

No contexto internacional, foi através do olhar voltado para os acometidos da doença que os higienistas definiram características que possibilitassem seu estudo. O cotidiano das pessoas, o modo de vida, o tipo de trabalho e o ambiente doméstico insalubre foram considerados os principais locais de cultivo e alastramento dos bacilos da tuberculose. Dessa forma, os higienistas estabeleceram suas técnicas de controle através da prática profilática e da educação sanitária, além de eleger a casa e o sanatório o lugar de permanência

¹ O médico Petter Dettweiler (1837 – 1904) foi o idealizador da cura da tuberculose através de repouso, ar puro e superalimentação.

do tuberculoso. Estas três etapas propostas pelos higienistas de várias partes da Europa e do Brasil constituíam a “fórmula” da tentativa de resolução do problema da doença e da implantação de um estado higiênico permanente na cidade.

No final do século XIX, quando a medicina adota universalmente a teoria bacteriológica, a visão dos higienistas acompanha a tuberculose sob a ótica da nova ciência médica. Esta deu sua contribuição para o estudo da tuberculose devido à descoberta do bacilo *Mycobacterium Tuberculosis* (1882) pelo médico alemão Robert Koch. A partir do conhecimento desta bactéria (que ficou conhecida como “Bacilo de Koch”), os higienistas realizaram experimentos que consistiam no estudo do comportamento e da localização do bacilo.

Assim, ao partir dos preceitos de Louis Pasteur e de Robert Koch, a casa é vista como lugar de localização e proliferação de bacilos patógenos, em particular aqueles que se encontram no espaço doméstico da população pobre. A partir do momento em que esses micro-organismos passam a ser entendidos como nocivos à saúde do homem, a casa se torna, enquanto unidade mínima do organismo urbano, e aos olhos da cultura higienista, como reguladora do processo de higiene da cidade como um todo.

Por meio dos saberes da medicina e da engenharia, especialistas em higiene pública e operadores sanitários criam modelos de residências salubres pautados em ventilação, insolação e comportamentos dos familiares. Neste sentido, se estabelece uma ligação entre as propostas dos médicos para combater a tuberculose e as soluções edilícias referentes aos modelos de habitação.

Em São Paulo, o dueto tuberculose/habitação se transformam em dois grandes problemas do período e, ao mesmo tempo, um grande desafio para os teóricos. Inseridos no debate internacional sobre a tísica, muitos médicos tentaram aplicar no Brasil a “fórmula” higienista para a luta antituberculosa. Porém, em nossa terra a consolidação destes dois lugares do “ficar” – a casa ideal e o sanatório – passou por longos processos discursivos e particulares. No Estado de São Paulo, o primeiro Sanatório de tuberculosos foi aberto somente em 1924, na

cidade de São José dos Campos; até essa data, os doentes tiveram que permanecer dentro de suas próprias residências, fato que marcou uma característica particular no processo de controle sanitário no Estado.

Entender e identificar este “lugar” destinado ao tuberculoso na sociedade paulista pré-sanatórios constitui a principal questão desta pesquisa. Ora, o que fazer com uma enorme parcela de enfermos na cidade de São Paulo, se não existia um lugar próprio para acolhê-los? A discussão apresentada na tese mostra as concepções em debate acerca da insalubridade da moradia e da impossibilidade de manter os doentes dentro das residências “contaminantes”. Essa realidade apontaria para uma única saída: a instalação de sanatórios. Em resumo, neste contexto específico o arsenal da luta antituberculose se faria através de três princípios: a manutenção da casa salubre, a educação sanitária e a construção de sanatórios.

A cura da tuberculose relaciona-se estritamente com a medicina, a engenharia e a arquitetura, no sentido de entender como deve ser a casa, como se deve habitá-la, como as relações familiares devem ser mantidas, como se deve projetar o sanatório, qual a rotina sanatorial ideal, quais as relações sociais estabelecidas pela tuberculose. Todas estas são questões que comandam o entendimento do mundo da doença e do doente, estabelecendo concepções e orientando os estudos bacteriológicos.

Após percorrer este debate no contexto internacional, a pesquisa mostra as aproximações e distanciamentos que separam o campo de ações da resolução dos problemas residenciais, especialmente na cidade de São Paulo onde, segundo as estatísticas levantadas pelos higienistas no começo do século XX, há um número elevado de casos de tuberculose: em 1900, quando a população da capital paulista era de 260 mil pessoas, os óbitos pela tísica chegavam a 4.109 pessoas.²

² Relatório do Serviço Sanitário de São Paulo. Estatística de demografia Sanitária do Estado de 1893 a 1912. Publicação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1913.

Na pesquisa adotamos o pressuposto de que o estudo do higienismo deve ser feito de forma comparativa e a nível internacional, como demonstram as publicações de manuais e revistas especializadas de medicina e de engenharia produzidos em vários países, e como confirmam ainda os muitos artigos que versam sobre a preocupação da tuberculose no âmbito residencial. A questão é comum em diversas cidades europeias, nas quais a administração pública e a área médica procuraram resolver o problema com projetos especiais de construção de “Sanatórios-modelo” construídos ad hoc.

Diante desse quadro, a propaganda antituberculosa persiste em todos os países onde a doença apresenta elevados índices de ocorrência. No período de interesse que compreende esta pesquisa, os higienistas Emílio Ribas e Clemente Ferreira foram os maiores defensores e divulgadores da relação entre profilaxia, habitação e sanatórios. Ao adotarem a bacteriologia como pano de fundo, apontaram como os micróbios e germes interferiam na saúde do morador da casa infestada e como a prática da higiene poderia inibir a sobrevivência dos seres “invisíveis”. As precárias condições sanitárias das construções serviam de berço ao bacilo que, fortalecido na umidade das alcovas e dos cômodos mal ventilados e mal iluminados, seria o responsável direto pela enfermidade surgida de casa em casa, de bairro em bairro, até se tornar um grande problema para a saúde pública.³

Parte da bibliografia existente no Brasil sobre a habitação⁴ e que trata da cidade de São Paulo possibilitou a compreensão dos problemas de insalubridade referentes a casas e bairros operários, bem como abriram caminho e contribuíram para esta tese que se estrutura, particularmente, com base na documentação médica que concebe a habitação insalubre como um corpo doente.

³ RIBAS, Emílio. RIBAS, Emílio. Instruções Sanitárias contra a Tuberculose. Cartilha Publicada pelo Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1900, 1901, 1906.

⁴ BONDUKI, Nabil. *Origens da habitação social no Brasil*. Arquitetura moderna, lei do inquilinato e difusão da casa própria. São Paulo, Edição liberdade, FAPESP, 1998. CARPINTERO, Marisa Varanda Teixeira. A construção de um sonho. Os engenheiros – arquitetos e a formação da política habitacional no Brasil (São Paulo – 1917 – 1940). Campinas-SP, Editora da UNICAMP, 1997. LEMOS, Carlos A. C. A República ensina a morar (melhor). São Paulo, Hucitec, 1999. ROLNIK, Raquel. “Cada um no seu lugar (São Paulo, início da industrialização: Geografia do Poder)”. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, USP, 1981.

O tema da habitação insalubre inaugura o período republicano com “O Relatório da Comissão de Exame e Inspeção das Habitações Operárias e Cortiços no Districto de Santa Ephigenia”⁵, de 1893, uma primeira investida no espaço privado das moradias operárias para detectar o tipo de problema que o lugar apresentava. O documento foi resultado da detalhada pesquisa *in loco* feita por médicos e engenheiros numa área da cidade acometida por constantes epidemias. O “Relatório da Comissão” resultou em dados técnicos que serviram de base para a elaboração do primeiro código sanitário do Estado de São Paulo em 1894⁶. As interações entre os profissionais envolvidos (médicos e engenheiros) se mostraram essenciais para o conhecimento e a possibilidade de se atuar sobre os então denominados “melhoramentos” da cidade.

Os programas antituberculosos no Estado de São Paulo foram subsidiados pela administração médica oficial amparada pela legislação do Serviço Sanitário do Estado (1894), e pelas associações filantrópicas subsidiadas quase que unicamente pelo voluntariado reunido na Liga Paulista Contra a Tuberculose (1899) e no Dispensário Clemente Ferreira (1913). Se a existência no mundo todo das associações filantrópicas foram essenciais para as medidas profiláticas da doença, em São Paulo podemos dizer que foram fundamentais na conscientização da doença por parte dos enfermos e da população em geral. Uma das fortes características da história da doença no Estado de São Paulo se deu a partir das oposições e desavenças entre as ações feitas pelos órgãos oficiais e pela filantropia. A discussão da casa salubre e a implantação dos sanatórios são marcadas por essas duas frentes que terminaram por fornecer a personalidade dos programas antituberculosos no Estado.

Esta pesquisa esteve vinculada ao projeto temático *Saberes eruditos e técnicos na configuração e reconfiguração do espaço urbano – Estado de São Paulo, XIX e XX*, coordenado pela Profa. Dra. Maria Stella M. Bresciani, mais especificamente ao subtema 2 intitulado “Do sanitarismo ao urbanismo: a

⁵ O Relatório da Comissão faz parte do *Relatório apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Intendente Municipal Cesario Ramalho da Silva em 1893* (São Paulo, Typ. A Vapor de Espindola Siqueira & Comp., 1894), p.43-54.

⁶ BRESCIANI, Maria Stella, Sanitarismo e configuração do espaço urbano. In: *Os cortiços de Santa Efigenia: sanitarismo e urbanização* (1893), Simone Lucena Cordeiro (org). São Paulo: Imprensa Oficial, 2010.

constituição de um campo disciplinar e de atuação na cidade de São Paulo entre 1890 e 1930”⁷, com ênfase no seguinte pensamento:

Em termos teóricos, a equipe de pesquisadores coincide em sua aproximação aos temas urbanos pela busca da percepção dos começos, sempre plurais, desse saber formado a partir da junção, não simultânea, de saberes anteriores. Renuncia à definição de uma pretensa “origem” do urbanismo a favor da multiplicidade constitutiva que faz sua particularidade. Não se detém na mera enumeração desses saberes anteriores e procura captar os “momentos” em que foram se aproximando e cruzando seus pressupostos. A originalidade do projeto reside, portanto, no acompanhamento dos princípios higienistas e sanitários, correntes em vários países europeus no século XVIII, adotados por médicos e arquitetos, com frequência, traduzidos em dispositivos legais e colocados a serviço de intervenções nas cidades desde a primeira metade do século XIX. Nesse sentido, a teoria miasmática, de larga aceitação nos tratados de Higiene Social e Higiene Urbana, em período que cobre praticamente todo o oitocentos, e a subsequente teoria microbiana serão analisadas em suas formulações e no modo de aplicação de suas noções básicas na definição do traçado urbano, na reforma e construção de edifícios públicos e particulares. (BRESCIANI, 2005)

A metodologia para a elaboração desta pesquisa foi a de reunir livros, artigos e documentos que abordam o tema da salubridade urbana, das concepções médicas do período (a miasmática e, posteriormente, a bacteriológica) e das propagandas sanitárias educativas, com foco na residência e no sanatório. Produzidos da década de 1890 até a década de 1920, permitiram identificar ideias, justificativas e trajetórias de intervenção nas cidades, as quais seriam empregadas e executadas por uma equipe especializada em assuntos de higiene urbana. As obras de engenharia discutidas nos manuais internacionais serviram como um importante meio para entender a aplicação das normas de higiene na busca

⁷ O Projeto Temático – Processo FAPESP nº 2005/55338-0 – teve a coordenação da Profa. Dra. Maria Stella M. Bresciani. Os estudos que abrangem o projeto têm a participação de quatro Universidades (três delas sediadas no Brasil e uma na Itália): UNICAMP (IFCH), PUCCampinas (CEATEC), UNESP (FAAC) e Scuola Studi Avanzati - Istituto Universitario di Architettura di Venezia (IUAV) na Itália.

da moradia salubre. Importante ressaltar que a pesquisa não tem como finalidade discutir o projeto pronto nem de casa ideal, nem de sanatório; antes, procura entender como se realizaram as discussões em torno destes projetos no que se refere ao local adequado de permanência do tuberculoso.

O trabalho específico reunindo este material foi feito em sua maior parte no Brasil, e em menor escala na Itália (no período de seis meses junto ao Instituto Universitario de Venezia - IUAV). O andamento da pesquisa e os relatórios desenvolvidos mostrampercursos diferentes do que o inicialmente planejado, visto a questão tuberculose ter se tornado nosso principal foco de atenção. O assunto específico do tema da tese, então, surgiu justamente no período das pesquisas na Itália, através das constantes conversas mantidas com a orientadora deste trabalho e com o professor arquiteto Guido Zucconi que me recebeu no Istituto para me acompanhar durante o andamento do programa de doutorado sanduíche. O interesse em ir à Veneza estudar a produção italiana sobre o tema teve início em 2011, numa primeira conversa com o professor Zucconi no Brasil, na qual se estabeleceu um vínculo recíproco de debate sobre temas de higienismo, ainda que cada país tenha tido suas particularidadesem relação à teoria.

As pesquisas feitas em São Paulo de 2009 a 2012 me instigaram a dar continuidade ao estudo dos variados assuntos dos higienistas nas bibliotecas venezianas. De uma maneira comparativa, por meiodos documentos brasileiros e italianos surgiu a indagação sobre a necessidade de entender qual o lugar destinado aos tuberculosos de São Paulo, visto a conturbada trajetória de controle da doença marcada, no Estado, pela tardia implantação dos Sanatórios.

O fato das temáticas sobre a higiene serem predominantes tanto em publicações brasileiras como em estrangeiras, então, revelou um grande leque de possibilidades para se entender o higienismo numa escala mais global. Particularmente, os textos do professor Guido Zucconi e a quantidade de revistas italianas lidas primeiramente no Brasil (em estado de decomposição) me instigaram a fazer uma investigação específica sobre o tema nas bibliotecas italianas, bem como a conhecer mais a fundo os intelectuais da Itália no período de interesse. Corroborou para esta preferência o fato da bibliografia italiana ser

menos visitada no Brasil em relação à francesa, embora esta também seja amplamente utilizada aqui.⁸

A cidade de Veneza já mereceu o “triste” título de cidade mais insalubre da Itália, por seus miasmas lagunares desconhecidos, situação que mereceu vários estudos. Selecionei os textos dos higienistas mais especificamente voltados para a relação das doenças com a habitação, de uma maneira geral, e, surpreendentemente, tratavam, em sua maior parte da tuberculose.

Esta pesquisa se deu em partes na leitura de revistas técnicas de higiene, entre as quais destaco o *Periódico TécnicoIgienico* e a revista do *Ingegnere Igienista*, ambas com circulação no início em 1890. As duas revistas convivem juntas até 1905, quando se fundem e são publicadas com o mesmo título em uma única publicação: *Rivista di ingegneria sanitária*. A partir de 1911 a revista muda novamente de nome e passa a ser conhecida como “Rivista di Ingegneria Sanitártia e Edilizia Moderna”, agora sob a direção do principal higienista italiano Luigi Pagliani.⁹ As revistas abrangem assuntos sobre higiene urbana e trazem projetos e notícias de vários lugares da Europa, revelando amplo conhecimento dos projetos de higiene pública e, todo o continente.

Sendo revistas escritas por higienistas e sanitaristas, a principal característica teórica que embasa os artigos é subsidiada pela medicina bacteriológica em relação ao ponto de partida para a discussão dos problemas de salubridade, com destaque para aqueles que relacionam a casa com as enfermidades.

Frente à imensa quantidade de textos com esse perfil, percebi o conjunto das soluções propostas pelos higienistas em relação à tuberculose e o ambiente de permanência do doente. Sendo um consenso mundial que a doença se agrava dentro das residências, a tarefa dos profissionais era a transformação e a

⁸ No primeiro semestre de 2012, a continuação desta pesquisa se realizou na Itália junto à Universidade de Veneza, sob a orientação do Prof. Dr. Guido Zucconi.

⁹ Na Biblioteca Central de Engenharia Civil da Universidade de São Paulo também se encontra o tratado escrito por Pagliani: “Trattato di igiene e di sanità pubblica. Colle applicazioni alla ingegneria e alla vigilanza sanitária”. Milano, Casa editrice dottor Francesco Vallardi, 1913.

manutenção constante da higiene da habitação como modo a evitar o aparecimento e a proliferação de seres invisíveis e nocivos à saúde.

Sendo a bacteriologia uma ciência universal, os textos utilizados neste estudo constituem os trabalhos de profissionais brasileiros e italianos. E, dentre os infinitos assuntos nos quais os “seres invisíveis” se inserem, procurei selecionar os que se encontravam no espaço doméstico, priorizando a forma como os médicos estudam e propõem medidas higiênicas para as moradias, e a maneira como o engenheiro deveria acompanhar e realizar as construções de acordo com o que o higienista propunha.

A maior parte da documentação reunida neste trabalho foi encontrada nos arquivos públicos da cidade de São Paulo e nas bibliotecas especializadas em medicina e engenharia, como no caso das bibliotecas de medicina da Universidade de São Paulo e da Escola Politécnica¹⁰ de São Paulo. Vale ressaltar que estudar a tuberculose em São Paulo, no período escolhido, não se mostrou tarefa fácil desde o início, devido à precariedade da documentação disponível, em todos os sentidos, tanto na cidade de São Paulo quanto na cidade de São José dos Campos.

Como afirmou Claudio Bertolli Filho em 1991 – quando da sua importante pesquisa sobre a História Social do tuberculoso e da tuberculose –, a pesquisa sobre a história das doenças e dos doentes não foi vista com muita importância aos olhos dos arquivos de medicina do passado, fazendo com que grande parte da documentação fosse eliminada pelas instituições que abrigavam algum material do gênero.

Quando não existiam sanatórios no Estado, a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo recebia, contra a sua vontade, os acometidos do peito. Sendo o período desta pesquisa compreendido entre 1900 e 1930, o arquivo da Santa Casa de Misericórdia poderia ter sido o meu grande tesouro arquivístico; a

¹⁰ Existe uma seção muito grande de publicações nesta biblioteca sobre limpeza urbana, saúde pública, salubridade das cidades, das habitações, além de revistas de engenharia sanitária de diversas nacionalidades (em maior parte francesas e inglesas, além de italianas, alemães e espanholas).

ideia de pesquisar lá, porém, não pode ser concretizada devido à diretoria do arquivo.¹¹ A solução foi procurar o arquivo “Fundação Cultural Cassiano Ricardo” em São José dos Campos, onde vim a saber que parte da documentação sobre os Sanatórios da cidade tinha sido transferida, também, para a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.¹²

Entre os anos de 2010 e 2012, frequentei o arquivo do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, cujos funcionários foram muito receptivos (ao contrário do que ocorreu na Santa Casa de Misericórdia). Tudo seria perfeito se a recepção dos funcionários e da diretora do arquivo fossem condizente com o estado físico do arquivo: um galpão escuro e abandonado, cheio de cupins (e ratos!). Mesmo sem condições de fazer a pesquisa ali, ainda assim parte da documentação apresentada foi recolhida neste arquivo e sob tais condições.¹³

Finalmente, a biblioteca do Instituto Clemente Ferreira me foi aberta com muita simpatia e disponibilidade por parte de sua diretora e de seus funcionários. Foi-me cedida a chave de uma enorme sala: a antiga sede de reuniões do Dispensário Clemente Ferreira. Ali, me deparei com centenas de caixas que (como vim a saber) acolheram aleatória e apressadamente uma imensidão de documentos, por conta de uma forte chuva que fez o teto da sala desabar. Após dias de pesquisa, consegui identificar que havia pouco sobre o dispensário e sobre o médico Clemente Ferreira neste arquivo, e muito sobre suas leituras. Este material, ainda que pequeno, possibilitou conhecer parte da história da tuberculose na cidade de São Paulo pelo viés dos textos de seu principal médico paulista – um dos mais fervorosos defensores da construção dos Sanatórios no Estado.

¹¹ Após muitos emails e telefonemas (alguns sem resposta alguma), fui privada de ter acesso a esta documentação.

¹² Vim a saber que eles dispunham de aproximadamente 75 caixas de documentação do arquivo, mas que não tinha sido organizada, o que também impossibilitava saber sobre seus conteúdos.

¹³ Desde 2012, o Museu de Saúde Pública Emílio Ribas passou a ser administrado pelo Instituto Butantã. Fui informada de que um dos projetos do instituto era a retomada e organização deste arquivo, mas até onde é possível saber ela ainda não foram iniciada.

Além desses arquivos mencionados, a biblioteca de Saúde Pública e a biblioteca de Medicina da Universidade de São Paulo foram consultadas diversas vezes, principalmente a seção de “Obras Raras”. Nelas, verifiquei as publicações (até 1920) sobre a bacteriologia como ciência e outros livros sobre a tuberculose, suas maneiras de contágio e seu tratamento.

Após 1930 existem estudos muito significativos sobre a história do tuberculoso e da tuberculose porque se caracteriza pela fase sanatorial, quandoos argumentos apresentados pelos autores saem do plano das ideias – como os casos apresentados nesta tese – e percorrem o cotidiano dos doentes dentro dos hospitais e de suas casas. No caso da tuberculose, o período do Estado Novo se caracteriza por uma quantidade indiscutivelmente maior de documentação que inclui: prontuários, depoimentos, fotografias, cartas pessoais, cartilhas etc. Para tal afirmação, destaca-se o estudo de Oracy Nogueira “Vozes de Campos do Jordão”, no qual o autor tuberculoso e confinado colheu depoimentos e impressões de pessoas reclusas, tanto quanto referente à sua própria condição enferma.

Já o estudo de Claudio Bertolli Filho, “A historia social da tuberculose e do tuberculoso”, traz também uma riquíssima contribuição em seu completo registro dos vários olhares sobre a tísica no período de 1900 a 1950 (dando atenção à fase sanatorial). Assim como Nogueira, também traz depoimentos dos doentes, com a diferença de terem sido pesquisados em prontuários médicos. Esses dois estudos foram fundamentais para o entendimento da fase pré-1930, a qual me propus estudar. Segue uma descrição dos capítulos.

No Capítulo I, “A tuberculose e o ideário médico social higienista em torno dos fracos do peito”, interessa principalmente perceber os diversos olhares lançados sobre o tuberculoso passando pela teoria higienista, eugenista e o imaginário social. A questão da tuberculose dentro das concepções de higiene foi tida como “motor civilizatório” de uma cidade, visto que a doença se insere no contexto de catalogação das chamadas “doenças sociais”. Neste sentido, o “ser tuberculoso” passa também a ser inserido numa espécie de “catalogação” gerando estereótipos sociais negativos perante a população saudável.

No Capítulo II, “Contágio e Transmissão. A higiene urbana como fator da segregação social pela doença”, apresento em um contexto histórico as concepções das maneiras de contágio da tuberculose, passando pelas teorias da hereditariedade e depois pela antiga teoria miasmática até, finalmente, a teoria bacteriológica. O objetivo do texto é entender como as formas de contágio de pessoa para pessoa foram se modificando de acordo com uma determinada teoria médica. No caso deste estudo, a teoria utilizada para a toda a discussão proposta se baseou em publicações e estudos dos médicos bacteriologistas.

No Capítulo III, “O primeiro lugar do ficar: A casa e a tuberculose no olhar higienista internacional”, veremos como a bacteriologia direciona as pesquisas que irão se basear na destruição dos micróbios e na sua entrada e proliferação dentro dos lugares fechados. Este capítulo mostra como a aliança da medicina bacteriológica e da engenharia foi fundamental para um programa global de controle das epidemias. Estreitando o olhar no morador e sua relação com a própria casa, em escala global, os higienistas tentam estipular um ou mais modelos de residência e de um lugar ideal para a permanência da população mais acometida pela tuberculose, no caso, a residência dos trabalhadores. A casa se torna um componente importante na qualificação de uma cidade salubre, e o ideal da cidade higiênica seria composto por casas sãs e alinhadas de maneira a favorecer a entrada de ar e luz; conseqüentemente, os habitantes dentro dela deveriam, também, ser saudáveis por essas vias.

O Capítulo IV, “A propaganda sanitária antituberculosa em São Paulo: A Liga Paulista contra a Tuberculose e o Dispensário Clemente Ferreira (1900-1930)”, mostra a luta antituberculosa na cidade de São Paulo subsidiada pela medicina do Serviço Sanitário e principalmente pelas ações filantrópicas inseridas dentro da formação e atuação da Liga Paulista contra a Tuberculose. Destacando as obras do tisiologista Clemente Ferreira, mostramos como a organização filantrópica elaborou as campanhas de profilaxia da doença visando à formação de uma consciência higiênica por parte dos doentes e da população sã. Tendo como único lugar físico para realizar o arsenal profilático o Dispensário Clemente

Ferreira, mostramos como a organização foi pioneira e decisiva para a implantação dos sanatórios no estado de São Paulo.

O Capítulo V, “O segundo lugar do *ficar*: Sanatórios para o tratamento da tuberculose pulmonar”, mostra as tentativas de construção de sanatórios no Estado de São Paulo dando ênfase aos diálogos dos médicos higienistas paulistas, com destaque para o papel de Clemente Ferreira nas discussões, controvérsias e discursos em torno da implantação destes lugares, visto como decisivos e imprescindíveis para o tratamento da tísica.

CAPÍTULO I

A tuberculose e o ideário médico social higienista em torno dos fracos do peito.

“O tratamento da tuberculose, naquele tempo era repouso, boa alimentação, ar livre, descanso, e anos para ficar deitado esperando o organismo ser capaz de vencer”¹⁴



Figura 01: Mulheres doentes de tuberculose em repouso na Galeria de Cura do Sanatório Vicentina Aranha em Campos de Jordão. Fonte: Fundação Cultural Cassiano Ricardo – sem data.

Na fotografia, mulheres deitadas em cadeiras do tipo espreguiçadeira, próprias para o descanso, para o conforto e permanência prolongada da posição do corpo inclinado, quase deitado. A posição das costas e das pernas, quase na mesma altura, permite a função de várias atividades: ler, conversar, pensar,

¹⁴ Depoimento do doutor Raphael de Paula Souza sobre a terapêutica da tuberculose. In: FERNANDES, Tania Maria Dias (coord.). *Memória da Tuberculose*: acervo de depoimentos. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1993.

dormir; enfim, um objeto funcional do ficar, permanecer. Nesta imagem retratada provavelmente entre a década de 30 e 40 no século passado, vemos outras mulheres sentadas ou em pé num tipo de varanda muito arejada e iluminada naturalmente pela luz do sol. Os quartos atrás da varanda nos dão ainda mais a impressão de um local de descanso, uma casa no campo, um hotel nas montanhas, uma colônia de férias para mulheres, um local bonito e próprio para o ócio dos dias cansados.

Não fosse pela figura masculina parada de braços cruzados no meio das mulheres, nosso imaginário poderia continuar por esta linha. O homem, digo, o médiconos remete a outro tipo de pensamento nem tanto fantasioso, e sim muito mais realista. Trata-se de mulheres segregadas pela doença do peito, impossibilitadas do convívio social. Esperam a cura, esperam a vida toda. A fraqueza e a tosse permanentes as pregaram nessas espreguiçadeiras, e o descanso forçado se torna uma prisão. Esperam que seu corpo reaja e lute contra uma doença contagiosa e estereotipada – ora vista como glamorosa pelos artistas, ora vista como desgraçada pelos trabalhadores –, cuja cura se devia dar naturalmente, sob a forma do repouso, da superalimentação e da insolação. Quem era tuberculoso até 1940 não tinha outra saída a não ser esperar, deitado, pela cura que poderia demorar anos a fio.

A tuberculose¹⁵ é considerada uma doença social onde o ser humano é o próprio agente infeccioso. Sua profilaxia, contaminação e tratamento estão relacionados ao estado de saúde e a fatores ambientais que dependem da condição humana. É uma doença infectocontagiosa crônica cujo agente etiológico é a *Mycobacterium tuberculosis*, mais conhecida como o Bacilo de Koch. Esse bacilo encontra nos pulmões do ser humano um ambiente favorável de sobrevivência, podendo se reproduzir em ambientes úmidos e escuros. Sendo expulso por vias respiratórias (em formato de espirro, catarros ou gotículas de saliva), em 24 horas uma pessoa afetada pode expelir 3,5 milhões de bacilos da

¹⁵ Esta pesquisa trata especificamente da tuberculose pulmonar, mas existem outros tipos de tuberculose, como é o caso das que ocorrem fora do pulmão – chamadas de “extrapulmonar” – podendo atingir o baço, a pele, o sistema nervoso etc.

tuberculose. Uma vez que o bacilo entra num corpo sadio, leva três dias para se manifestar e, daí, começa seu ciclo de reprodução que se renova de 18 em 18 horas¹⁶.

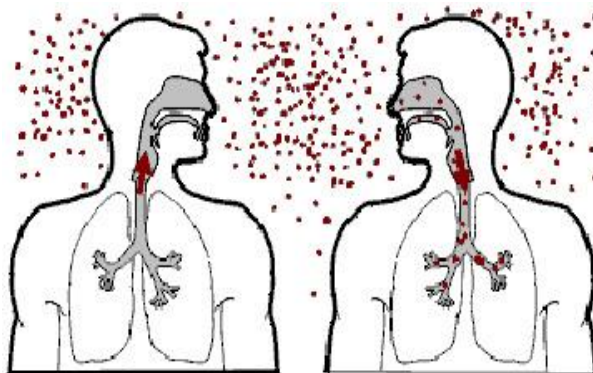


Figura 02 :Ilustração representando o contágio da tuberculose de pessoa para pessoa. Os pontos vermelhos seriam os bacilos invisíveis no ambiente e dentro do organismo do ser humano infectado. Imagem disponível em: http://www.savk.org.br/fique_tuberculose.htm

Por um longo período o tratamento e profilaxia da tuberculose limitavam-se ao repouso, a boa alimentação e o isolamento do agente infeccioso, ou seja, o próprio ser humano. Somente na década de 1940 começam a surgir antibióticos e quimioterápicos eficazes no tratamento da tuberculose. Finalmente na década de 1960 foi instituído o método definitivo de cura da doença utilizado até os dias de hoje, que consiste na ingestão de três antibióticos ao mesmo tempo, havendo uma margem de cura de cerca de 95% dos doentes que fazem o tratamento de forma correta¹⁷. Muitos pacientes abandonam o tratamento em fase inicial, quando já deixaram de tossir, mas continuam doentes; quando a tosse volta, inevitavelmente, a resistência aos antibióticos criada no momento de seu abandono dificulta o novo tratamento. O tratamento é gratuito e financiado pela rede básica de saúde, devendo ser continuado por seis meses.

¹⁶ Informações disponíveis online em sites de pesquisa da tuberculose, tais como: <http://www.redetb.org/> e <http://www.msf.org.br>. Acessado em 4 de setembro de 2012.

¹⁷ Informação disponível no portal: <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acessado em 5 de setembro de 2012.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente 1/3 da população mundial está afetada pelo bacilo, de 8 a 9 milhões de pessoas adoecem e cerca de dois milhões falecem anualmente; dessas, cerca de 350 mil estão ligadas à AIDS. A tuberculose atinge principalmente países em condições socioeconômicas precárias. Estima-se que 22 países detêm 80% dos casos da tuberculose no mundo todo e, desses, o Brasil se encontra na 14ª posição, com cerca de 116.000 de casos novos por ano. Após duas semanas de tratamento efetivo o paciente sai da fase bacilar e deixa de transmitir a doença¹⁸.

Diferentemente das três primeiras décadas do século XX, a tuberculose se apresenta atualmente como uma doença semelhante a qualquer outra, ou seja, curável a não ser pelo tratamento moroso. Mas a insistência e permanência de sobrevivência do bacilo no organismo humano faz com que a doença seja ainda de difícil tratamento. Ora, o doente para de tossir, sente-se melhor e deixa de tomar os antibióticos, fazendo com que a doença, mascarada pelo medicamento, retorne em sua fase bacilar, onde se mantém contagiosa e faz com que o organismo adquira resistência aos antibióticos – ao final, mantendo estável a estatística de tuberculosos no mundo.

Na cartilha elaborada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), neste ano de 2013¹⁹, é especificado um conjunto de fatores que deixam o indivíduo mais vulnerável à tuberculose. Os fatores sociais e comportamentais estão no topo dos exemplos de vulnerabilidades. As pessoas mais vulneráveis à tuberculose são: 1) Pessoas vivendo com HIV/AIDS (risco de até **30 vezes** maior do que a população em geral); 2) Pessoas em situação de rua (risco de até **67 vezes** maior do que a população em geral); 3) Pessoas privadas de liberdade (risco de até **25 vezes** maior do que a população em geral).

Desde que a tuberculose começou a ser discutida entre os médicos e a população em geral, foi caracterizada por um estigma social muito negativo.

¹⁸ Informação disponível no portal <http://www.sociedadeclementeferreira.org.br>. Acessado em 21 de setembro de 2012.

¹⁹ <http://portalsaude.saude.gov.br>.

Segundo informações atuais (boletim disponível no site Portal da Saúde do SUS), a tuberculose depende de determinantes sociais para se propagar:

A tuberculose é um dos agravos fortemente influenciados pela determinação social e demonstra relação direta com a pobreza e a exclusão social. Com intuito de conhecer o perfil socioeconômico dos casos de TB, foi realizada a análise do relacionamento entre as bases de dados do Sinan TB e a do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). Esse último identifica e caracteriza as famílias de baixa renda e é utilizado para seleção de todos os programas sociais do Governo Federal, entre eles o Programa Bolsa Família (PBF). Segundo dados do MDS, em 2012 a base de dados do CadÚnico contava com aproximadamente 25 milhões de famílias. Dentre essas, aproximadamente 18 milhões de famílias possuíam renda per capita mensal de até R\$ 140,00 e quase 14 milhões de pessoas eram beneficiárias do PBF.²⁰

De maneira geral, embora possa atingir todas as pessoas sem distinção de classes sociais, a tuberculose sempre foi e permanece como uma doença mais presente em populações carentes. Esse determinante é decisivo para o preconceito e o estigma social negativo da doença. Na era dos sanatórios e da terapêutica através de superalimentação e repouso, a maioria das pessoas que conseguiam combater a doença limitava-se aos que podiam pagar pela comida ou por um leito em hospitais privados.

Doença causada por um bacilo não seletivo, e que apenas sobrevive em organismos mais debilitados, a tuberculose se mantém como uma doença cheia de mistérios, metáforas, cargas sociais muito doloridas; enfim, uma doença que ainda mata muita gente. Assim como o corpo humano é capaz de se curar sozinho de algumas enfermidades – por exemplo, ovírus eliminado espontaneamente com o tempo, bactérias combatidas individualmente –, a tuberculose também já foi uma doença que se curava sozinha.

²⁰ Informação disponível no <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/10231/783/boletim-epidemiologico-tuberculose-2013.html>. Acessado em 4 de junho de 2013.

Quando a internação era feita em sanatórios, a disciplina e rigidez da instituição e a manutenção do doente em isolamento e vigilância, somava muitos casos de cura. Antes, o “equilíbrio” da saúde era imposto pela privação do convívio social e pelas regras higiênicas; hoje ele é livre, e a disciplina deve vir do próprio enfermo – com direito de permanecer no lugar em que bem desejar, e ainda ingerir o que bem entender. Neste sentido, ao longo dos anos o controle da tuberculose se apresenta no centro de um curioso pêndulo, e as estatísticas de ocorrência da doença se mantêm estáveis, pela dificuldade do tratamento, outrora de difícil acesso, e atualmente, por motivos pessoais, pela simples escolha de não tomar os medicamentos disponíveis.

O maior sistema de vigilância sobre a tuberculose e que vigora desde o início do século XX conta com a informação de casos de tuberculose por parte dos próprios acometidos. Neste caso, o sistema de saúde espera que o paciente entre em contato com os profissionais e inicie o tratamento. Caso ele não se apresente voluntariamente ou seja denunciado, existe uma inspeção domiciliar realizada por encarregados do SUS para aplicar exames em todas as pessoas de seu convívio

No território nacional, existem diversas organizações e instituições que estudam ou praticam o tratamento da tuberculose. Na cidade de São Paulo ainda funciona o ICF – Instituto Clemente Ferreira, inaugurado em 1913 como primeiro Dispensário da cidade e do Estado de São Paulo. Trata-se de um Centro de Referência Ambulatorial para o Estado de São Paulo na abordagem diagnóstica e terapêutica da tuberculose e demais doenças pulmonares e está subordinado à Coordenadoria de Controle de Doenças. Como órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo é responsável pelo planejamento das ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes do processo de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças e agravos²¹.

²¹ Informação disponível em:

Outra organização importante é a Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), que promove estudos epidemiológicos em determinados grupos sociais que apresentam maior risco de contrair a doença, tais como os portadores de HIV e as pessoas que vivem em albergues, prisões e comunidades carentes.

Sabe-se que a Epidemiologia tem como finalidade estudar a distribuição e os fatores determinantes da tuberculose – a exemplo da distribuição geográfica e de agentes de natureza biológica, física, cultural, educacional e econômica. No caso da REDE-TB, a finalidade da ação configura uma mobilização social que leve informação e apoio às comunidades, a fim de afastar o estigma e a discriminação social dos doentes e ainda atuar para romper com o ciclo de perpetuação da pobreza que a doença acarreta.

Veremos ao longo deste trabalho como a população de baixa renda foi a mais atingida pela tuberculose devido às péssimas condições de trabalho e moradia, e como as discussões são formuladas por diversos profissionais que moldam seus argumentos e estratégias de acordo com as características de cada momento histórico.

Para identificar qual lugar ocupado pelo tuberculoso especialmente nas cidades, é preciso acompanhar as discussões dos higienistas sobre as doenças em seus vários aspectos.

1 - O higienismo

O higienismo constitui um movimento de intervenção em vários espaços da cidade e se baseia na discussão e na elaboração de um projeto de sociedade e cidade saudáveis, por sua vez baseado na manutenção da saúde coletiva. A teoria se aplica a partir de perspectivas formuladas por um grupo e profissionais que pensam o funcionamento da cidade através da higiene e da saúde do homem. A

<http://www.sociedadeclementeferreira.org.br/index.php?codconteudo=15>. Acessado em 23 de setembro de 2012.

partir desta ideia o higienismo pode ser utilizado para diversas situações, tanto em relação às coisas quanto ao indivíduo. A teoria pode ser utilizada por uma extensa categoria de profissionais que vai desde médicos, sociólogos e antropólogos até engenheiros e arquitetos, entre outros. Pode-se dizer que o higienismo, enfim, está presente onde existem situações detectadas que caminham na contramão de princípios de higiene definidos pelas sociedades num determinado período histórico; sua finalidade, portanto, é corrigir essas situações e ajudar a elaborar, definir e construir outras que garantam a saúde do coletivo. O higienismo pode, então, ser aplicado diretamente nas maneiras de viver e nos locais de convívio das populações.

A teoria tem algumas ações com funções bem definidas, sendo possível citar como exemplos, a salubridade dos ambientes livres e confinados, tratamentos e estudos de doenças individuais e doenças sociais, combate às doenças infectocontagiosas e elaboração de projetos arquitetônicos e de engenharia em diálogo com a medicina de modo a inserir o indivíduo em ambientes saudáveis. De maneira efetiva, as ações pautadas por ela abrangem grandes proporções na cidade e se fazem presentes na maneira de planejar ruas e avenidas, nas obras de saneamento, na arquitetura das casas e dos prédios e, principalmente, na adequação da população que usufrui dos espaços urbanos adequados nos moldes da higiene.

De acordo com o higienista italiano Vincenzo de Giaxa²², a origem da palavra higiene deriva do termo grego “Igea”, nome da deusa da saúde na mitologia da Grécia Antiga, o qual servia para designar um complexo de pesquisas e aplicações que compõe a maneira de se estipular regras para a manutenção da saúde. A higiene tem como campo de atuação o homem e as doenças, e seus objetivos mantêm fortes vínculos com as outras ciências que trabalham para promover a existência de um “estado higiênico”.

²² GIAXA, Vincenzo de. *Teoria generale dell'igiene pubblica* – stabilimento artistico Tipografico G. Caprin – Trieste – 1887.

A concepção de higiene permite pensar que sua prática poderia intervir em qualquer situação e lugar que tivesse relação com a saúde. Os lugares, as doenças, os comportamentos que pudessem gerar danos ao bem-estar do homem deveriam se subordinar a um método racional de investigação e de propostas de soluções dos problemas de higiene pública. Neste sentido, os higienistas se colocam à frente deste tipo de ação, pois fazem as pesquisas, elaboram as estatísticas e definem as áreas de intervenção ao detectarem zonas geograficamente afetadas pelas epidemias.

A higiene invadiu todas as dimensões da sociedade, chegando à esfera “física” quando formulou regras de funcionamento e andamento dos assuntos de salubridade urbana, e também à esfera psicológica de cada cidadão quando começou a estipular as formas de comportamento do indivíduo no coletivo.

No intuito de definir a atuação da higiene definida como uma ciência a ser seguida, Giaxa a define em seu “Trattatto di Igiene” no ano de 1887:

Molti scrittori di scienza igienica ritengono inutile o difficile il dividerla in privata od individuale, ed in pubblica o sociale. Non si concede all'igiene pubblica una tale indipendenza dall'igiene privata, per cui gli elementi che costituiscono la prima, sien tali da poter essere del tutto staccati dalla teoria della seconda: si fa osservare, che il benessere di ogni singolo individuo ha sempre un influsso sul complesso sociale e viceversa, sicchè la scienza che studia il benessere fisico della società, dovrebbe pure beçadas compreendere quella che studia il benessere fisico del singolo individuo. (GIAXA, 1887:06)²³

No decorrer dos anos de 1890, período de afirmação da cultura médica microbiológica os profissionais envolvidos nos assuntos de higiene pública passam a enxergar a cidade sob uma nova perspectiva subsidiada medicina. Dos

²³ “Muitos escritores de ciência higiênica afirmam ser inútil defini-la em privada ou individual, e em pública ou social. Não se concede à higiene pública uma tal independência da higiene privada, pois os elementos que constituem a primeira são tais a poder ser destacados da teoria da segunda: observa-se que o bem estar de cada indivíduo tem uma influência sobre o complexo social ou vice-versa e que a ciência que estuda o bem estar físico da sociedade, deveria também compreender aquela que estuda o bem estar físico do indivíduo.” (Tradução livre da autora).

diferentes olhares sob a cidade, a grande densidade populacional é vista como uma das principais formas de contágio por epidemias, e passa a chamar a atenção para o modo de vida dessa população contagiada pelas doenças urbanas.

A maneira de morar, assim como a situação das moradias foram alvo de indagações por parte dos interessados em discutir e planejar a cidade e seus problemas, bem como levantar e propor soluções. Os problemas sanitários das cidades fez surgir uma maneira de intervir nos espaços urbanos que requereu a atenção de vários profissionais, com ações, consideradas necessárias no período, encabeçadas pelos higienistas.

Ao observar os trabalhadores, os higienistas entendem como a luta pela sobrevivência na cidade se torna árdua para esta população de baixa renda, uma vez que se fixam e habitam em bairros e moradias carentes de infraestrutura básica. A medicina assume funções sociais, uma vez que detecta as más condições desses lugares e percebe ser determinante a longa permanência para a difusão de doenças contagiosas. Os ambientes insalubres contrastam com as melhores condições das moradias de pessoas com nível financeiro melhor, ao final menos expostas a tais doenças.²⁴

Por se configurar num campo de conhecimento interdisciplinar, o higienismo faz uso de diversos profissionais para estruturar suas estratégias de ação. Dentre as peculiaridades das variadas profissões que utilizam a teoria, a medicina social era a que mantinha estreitas relações com o higienismo, dando sua função a de relacionar o impacto adverso causado pelo indivíduo no ambiente ocupado.

Nesta pesquisa procuramos mostrar como a tuberculose – que ao final do século XIX e até aproximadamente a primeira metade do XX foi considerada a doença que mais tirou vidas no ocidente – estipulou diretamente uma série de ações sociais e de intervenção nos espaços urbanos. Por ser, até 1940, uma doença incurável pelos métodos convencionais da medicina, as estratégias de controle da tuberculose se baseavam na higiene do indivíduo e dos espaços.

²⁴ CORBELLINI, Gilberto. *Medicina basata sull'evoluzione*. Milano: Ed. Laterza, 2006.

Neste sentido, a casa, o sanatório e todos os lugares de convívio deveriam ter a funcionalidade moldada na limpeza e na higiene. Daí as teorias relativas à degeneração do indivíduo habitante de um local insalubre se popularizarem e incitarem a discussão de vários higienistas e se estender a outros grupos preocupados com a capacidade de sobrevivência do indivíduo, como é o caso dos eugenistas.

2 - A representação social e a concepção da doença: os diversos olhares sobre a tuberculose.

“Existe uma história do sofrimento. Esta história das doenças conhece a febre conjuntural das epidemias. É uma história dramática que revela através dos tempos uma doença emblemática unindo o horror dos sintomas ao pavor de um sentimento de culpabilidade individual e colectiva: lepra, peste, sífilis, tísica, cancro (...)”²⁵

As chamadas “doenças sociais”, arroladas pela medicina e higiene sociais, têm dentre as mais perigosas a Sífilis, a Tuberculose e o Alcoolismo. Estas doenças, quase sempre protagonizadas pela população mais carente (composta em sua maioria por trabalhadores), constituem temas frequentemente discutidos nos tratados de higiene do século XIX e XX que discorrem sobre a maneira de amenizar suas consequências para a coletividade.

A “higiene social” muitas vezes misturava elementos do higienismo e do eugenismo, que não raro relacionavam este tipo de doença com enfoque na higiene mental. Em 1929, para o eugenista Renato Kehl, a higiene mental seria uma intermediária entre a higiene social e a medicina prática, favorecendo a reprodução de indivíduos eugenizados²⁶ – o que significava livre de qualquer

²⁵ LE GOFF, Jacques. *As doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1997.

²⁶ Ver BORIANI, Maria Lucia (org). *Higiene e Raça como projetos*. Higienismo e eugenismo no Brasil. Maringá: Eduem, 2003.

“deformidade” física, mental ou social. A articulação entre eugenia e higienismo se complementaria formando um dos pilares da higiene social com fortes características preconceituosas e segregadoras.

Emílio Duclaux, ao escrever o livro *Igiene Sociale*²⁷, publicado em 1905, aborda a tuberculose, a sífilis e o alcoolismo. Afirma ser o sexo um ato insalubre e o transmissor direto da sífilis, causando degeneração. Dizia que o casamento unia os “degenerados”, formando tipos de pessoas defeituosas e delinquentes. Esse pressuposto da higiene social definia a doença como questão moral e efeito inibidor da civilização. Os estudiosos assumiam a posição de autoridades e propunham desencorajar a procriação considerada nociva à sociedade. Os tuberculosos, sífilíticos e alcoólatras encabeçavam a lista dos “indesejados” na sociedade. Foi, entretanto, a tuberculose a doença social mais discutida nos tratados de higiene, sua profilaxia e o contágio estavam estreitamente relacionados ao modo de vida do doente.

No entender dos higienistas, só a higiene poderia modificar este perfil, uma vez que a degeneração física e a psicológica estavam estreitamente vinculadas. Daí estudar as causas naturais e civis das quais dependiam as condições sanitárias de uma população, investigar as anormalidades e procurar meios de amenizá-las a fim de promover o seu bem-estar.²⁸

Para o Higienismo, a higiene privada e social deveriam estabelecer relações estreitas entre si, posto que suas aplicações se relacionam também. O encontro da higiene pública e social resulta num complexo de saberes sobre a saúde que localiza os fatos da natureza e da vida social as condições físicas decisivas não só do indivíduo, mas da sociedade; são avaliadas como modificadoras do estado higiênico das cidades.

A maioria das publicações sobre a tuberculose, escritas por higienistas, médicos e sanitaristas em âmbito internacional, geralmente se assemelham ao

²⁷ DUCLAUX, Emílio. *Igiene sociale*. Torino: Fratelli Bocca Editori, 1905.

²⁸ CORBELLINI, Gilberto. *Medicina basata sull'evoluzione*. Milano: Ed. Laterza, 2006.

relacionar a doença com outros fatores como alcoolismo, alimentação deficitária, residência higiênica ou não, sanatórios, dispensários, clima, aglomeração urbana, deficiências de educação sanitária, entre outros fatores que seriam a “porta de entrada” para o bacilo no organismo humano. A luta contra a tuberculose relaciona-se estritamente com as políticas estaduais, responsáveis por investir nos setores onde se constatava a deficiência de algum componente das estratégias de controle. Por isso, os higienistas insistiam tanto nesses assuntos, apontando ainda para a precariedade de todos esses componentes a ser amenizada para tornar possível a aplicação de programas em cada Estado.

No Primeiro Congresso Nacional pela luta social contra a Tuberculose, ocorrido na Itália em 1906, na cidade de Milão, os palestrantes da primeira seção do evento consolidam a questão do estudo da doença no âmbito social, no sentido de que a investigação da difusão da doença nas classes dos trabalhadores não seria útil se não fosse acompanhada pela pesquisa paciente e severa das causas e das formas de difusão. Essa investigação requeria, portanto, “un insieme ad estese cognizioni fisiologiche e cliniche, la conoscenza tecnologica delle diverse professioni”.²⁹

O acompanhamento médico dos casos de tuberculose não poderia ser isolado no âmbito clínico. A presença do higienista no universo do doente fazia necessária, pois este colocava em risco todas as pessoas ao redor, caso não fossem levados em consideração o tipo de ambiente doméstico, local de trabalho, comportamento familiar, estrutura residencial etc.. Conjunto de regras de sobrevivência a ser elaborado por diversas profissões.

A entrada do higienista na vida do tuberculoso não era tarefa fácil, devido a poucos doentes acreditarem na garantia de cura ao se submeterem ao isolamento. Geralmente, a ideia de que um acometido estava marcado para

²⁹ I Congresso Nazionale per la lotta sociale contro la Tuberculose. Milano: 24 al 29 settembre 1906. Milano, Bovisto, 1907. “Uma união dos preceitos fisiológicos e clínicos, o conhecimento das várias profissões.” (Tradução livre da autora).

morrer era unânime entre muitas famílias e impulsionava a recusa em procurar auxílio do Estado.

O higienista italiano Giovanni Allevi afirmava, em 1909, que a tuberculose representava “tutte le miserie umane”³⁰. A dificuldade do tratamento tornava necessário o investimento de todos os Estados numa poderosa arma contra a doença: a propaganda sanitária. Esta devia conscientizar o doente e a família dos prejuízos advindos do anonimato, atitude frequente, dado o medo de serem obrigados a parar de trabalhar, ou ainda por serem alvo de preconceito. Por este motivo o higienista Vincenzo Giacomini apresenta, no congresso sobre tuberculose de 1906 na cidade de Milão, a primeira proposta de legislação social da luta contra a tuberculose: entre os vinte e dois artigos, os artigos 8, 9, 10, 11 e 12 diziam ser obrigatória a denúncia de um tuberculoso, além de colocar o Estado como responsável pelo denunciado, pela realização de exames gratuitos, a inspeção de sua residência e alojamento em sanatórios³¹.

Por outro lado, houve um período de certa romantização em torno da doença, associada então a poetas, compositores, artistas e intelectuais portadores do mal tísico. Os exemplos são muitos: desde Frédéric Chopin, Franz Kafka, George Orwell, até José de Alencar, Castro Alves, Álvares de Azevedo, Augusto dos Anjos, Casimiro de Abreu, Noel Rosa, Manuel Bandeira; este último escreveu um conhecido poema sobre a doença, que serviu inclusive como ilustração de alguns panfletos distribuídos pelo Estado. Trata-se de “Pneumotórax”:

Febre, hemoptise, dispneia e suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi.
Tosse, tosse, tosse.

Mandou chamar o médico:
— Diga trinta e três.
— Trinta e três... trinta e três... trinta e três...
— Respire.

³⁰ ALLEVI, Giovanni. La medicina sociale. Milano, Ulrico Hoepli, 1909.

³¹ I Congresso Nazionale per la lotta sociale contro la Tuberculose. Milano: 24 al 29 settembre 1906. Milano, Bovisto, 1907.

-
- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo e o /
pulmão direito infiltrado.
- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango / Argentino.³²



Figura 03: Imagem de panfleto comemorativo do Dispensário Clemente Ferreira.
Publicação do Instituto Clemente Ferreira, 1934.

Todos esses personagens mortos pela “Peste Branca” podem ter criado, em algum momento, certo *charme* em torno da doença e impulsionado falas que associassem a doença com a boemia, com inspirações que gerassem músicas,

³² Do livro *Libertinagem*. In: *Estrela da Vida Inteira*. Manuel Bandeira. 5ª edição. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1974, p. 107.

poemas, romances. Todos estavam sujeitos a pegar a “doença do peito”, mas, na realidade, poucos foram os artistas e muitos foram os operários. Neste sentido, não havia charme algum na doença, e sim um quadro epidêmico com índices de morte altíssimos associados com a insalubridade do meio ambiente e a pobreza.

Para os higienistas, o ambiente malsão caracteriza o tuberculoso despertando pensamentos e sentimentos hostis de sua condição, sempre relacionados a pouca renda. Geralmente eram caracterizados por “incivilizados”, mal educados e alcoólatras (vício associado com a doença). As teorias degenerativas oriundas de doenças sociais, como a tuberculose, a sífilis e o alcoolismo, surgiram na segunda metade do século XIX, com, entre outros, os argumentos do médico italiano Cesare Lombroso, e foram muito difundidas. A Teoria Lombrosiana, como ficou mundialmente conhecida, classificava e dividia os “pobres” em honestos e desonestos, e dentre outras coisas, tinha como ponto de partida que a pobreza, a alimentação precária e as doenças podiam levar as pessoas ao crime, transformando-as em “delinquentes de ocasião”, ou seja, que algumas situações impulsionavam o indivíduo a lutar como podia para a sua sobrevivência.³³

Neste ponto de vista, a casa e o ambiente doméstico eram vistos como responsáveis pelo desenvolvimento da civilidade, local das relações familiares, principalmente as de convivência e afeto, formadoras das características do comportamento social do homem. A salubridade da habitação e a conduta de vida higiênica se tornam fundamentais para o bem-estar da família, como motores civilizadores da sociedade e da cidade.

De acordo com o higienista italiano Leone Maestro, quando as casas se juntam e as famílias se aglomeram, tem-se um retorno ao primitivo. Em um trabalho vencedor de concurso na cidade de Pádua em 1892, Maestro escreveu:

Nel uomo civile le idee di casa e di famiglia sono totalmente unite l'una all'altra da indissolubile vincolo, che insieme si lumeggiano, e si compenetrano a vicenda (...) la casa

³³ Ver: LOMBROSO, Cesare. Antropologia Criminale. Verona, 1896

modella la famiglia, e la famiglia la casa: l'una è specchio dell'altra.³⁴

A relação casa/família/civilidade tinha como premissa formar uma barreira entre rua e casa, impedir a entrada de tudo o que fosse nocivo à vida familiar. Neste sentido, o pensamento higienista se molda de acordo com os estudos e descobertas médicas e o micróbio entra no rol dos inimigos da saúde e, assim, toda a discussão sobre a salubridade da moradia ganha força com a bacteriologia. A ideia da conservação da saúde e do progresso das noções, atrelada às teorias degenerativas, faz com que os higienistas se debrucem insistentemente no tipo de moradia e no tipo de morador ideal. Em trecho do livro *La Casa* de Leone Maestro, esse fator se mostra decisivo:

La prosperita física e morale del popolo è il fondamento più saldo della civile grandezza della nazione. La somma e la qualità dei mezzi studiati, dei compensi usati da un popolo per conservare e migliorare la propria salute, diventa misura del civile progresso del popolo medesimo. Ognuno deve adunque obbedire e diffondere con ogni mezzo i dattami dell'igiene, e riuscirà veramente utile alla patria ed alla società.³⁵

Como não poderia deixar de ser, os eugenistas associaram a tuberculose à criminalidade. O eugenista italiano Attilio Cevidalli estudou os tísicos encarcerados e outros tidos como loucos. Os ambientes da prisão e do hospício levaram-no a concluir que a toxina tuberculosa fazia com que essas fímatosas agissem contra os valores da sociedade, atribuindo o comportamento do doente a ambientes indesejáveis, indivíduos a serem apartados do coletivo. As ciências sociais norte-

³⁴ MAESTRO, Leone. Lavoro che ottiene Il premio del concorso del 1892 – Padova. “No homem civil as ideias de casa e de família estão totalmente unidas uma à outra. Têm um vínculo indissolúvel que juntas se compenetraram (...) a casa modela a família, e a família a casa: uma é o espelho da outra.” (Tradução livre da autora).

³⁵ MAESTRO, Leone. Lavoro che ottiene Il premio del concorso del 1892 – Padova. “A prosperidade física e moral do povo é o fundamento civil da grandeza da nação. A soma e a qualidade dos meios estudados e da forma utilizada por uma população para conservar e melhorar a saúde é a civilidade e o progresso do povo. Cada um deve obedecer e difundir com seus meios os preceitos da higiene o que será útil à pátria e sociedade.” (Tradução livre da autora).

americanas comungavam a mesma opinião do eugenista e concluíram em 1925 que o indivíduo contraía a tuberculose devido ao desregramento da vida cotidiana.³⁶

Em São Paulo alguns observadores do comportamento do doente, também partilhavam da mesma ideia e consideravam os grandes males da sociedade a sífilis, o álcool e a tuberculose. Taxavam de “anormais” os indivíduos acometidos por essas doenças e se autoconcebiam como “melhoristas” guiados pela Eugenia a pregarem o aperfeiçoamento moral e físico do doente degenerado. O conhecido eugenista Renato Kehl escreve em 1923 que o povo paulista, objeto de estudo dos “aperfeiçoadores” desta sociedade, era “mirrado, esquelético e feio”³⁷ – característico do biótipo adquirido pelo ser humano com a tuberculose e devido à má alimentação. Os paulistas foram os primeiros a formar grupos eugenistas na América do Sul e começaram seus estudos analisando o comportamento do sífilítico, do tuberculoso e do alcoólatra, doenças sociais frequentemente associadas entre si. A premissa do grupo era a de higienizar a cidade seriamente, concomitante ao saneamento da capital.

Já a sociedade médica corporativa de Pádua publica, no ano de 1926, um pequeno livro intitulado *La psique e la delinquenza nei tubercolosi*³⁸, cujo objetivo constituía estudar o comportamento do doente no seio familiar. O título do trabalho escrito pelo médico Luigi Millionini é bastante taxativo, uma vez que logo nos informa que o conteúdo do livro se desenvolveria a partir de um tuberculoso delinquente. Segundo ele, a tuberculose, mais que as outras “doenças sociais”, como o álcool, a sífilis e também a prostituição, mostrava ser a enfermidade que mais levava o indivíduo a cometer atos criminosos, a tornar-se invelho, desagradável e pouco inteligente. O doente teria comportamentos hostis com sua

³⁶ Ver BERTOLLI FILHO, Claudio. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

³⁷ KEHL, Renato. *Eugenia e Medicina Social*. Problemas da vida. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1923.

³⁸ MILLIONI, Luigi. *La psiche e la delinquenza nei tubercolosi*. Padova, Società cooperativa Tipografica, 1926.

família e com a sociedade, já que se encontrava em desvantagem perante a população saudável.

Segundo Million, muitas vezes o tísico não aceitava as regras sanitárias de profilaxia³⁹ e se recusava a viver em isolamento domiciliar, não respeitando os cuidados com a família e forçando convívios que poderiam acabar por contaminar outro morador da casa. A aceitação do doente e da família, ao terem a confirmação de um ente tuberculoso entre eles, era assunto delicado e, ao final, gerava sentimentos de medo, raiva e solidão de ambas as partes.

Palavras como “tuberculoso” ou “tísico” constituíam termos evitados nos pronunciamentos dos esculápios de família, e desesperavam os infectados e seus familiares. Uma vez declarada a presença da Peste Branca no ambiente doméstico, o grupo familiar sentia o peso de seus dias, pois “ao mesmo tempo que se buscava oferecer redobrado conforto ao consultivo, este era redefinido como figura incômoda.”⁴⁰

Como escreveu Claudio Bertolli Filho⁴¹, ao ser dado o diagnóstico, um silêncio pairava sob a família, receosa perante a vizinhança, porque os olhares dos outros geravam os mais maldosos comentários sobre o estilo de vida promíscuo e criminoso que pensavam existir em determinada casa.

³⁹ Geralmente, o convívio no seio familiar era permitido quando o doente teria a possibilidade de permanecer em cômodo separado, comer e beber em utensílios separados e tossir e escarrar de acordo com as normas sanitárias.

⁴⁰ BERTOLLI FILHO, Claudio. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001

⁴¹ BERTOLLI FILHO, Claudio. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001

3 – O “ser” tuberculoso.

“A tuberculose foi assim como um tabu. Nenhuma família admitia ter um caso de tuberculose, embora todas tivessem.”⁴²

A frase é do médico tisiologista Aldo Villas Boas, em depoimento de 1991, a pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, sobre a memória da Tuberculose no Brasil. Este catálogo publicado no final do século XX é um resumo precioso dos depoimentos do acervo que a Fundação reuniu quando da organização do arquivo sobre a Tuberculose. O intuito foi mostrar algumas partes dos depoimentos de médicos que tinham trabalhado em favor da doença no pós-1930.

O catálogo explica em detalhes o perfil do médico, sua função e suas impressões sobre a tuberculose. E ainda que da maioria constasse afirmações como, “nossa realidade é a miséria, *mycobacterium* da tuberculose é amigo da miséria”⁴³, outros profissionais mostravam uma face diversa da doença, como aquela das classes abastadas e das famílias tradicionais. É o caso do médico Aloysio Veiga de Paula, filho de uma família de artistas renomados e tradicionais cariocas, que foi tuberculoso na juventude enquanto estudava medicina no Rio de Janeiro. Após se tratar por quatro anos em Campos de Jordão, retorna ao Rio em 1933 com a decisão de se dedicar ao tratamento da tuberculose. Diz ele que, quando contou aos amigos que iria se dedicar à tisiologia, “todo mundo ria, pensava que era piada, porque tuberculose era considerada doença incurável”.⁴⁴

Talvez por esse motivo, o estigma da doença tenha tomado grandes proporções no período. Estar tuberculoso aproximava-se do estar morto; ou

⁴² Depoimento do doutor Aldo Villas Boas. In: FERNANDES, Tania Maria Dias (coord.). *Memória da Tuberculose: acervo de depoimentos*. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1993.

⁴³ Depoimento do doutor José Rosemberg. In FERNANDES, Tania Maria Dias (coord.). Op. Cit., 1993.

⁴⁴ Depoimento do doutor Aloysio Veiga de Paula. In: FERNANDES, Tania Maria Dias (coord.). Idem, 1993.

melhor, ser tuberculoso era associado a um tipo de “assassino” que contagia os outros e os leva também para a morte.

O livro do professor Oracy Nogueira – escrito em 1945 como dissertação de mestrado e intitulado *Vozes de Campos do Jordão* – constitui importante e emocionante registro das relações sociais que se estabeleceram no período entre tuberculosos e não tuberculosos, enfatizando a visão que os primeiros tinham de si mesmos, e também a que tinham dos outros doentes. Curiosamente, a leitura da obra mostra que mesmo um doente assumido via com maus olhos outros doentes, porque imaginava estarem os outros sempre em piores condições do que a sua própria.



Figura 04: Capa de “Vozes de Campos do Jordão. Experiências sociais e psíquicas do Tuberculoso Pulmonar no Estado de São Paulo”. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Nogueira mostra como a ideia de culpa, castigo, pecado, transgressão estava presente nos pensamentos de alguns doentes, principalmente naqueles com menos informação, ao associarem sua condição a uma punição divina. Ao perguntar a um caboclo analfabeto não tuberculoso, que trabalhava num sanatório de Campos de Jordão, se ele não tinha medo de pegar a doença, sua resposta foi clara: “a doença é Deus quem manda, se a gente tiver medo, Deus castiga.”⁴⁵ Isso remete à Idade Média quando cidades inteiras acometidas pela peste eram vistas como um recado dos céus, um castigo que atingia a população toda e a levava às mais diversas atitudes, como, por exemplo, a aceitação da doença ou mesmo o abandono da cidade.⁴⁶

O pensamento das pessoas e suas atitudes refletem passos importantes da história e da concepção de medicina. Ora, nos casos revelados por Nogueira, existe o total desconhecimento ou assimilação da microbiologia e do Bacilo de Kock, o verdadeiro responsável de como a tuberculose se desenvolve.⁴⁷ Não que toda população devesse conhecer com clareza os termos médicos (a exemplo do que foi dito acima), mas é de se espantar, em plena era sanatorial, este ideário de castigo e sobrenaturalidade. Neste sentido, as noções de contágio e profilaxia não eram levadas em consideração como no caso deste funcionário que, seguramente, estava mais sujeito a pegar a doença do que outros que mantinham contato com os internados.⁴⁸

Em outro depoimento de pessoa não tuberculosa e também empregada em sanatório [e não é tuberculoso] revela sua concepção algo desprezível sobre os

⁴⁵ Apud. Nogueira, Oracy. *Vozes de Campos . Experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo*. 2 ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009.

⁴⁶ Para um maior aprofundamento do assunto, ver: DEFOE, Daniel. *O diário do ano da peste*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002. E DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente: 1300-1800 uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

⁴⁷ Existem outras passagens de que Oracy Nogueira retoma a concepção de contágio da doença e obviamente, muitas pessoas demonstraram conhecimento do bacilo, mas achei interessante colocar o exemplo de uma pessoa que está em contato com os doentes porque trabalha num sanatório, e ignorar totalmente, qualquer conhecimento básico sobre o contágio e profilaxia.

⁴⁸ Sobre os programas de educação sanitária propostas pelo Estado de São Paulo falaremos no capítulo IV

doentes. Diz que o tuberculoso é invejoso, perverso e tem raiva do saudável, querendo contaminá-lo para que todos à sua volta tenham a mesma doença que ele, todos fracos do peito. Nessa concepção, até as pessoas que trabalham nos sanatórios deveriam ser preservadas do contágio dos doentes, de modo que estes fiquem completamente segregados. Através deste depoimento, Oracy Nogueira mostra o discurso sobre a maneira que um homem comum projetaria um sanatório que fosse, então, totalmente asséptico.

Para mim, o regime sanatorial tinha de ser o seguinte: a pessoa que sofre dessa moléstia deveria ser isolada de tudo e por tudo; tinha de ser celado numa cela como um cavalo de corrida. O sanatório deveria ser construído do seguinte modo: cada quarto teria, no fundo, as necessárias instalações sanitárias; mais no fundo haveria um corredor que levaria ao consultório médico. Quando chegasse, o doente entraria diretamente no consultório e, depois de examinado, passaria por esse corredor e iria para sua cela, onde ficaria completamente isolado. Na frente das celas haveria outro corredor que conduziria ao refeitório. Na hora da refeição cada doente passaria por esse corredor, dirigindo-se ao sanatório, duas ou três freiras estariam de vigilância, para evitar que eles se comunicassem, a fim de não haver qualquer “diz-que-diz”.⁴⁹

O medo e a hostilidade provocavam sentimentos de raiva e rejeição do doente. É difícil imaginar um sanatório organizado desta forma, mais assemelhado a uma espécie de “depósito” de gente altamente nociva e perigosa. O escritor português José Saramago, no livro *Ensaio sobre a cegueira*, escreveu sobre um lugar parecido e [com este tão] almejado por este funcionário sadio, aonde pessoas iam sendo depositadas em massa por terem ficado cegas de repente, sem explicação aparente. No livro, o pânico gerado pela cegueira fez com que os atingidos fossem postos à parte de qualquer convívio social, até mesmo dos locais destinados a eles próprios. Ora, segundo o homem que depôs contra os

⁴⁹ Depoimento de 1944 extraído de *Vozes de Campos de Jordão*. Idem, 2009.

tuberculosos, o isolamento e a privação total da liberdade seria a única forma de impedir seus escarros e sua contaminação do ambiente. Continuando sua fala:

Se o indivíduo sabe que o médico de seu sanatório é são, que o administrador de seu sanatório é são, que a senhora do administrador é são, que o filho do administrador é são, que o enfermeiro de seu sanatório é são, ele faz todo o possível para contaminá-los. (...) é a perversidade, a vontade de contagiar todo mundo, para que todo o mundo seja doente como eles.⁵⁰

Neste sentido vimos como as teorias higienista, eugenistas e o ideário construído pela população colocou o tuberculoso pulmonar como um elemento transgressor e perigoso à coletividade. As medidas de controle e profilaxia, os discursos em prol dos sanatórios e as noções de contágio e transmissão, divulgadas pelos médicos, são combinados com a de outros profissionais que colaboram na formação dos argumentos dos discursos higienistas e operam para inserir as pessoas em ambientes considerados salutareis.

Com o intuito de definir o “lugar” do doente do peito, os olhares de diversos profissionais se voltam para a cidade e tentam elaborar maneiras de intervir na dinâmica do funcionamento vital dos lugares e dos indivíduos.

No próximo capítulo, discuto a higiene urbana como fator da segregação social pela doença, apresento em um contexto histórico as concepções das maneiras de contágio da tuberculose, passando pelas teorias da hereditariedade e depois pela antiga teoria miasmática até, finalmente, a teoria bacteriológica. O objetivo do texto é entender como as formas de contágio de pessoa para pessoa foram se modificando de acordo com uma determinada teoria médica.

⁵⁰ NOGUEIRA, Oracy, Idem, 2009.

CAPÍTULO II

Contágio e Transmissão

A higiene urbana como fator da segregação social pela doença

A noção de contágio da tuberculose é discutida desde o início da medicina. Hipócrates, Aristóteles e Galleno já falavam dela e a colocavam no mesmo patamar da peste. Em Nápoles, no ano de 1782, um decreto real exigia a segregação dos tuberculosos e a incineração de seus pertences para evitar o contágio, além do que, a notificação de casos da doença já era obrigatória. No século XIX, deixou-se de falar em contágio para começar a se falar sobre um caráter hereditário da doença.

Uma vez o genitor acometido, filho doente. A crença da hereditariedade da tuberculose se completa nas teorias de degeneração social e coletiva discutidas pelos higienistas e eugenistas: uma maldição familiar caracterizada pelo aspecto feio, mirrado, sujo, sem dinheiro e entorpecido de que tanto catalogavam e apontavam os teóricos. A questão da hereditariedade se consolidou sem nenhum aparato científico concreto, ainda que se mantivesse discutida pelos médicos até por volta de 1890 – quando a noção de medicina baseada na bacteriologia começa a entrar em pauta.

Em 1900 no Brasil, Emílio Marcondes Ribas, então diretor do Serviço Sanitário, encomenda aos higienistas Victor Godinho e Alvaro Campos um relatório de instruções profiláticas e higiênicas para conscientizar a população a respeito dos meios de contágio da tuberculose, principalmente no caso de haver algum doente na família. Para o alívio dos desesperados pré-condenados à morte pela hereditariedade, os médicos advertiam:

Nosso trabalho foi feito para o povo. Presumimos ter provado, nas páginas que se seguem, que a Tuberculose é essencialmente contagiosa e não hereditária como se supõe geralmente: indicamos os meios por que se

estabelece o contágio; mostramos que ella é evidentemente curável; descrevemos o mecanismo da cura e expusemos o tratamento hygienico, fizemos ver que, como moléstia, é perfeitamente evitável e demos as regras para se evital-a. Compete agora ao povo fazer confiadamente applicação das noções que procuramos vulgarisar, e desta arte, cada um, defendendo-se contra o terrível flagello, terá defendido também a sua família e a sociedade.⁵¹

Ao explicar que a doença não se transmite obrigatoriamente de pai para filho, os higienistas jogam a responsabilidade do contágio para o indivíduo. O ser humano devia ser convencido de que hábitos higiênicos tanto individuais quanto coletivos proporcionariam uma vida saudável. A tuberculose se curaria através de uma disciplina de conduta de hábitos salutarees – cuja prática era também “receitada” para todas as doenças sociais, valendo para a sífilis e o alcoolismo. Em suma, a vida regrada e moralmente higiênica servia de principal pilar imposto para o alcance da cura, enquanto a busca do saudável demandaria vigilância e controle sobre si e sobre os outros.

Antes de o conhecimento científico constituir a base teórica para explicar o comportamento dos seres invisíveis e nocivos à saúde, os higienistas do século XVIII e de parte do XIX, apoiados na teoria miasmática, mantiveram como função essencial limpar o ambiente para mantê-lo protegido das epidemias. No final do século XIX e nos primeiros anos do XX, esses especialistas mantiveram a preocupação de sanear e limpar a cidade. Seus conhecimentos, já então sustentados por teorias sobre germes e bacilos – responsáveis pelas péssimas condições de saúde e higiene urbana – se consolidam cientificamente, constituindo a base para elaboração de planos de intervenção nas cidades.

A microbiologia ou *bacteriologia*, como ficou conhecida essa nova maneira de enxergar as doenças, caminhou junto com a saúde pública na virada do século XIX. Este entrelaçamento possibilitou uma nova maneira de conceber a multidão e

⁵¹ ALVARO, Guilherme e GODINHO, Victor. Tuberculose. Contágio, Curabilidade, Tratamento hygienico e Prhophylaxia. São Paulo: Escola TYP. Salesiana. 1899.

o indivíduo, as influências do ambiente e dos micro-organismos, o doente e o são. Se é interessante identificar os pioneiros das descobertas científicas, mais interessante ainda é perceber como essas descobertas foram aplicadas.

A origem bacteriana e microbiana das epidemias direcionou um olhar apurado sobre a cidade, para os locais de convívio a serem estudados minuciosamente para que, além dos procedimentos médicos de profilaxia e cura das doenças, os próprios ambientes fossem projetados e construídos de forma a não acumular germes. Desse modo, técnicas presentes em manuais e tratados orientaram o estudo de engenheiros e arquitetos que, através dos conhecimentos adquiridos pelas leituras disponíveis nas Escolas de Engenharia e nas reuniões de medicina, elaboravam projetos ad hoc para cidades brasileiras.

O advento da microbiologia possibilitou, assim, um novo olhar para as relações humanas. No caso da tuberculose, o conhecimento do Bacilo de Koch deu um novo rumo às noções de contágio da doença por parte dos médicos, e fez com que as concepções mesológicas de contágio se tornassem menos discutidas. Por outro lado, a crença popular sobre a doença continuou no plano emocional, tal como as crenças sobre contágio transmitidas pelos antepassados ainda presentes no ideário da contaminação – concepções enquadradas nas propostas da teoria miasmática.

Ao estudar o comportamento do Bacilo de Koch, percebeu-se que ele, assim como outros bacilos, ataca os seres humanos sem distinção; a diferença fica com as possibilidades de defesa do organismo de cada um. A teoria da hereditariedade perde sentido e a da degeneração passa ter, a meu ver, duplo sentido: os lugares seriam “degradados” e as pessoas que neles vivem, as vítimas da “degeneração” física, e não moral. Obviamente, as classes menos favorecidas seriam as mais atingidas devido à qualidade da alimentação e do tipo de ambiente físico onde permanecem a maior parte do tempo. No caso dos tuberculosos, a alimentação é um fator decisivo tanto para o contágio quanto para a cura.

Contudo, a ciência que entra em cena no final do século XIX, a bacteriológica, lança um olhar mais apurado nas formas de proliferação dos micro-

organismos encontráveis na maior parte desses lugares insalubres. Os médicos conseguem não só identificar o agente etiológico, mas também entender como eliminá-lo dos ambientes.

De acordo com Thomas Kuhn⁵², o conhecimento se dá pela acumulação da técnica científica. A ciência funcionaria, portanto, como um acumulado de conhecimentos dependentes de uma técnica. Nessa interpretação, a História da ciência torna-se a disciplina que registra tanto o aumento como os obstáculos antepostos à acumulação do conhecimento científico. Uma nova teoria é sempre anunciada juntamente com suas aplicações. Depois de aceitas essas aplicações, acompanha-se a teoria nos manuais e tratados onde os futuros cientistas aprenderão seu ofício. As aplicações não estão lá simplesmente como um adorno ou como documentação. Ao contrário, o processo de aprendizado de uma teoria depende do estudo dessas aplicações, incluindo-se aí a prática da resolução de problemas. Ainda para o autor, o historiador da ciência preocupado com o desenvolvimento científico tem duas tarefas principais:

De um lado deve determinar quando e por quem cada fato, teoria ou lei científica contemporânea foi descoberta ou inventada. De outro lado, deve descrever e explicar os amontoados de erros, mitos e superstições que inibiram a acumulação mais rápida dos elementos constituintes do moderno texto científico.⁵³

Embora esse trabalho utilize os preceitos da teoria bacteriológica como princípio para entender a forma de contágio e as propostas de higiene individual e urbana propostas pelos profissionais, não menos importante é conhecer as concepções de limpeza urbana do ideário mesológico, a fim de acompanhar as discussões e as mudanças ocorridas, bem como as adaptações às novos preceitos das áreas da higiene e do sanitarismo. Dessa forma, pode-se conhecer os procedimentos utilizados pela concepção mesológica em relação aos indivíduos e ao ambiente urbano. O fator enfermo desconhecido pedia um

⁵² KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. 10 ed. São Paulo: Perspectiva, 2011.

⁵³ KUHN, Idem, 2011.

policiamento e uma vigilância estrita na cidade pestilenta. Era o fechamento e a proibição de deixar aquele local contaminado pela doença. Essa proibição imposta pelas autoridades da medicina social, exigia uma catalogação da cidade de rua em rua, bairro em bairro, casa em casa. O lugar onde se encontravam os pestilentos eram demarcados na cidade como extremamente nocivos impondo à família uma disciplina obrigatória que consistia primeiramente, pelo impedimento do doente de contaminar o saudável. De acordo com Foucault⁵⁴, o livre trânsito do enfermo impedido de circular na cidade, resultaria em pena de morte.

1 – A concepção de limpeza da cidade de acordo com as teorias mesológicas e bacteriológicas

As intervenções urbanas empreendidas em boa parte do século XIX pelo corpo de médicos e engenheiros responsáveis pelo saneamento das cidades, no mundo, inclusive no Brasil, encontraram sua fundamentação, desde o final do século XVIII, na *teoria miasmática*. O tema “miasmas”, muito debatido entre estes profissionais, era impreciso e traduzia quase tudo o que tinha relação com a insalubridade; acreditava-se serem emanações nocivas invisíveis que corrompiam o ar e atacavam o corpo humano. Nas cidades, os miasmas seriam gerados na sujeira e na água estagnada, mas também pelos gases decorrentes da putrefação de resíduos orgânicos, os cadáveres humanos e animais.⁵⁵

No Brasil, a discussão referente aos miasmas circulava não somente entre o corpo de médicos e engenheiros; as informações sobre seus efeitos maléficos e as maneiras de eliminá-los chegavam também à população, alimentando a imaginação popular sobre as doenças. A entrada “Miasmas” consta no *Dicionário de Medicina Popular* dirigido à população e escrito em fins do século XIX por Napoleão Chernoviz, médico polonês radicado no Brasil.

⁵⁴ FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 40 ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2012

⁵⁵ Para um maior aprofundamento no assunto, ver: SALGADO, Ivone. “Pierre Patte e a cultura urbanística do iluminismo francês”. In: Revista de Estudos sobre Urbanismo, Arquitetura e Preservação, São Paulo, 2003.

Fundamentadas nessa teoria e focados na higiene urbana, as preocupações e a problematização das cidades no período indicavam a necessidade de intervenções sanitárias severas no ambiente urbano, de modo a fazer dele um lugar limpo e agradável a seus habitantes.

De ampla circulação no Brasil, o *Dicionário de Medicina Popular* define “miasmas” da seguinte maneira:

Miasmas. Tomando a palavra em sua accepção toda, consideram-se este titulo todas as emanções nocivas, que corrompem o ar e atacam o corpo humano. Nada há mais obscuro do que a natureza intima dos miasmas: conhecemos muito pouco as causas que os originam; podemos apreciar grande numero de seus efeitos perniciosos, e apenas sabemos o que elles são. Submetendo-os a investigação de nossos sentidos. Só o olfato nos pode advertir da sua presença: não nos é dado toca-los nem vê-los. A chimica mais engenhosa perde-se na sutileza das doses das combinações miasmáticas: de ordinário, nada descobre no ar insalubre e mortífero que d’elles esteja infectado, e quando consegue reconhecer n’elle uma proporção insólita, ou a presença accidental de algum principio gazoso, não nos releva senão uma diminulissima parte do problema. (...) Dizemos, por conseguinte, a sua composição intima, e occupemo-nos de suas causas, effeitos e dos meios preservativos. Os miasmas fazem parte desse systema geral de imanações, que tem tão grande parte na natureza. Cada ente os recebe e os transmite reciprocamente. Nesta troca continua de elementos, operam-se as misturas, as separações, as combinações mais variadas. Em certos casos, nascem miasmas, espécie de venenos voláteis, invisíveis, impalpáveis, cujas fontes são felizmente conhecidas e que podemos evitar ou destruir. As condições que favorecem os desenvolvimentos miasmáticos estão bem determinadas. Os pântanos offerecem-se em primeiro lugar. Ninguém ignora quanto são comuns, sobre o globo, as moléstias, e especialmente intermitentes benignas ou perniciosas que provem delles. Estes effluvios pantanosos, cujos insalubres effeitos sobem pela decomposição das matérias vegetaes e animaes, são sobretudo temíveis nos paizes quentes visto que a atividade da putrefacção está na razão directa do calor. (CHERNOVIZ, 1862, 1890)

A definição de Chernoviz é bem completa no que se refere à ideia de disseminação de doenças sob o arcabouço miasmático. A “invisibilidade” desses venenos e emanações tornava difícil detectá-lo, tal como depois, as bactérias. A parte mais importante dessa definição, no meu entender, refere-se ao olfato, sentido capaz de identificar sua presença ou seja, na visão do higienista, a sujeira e a emanação das aglomerações, as casas insalubres, as prisões e o próprio doente, seriam, portanto, dissipadores desses venenos. Estereótipos das equivocadas teorias relativas a eventuais inferioridades sociais.

A teoria miasmática consistia basicamente em orientar a limpeza do espaço urbano, desinfetar, praticar uma higiene “desodorizante” que protegesse o ar de emanações e fedores provenientes das matérias orgânicas em estado de putrefação. O miasma podia estar presente em tudo: excrementos humanos e animais, solos úmidos, pântanos, habitações mal construídas, cadáveres, hospitais, pessoas doentes, doenças em geral, água suja, etc. A palavra de ordem da teoria era “LIMPAR”, o que significava muito mais do que simplesmente lavar e drenar, e sim assegurar o escoamento, a evacuação, a eliminação da imundice, enfim, a circulação e o afastamento de tudo o que seria nocivo à saúde coletiva.

Para a compreensão e estudo da teoria miasmática remeto texto de Michel Foucault, do livro *A Microfísica do poder*, no qual explica o princípio da “medicina urbana”⁵⁶. Segundo o autor, esta consistia basicamente em analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo o que no espaço urbano pudesse provocar doenças, elencando locais de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos. Prescrevia-se também o controle da circulação, não só dos indivíduos, mas das coisas ou dos elementos (essencialmente a água e o ar). O autor descreve ainda situações coletivas que denominou de “medo urbano”, “medo da cidade” e “angústia diante da cidade”, quando coletivamente se tem a consciência de que algo causasse o alastramento das epidemias, principalmente em vista

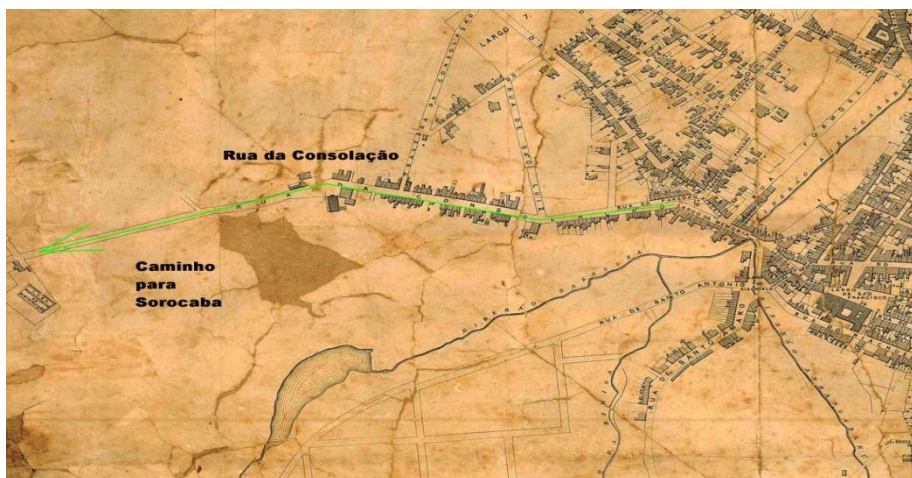
⁵⁶ FOUCAULT, Michel,. *Microfísica do poder*: organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006

daprecária situação material do ambiente urbano intensificado ao se sentir o mau cheiro dos lugares.

Orientados pelo odor, o cheiro que emanava do ser humano, vivo ou morto, estava para as pessoas, entre os mais temidos. Ao cadáver, por exemplo, atribuíam-se o pior fedor e a maior periculosidade. Teorias referentes às emanações miasmáticas dos cadáveres, elaboradas a partir do século XVIII, perduraram por todo século XIX. No Brasil, os governos – com base na teoria médica do período – promulgaram, a partir de 1850, leis e decretos que proibiam o sepultamento dentro das igrejas, propondo a construção de cemitérios públicos em áreas específicas da cidade de São Paulo⁵⁷

A partir dessa orientação, constrói-se o Cemitério Público da Consolação, inaugurado na cidade em 1854. O engenheiro Carlos Frederico Rath, administrador do Cemitério dos Protestantes da Luz, sugeriu, com base na teoria mesológica, o local que considerava apropriado para a implantação de um cemitério público, o Alto da Consolação, no caminho para Sorocaba, pois se tratava de uma área distante do núcleo urbano onde os ventos sopravam em direção contrária à cidade. O segundo cemitério público foi o do Araçá, projetado e construído também sob a mesma orientação.

⁵⁷ Ver: JORGE, Karina Camarheiro. “Urbanismo no Brasil Império: a Saúde Pública na cidade de São Paulo no século XIX (Hospitais, Lazaretos e Cemitérios)”. 2006. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006. E MASTROMAURO, Giovana Carla. Urbanismo e salubridade na São Paulo Imperial: O Hospital do Isolamento e o Cemitério do Araçá. Dissertação de mestrado apresentada a PUCCampinas para obtenção do título de mestre em Urbanismo, 2008..



Mapa 1: Região oeste da cidade de São Paulo em detalhe do mapa da cidade de 1881. denominado “Planta da Cidade de São Paulo levantada pela Companhia Cantareira e Esgotos. Henry B. Joyner M.I.C.E.”. Fonte: Arquivo do Estado de São Paulo (1954).⁵⁸

As ações de rebocar, forrar, pintar, caiar paredes, tetos e madeiramentos corresponderiam a vestir uma couraça contra os miasmas. Garantir a ventilação era o principal foco dos higienistas de modo a controlar o fluxo do ar. Ventilar implicava em varrer as baixas camadas do ar, constranger a selvagem circulação dos miasmas, controlar o fluxo mórbido lá onde a natureza não pode exercer livremente sua regulação⁵⁹. Quando as regras higiênicas de limpeza pautadas na bacteriologia são estipuladas no século XX, repetem-se os mesmos preceitos de limpeza, deles diferenciando-se pelo objetivo de se “encourçar” contra os germes e micróbios. Aquilo que na teoria miasmática constituía emanções misteriosas e invisíveis, na era bacteriológica, igualmente invisível a olho nu, recebeu nomes e variadas tipologias.

Quanto aos miasmas, caracterizados principalmente pela presençanos lugares públicos, lavava-se, afastava-se, remanejavam-se as coisas. A tendência era fazer circular a água e o ar. Quando os miasmas começam a ser reconhecidos

⁵⁸ JORGE, Karina C. Urbanismo no Brasil Império: a saúde pública na cidade de São Paulo no século XIX (hospitais, lazaretos e cemitérios). Dissertação apresentada na obtenção do título de mestre na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2006

⁵⁹ CORBIN, Alan. *Saberes e odores*. O Olfato e o Imaginário Social nos Séculos XVIII e XIX. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

em lugares privados, como nas residências, por exemplo, os higienistas veem na maneira de viver do pobre e nas emanções oriunda de seus corpos um grande problema de higiene pública. A obra clássica de Alain Corbin, *Saberes e Odores – o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*, mostra o incômodo da burguesia francesa perante os odores oriundos de determinados componentes da população. Reconhece-se nas casas apinhadas de gente e nas condições de vida das pessoas que as habitam um dos focos de intervenção dos higienistas; estes imputam às condições decorrentes do crescimento desordenado das cidades a proliferação dos elementos desencadeadores do processo mórbido.

2 - Estudos de bacteriologia: um breve percurso histórico

Os estudos bacteriológicos surgiram em meados do século XIX, mas só se confirmaram em 1880 com Louis Pasteur, ao pesquisar o movimento de fermentação das bactérias. Fundamentada nos estudos das bactérias e dos micróbios, a bacteriologia pode ser resumida pela definição de José Pedro de Carvalho Lima em 1934:

As bactérias são seres infinitamente pequenos, classificados entre as plantas, não só pela morfologia como pela composição química. O estudo destes seres ínfimos se constitui na bacteriologia.⁶⁰

Entre 1880 e o início do século XX esses estudos bacteriológicos se disseminaram e se consolidaram no mundo todo. Os equipamentos dos laboratórios, as pesquisas, as estruturas médicas e as decisões político-administrativas se autoinformaram, num longo percurso e pela aliança entre diferentes grupos. A conjugação de interesses e o requinte estratégico-científico de legitimação da verdade descoberta fincaram alicerces para a construção de

⁶⁰ LIMA, José Pedro de Carvalho. *Bacteriologia*. Sociedade São Paulo: Imprensa Paulista, 1934.

uma nova ciência e de um novo tempo: o tempo dos laboratórios e dos seres invisíveis⁶¹.

As pesquisas científicas ocorreram concomitantes à expansão das cidades e ao crescimento populacional e, assim, ao consequente aumento da quantidade de doentes no perímetro urbano; fez com que as doenças epidêmicas se tornassem um denominador comum das grandes aglomerações.

A capital paulista expandiu-se de modo inédito na segunda metade do século XIX. Já no final do século XIX, São Paulo apresentava indícios da grande metrópole que se tornaria. Nesse período, o Estado começa a se destacar como polo econômico e industrial do país. A vinda de imigrantes e a abertura de indústrias levaram a capital do estado a um período de intenso e constante crescimento e a tornou abrigo de grande contingente populacional.

Diversas obras urbanísticas foram executadas na capital paulista, sendo as mais notáveis a abertura da Avenida Paulista (1891) e a construção do Viaduto do Chá (em 1892, a cargo do engenheiro francês Jules Martin). Destaca-se, em 1893, a criação da Cia Cantareira de Água e Esgoto, principal empresa de abastecimento de água da capital. Além dessas obras importantes, várias outras dão conta do cotidiano da cidade, como o caso de bibliotecas e teatros.

Na área da saúde pública surgiram laboratórios especializados em questões sanitárias, cujo objetivo principal voltava-se para a formação de um “exército” defensor da boa conduta e da garantia de higiene pública das cidades. Regulados pela Legislação Sanitária Estadual formulada em 1892, a capital paulista foi sede dos primeiros laboratórios orientados pelas descobertas científicas. Esses laboratórios contaram em sua diretoria com nomes de importantes médicos higienistas radicados na capital, dentre os quais, Emílio Ribas, Vital Brazil e Adolfo Lutz, médicos cujas ações foram fundamentais para a implantação e manutenção da concepção de higiene e salubridade públicas.

⁶¹ Ver: ALMEIDA, Marta de. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo, 1898-1917*. Dissertação de mestrado, São Paulo, Departamento de História da FFLHC da Universidade de São Paulo, 1998.

Desses polos de pesquisas e estudos da capital, destacamos: o Laboratório Bacteriológico, os laboratórios de Análises Clínicas e Bromatológicas, o Instituto Vacinogênico e o Instituto Butantã.

O Instituto Vacinogênico da cidade, criado em 1892, fornecia a cultura da vacina animal contra a varíola. Já os laboratórios Farmacêutico e de Análises Clínicas e Bromatológicas deveriam analisar o estado dos alimentos e das bebidas.

O Laboratório Bacteriológico, formado em 1893, passou a se chamar Instituto Adolf Lutz (IAL) em 1896. O IAL marcou e consolidou a era da microbiologia paulista, e disponibilizou espaço físico especializado para o estudo da bacteriologia. Instalado provisoriamente no Prédio do Serviço Sanitário e depois transferido (ainda precariamente) para um prédio da Rua Direita, lá funcionou até 1896, quando finalmente foi instalado na Avenida Municipal – atualmente, a Avenida Doutor Arnaldo – ao lado do Hospital de Isolamento. A localização definitiva ajudou muito no diagnóstico dos doentes que davam entrada no hospital. Ao assumir a diretoria do laboratório em 1892, Adolfo Lutz, neste mesmo ano, aplicou diversas técnicas de exames bacteriológicos já em uso em alguns laboratórios ao redor do mundo – como, entre outros, o Instituto Pasteur na França, o Instituto Bacteriológico de Messina na Itália, o Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo na Alemanha.⁶²

Em 1899 foi criado o Instituto Butantã em virtude da epidemia da peste bubônica na cidade de Santos. O médico Vital Brazil foi o responsável por realizar pesquisas sobre a doença no Hospital de Isolamento daquela cidade. Em seu laboratório, descobriu que a doença transmitia-se por meio dos ratos, e sua terapêutica seria feita por meio de um soro produzido somente no Instituto Pasteur, na França. O médico Emílio Ribas obteve acesso ao soro através de contatos diplomáticos que possuía na França. Contudo, no intuito de produzir o soro na capital paulista, a administração estadual de São Paulo adquiriu a Fazenda Butantã, localizada a 9 km da capital paulista, para nela instalar o

⁶² ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Instituto Adolf Lutz: 100 anos do Laboratório de Saúde Pública*. São Paulo: Letras e letras, 1992.

Instituto Vacinogênico (posteriormente chamado de Instituto Butantã). A direção ficou a cargo de Vital Brazil, especialista com larga experiência no campo do ofidismo em pesquisas realizadas no Instituto bacteriológico.⁶³

Cabia ao diretor de higiene controlar toda a produção desses laboratórios, os quais tinham por finalidade fortificar as estruturas para zelar pelo saneamento e salubridade da cidade, bem como pelo bem-estar da população. Além disso, ele deveria supervisionar o exercício da medicina e da farmácia e o trabalho da seção de demografia sanitária.

A criação desses laboratórios demarca um território físico em São Paulo onde foi possível colocar em prática muitas experiências científicas vigentes na época. Mesmo assim, a microbiologia não foi aceita de imediato por alguns médicos, ainda vinculados à antiga concepção médica baseada no miasma.

Importante também é a existência de extensa produção bibliográfica sobre o início das discussões e a implantação da nova ciência em São Paulo. Selecionamos o estudo da pesquisadora Marta Almeida, *A República dos invisíveis: microbiologia, e saúde pública em São Paulo 1898-1917*, obra na qual a autora explica o *processo* de inserção da nova ciência em São Paulo, de acordo com a atuação do médico Emílio Ribas e de sua percepção da aliança entre a microbiologia e a higiene como caminho para a implementação de uma política sanitária efetiva para a cidade. Já o historiador Luiz Antonio Teixeira, no livro *Na arena do esculápio: A sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo (1895-1913)*, discute o processo de criação da Sociedade de Medicina e as controvérsias causadas no espaço institucional de São Paulo quando dos debates referentes à ciência. O autor analisa a fundo as contribuições e os debates ocorridos nos congressos e as produções textuais do período. Outro trabalho importante para a compreensão da saúde pública paulista é o texto de Rodolpho Telarolli Junior *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*, no qual são discutidas as teorias e as formas de propagação das epidemias – em especial a febre amarela, até a aceitação da transmissão da doença pelo mosquito

⁶³ ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Instituto Adolf Lutz: 100 anos do Laboratório de Saúde Pública*. São Paulo: Letras e letras, 1992.

–, além da análise da atuação do serviço sanitário em diversas cidades do Estado de São Paulo.⁶⁴

Estes três trabalhos têm em comum a análise dos debates em torno da febre amarela no Brasil que congregou médicos cariocas e baianos – assim como alguns italianos, como é o caso do médico Sanarelli – até a efetiva consolidação de seu conhecimento, com o resultado das experiências realizadas por Emílio Ribas e Adolfo Lutz no Hospital de Isolamento de São Paulo.⁶⁵

A criação desses laboratórios não garantia a aceitação imediata da microbiologia, nem evitava controvérsias nos diálogos médicos. A existência desses locais e os estudos neles desenvolvidos dão a falsa ilusão de que uma teoria foi substituída por outra logo após a Proclamação da República. Entretanto, isso não ocorreu. Entre os médicos se estabeleceu uma grande tensão, principalmente porque muitas das técnicas utilizadas por eles no controle das epidemias haviam obtido bons resultados antes da microbiologia. Assim, a nova ciência exigia a mudança na forma de *interpretar* as doenças, do método de curar o doente e de enxergar a coletividade.

De acordo com Thomas Kuhn⁶⁶, se colocarmos a bacteriologia como um paradigma, no momento em que começa a se impor, ela deve, ao mesmo tempo, conquistar a adesão dos que ainda acreditam em outra teoria concorrente. Para uma nova ideia prevalecer sobre a antiga, seria preciso traçar um campo de conhecimento por ela proposto e, conseqüentemente, as possibilidades de resolução dos novos problemas.

Dessa forma, para se chegar a uma adesão total os médicos se viram obrigados a acompanhar os debates e as experiências sobre a microbiologia, e assim, assegurar que a saúde pública tomasse um novo e definitivo rumo.

⁶⁴ Para referência completa, ver Bibliografia.

⁶⁵ ALMEIDA, Marta de. República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo, 1898-1917. Dissertação de mestrado, São Paulo, Departamento de História da FFLHC da Universidade de São Paulo. E MASTROMAURO, Giovana Carla. Urbanismo e salubridade na São Paulo Imperial: O Hospital do Isolamento e o Cemitério do Araçá. Dissertação de mestrado apresentada a PUCCampinas para obtenção do título de mestre em Urbanismo, 2008.

⁶⁶ KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. 10 ed. São Paulo: Perspectiva, 2011.

Exemplo contundente pode indicar a dificuldade para os que acreditavam nas concepções telúricas como causas de epidemias; eles tiveram que entender e incorporar o conhecimento do novo mundo dos micro-organismos. Ora, se no século XVIII e começo do XIX era inconcebível habitar perto de um hospital ou de um rio considerado “doente”, com a microbiologia isso muda. A ciência colocava à disposição vacinas e produtos químicos capazes de reconhecer e frear o que antes recebia o nome de miasma, e agora ganhava denominações mais específicas de germes, bactérias e micróbios.

De acordo com a proposta geral do Projeto Temático no qual este trabalho esteve inserido, enfatizamos o argumento proposto por Bresciani para entender o processo de implantação das novas concepções:

Recusamos, assim, a ideia de uma sequência linear, na qual um saber se vê substituído por outro e nos interessamos pelas permanências e apropriações desses saberes constitutivos, ainda quando subsumidos e recalcados. A originalidade do projeto reside, portanto, no acompanhamento dos princípios higienistas e sanitários, correntes em vários países europeus no século XVIII, adotados por médicos e arquitetos, com frequência traduzidos em dispositivos legais e colocados a serviço de intervenções nas cidades desde a primeira metade do século XIX. Nesse sentido, a teoria miasmática, de larga aceitação nos tratados de Higiene Social e Higiene Urbana, em período que cobre praticamente todo o oitocentos, bem como a subsequente teoria microbiana, serão analisadas em suas formulações e no modo de aplicação de suas noções básicas na definição do traçado urbano, na reforma e construção de edifícios públicos e particulares.⁶⁷

3– Teoria Miasmática *versus* Teoria bacteriológica: experiências e controvérsias na medicina

⁶⁷ Projeto Temático “Saberes Eruditos e Técnicos na Configuração e Reconfiguração do Espaço Urbano séc. XIX e XX” Processo FAPESP nº 2005/55338-0.

Desde o século XVIII, a teoria miasmática encontrava-se enraizada nos países europeus e em suas colônias, como o Brasil. Quando da descoberta das bactérias ao final do século XIX, a opinião médica se dividiu: uns acreditavam na nova ciência, outros mantinham suas crenças na teoria anterior⁶⁸.

As descobertas no campo da bacteriologia e a ruptura das teorias médicas relativas às velhas concepções miasmáticas fizeram com que muitos médicos entrassem em discordâncias quanto às novas maneiras de medicar. Muitos adeptos da teoria miasmática simplesmente taxaram os bacteriologistas de insanos, assim como esses, por sua vez, viam os adeptos da teoria mesológica como atrasados e retrógrados.

Em todos os lugares aonde as doenças se propagavam, durante um bom tempo, os médicos e as autoridades enfrentaram bastante dificuldade em interpretar as causas da epidemia e propor medidas eficazes para o seu combate. Por exemplo, no Brasil, a questão mais geral consistia em saber se a doença se propagava por contágio ou por infecção. Daí coexistirem duas filosofias médicas: a dos “contagionistas” e a dos “infeccionistas”. Para os contagionistas, a doença podia ser transmitida de pessoa para pessoa e de duas maneiras: ou diretamente, através do contato físico, ou indiretamente, através do toque em objetos contaminados pelos doentes ou da respiração do ar que os circundava. Para os infeccionistas, a infecção se devia à ação que substâncias animais e vegetais em putrefação exerciam no ambiente. A infecção, então, atuava a partir de um foco do qual emanavam os tais “miasmas mórbidos”.⁶⁹

No *Dicionário de Medicina Popular* de Napoleão Chernoviz⁷⁰ também é possível encontrar a concepção de contágio e infecção. Como o dicionário foi editado entre 1862 e 1890, percebemos que muitas concepções médicas

⁶⁸ ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

⁶⁹ Para uma maior compreensão sobre os contagionistas e os infeccionistas, consultar os seguintes trabalhos: CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996; e BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera o flagelo do Grão Pará*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2004.

⁷⁰ CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. Rio de Janeiro: [s.i.], 1862 a 1890.

permaneceram vigentes no período em que as descobertas pasteurianas já se difundiam. As explicações sobre infecção e contágio, por exemplo, permanecem as mesmas nas duas datas.

O próprio Chernoviz (1890), ao definir “contágio”, sinaliza a falta de precisão das teorias médicas do período:

Contágio: Entende-se por contágio a propriedade que tem certas moléculas de se comunicar de um a outro indivíduo pelo contato, ou por intermédio de ar. Parece, à primeira vista, que não há coisa mais fácil do que decidir quais são as moléstias que possuem, ou não, esta propriedade, e entretanto poucas questões médicas tem sido mais debatidas e tem ficado mais indecisas. É verdade que todos estão de acordo sobre a propriedade e, entretanto, poucas questões médicas têm sido mais debatidas e têm ficado mais indecisas(...)

A definição de contágio remete ainda à ideia do isolamento como medida profilática:

De que maneira deve preservar do contágio?

A razão nos indica a providencia mais eficaz, a **isolação**, para evitar o contato e a atmosfera dos doentes. Assim não se permitirá que as crianças afetadas de bexigas, cataporas, sarampos, escarlatina e coqueluche, se juntem com as que não estão afetadas dessas moléstias. Não se levarão mesmo as crianças sãs a lugares contaminados de semelhantes enfermidades, nem lá irão seus pais para não virem a transmiti-las a seus filhos (...)

E, quando o médico define a infecção, relacionando-a diretamente aos focos de “emanações miasmáticas”, refere-se ao meio ambiente como propagador das mesmas:

Infecção: Ação exercida na economia por miasmas morbíficos. A infecção difere do contágio, em que este, uma vez produzido, não tem mais necessidade, para se propagar, da intervenção das causas que lhe deram origem; em que este se reproduz de certo modo por si mesmo, por contato, e independentemente, até certo ponto, das condições

atmosféricas; ao passo que a infecção, devida à ação que substancias animais e vegetais em putrefação exercem no ar ambiente, não atua senão na esfera do foco de que emanam os miasmas morbíficos. Verdade é que a infecção propaga-se de um indivíduo doente a outro são, como o contágio, é alterando o ar ambiente que o primeiro indivíduo atua sobre o segundo, a respeito do qual ele vem a ser, de alguma sorte, outro foco de infecção⁷¹.

Os paradigmas médicos do contágio e da infecção pareciam se combinar com frequência. O ar, como elemento de transmissão das doenças, estava presente nas duas teorias, embora com percepções diferentes; daí a importância da teoria miasmática como fundamento para a definição das propostas de saneamento da cidade. Os médicos que acreditavam na teoria do contágio recomendavam, por exemplo, quarentenas para os navios que chegassem aos portos e isolamento dos doentes em hospitais e asilos distantes da cidade. Já os que se pautavam pela teoria da infecção recomendavam providências para transformar as condições locais e impedir a produção das “emanações miasmáticas” tão temidas.

A partir da adaptação da medicina à nova ciência, o campo de tensão se estabelece entre os que se mantinham partidários da velha teoria e os que se arriscavam a novas experiências. O período foi marcado por um turbilhão de informações na medicina que repercutem nos assuntos de higiene urbana e problemática das epidemias.

As doenças epidêmicas e urbanas sempre foram um dos graves problemas da humanidade, acentuados principalmente pelo fato de se desconhecer as causas de sua eclosão. No Brasil, a febre amarela se mostrou como um grande problema para as administrações, que viam na insalubridade dos lugares os maiores focos da doença. Na última década do século XIX, a febre amarela foi o tema principal dos debates médicos nacionais. Suas formas de propagação e meios de prevenção ocuparam grande parte das discussões voltadas à saúde pública nos principais centros urbanos. No estado de São Paulo se debateu muito sobre a febre amarela, em especial pelos altos índices de morte ocorridos no final

⁷¹ CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. Rio de Janeiro: [s.i.], 1862 a 1890.

do século XIX nas cidades de Santos e Campinas. Médicos e engenheiros discutiam maneiras de reduzir os índices de mortalidade investindo na salubridade dos lugares⁷².

O bacteriologista Emílio Ribas foi o principal médico no estudo da erradicação da febre amarela em todo Estado de São Paulo. Suas pesquisas e experimentos foram decisivos para as ações de saneamento das cidades acometidas no período. Todavia, ainda que suas ações surtissem efeito, o modo como ele colocou o problema da febre amarela – desconhecido até o ano de 1900 – instigou uma série de comentários e desavenças entre os médicos que relutavam em se adaptar à nova ciência bacteriológica.

Na primeira metade da década de 1850, embora fosse consensual a febre amarela constituir uma doença que se originava de emanções pútridas denominadas miasmas, as opiniões sobre os meios de propagação da doença divergiam: alguns achavam que ela era contagiosa, outros que era infecciosa. Segundo Luiz Antonio Teixeira, para explicar seu aparecimento alguns médicos apelavam para diversos fatores topográficos, atmosféricos e de saneamento:

Ladeados por engenheiros, químicos e outros profissionais de campos correlatos, os médicos higienistas voltavam-se para a intervenção nos aspectos urbanístico: o ar confinado nas habitações coletivas, nas fábricas, nas ruas estreitas; a influência corruptosa dos matadouros, cemitérios, valas, esgotos e a água nem sempre vinda de fontes puras eram os principais focos de sua atenção. Assim as formas de combater o mal se voltavam para medidas de reorganização urbana e normatização de vários aspectos da vida cotidiana.⁷³

⁷² Veremos detalhes deste investimento na cidade de São Paulo ao abordar o documento da Inspeção dos cortiços da Santa Efigênia.

⁷³ TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Na arena do esculápio: a sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo (1895–1913)*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 2007

Rodolpho Telaaroli Júnior⁷⁴ afirma que, até o início de 1900, não houve consenso em ser a febre amarela transmitida pelo mosquito. De um lado, encontravam-se os adeptos da transmissão hídrica, cujo nome de maior expressão foi o do médico Luis Pereira Barreto. De outro lado, havia ainda os que defendiam a forma mista de propagação da doença. Ou seja, combinavam-se mecanismos de contágio e infecção, conferindo-lhes uma natureza infectocontagiosa.

Já Pereira Barreto propôs que a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo⁷⁵ se ocupasse de assuntos relativos à febre amarela, sugerindo ser a doença transmitida pela água, após análise da situação da água encanada. Indicou também uma série de medidas que objetivava sanear os mananciais existentes e ampliar a oferta de água potável para a população. O médico teria chegado a essa conclusão ao observar a ocorrência de uma violenta epidemia no verão de 1889 (bem como no de 1890) quando a população da cidade de Campinas serviu-se da água de poços, em franco contraste com a ausência de epidemia no ano de 1891, momento em que a cidade começou a ser abastecida por água potável.

Havia também uma crença de que a febre amarela produzia uma toxina responsável por alguns dos sintomas da doença. Neste sentido, a historiografia menciona diversos pesquisadores que realizaram seus estudos em território brasileiro. Além de Pereira Barreto, temos o médico italiano Dr. Sanarelli, defensor da tese de que a febre amarela consistia em uma doença do sangue. Essa teoria foi apoiada por diversos médicos brasileiros de prestígio, tais como Adolf Lutz (diretor do Instituto Bacteriológico), Victor Godinho, Carlos Seidl e Arthur Mendonça.⁷⁶

⁷⁴ TELLAROLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1996.

⁷⁵ Luiz Pereira Barreto foi o primeiro presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. O médico esteve presente nos principais debates científicos até a década de 1910.

⁷⁶ TELLAROLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1996.

Como é sabido, o mérito da descoberta definitiva da doença ficou a cargo de um médico cubano, Dr. Carlos Finlay. Sua teoria, desenvolvida em 1881 e somente difundida em âmbito mundial na virada do século XX, enriqueceu o debate no interior do corpo médico.

Ao lado de Emílio Ribas, Adolf Lutz também estava entre os médicos que incorporaram a teoria de Finlay – a chamada “teoria havanesa” –, propondo a profilaxia pela exterminação dos focos do mosquito. Lutz e Ribas repetiram com rigor as experiências realizadas em Cuba: com uma comissão presidida por Pereira Barreto, eles próprios se submeteram às experiências como cobaias dos estudos (embora nunca tenham contraído a doença).

Desde 1898, Emílio Ribas mantinha contato com as autoridades da pesquisa cubana, comparando seus resultados com outra experiência realizada em Londres por Patrick Manson – também adepto da teoria da transmissão da malária pelo mosquito. A partir desses dois exemplos, Ribas tentou estudar a febre amarela em São Paulo, acreditando na possibilidade de ser o mosquito o transmissor da doença. Porém, o médico só conseguiu realizar as pesquisas entre o ano de 1902 e 1903, após serem reunidas condições técnicas necessárias para sua execução⁷⁷, para a qual deveriam ser permitidas experiências com seres humanos, além da importação de uma remessa de mosquitos do Rio de Janeiro.

A pesquisa de Emílio Ribas consistiu em mais um passo rumo à definição da área da microbiologia. Associar os mosquitos à febre amarela e não ao seu fator mesológico de transmissão era inovador, e significava romper com as teorias médicas do passado. Todavia, apesar da repercussão da teoria de Finlay e sua divulgação pela comissão de Reed, era a primeira vez que, no Brasil, se fazia uma experiência empírica relacionada à doença. Os estudos de Ribas e de sua equipe foram conduzidos no Hospital de Isolamento e dispunham de voluntários (em sua maioria, imigrantes italianos) que se deixavam picar pelos mosquitos, enquanto outros conviviam vários dias com as roupas e os objetos dos infectados.

⁷⁷ Entre outras coisas, a autorização do então Presidente do Estado, Rodrigues Alves.

A partir daí, pode-se dizer que se inicia uma nova era na saúde pública paulista, confirmando em território brasileiro o fato de a febre amarela ser transmitida por um mosquito. A teoria miasmática começa a ser alvo de debates entre médicos, que não a abandonam nem a rejeitam, mas que agora dispõem de novos conhecimentos para a elaboração das decisões tomadas quanto às medidas de profilaxia e cura das epidemias.

Através das cartas pessoais trocadas por Emílio Ribas com outros médicos bacteriologistas, pode-se perceber a tensão entre posições médicas divergentes. As cartas falam por si mesmas e mostram claramente o clima de tensão, como veremos a seguir.

4 - As experiências de Emílio Ribas: cartas pessoais

Na palestra em homenagem ao falecido médico Emílio Ribas, realizada na Faculdade de Higiene em 20 de março de 1959, o doutor José Antonio Alves dos Santos inicia seu discurso dizendo que Ribas foi “o maior sanitarista de nossa terra”. O objetivo do evento era relembrar a carreira do médico que fora diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo de 1898 a 1917. A palestra teve como tema principal a erradicação das epidemias no Estado, com atenção especial à febre amarela.

A primeira publicação sobre a profilaxia dessa doença no Brasil, “O mosquito como agente de propagação da Febre Amarela”, foi anunciada por Emílio Ribas em 14 de janeiro de 1901, sendo um marco do momento inicial das experiências no país, inspiradas naquelas feitas em Havana. Ribas se apoiou em uma comissão especializada em diagnóstico composta por vários especialistas: Pereira Barreto, Adriano de Barros, Silva Rodrigues, Adolf Lutz, André Ramos, Oscar Moreira e Domingos Vaz.

As experiências contaram com a ajuda de imigrantes que se submeteram como voluntários para a seguinte rotina: picadas dos mosquitos, seguido de

reclusão durante dez dias no Hospital de Isolamento para dormir em camas cujas roupas tinham sido propositalmente contaminadas por vômitos negros e excretos de doentes de febre amarela. Os resultados foram inovadores: nenhum voluntário contraiu a doença. Mas como era de se esperar, tais experiências não ocorreram sem polêmicas por parte de muitos médicos – principalmente dentre aqueles que achavam uma violência usar seres humanos para estes fins, visto a não convicção e descrença de que a febre amarela fosse transmitida por um mosquito. Alguns higienistas chegaram a acusar a equipe de Ribas de homicídio. Logicamente, quando os resultados iam à contramão das expectativas, os médicos se tornavam os principais responsáveis pelo fracasso.

Em carta enviada a Emílio Ribas por Lima Pereira Barreto, de Pirituba, em 20 de fevereiro de 1903, temos um panorama das tensões em torno dos estudos:

O artigo de hontem, de Adolpho Pinto, foi uma magnífica introdução para o nosso relatório revelando ao publico o que a Hygiene official de S. Paulo tem feito á bem da sciencia e da humanidade... **Ninguém mais poderá accusarnos de tentativa de homicídio:** e, muito pelo contrário, o publico agradecerá ao director da hygiene estadual o serviço prestado, o que mais he, se submeterá de bom grado à todas as contingencias da guerra de exterminio aos mosquitos. Convem agora apressar a publicação do relatório e fazer segui-lo da publicação mais completa, por parte da Directoria, de todo o processo dando todos os detalhes inclusive as declarações dos pacientes, que se prestaram às experiências. He de maior importância que este trabalho da Directoria appareça ao mesmo tempo em portugûes, frances e ingles para que o mundo inteiro fique sabendo da nossa contribuição para a solução do problema.⁷⁸

Por outro lado, os médicos, adeptos da nova ciência, e convictos das experiências de Ribas, se mostram bastante satisfeitos com os resultados. Em

⁷⁸ Documentação particular de Emílio Ribas, seções: cartas. Fonte: Museu de Saúde Emílio Ribas. Grifo nosso.

carta enviada de Campinas por Eduardo Lopes a Emílio Ribas, em 25 de fevereiro de 1903, lê-se:

Li hontem o relatório apresentado pela comissão medica que acompanhou as experiências, de vossa iniciativa, sobre a transmissão da febre amarela pelo *stegomya*⁷⁹. Apesar de ter tido anteriormente conhecimento dos resultados das experiências e estar portanto na convicção de que o relatório não podia deixar de ser uma confirmação das idéias que já haveis esperado, felicito-vos sinceramente porque as conclusões dos relatórios vieram, ao desvanecer quaesquer duvidas que porventura subsistissem no espírito de alguns sobre o fundamento scientifico da profilaxia da febre amarela de forma porque ultimamente a estabeleceste em nosso serviço. Só pela leitura do relatório soube que vos tínheis, com o Dr. Lutz, submettido a picadas de mosquitos infectados, a admiração que inspirou-me esse vosso devotamento levou-me a dirigir-vos esta carta com o fim de vol-a exprimir com toda sinceridade, assegurando-vos ao mesmo tempo que idêntico sentimento terão todos que se interessão pela salubridade de nossa pátria e principalmente pela hygiene do estado de S. Paulo⁸⁰

Do Rio de Janeiro, André Ramos escreve a Ribas depois de ter assistido a uma palestra ministrada por Vital Brasil no Liceu de Artes e Ofícios (RJ) – a qual versava sobre as pesquisas da febre amarela em São Paulo. O intuito da carta foi o de parabenizar o diretor do Serviço Sanitário pelo que o médico havia feito pela saúde pública do Estado. Além disso, nesta carta temos a confirmação de que, conquanto Ribas e Lutz gozassem de popularidade pelos estudos feitos, ainda havia, até aquela data, colegas que se mantinham incrédulos. Uma parte da referida carta, de 28 de junho de 1903, diz:

O que é certo é que funda impressão deixara, nos congressitas ainda incrédulos, quanto á transmissibilidade da febre amarela pelo *stegomyia fasciata*, os trabalhos tão

⁷⁹ Antigo nome usado para denominar o *aedes aegypt*.

⁸⁰ Documentação particular de Emílio Ribas, seções: cartas. Fonte: Museu de Saúde Emílio Ribas.

criteriosamente iniciados e dirigidos pela Directoria do Serviço Sanitario de São Paulo, constantes do bem elaborado Relatorio ou Memoria que apresentastes. Esses trabalhos pois que, até então, eram de somenos importância e de pouca novidade scientifica as Memorias apresentadas e comunicações feitas. Fazendo parte do corpo clínico de S. Paulo estando também, em sessão anterior, feito ao Congresso uma comunicação, apoiando a nova theoria, que, sob tão bons auspícios se inicia, não posso deixar de sentir convosco as suaves emoções que soem despertar a conquista de uma verdade científica pela qual nobre e humanitariamente nos batemos.⁸¹

Contudo, como a medicina se desenvolve também através de suas falhas, situações inesperadas e indesejáveis aconteciam nesses experimentos dentro do Hospital do Isolamento. Quando as experiências começaram a ocorrer, certamente pessoas faleceram e outras sobreviveram, como todo desenvolvimento envolvendo estudos deste gênero e por meio de tais práticas. Quando algum voluntário morria, era um verdadeiro escândalo se alguma informação “vazava”, e a equipe de Ribas se via arduamente atacada. Enquanto ficavam em segredo, porém, os bons resultados recorrentes permitiam que os fatos fossem um pouco “acobertados”. Ou seja, nem tudo o que era divulgado, e nem todos os resultados, como era de se esperar, eram os vitoriosos.

Em carta-relatório direcionada a Ribas, seu colega Gonçalves Cruz descreve uma das experiências fracassadas, realizadas em pacientes picados pelo mosquito:

Quanto a experimentação no homem verificara: que o *stegomyia* transmite a moléstia typica tendo havido infelizmente 3 casos de morte por febre amarella experimental classica, com vomito preto, icterícia, albinuria, etc., sendo os casos verificados pela autopsia, tendo sido encontradas todas as lesões caracterísitcas. Verificaram mais que o mosquito infeccionado não pica (senão

⁸¹ Documentação particular de Emílio Ribas, seções: cartas. Fonte: Museu de Saúde Emílio Ribas.

difficilmente) durante o dia, preferindo fase-lo a noite. Um dos doentes que succumbiu á febre amarela foi picado por dois únicos mosquitos dos quaes 1 quase não sugou. Peço-lhe a mais absoluta reserva sobre esses casos terminados em morte e que foram feitos sob minha exclusiva responsabilidade. Compreende meu caro amigo, como a imprensa nossa adversária exploraria o facto se d'elle tivesse conhecimento.⁸²

Por fim, embora existissem recorrentes controvérsias acerca da febre amarela, a doença foi erradicada no Estado em 1904, um ano após os controvertidos resultados e informações sobre a doença, registrado apenas um único caso de morte.

Mesmo com toda a discussão em torno das duas teorias médicas, o período entre o final do século XIX e o início do XX demarca a microbiologia como ciência única e eficaz. Todos os laboratórios de saúde pública e a maioria dos médicos que conseguiram executar algum plano de profilaxia, tratamento e saneamento tinham os pressupostos da ciência como estrutura de trabalho. Embora muitos médicos fossem adeptos fervorosos da quase extinta teoria miasmática, os trabalhos que encontrariam em São Paulo e no mundo, divulgados por revistas, tratados e manuais estavam pautados em micróbios e bactérias.

As estatísticas demográficas mostram que o programa de erradicação da febre amarela fora vitorioso e responsável pela exclusão da doença do primeiro lugar no ranking das preocupações municipais, como mostra o gráfico abaixo:

Ao expor o diálogo médico em torno da nova ciência bacteriológica, mostrei o ponto de partida para todo projeto de saúde individual e coletiva em vigência no período. A partir do momento em que os microscópios foram postos em prática e a ação dos produtos desinfetantes se confirmou, o olhar da medicina se voltou para a busca desses micro-organismos. Os lugares insalubres continuaram a ser os mais perigosos enquanto a maneira de enxergar estas doenças se modificava.

⁸² Carta sem local definido. Fonte: documentação particular de Emílio Ribas, seções: cartas. Fonte: Museu de Saúde Emílio Ribas. Grifo nosso.

Extinta a febre amarela, a tuberculose ganha destaque como a pior doença da humanidade. Os avanços da medicina foram muito lentos em relação a esta doença, uma vez que o conhecimento do bacilo permitia entender como ele se comportava e também como evitá-lo, mas não como ele deveria ser combatido, o que ajudava a fortalecer as teorias de incivilidade e degeneração do doente, “empecilho” da boa cidade e do progresso.

A tardia descoberta das drogas de combate à tuberculose permitiu traçar um interessante olhar sobre os acometidos, fazendo com que os lugares que eles ocupavam e os que deveriam permanecer fossem insistentemente discutidos e reelaborados pelos diversos profissionais. No centro da discussão estavam as conversas e debates sobre a salubridade, mantido o foco na destruição do bacilo nos *ambientes*; no caso do presente estudo, a residência e o sanatório.

Levando em consideração que o próprio ser humano é considerado bacilar e contagiante, os programas se basearam fundamentalmente no afastamento dos acometidos pela tuberculose, submetendo-os à insolação e à respiração de ar puro – mesmo princípio das técnicas bactericidas dos lugares, que estariam salubres se fossem expostos ao sol e aos bons ares.

No capítulo a seguir, veremos como a bacteriologia direcionou as pesquisas que se basearam na destruição dos micróbios e na sua entrada e proliferação dentro dos lugares fechados. Mostro como a aliança da medicina bacteriológica e da engenharia foi fundamental para um programa global de controle das epidemias. Assim, os higienistas tentam estipular um ou mais modelos de residência e de um lugar ideal para a permanência da população mais acometida pela tuberculose, no caso, a residência dos trabalhadores.

CAPÍTULO III

O primeiro lugar do ficar: a casa e a tuberculose no olhar higienista internacional

“La casa é Il nido dell’uomo. È la base della società. È la pietra angolare della famiglia e delle nazioni.”⁸³

A casa é o primeiro lugar do ficar. É onde se dão as relações familiares, o local de reunião de pessoas que tem laços afetivos e sanguíneos, onde se desenvolvem e se criam os princípios morais e psicológicos de cada integrante daquele espaço. É neste lugar em que se recolhe para a proteção contra fatores externos, é dentro da casa que se permanece. A casa é um local de intimidade.

A forma de morar, as vivências familiares, a estrutura física da casa e as relações afetivas que ocorrem dentro dela foram objeto de estudo constante dos envolvidos nos assuntos de higiene pessoal, coletiva e urbana. As doenças que seconsideram desenvolver dentro das casas, principalmente as “sociais”, incitaram discussões sobre as diversas maneiras de se pensar a residência. Sempre pautada nos princípios de salubridade, a higiene guiou os pré-requisitos dos pensadores e executores dos projetos e programas em prol da limpeza. A visão que o higienista fez da casa e do morador se estruturou propriamente em função da imundice. A insalubridade da casa fez com que esses profissionais da higiene analisassem a residência para além de sua forma física e, assim,

[O] desdobramento da “higiene doméstica”, que tende a se tornar “higiene das famílias”, bem como o desdobramento da higiene corporal, constitui apenas um lado do retiro da vida

⁸³ MANTEGAZZA Paolo. L’Igiene dell amore. Firenze, Bemporad & F, 1896

pública: engendra uma forma de habitat que é tributário da medicalização do espaço privado.⁸⁴

É a partir da ideia de casa que os higienistas têm desse período que se elaboram as medidas de intervenção sanitária a serem aplicadas quanto às normas sociais e edilícias da casa e da cidade. A maneira de se enxergar a casa se transforma em método apoiado na teoria, entre os higienistas, sociólogos, antropólogos, engenheiros e arquitetos num contexto internacional. Lei, teoria, aplicação e instrumentação proporcionam modelos dos quais brotam as tradições coerentes e específicas da pesquisa científica. Um modelo é a revolução pasteuriana.

Com a bacteriologia, a direção das pesquisas vai se basear na destruição dos micróbios e na sua entrada e proliferação nos lugares fechados. A aliança da medicina com a engenharia resultou fundamental para um programa mundial/universal de controle das epidemias. Estreitando o olhar no morador e sua relação com a própria casa, os higienistas tentaram estipular um ou mais modelos de residência ideal, principalmente a residência dos trabalhadores. Depois da febre amarela, a tuberculose se torna a doença mais discutida pelos médicos no mundo todo. No começo do XX, ela figura em vários manuais e revistas de higiene nos quais a casa aparece como a principal “fonte” de proliferação do bacilo. Enquanto os médicos detectam o comportamento do agente etiológico causador da tísica, o engenheiro tenta encontrar uma maneira de construir e modificar os ambientes adequados para inibir – junto com a prática de educação sanitária individual – a entrada dos micróbios nos locais.

Neste sentido, o modo de vida da população pobre é denunciado em alta voz pelos higienistas: a catalogação de ruas e bairros mais pobres e precários identifica as residências e os comportamentos humanos que geravam o aparecimento das doenças. De início, o estudo feito por eles consistia em julgar o

⁸⁴ CORBIN, Alan. *Saberes e odores*. O Olfato e o Imaginário Social nos Séculos XVIII e XIX. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

tipo de vida desses moradores, a situação de suas casas e identificar onde estaria o foco do problema e quais os métodos para resolvê-los.

De maneira geral, o tema da *habitação* surgiu na Europa concomitante à enorme quantidade de indústrias presente nos diversos países, bem como as consequências que este novo cenário trazia principalmente à população pobre e operária. A introdução da máquina foi o elemento transformador do século XIX, que surge junto com ideias disciplinadoras de comportamento. “Máquinas, multidões, cidades: o persistente trinômio do progresso, do fascínio e do medo” é a forma como Bresciani⁸⁵ denomina o período em que a industrialização, a contínua migração dos trabalhadores do campo para a cidade e a eclosão de epidemias perpassam formas de observar e pensar grandes núcleos urbanos. Com as relações sociais se desenrolando em torno do trabalho, é nos bairros pobres que esses trabalhadores se organizam para morarem, e o tipo de vida que são submetidos provocam olhares sobre o comportamento desta classe pobre e industrial. É o momento em que a cidade passa a ser vista como um laboratório de análise, controle e intervenção.

No século XVIII, os higienistas davam atenção privilegiada para as prisões, os cadáveres, os hospitais, os matadouros e assim por diante; porém, no século XIX eles se voltam para a observação do meio ambiente e das moradias, principalmente aquele dos pobres. O apoio dos engenheiros viria a ser fundamental para intervir com técnicas que permitissem o saneamento das áreas consideradas em más condições. Os médicos apontam os lugares próprios para o aparecimento de epidemias, a saber, poças de água estagnada e os lugares “fétidos”. Assim, a necessidade de purificar o ambiente veio a se tornar uma das prioridades dos higienistas do período. Segundo Alain Corbin, os higienistas estavam preocupados com as “emanações sociais”:

[A] atmosfera familiar pode se revelar temível. A nocividade acumulada de exalações miasmáticas de mesma natureza, por causa do parentesco e portanto por causa de hereditariedade, constitui em si uma ameaça mórbida. (...)

⁸⁵ BRESCIANI, Maria Stella. “Metrópoles: as faces do monstro urbano (as cidades no século XIX)”. In: *Revista Brasileira de História*. Vol. 5 nº 8 a 9. São Paulo, Marco Zero, 1985.

Esse “comércio miasmático” familiar permanente faz com que cada casa possua ao mesmo tempo o seu odor e as suas “endemias particulares”, alimentadas pelo mefitismo das paredes.⁸⁶

Entre os séculos XIX e XX, os locais onde havia grande reunião de pessoas também passam a ser observados com maior atenção, como, por exemplo, o cálculo em metros cúbicos dos ambientes fechados. As especificações referentes à edificação decorriam da ideia de que a respiração humana viciava o ambiente ao exalar gás carbônico e germes carregados para dentro de casa pelos sapatos ou pelas coisas trazidas da rua. Nas casas sem condições de higiene, no lixo e em outros resíduos, principalmente onde havia muita sujeira os germes encontrariam ambiente propício à proliferação. A renovação do ar consistia em elemento essencial para se evitar vários tipos de doenças.

Ao fixar-se nesta proposição, o foco da atenção médica se voltava para uma série de novas descobertas resultantes de estudos em âmbito internacional, nos quais se discutiam a higiene urbana, a higiene da casa e a organização da cidade – apoiados nas pesquisas com a luz, o ar e os organismos invisíveis. No final do século XIX, os germes e micróbios passaram a ser alvo de pesquisas e métodos de erradicação. Descobertos, principalmente, em lugares escuros, úmidos e faltos de higiene, e em particular em cortiços, seus habitantes passaram a ser alvo de reformas de hábitos e formas de viver de modo a eliminar o que foi visto como inaceitável.

A busca pela residência ideal e pela casa higiênica torna-se objeto privilegiado entre os profissionais dedicados a propor modelos de habitação e comportamentos moralizados. Pautavam-se na crença de que os hábitos expunham o grau de civilização de um país. Os higienistas concebiam a casa salubre como aquela capaz de proteger o homem dos elementos externos, tais

⁸⁶ CORBIN, Alan. *Saberes e odores*. O Olfato e o Imaginário Social nos Séculos XVIII e XIX. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

como o vento, as chuvas, o calor excessivo, e que também pudesse proporcionar harmonia e descanso ao seu morador.

Enfim, a casa deveria se apresentar como a unidade moral, intelectual e estrutural de um país e, portanto, ser o principal objeto de estudo do higienista, do médico e do arquiteto. Evidencia-se tal raciocínio, neste momento, em uma conferência da sociedade italiana de higiene feita em 1881, na Universidade de Padova, na qual se afirmou: “Le mura fra cui abitiamo, abbiano presentemente um grande valore nel completare il nostro carattere.”⁸⁷

A relação entre casa e doença, como se sabe, é bem anterior às descobertas pausterianas. Interessa-nos neste capítulo, pois, resgatar alguns momentos históricos dos olhares técnicos sobre a casa e sua relação com os comportamentos humanos, assim como mostrar de que forma os engenheiros conseguiram chegar num modelo de residência que atendesse às demandas da medicina.

1 – Os olhares técnicos sobre a cidade.

Na contracapa do original *Hygeia* de Richardson⁸⁸, aparece uma conversa ficcional entre dois médicos que conversavam numa estação de trem de Londres em 1877:

- Utopia! Dizia o outro – você jogou um níquel.
- Que seja tudo verdade?
- A “higeopolis” do doutor Richardson, eis a utopia; o aperfeiçoar as construções das casas, o insistir sobre os preceitos da higiene, isto significa a prática.⁸⁹

⁸⁷ Conferenza della Società Italiana di Igiene sulla casa igienica. Padova, 1881.

⁸⁸ RICHARDSON, Beniamino W. *Igea*, uma citta igienica. Venezia, Tipografia del commercio do marco Visentini, 1877. (Versão traduzida para o italiano).

⁸⁹ Tradução livre da autora. No original da tradução italiana: “– Utopia! Diceva l’altro – hai gettato uno scellino. / – Che sia vero del tutto? / – L’“igeopoli” del dott. Richardson, ecco l’utopia; il perfezionare la costruzione delle case, l’insistere sui precetti d’igiene ecco, ci pare, la pratica.”

O médico e historiador da medicina britânico Benjamin W. Richardson escreve o manuscrito “Hygeia” em 1875, e o apresenta em discurso pronunciado em Brighton (Reino Unido) na seção sobre higieneda sociedade de ciências sociais. O texto é bastante instigante aos olhos de quem o acompanha, principalmente no período em que as cidades e seu constante crescimento demográfico apresentam enorme degradação de alguns lugares devido à insalubridade do ambiente.

Uma cidade higiênica composta por uma população saudável e civilizada é o assunto central da obra, na qual o autor já define, em sua breve apresentação, o que para ele seria um projeto “ideal” de cidade. “Hygeia” é o nome da cidade proposta por Richardson; lá, os índices de mortalidade deveriam ser mínimos, o que significava erradicar as epidemias. Ele não propunha a construção de novas cidades perfeitas, e sim a reconstrução de alguns pontos de uma cidade e a readequação de seu funcionamento, pensados agora nos moldes da higiene.

O tipo de residência ideal se localizaria no ponto de partida para a diminuição da mortalidade. O autor desaprovava o amontoamento de pessoas dentro das residências e propunha uma distribuição igualitária de habitantes pelo número de casas existentes em cada cidade. Além disso, em Hygeia nenhuma casa poderia ser ocupada abaixo da linha da rua, assim como edifícios altos atrapalhariam a iluminação e ventilação das residências. A privacidade de cada família residente nestas casas modeladas à higiene se daria a partir da entrada individual e independente de cada residência.

O consenso sobre as doenças epidêmicas serem a maior causa de morte exigia que se buscasse erradicá-las. Portanto, Hygeia seria uma cidade livre de epidemias por ter suas residências dispostas de forma higiênica propondo a remodelação e adequação da cidade industrial.

Alguns autores da história da cidade como, por exemplo, Donatella Calabi, Guido Zucconi e Françoise Choay, entre outros, pensam o surgimento do

urbanismo em meio a uma série de acontecimentos históricos que deram origem a uma técnica de compreender e atuar sobre a malha urbana.

A questão urbana como estudo surgiu entre a segunda metade do oitocentos e a primeira metade do novecentos, isso enquanto disciplina específica. Os seus instrumentos de análise, assim como suas motivações, tiveram estreita relação com o processo de industrialização.⁹⁰ Nesse período algumas cidades assumem o caráter de metrópole em extensão no território urbanizado, a construção de grandes estruturas tais como a rede viária, os transportes públicos etc.

Donatella Calabi, em *Storia dell'urbanistica europea*, ao analisar o período em que os estudos das questões urbanas se tornam primordiais, pontua a imprecisão que cercou a definição de vários olhares sobre a cidade até a definição das diversas áreas:

Per molto tempo, ambiti di studio tra loro diversi, come quelli della *storia della città*, della *storia dei progetti urbani*, e della *storia dell'urbanistica*, sono stati confusi. Poi, soprattutto a partire dagli anni sessanta di questo secolo [XX], vi sono stati tentativi di distinguerli. (CALABI, 2004, p. 9)⁹¹

Ao definir o termo “Urbanismo”, Calabi define seu surgimento como uma disciplina autônoma que se fundou em torno da formação e crescimento exponencial dos assentamentos urbano. O objetivo seria o de colocar em pauta um projeto de organização técnica da cidade e de regulamentação do uso do solo público e privado. A disciplina teria se formado, então, a partir da segunda metade

⁹⁰ Ver CALABI, Donatella. *Storia dell'urbanistica europea*. Milano: Paravia Bruno Mondadori, 2004. E ZUCCONI, Guido. *La città contesa*. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885-1942). Milano: Editoriale Jaca Book SpA, 1999.

⁹¹ “Por muito tempo diversos estudos como aqueles sobre história da cidade, da história dos projetos urbanos e da história do urbanismo foram confusos. Depois, sobretudo após a década de sessenta, existiram tentativas de distingui-los.” (Tradução livre da autora).

do século XIX em resposta aos problemas surgidos com a industrialização e o rápido aumento da população em algumas áreas do continente europeu, e assim

si sia configurata cioè come un insieme di strumenti di progettazione e organizzazione dello spazio fisico urbano, capaci di tradursi in passi tecnico amministrativa, vale a dire come scienza politica.⁹²

Enquanto disciplina, o urbanismo foi interpretado como ciência por utilizar métodos de experimentação e de verificação estatística, se desdobrando em duas formas básicas: como disciplina histórica, por se deter nas formas pelas quais a cena física se formou e transformou; e como disciplina jurídica, por se inserir num aparato de normas e regulamentações, como a do mercado e do uso do solo.

Formada como disciplina no encontro dos estudos de higienistas, sociólogos, geógrafos, demógrafos e engenheiros, de acordo com Calabi é possível situar a definição dos fundamentos do urbanismo entre 1850 e os primeiros anos do século XX.

O arquiteto Guido Zucconi, também o historiador das cidades se preocupou, em *La città contesa: dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1855-1942)*, em localizar o “ponto de partida” para a formação da disciplina urbanismo, bem como os planos propostos, competências assumidas e a efetiva atuação na cidade. Para o autor:

L'espressione urbanística dovrebbe definire un complesso omogeneo di questioni legate alla città e al territorio, ma in realtà oggi definisce soltanto se stessa: o meglio delimita gruppi di specialisti impegnati nelle più svariate attività (...) Il fatto che l'urbanistica non designi una disciplina, il fatto che non coincida con un ambito professionale, né con una scala di intervento, potrebbe non costituire un elemento di

⁹² “(...) tenha se configurado num conjunto de instrumentos de projeção e organização do espaço físico urbano capaz de traduzir-se em dados técnicos administrativos, ou melhor, como ciência política.” (Tradução livre da autora).

debolezza: al contrario, questa disomogenità scientifico-professionale potrebbe armonizzarsi entro un sapere dai confini ampi ed elastici; ma in quel caso, ogni singola componente dovrebbe essere proposta come parte di un tutto, come flusso settoriale che alimenta un bacino di conoscenze multidisciplinari. (ZUCCONI, 1999, p. 11)⁹³

Zucconi explica que “*l’urbanistica*” não se esgota como campo disciplinar ao utilizar um conjunto de técnicas e de estratégias para o controle, a transformação e o crescimento da cidade, uma vez que é assumida como categoria histórica para definir uma série de procedimentos no tempo e no campo de suas aplicações. Desse modo, a própria técnica se torna paradoxalmente uma parte de toda a história do urbanismo. Essa parte da história compreende o “capítulo” de uma história mais geral, que abrange a história do direito civil, da administração, da hidráulica, da engenharia civil, das ciências sociais, da engenharia sanitária, das técnicas de construção, dos jardins e das técnicas imobiliárias.

Para Françoise Choay, o termo “urbanismo” se apresenta carregado de ambiguidades, pois a palavra se refere tanto aos trabalhos da engenharia civil quanto aos planos de cidades ou às formas urbanas características de cada época. Embora localize o uso da palavra urbanismo na década de 1910, para ela, desde o início do século XIX, a expansão da cidade industrial dera origem a uma disciplina diferenciada das artes urbanas anteriores por seu caráter reflexivo e crítico, e por sua pretensão científica. O urbanismo deveria resolver o problema do

⁹³ “A expressão urbanística deveria definir um complexo homogêneo de questões ligadas à cidade e ao território, mas na realidade hoje define somente a si mesma: ou melhor, delimita grupos de especialistas ocupados em variadas atividades (...) O fato de que a urbanística não designa uma disciplina, o fato de que não coincida com um âmbito profissional, nem com uma escala de intervenção, poderia não representar um elemento de debilidade: pelo contrário, esta desomogeneidade científico-profissional poderia harmonizar-se entre um saber amplo e elástico; mas neste caso, cada componente deveria ser proposto com parte de tudo, como fluxo setorial que alimenta uma gama de conhecimentos multidisciplinar”. (Tradução livre da autora).

planejamento da cidade maquinista, da cidade industrial, também responsável pelo crescimento demográfico das cidades.⁹⁴

Choay situa o século XIX como o momento em que a cidade começa a provocar um movimento novo de observação e reflexão. É o momento em que esses observadores sentem a grande cidade como um processo patológico, e usam metáforas para designá-la. Termos como “câncer” e “tumor” são usados para denominar algumas partes da cidade, principalmente aquelas onde existem residências da classe operária e pobre.

A autora chama a atenção para as denúncias feitas por higienistas – apoiados em fatos e estatísticas – quanto à deteriorização física e moral em que vive o trabalhador urbano.⁹⁵ As pesquisas dessa época se caracterizam pela exposição da higiene física deplorável das grandes cidades industriais, do habitat insalubre do trabalhador e sua higiene moral, em estudos comparativos de bairros habitados pelas diferentes classes sociais da cidade.

Seria importante inserir um personagem menos presente nos estudos desses autores, o filantropo, ou seja, pessoas voltadas para a relação entre pobreza, promiscuidade e comportamentos inadequados em termos morais. A atuação desse personagem, relacionado à filantropia privada, bem como a de jornalistas e observadores sociais, pautou a definição de elementos a serem observados nas visitas domiciliares e hábitos externos à moradia, tais como a frequência de igrejas, de bares, tavernas ou outros lugares de lazer operário, pautou a escrita de relatórios.⁹⁶

⁹⁴ CHOAY, Françoise. *O urbanismo: utopias e realidades, uma antologia*. São Paulo: Perspectiva, 2010.

⁹⁵ Segundo a autora, as pesquisas dessa época se caracterizam por autores como Matthew Arnold e Fourier, Proudhon e Carlyle, Engels e Ruskin.

⁹⁶ Ver Jones, Gareth Stedman. *Outcast London. A Study in the Relationship between Classes in Victorian Society*, Penguin Books, 1976; Bresciani, Maria Stella. Lógica e dissonância. Sociedade de trabalho: Lei, Ciência, Disciplina e Resistência Operária in *Revista Brasileira de História* v. 6, nº 11, set. 1985/fev.1986, pp. 7-44 e Metrôpoles: as faces do monstro urbano. (as cidades no século XIX) in *Revista Brasileira de História* v. 5, nº 8/9, set. 1984/abr. 1985, pp. 35-68.

Em “As maquinarias do conforto”⁹⁷, François Beguin mostra como na Inglaterra, nas décadas de 1840 e 1850, a residência do “pobre” foi objeto de atenção especial da administração pública. Esta tinha como foco estudar a doença, a delinquência, a água, o ar, a luz, os esgotos e as formas físicas através do quais os fluidos e as práticas poderiam ser regularizados e, ao final, o quanto custaria tratar e assistir (ou reprimir) ao agir sobre uma série de componentes físicos que compõem o ambiente do “pobre”.

As pesquisas enfatizaram o quanto o habitat, o meio ambiente, não se detém na arquitetura das habitações e se aproxima de uma série de normas técnicas que estipulam as condições gerais de *habitabilidade*. Assim, novos saberes, novos aparelhos e novos atores definem um novo regime para o ambiente do “pobre” a partir dos componentes mais materiais deste ambiente. Alguns profissionais como os médicos e os matemáticos, ao pensar a cidade e a casa, conseguiram reduzi-las a dados puramente técnicos.

Essas pesquisas mantiveram características que relacionavam a falta de higiene e a doença com a pobreza, o desconforto a formas de imoralidade e ilegalidade. Beguin chama a atenção para o fato de que, neste período, a saúde torna-se um problema técnico a ser controlado com a ajuda de engenheiros e por meio de equipamentos sanitários. O habitat se tornava um novo regime da economia urbana doméstica.

A cidade passa a ser objeto de estudo constante e seu estado higiênico um tema de persistente alerta. As multidisciplinares técnicas têm um ponto em comum na relação entre higiene privada e pública. Problemas diversos de organização do funcionamento da cidade, tais como abertura de ruas, padrões de construção de edifícios e regulamento de instituições encontram seu ponto de partida nesses saberes que, juntos, têm como finalidade tornar a cidade agradável e funcional para seus habitantes. Os problemas identificados num microcosmo como a casa, por exemplo, se estendem para o resto da cidade e, com o uso das técnicas de construção, deverão atender as necessidades de higiene.

⁹⁷ BEGUIN, François. “As maquinarias do conforto”. In: *Espaço & Debates* nº 34, 1991.

Aliada à engenharia sanitária, a medicina assume grande destaque entre as ciências que equacionavam os problemas e propunham melhorias urbanas em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil. Ambas se indagam e estudam um meio de aprofundar o conhecimento sobre as “patologias urbanas”, com atenção às denominadas “patologias coletivas”, principalmente as que ocorrem no interior de bairros carentes de estrutura e, mais especificamente, dentro da residência.

Em São Paulo, desde meados do século XIX a higiene pública constitui um dos focos principais da administração, e se impõe no início do século XX fortalecendo técnicas pautadas na iluminação e na ventilação. Os preceitos da higiene em escala global orientam a estrutura da casa e a organização do traçado da cidade ao investir em luminosidade e ventilação como uma técnica apoiada, antes, na teoria dos miasmas, e, em seguida, na teoria bactericida. As formas de elaborar e agir atendem aos interesses da higiene urbana e dos diversos saberes nela envolvidos, instituindo uma disciplina – o urbanismo – como campo de atuação nos espaços urbanos.

Com a implantação do Regime Republicano e o surgimento do Estado, tinha-se por objetivo na capital paulistana sanar diversos problemas que acometiam tantas cidades paulistas numa conjuntura de intenso crescimento e aglomeração, em especial nas que foram instaladas indústrias. O desenvolvimento almejado dependia de muitos fatores ligados à saúde pública. Como o Estado tinha a função de atrair mão de obra a fim de levar São Paulo a destaque nacional na economia brasileira, a saúde era uma ferramenta importante que a República deveria manter no mais absoluto controle, alcançando a salubridade necessária para que a malha urbana permanecesse livre de epidemias.

O historiador Jeferson Cano faz uma análise bastante pertinente em relação à possível visão que a administração paulista tinha, no período, em relação à ameaça que os trabalhadores constituíam para a saúde pública. Sendo em sua maioria imigrantes, e através do impacto que esses causaram na cidade de São Paulo por serem em número bastante elevado, os trabalhadores causaram uma modificação no cenário urbano paulista na virada do séc. XIX para o séc. XX, o

que refletiu diretamente na infraestrutura da cidade e no mercado de trabalho. Cano afirma que, entre os finais da escravidão e a virada do século, São Paulo já se apresentava como uma cidade totalmente diferente na qual se desenhava um novo cenário urbano, desde seus limites espaciais até os novos personagens que ali entravam em cena.⁹⁸

Na década de 1910, São Paulo estava em pleno processo de desenvolvimento, como consta em conferência do engenheiro Victor da Silva Freire sobre os “Melhoramentos de São Paulo”, no Grêmio Politécnico de São Paulo.

Para Freire, a distribuição dos espaços coberto por ruas, praças e habitações devia obedecer, em boa parte, aos princípios de ar e luz como pré-requisitos para a existência da vida da cidade, “coisas tão indispensáveis como o pão e a água”. O engenheiro expõe amplo conhecimento de várias publicações relativas às questões da organização da cidade industrial e aos traçados das ruas e praças. Neste sentido, faz uma crítica ao tipo de desenho pelo qual a cidade de São Paulo se urbanizava, salientando que, para se resolver o problema de uma cidade, devem ser levados em consideração diversos fatores que acometem os centros urbanos em geral. Seriam aqueles de cunho higiênico, a começar pelos índices de natalidade e mortalidade, passando por problemas técnicos de circulação de homens e coisas, até chegar ao problema estético propriamente, o qual deveria acompanhar nas construções os preceitos da higiene pública. Diz o engenheiro:

Manter-se pois, na illusão de que para resolver o problema do centro de São Paulo basta saber levantar plantas do existente e manejar o esquadro e o tira linhas, é ter uma noção de coisas fora de moda há quase meio século⁹⁹

Em 1914, numa outra conferência realizada no mesmo local, Freire escolhe como tema a “Cidade Salubre”, e ao começar sua palestra chama a atenção para

⁹⁸ CANO, Jefferson . A cidade dos cortiços: os trabalhadores e o poder público em São Paulo no final do século XIX. In: Elciene Azevedo; Jefferson Cano; Sidney Chalhou; Maria Clementina Pereira Cunha. (Org.). Trabalhadores na cidade: cotidiano e cultura no Rio de Janeiro e São Paulo, séculos XIX e XX.. 1ed.Campinas: Editora da Unicamp, 2009, v. 1, p. 221-249.

⁹⁹ FREIRE, Victor da Silva (1911). Melhoramentos de S. Paulo. Revista Politécnica, fevereiro/março

as questões de ar e luz na influência da salubridade da cidade. O engenheiro se mostrava incomodado com a questão da habitação e apontava falhas na legislação sanitária de 1894, por tê-la negligenciado e esquecido. Sobre a questão da arquitetura da habitação, afirmava:

Têm resultado entre nós, do esquecimento d'esta noção fundamental para a formação da cidade salubre, os mais perniciosos efeitos. Enquanto os nossos technicos, os nossos legisladores não se compenetraram por completo de que *casa e rua, rua e casa*, formam as duas incógnitas a pôr em equação, continuaremos a caminhar de olhos vendados dentro de um bêcco sem sahida.¹⁰⁰

Para resolver questões de higiene pública devia-se dar início a reformas no traçado urbano fundamentado nas teorias higienistas do período. A questão da salubridade e da higiene urbana atravessa as teorias miasmáticas e bacteriológicas, e as questões sanitárias constituem um foco permanente de atuação que percorre boa parte do séc. XIX e XX. Neste contexto teórico se inserem as discussões em torno da busca da moradia higiênica.

2 - A moradia na ótica de médicos, engenheiros sanitaristas, engenheiros arquitetos: Os cortiços da Santa Efigênia e os primeiros diagnósticos do problema da Habitação em São Paulo.

Os higienistas do período diziam ser fundamental para um profissional da higiene conhecer as condições do espaço doméstico. O intuito era poder observar como a intimidade das classes populares urbanas tinha suas características particulares, começando pela disposição dos cômodos, das camas e a quantidade de pessoas que as ocupavam. No ano 1893 o engenheiro Theodoro Sampaio enviou texto ao secretário do interior, Cesário Motta, falando sobre a existência de uma epidemia de febre amarela na região da Santa Efigênia. Resultou na ação

¹⁰⁰ FREIRE, Victor da Silva. A cidade Salubre. 1914.

que ficou conhecida como “Comissão de Exame e Inspeção das Habitações Operárias e Cortiços da Santa Ifigênia”. Ficou estabelecido que esta comissão seguiria alguns passos importantes: a) arrolar as estalagens ou cortiços fixando o número de cômodos ou cubículos; b) determinar a capacidade de cada cômodo e a capacidade de moradores; c) determinar a proporção entre a área livre no interior das estalagens e a área construída, assinalando as que se afastassem das regras de higiene; d) determinar os melhoramentos a serem feitos; e) fixar o número de moradores de cada estalagem; f) por último, descrever as porcentagens regulamentares de higiene a que as estalagens deveriam se submeter.¹⁰¹

Esta comissão foi pioneira no estudo das habitações insalubres na São Paulo republicana e mostrou como a atuação dos profissionais dispostos a discutir o problema da higiene residencial propunham medidas para erradicar a insalubridade da região sob o estigma da febre amarela com a casa malsã. A comissão constitui a primeira vistoria de profissionais da Engenharia Sanitária e da Medicina Higienista, na qual unem seus conhecimentos especializados e permitem a esses profissionais avaliar as condições de vida da classe operária. A comissão encarregada da inspeção de cortiços contou com dois engenheiros – dentre os quais se destaca o nome do engenheiro sanitarista Teodoro Sampaio – e três médicos, a saber: o higienista Candido Espinheira (diretor do Hospital do Isolamento de 1894 a 1915), Grégorio da Cunha Vasconcellos (chefe da Santa Casa da Misericórdia) e Octavio Marcondes Machado (Inspetor Sanitário do Serviço Sanitário).

Por ser uma doença epidêmica transmitida por um mosquito, e se desenvolver em lugares onde há carência de infraestrutura combinadas com precária educação higiênica, a febre amarela pode afetar um grande número de pessoas que se encontram nas áreas de risco. O mosquito bota seus ovos em

¹⁰¹ CORDEIRO, Simone Lucena (org.). *Os cortiços de Santa Ifigênia: sanitarismo e urbanização* (1893). São Paulo: Imprensa Oficial, 2010.

água limpa e parada, portanto, é preciso cautela no espaço doméstico para que ele não encontre condições favoráveis ao seu desenvolvimento.

Considerava-se a febre amarela, assim como a tuberculose, uma doença do domicílio – principalmente, do domicílio insalubre. Ainda que possuía esta conotação, não é considerada uma “doença social”, pois sua propagação não se dá por contágio de pessoa para pessoa, e sim através de um agente específico da natureza. E, embora a febre amarela também fosse uma doença do *ambiente*, ela foi tratada e entendida de forma diferente, uma vez que era “localizada”, enquanto a tuberculose apresentava “mobilidade”, devido ao foco estar no próprio ser humano.

Em obediência aos preceitos higienistas, a equipe definiu a importância da salubridade das moradias enquanto unidade constitutiva da higiene da cidade. O bairro operário de Santa Ifigênia, identificado como a área com maior número de casos, apresentou-se como a raiz do problema.



Mapa 2: Detalhe para a planta da cidade de São Paulo em 1895 feita por Hugo Bonvicini dividida em cinco distritos. O círculo vermelho representa a região escolhida para a Comissão de Cortiços que se limita às ruas Duque de Caxias, Visconde de Rio do Branco, Vitória, Triumpho e Largo do General Osório. Fonte: Arquivo Público do Estado. (Mapa disponível em tamanho ampliado em “Anexos”)

O “Relatório” identificou as péssimas situações das moradias coletivas. No documento, os autores expressaram sua preocupação em sanear a área e proibir a construção de novos cortiços, propondo projetos modelares de casas operárias adequadas a assegurar a salubridade da cidade.¹⁰² Nas palavras da equipe de vistoria:

¹⁰² Este relatório é muito citado em diversos estudos sobre a saúde pública em São Paulo e, sendo detalhadamente discutido por Nabil Bonduki, foi tema de artigos, entre outros, de Maria Stella Bresciani, que apresenta em “Sanitarismo e configuração do espaço urbano” as preocupações dos administradores com a “questão sanitária” em São Paulo. Neste artigo, a autora mostra questões referentes às intervenções saneadoras na cidade utilizando as teorias sanitárias para mostrar como as moradias para a população de baixa renda compunham parte importante do campo de medidas sanitárias. Já a economista Maria Alice Ribeiro faz uma análise detalhada de todas as

o exame das condições higiênicas das habitações operárias se impunha ao poder público como parte integrante de um plano de saneamento bem combinado por estar ali o ponto vulnerável do systema de defeza, então adoptado, em bom da hygiene urbana¹⁰³.

O relatório revela que não bastava apenas estabelecer um plano de saneamento da cidade, pois o problema da insalubridade se encontrava dentro das casas. Assim,propôs ser

cuidar da unidade urbana a habitação, não já da habitação privada, mas daquella onde se accumula a classe pobre, a estalagem onde pullula a população operária, o cortiço, como vulgarmente se chamam essas construcções acanhadas, insalubres, repulsiva algumas, onde as forças vivas do trabalho se ajuntam em desmedida, fustigadas pela difficuldade de viver numa quase promiscuidade que a economia lhes impõe, mas que a hygiene repelle¹⁰⁴

Quando da tentativa de explicar a causa do aparecimento da epidemia na capital (em particular na região vistoriada), tal comissão concluíra que “o mal”

fichas que compõe tal relatório, estudo que resultou na elaboração de planilhas referentes aos dados de nacionalidade, a atividade econômica, a rua, a idade, a família, o valor do aluguel etc., dando um panorama da população imigrante da cidade que se concentrou neste bairro. O relatório também foi assunto de trabalho do arquiteto Carlos Lemos que, ao discorrer sobre ele, faz referência ao código de postura de 1886, mostrando como a República mantinha um elo com o Império no que se referia às preocupações com a higiene da habitação. Ver: CORDEIRO, Lucena (org) Os Cortiços de Santa Efigênia, Sanitarismo e Urbanização, 1893, editora IMESP, 2010. E LEMOS, Carlos.. A Republica Ensina A Morar (Melhor). 1. ed. São Paulo: HUCITEC EDITORA, 1999.

¹⁰³ *Relatório apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Intendente Municipal Cesario Ramalho da Silva em 1893* (São Paulo, Typ. A Vapor de Espindola Siqueira & Comp., 1894), p.43-54.(cap I)

¹⁰⁴ *Relatório apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Intendente Municipal Cesario Ramalho da Silva em 1893* (São Paulo, Typ. A Vapor de Espindola Siqueira & Comp., 1894), p.43-54.(Cap II)

apareceu devido às condições de meio, de topografia e de situação da população do local – a população operária. Isso porque “as condições de vida impellem-na a acumular-se onde encontra mais facilidade de viver, e essa facilidade só a obtém com sacrifício da saúde”¹⁰⁵.

A intervenção do poder público se justificava, portanto, dado o bem-estar da população estar posto em jogo. A necessidade de penetrar no espaço doméstico, especificamente o de habitações coletivas, se faz fundamental para o estabelecimento da higiene urbana. A comissão abre o debate republicano da habitação em São Paulo, que se torna objeto de estudo médico na cruzada contra as doenças. As informações contidas no “Relatório” são claras quanto à intolerância desse tipo de moradia:

De posse das leis da higiene, o poder público manda demolir, retocar e reformar o que não pode permanecer sem correctivo. Faz desaparecer utilidades, cria outras e nem sempre é obrigado a indenizar o que houver de condenar muita vez (1893, cap. I).

No capítulo III, a comissão define o cortiço pontuando a ausência dos princípios básicos de salubridade baseado em ventilação e iluminação dos cômodos. A casa com essas características estava condenada pela higiene urbana. O cortiço se reconhecia pela má qualidade e impropriedade das construções, pela falta de capacidade e má distribuição dos aposentos sem luz e ventilação, pela carência de saneamento básico nos terrenos onde são construídas e, enfim, pelas péssimas condições de higiene.

A pesquisa feita pela primeira vez na cidade impulsionou um debate em torno dessas moradias precárias e da maneira de melhorar sua construção. A importância da penetração da luz e do sol aparece no capítulo V “Medidas a tomar quanto aos cortiços e estalagens”. A equipe estipula que deveriam ser abertos ventiladores no forro do teto ou na porta de saída, além da abertura de claraboias nos cômodos onde a iluminação fosse insuficiente. Já em relação aos cortiços,

¹⁰⁵ *Relatório apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Intendente Municipal Cesario Ramalho da Silva em 1893* (São Paulo, Typ. A Vapor de Espindola Siqueira & Comp., 1894), p.43-54.(Cap II)

onde não fosse possível realizar tais reformas a contento, a solução seria “propor-lhes o interdicto” (cap. IV), sendo estipulado também que as novas habitações operárias deveriam ter aberturas no cômodo de dormir para a livre entrada de ar e luz.

A pesquisa estatístico-sanitária migra do plano de conhecimento para o da ação e visa trazer os problemas sanitários para aspectos de normalidade urbana. Neste “resultado” os higienistas são muito eficientes, elaborando tabelas e estatísticas que dividem a cidade por zonas afetadas.

Sobre o bairro de Santa Ifigênia, tem-se que:

Ahy a depressão do terreno no interior dos quarteirões é bem notável. Cada um desses quarteirões, é uma bacia rodeada pelo aterro das ruas, cujo calçamento fica de ordinário mais alto do que a área dos quintais. A drenagem superficial é assim imperfeictissima sem o concurso de um bom serviço de exgottos. A humidade copiosa do terreno, não raro, forma nestes terrenos deprimidos, pequenas lagoas que as águas pluviais alimentam e que só desaparecem pela acção do calor solar¹⁰⁶

No capítulo VIII a comissão passa a orientar a construção de novas casas para a população de baixa renda, definindo sua localização fora do perímetro urbano, mais exatamente em bairros afastados entre 10 e 15 km das áreas do centro. De acordo com o mapa, seriam as regiões de Sant’Anna, Água Branca, Pirituba, Pary, região dos campos que vão além da Mooca, terrenos vizinhos do Ipiranga, e região da Várzea de Pinheiros.

¹⁰⁶ *Relatório apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Intendente Municipal Cesario Ramalho da Silva em 1893* (São Paulo, Typ. A Vapor de Espindola Siqueira & Comp., 1894), p.43-54.(Cap III)



Mapa 3 : Planta da cidade de São Paulo em 1895 feita por Hugo Bonvicini. A - Sant'Anna, B - Água Branca, C - Pirituba, D - Estrada de Ferro Inglesa e Sorocabana, E - Pary, F - região dos campos que vão além da Mooca, G - terrenos vizinhos do Ipiranga, H - Direção da Várzea de Pinheiros, I - Caminho para Santo Amaro, J - Estrada de Ferro para o Rio de Janeiro, L - Estrada para Santos. Fonte: Arquivo Público do Estado. (Mapa disponível em tamanho ampliado em "Anexos")

Também no ano de 1893 é publicado o “Relatório da seção de demografia do Estado de São Paulo: Resumo da mortalidade na cidade no ano de 1893”. A Seção de Demografia – órgão público de extrema importância para a ação profilática em São Paulo e encarregado de zelar pela salubridade pública – fazia o serviço de estatística sanitária pela análise, dentre outros fatores, da “mortalidade” da população, dividida por idade, sexo, estado civil, nacionalidade, bairros e

moléstias. Sua existência era fundamental para os higienistas, sendo classificada pelo então Presidente de Estado Joaquim da Silva Pinto da seguinte maneira: “Nesta cruzada patriótica e humanitária é a demografia a luz que das administrações, apontando-lhes o rumo a seguir, os perigos a evitar, os males a combater”

De acordo com o documento, o maior índice de mortalidade atingiu, no ano de 1893, homens solteiros entre 21 e 50 anos, em sua maioria brasileiros. Os bairros mais atingidos neste ano foram os seguintes:

Braz	1.734 mortos
Consolação	1.065 mortos
Santa Ifigênia	964 mortos
Sé	952 mortos

Tabela 1: índice de mortalidade da cidade de São Paulo do ano de 1893. Fonte: “Relatório da seção de demografia do Estado de São Paulo: Resumo da mortalidade na cidade no ano de 1893”. Seção de Demografia.

Além dessas regiões, realizaram-se levantamentos demográficos nos bairros de São Bernardo, Santo Amaro, Itapeverica, Cotia, Parnahyba, Jaguary, Conceição dos Guarulhos, Penha de França, São Miguel, Nossa Senhora do Ó e M. Boy.¹⁰⁷

Naquele ano de 1893, a estatística das moléstias aponta 5.702 mortes, relacionadas a 34 tipos de doença, além de 610 mortes por moléstias não identificadas.¹⁰⁸ No que se refere à salubridade da cidade e às epidemias ocorridas no mesmo ano, o mesmo relatório aponta os bairros carentes de melhoramentos urbanos, como o da Bella Vista (Bexiga), Vila Buarque e Barra Funda, como os

¹⁰⁷ Relatório da seção de demografia do Estado de São Paulo – Resumo da mortalidade na cidade no ano de 1893.

¹⁰⁸ Relatório da seção de demografia do Estado de São Paulo – Resumo da mortalidade na cidade no ano de 1893.

que acusaram os maiores focos de doenças epidêmicas¹⁰⁹, como mostra o mapa a seguir:



Mapa 4: Detalhe para a planta da cidade de São Paulo em 1895 feita por Hugo Bonvicini dividida em 5 distritos. Detalhe para os círculos vermelhos: Região de maior número de mortes por epidemias: 1754 na região do Braz, 1065 na região da Consolação, 964 na região da Santa Ifigênia e 952 na Sé. Detalhe para os círculos em azul: Bairros que sofriam maior carência de melhoramentos urbanos em São Paulo. Fonte: Arquivo Público do Estado. (Mapa disponível em tamanho ampliado em “Anexos”)

Um ano depois, em 1894, o Secretário de Negócios do Interior José Cardoso de Almeida diz em discurso que as habitações operárias constituíam o maior foco de disseminação da febre amarela na capital:

¹⁰⁹ Relatório da seção de demografia do Estado de São Paulo – Resumo da mortalidade na cidade no ano de 1893.

(...) Casos espontâneos da moléstia em indivíduos que d'aqui nunca sahiram, que não se expuzeram ao contagio de outro enfermo e, o que é mais, manifestando-se sempre no mesmo ponto, na mesma zona da cidade, o que faz crer que o germem infeccioso já alli existe e que alli permanece em estado latente até que dadas condições favoráveis elle manifesta-se por uma nova explosão. Attendendo a isso o Governo trata do saneamento d'aquella zona que foi uma antiga lagoa, ulteriormente aterrada com lixo e naturalmente em condições propícias à germinação da semente morbígena, sendo de esperar que, modificadas essas condições com as obras que alli estão sendo realizadas, torne-se o terreno impróprio a essa germinação, e não encontrando elementos de vida extigua-se assim, o princípio do mal.¹¹⁰

No intuito de prevenir novas disseminações, o delegado de higiene Dr. Erasmo de Amaral e um engenheiro sanitário foram incumbidos de prestar a “a máxima vigilância no que diz respeito à hygiene das habitações, máxima dos cortiços que existem em grande numero naquella zona”.¹¹¹

O relatório da comissão dos Cortiços da Santa Ifigênia mostra como os olhares técnicos confirmaram a relação da doença com o lugar insalubre e se deu a partir da detecção ad hoc, um bairro de São Paulo no qual casos de febre haviam sido constatados. A investigação e o Relatório dela resultante mostram-se fundamentais para que se instalasse definitivamente o debate higienista sobre a questão da doença e da habitação. Os estudos da década de 1890 oferecem a oportunidade de se analisar pesquisas já baseadas na teoria bacteriológica. Os resultados dos trabalhos dessa comissão abriram um leque de informações que impuseram discussões e debates sobre que atitudes tomar em relação à população paulista que vivia em condições precárias.

No caso da febre amarela, doença predominante segundo o documento, propunha-se a implantação de melhoramentos urbanos de modo a sanar o problema da epidemia. No caso da tuberculose, entretanto, somente o

¹¹⁰ Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo sobre a organização sanitária do Estado, cap. V – Da Hygiene da Habitação: Saneamento da Capital. 1894.

¹¹¹ Idem, 1894.

saneamento não resolveria completamente o problema. Veremos que ela se caracteriza como uma doença médico-social, exigindo investir no ambiente salubre (casa), na educação sanitária e na construção dos sanatórios.

Em suma, as técnicas de salubridade da residência se aplicavam ao controle de todas as doenças contagiosas e das doenças do ambiente. O olhar lançado sobre os cortiços da Santa Ifigênia foram pioneiros e fundamentais para a cidade e o Estado de São Paulo na elaboração de leis sanitárias que regulavam o funcionamento dos locais e os comportamentos coletivos. Dela resultou o Código Sanitário do Estado de São Paulo de 1894.

3 - A residência das classes populares na contramão das regras sanitárias do Estado de São Paulo – final do século XIX.

O dever do município, portanto, seria “diminuir os males que acarreta ao homem o viver em aglomerações cada vez maiores.”¹¹²

Promulgado pelo Presidente do Estado Joaquim da Silva Pinto, o decreto Nº 233 de 2 de março de 1894 reúne em um documento denominado “Código Sanitário” os assuntos de interesse de higiene pública¹¹³. Neste decreto, as atribuições do Estado eram:

- a) O emprego dos meios tendentes a impedir a importação das moléstias epidêmicas e a disseminação das já existentes;
- b) O estudo científico de todas as questões relativas à saúde pública do Estado;
- c) A fiscalização do exercício da medicina e da farmácia;
- d) A organização da estatística demográfico-sanitária.

¹¹² FREIRE, Victor da Silva. A cidade Salubre. 1914

¹¹³ NETTO, Américo R. O caminho para a formação do Serviço Sanitário de São Paulo: 1579 a 1891. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v. 7, n. 14, p. 5-26, 1942.

Criado para substituir a Inspetoria de Higiene que cuidava de tais assuntos no período do Império, o Serviço Sanitário deveria atuar em três campos para a melhoria da saúde pública em geral: a orientação ao governo em relação aos assuntos de salubridade pública; a execução de planos de melhoramentos sanitários; e a execução do planejamento sanitário. Esta “pluralidade” de ações exigia do projeto a colaboração, além dos médicos, dos engenheiros. A atuação conjunta proporcionada por esta interdisciplinaridade permitia identificar os focos problemáticos da insalubridade urbana. Os dispositivos do Código privilegiavam os assuntos da higiene urbana, com vistas a promover a saúde coletiva, e menos os da higiene individual propriamente.

O Código Sanitário é bastante extenso, somava 27 capítulos e 520 artigos que tratam dos mais diversos assuntos referentes à cidade, e estipulava regras que diziam respeito ao modo de construção de casas, oficinas, fábricas, incluindo ruas e avenidas. Pode-se verificar o caráter propositivo do código para o campo da urbanização e das indústrias, e o papel central dado ao “problema sanitário”, seu foco de maior preocupação.

O Código Sanitário tinha a função de estipular regras de salubridade para determinados locais públicos e privados. As ruas e praças públicas receberam orientações quanto à metragem, luz, ventilação, vegetação e arborização. Os estabelecimentos fornecedores de alimentação para o público – padarias, botequins e restaurantes – também deveriam se adequar às maneiras seguras de trabalhar com alimentos, bebidas etc. Todos os locais públicos como, por exemplo, escolas, teatros e hospitais, também foram repensados e regularizados.

Quando faz referência ao assunto da habitação, o Código Sanitário divide as casas em diferentes categorias: enquanto as casas “particulares”, habitadas pelas classes mais abastadas, recebiam orientação quanto ao material a ser utilizado para sua “correta” construção, dedicava-se à casa do “pobre” três capítulos exclusivos.

No “Capítulo III – Das habitações Colectivas”, destaca-se o artigo 104 ao dispor regulamentos específicos: “Todos os edifícios destinados a conter permanentemente grande numero de habitantes deverão ser construídos fóra da aglomeração urbana”. No “Capítulo V – Habitações das classes pobres”, os artigos 138 e 141 deixam claro o quanto os pobres eram indesejáveis na cidade, posto que estabelecem: “Deve ser terminantemente proibida a construção de cortiço, convindo que as municipalidades providenciem para que desapareçam os existentes”, e “As villas operárias deverão ser estabelecidas fóra da aglomeração urbana”. Já o “Capítulo VI – das habitações insalubres” propõe a demolição das casas consideradas inabitáveis, como estipula o artigo 148: “Quando o saneamento for impossível, deverá ser condemnado o immovel, e a demolição ou interdicto é a medida de que se impõe”¹¹⁴.

O estudo feito para a elaboração de tais capítulos dá um panorama da situação da residência da população de baixa renda no Estado de São Paulo no período. Para essas habitações “inadequadas” o código definia, com a precisão dos decretos, o que entendia por *habitação insalubre*, apontando a engenharia como a maior responsável pela qualidade da casa. As leis estipulavam o tipo do solo, a largura dos corredores e a cubagem de ar para respiração de cada cômodo. Essas regulamentações eram baseadas nos pressupostos de erradicação das epidemias e em doenças contraídas em residências impróprias, posto que aglomeradas e mal ventiladas.

Estabelecidas pelo código sanitário, as leis estavam em completa sintonia com as teorias higienistas internacionais, que discutiam as maneiras de transformar a casa – o primeiro lugar do ficar – num local seguro, agradável e salubre aos moradores¹¹⁵.

¹¹⁴ Todos estes artigos citados nos capítulos em questão vêm descritos na íntegra em “Anexos”.

¹¹⁵ Nos primeiros do século XX Emílio Ribas faz algumas modificações na legislação sanitária. Em 1905, houve uma reorganização do Serviço Sanitário do Estado criando-se o primeiro Serviço de Assistência à Criança no Estado de São Paulo. Em 1911, o código sofreu uma nova organização que criou a Secção de Engenharia Sanitária. Em 1917 há também algumas modificações, mas desta vez sob a tutela de Artur Neiva, pesquisador de Manguinhos (RJ) que criou a Inspetoria de Profilaxia Geral, i.e., o órgão responsável pelos postos municipais de saúde. Em 1922, o médico

4 - A circulação dos saberes via tratados e manuais no contexto internacional.

Encontros, congressos, revistas, manuais e tratados produzidos em âmbito internacional contribuíram para a ampla divulgação de conhecimentos sobre os assuntos relativos ao estudo das cidades. A leitura dos diversos materiais disponíveis revela o interesse particular de cada situação exposta, bem como uma sólida aliança formada por profissionais envolvidos em determinados assuntos. No caso dos lugares de permanência de pessoas, se destaca a união dos médicos e dos engenheiros. Os debates sobre as habitações “baratas”, por exemplo, constituem textos privilegiados para se observar as relações construídas pelos profissionais com outros sujeitos com preocupações semelhantes na transformação do espaço urbano.

Os manuais internacionais que chegam às bibliotecas e às escolas especializadas contribuem para a manutenção de um diálogo sobre as maneiras de se executar uma obra residencial ou um plano urbano. Neste sentido, minhas pesquisas realizadas em São Paulo e em Veneza expuseram serem numerosos os manuais que tratam com detalhes exaustivos os equipamentos domésticos. Como exemplo, cito a construção das latrinas e o modo como a rede de esgoto deveria ser implantada. Por outro lado, os variados temas sobre salubridade urbana e limpeza da casa formam uma “teoria” sobre a forma e o modelo, o que permite aos leitores desses trabalhos e tratados uma base de apoio para executarem seus projetos de acordo com a realidade de sua cidade.

Nas bibliotecas das faculdades de medicina e de engenharia da capital paulista, especialmente na Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (criada em 1894) e na Faculdade de Medicina de São Paulo (criada em 1912), se encontram diversos tratados e manuais sobre o tema da higiene urbana,

Horácio de Paula Souza assume a direção do Serviço Sanitário, cuja administração defende como principais pontos: a instituição de um Conselho Sanitário; a reorganização geral dos laboratórios do Serviço Sanitário; a existência de cursos mais especializados para médicos e enfermeiras; a realização de campanhas mais eficazes de combate à varíola, febre tifoide e outras doenças infecciosas; a especialização de profissionais de saúde em institutos e universidades estrangeiras; a necessidade de construção de um novo prédio para o Hospital de Isolamento; a disseminação dos postos de profilaxia pelas zonas endêmicas; e a ampliação dos serviços de higiene rural.

disponíveis em diversas línguas, com predomínio dos franceses, alemães, ingleses e italianos. A publicação de livros data do final do século XIX e avança por boa parte do século XX, escritos por médicos e engenheiros-arquitetos que tratam de temas em comum. Essas publicações mostram o acompanhamento e o estudo de projetos internacionais pelos estudantes e professores brasileiros que também contribuíram para o enriquecimento do debate em escala internacional. Os índices desses manuais apresentam sintonia em relação aos temas abordados, mostram os diversos interesses dos profissionais envolvidos na questão urbana. A consulta a manuais franceses, italianos e brasileiros, torna clara a sintonia entre temas como:

- Os meios naturais, como atmosfera, gás incolor ou inodoro que entram na composição da atmosfera dos tecidos vivos;
- Propriedades físicas do ar (influência do calor sobre o homem) e aquecimento;
- Doenças onde o desenvolvimento é favorecido pela elevação e queda de temperatura do ar;
- O papel dos ventos na higiene e a orientação de localização dos edifícios;
- Iluminação e ventilação com orientações na maneira de se construir ou reformar locais públicos e fechados, dando extrema atenção à casa (principalmente a operária);
- Solo (como influência em higiene), estudos sobre salubridade, drenagem, influência sanitária do solo, micróbios, influência do clima no solo;
- Habitação, e organização desta em: porões e subsolos, cômodos, escada, sala, quarto, cozinha, sala de banho; limpeza e desinfecção da habitação, e as habitações insalubres;
- Escolha dos terrenos, exposição e secagem do solo, construções, materiais, higiene do corpo, higiene pública;

- Assistência da higiene pública, organização dos serviços de higiene, laboratório de higiene, higiene municipal, planos da cidade (ruas e vias), purificação do solo, sujeiras, cemitérios¹¹⁶.

De maneira geral, predomina em todas as publicações o tema da insalubridade dos locais; nelas são apresentados projetos e soluções para resolver os problemas de saúde coletiva e individual, numa época em que as epidemias consistiam no principal problema de saúde pública. Se predominava na “era” miasmática, permaneceu com a entrada de novas concepções de doenças e saúde introduzidas com a bacteriologia, quando os lugares físicos foram estudados minuciosamente. O predomínio dos manuais e estudos franceses pode ser avaliado pela ampla difusão de dois estudos (entre outros) no Brasil: o primeiro deles enfatiza a conhecida aliança entre médicos e engenheiros; o segundo consolida tal aliança.

Na França do século XVIII houve uma convocação feita pela Academia de Ciências para que se fizesse um estudo geral dos lugares que apresentavam problemas de insalubridade e pudessem prejudicar a higiene pública. Foram escolhidos os trabalhos do médico Vicq d’Azyr e do arquiteto Pierre Patte, ambos sobre a organização do espaço urbano.

Vicq d’Azyr descreve em seu tratado alguns casos de falecimento causados por epidemias em situações onde o ar se encontrava fétido, resultado da emanção de gases, justamente, de corpos em putrefação. Demonstrou também a evidente necessidade de localizar os cemitérios públicos fora das cidades, de atribuir lugares específicos para a instalação de edifícios que pudessem conter matéria orgânica em putrefação, condenando áreas úmidas e pantanosas. O médico trabalhava com a hipótese de que a fermentação era um movimento próprio das substâncias vegetais e animais, e que estas degradariam pelo

¹¹⁶ Para citar alguns: OTTOLENGHI, Donato. *Trattato d'Igiene*. Vol. 1. Milano: Dottor Francesco Vallardi, 1933. GUIRAUD, L. *Manuel d'Hygiène*. 4ª ed. Tome I e II. Paris: Masson et Cie Ed., 1922. PAGLIANI, L. *Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica* colle applicazioni alla ingegneria e alla Vigilanza Sanitaria. Vol. 1. Milano: Dottor Francesco Vallardi, 1913.

processo de putrefação sob a ação de substância desconhecida. À medida que o processo de putrefação avançava, seus elementos nocivos se espalhavam no ar que se tornaria mortal, caso não se mantivesse em circulação. Para o saber científico do século XVIII, impedido de circular, o ar saturado das emanções de substâncias pútridas se tornava catastrófico para o ambiente.¹¹⁷

A ação e a função do ar foram muito estudadas até o século XIX, e as discussões incluíram diversos profissionais preocupados com questões da cidade. É seguindo essa concepção que a arquiteta Ivone Salgado discute também a obra do arquiteto francês Pierre Patte “De la Translation des cemitières hors de Paris”, escrito em 1799, que se insere no campo da arquitetura. Destacando que, para este autor, o combate à cidade insalubre e o almejo à purificação do ar sugeriria, também que os cemitérios e os hospitais deveriam ser localizados fora da cidade e que sua localização deveria seguir regras de salubridade do lugar. Suas propostas para a intervenção na cidade, assim como aquelas encontradas em outros tratados de arquitetura e engenharia do século XVIII, são as mesmas preconizadas pelo corpo médico. Assim, Ivone Salgado explica que, para Patte:

Para além dos subúrbios, seriam localizados os cemitérios e os hospitais em locais elevados e bem arejados, pois o que exala destes lugares infecta os ares e as águas. Embora esta infecção não seja perceptível num primeiro momento, ela não deixa de molestar a saúde levando nossos corpos a contrair pouco a pouco maus elementos que atribuímos impropriamente a outras influências¹¹⁸.

¹¹⁷ Ver SALGADO, Ivone. “Pierre Patte e a cultura urbanística do iluminismo francês”. In: Revista de Estudos sobre Urbanismo, Arquitetura e Preservação, São Paulo, 2003. E CORBIN, Alain. *Saberes e odores*. O Olfato e o Imaginário Social nos Séculos XVIII e XIX. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

¹¹⁸ SALGADO, Ivone. “Pierre Patte e a cultura urbanística do iluminismo francês”. In: Revista de Estudos sobre Urbanismo, Arquitetura e Preservação, São Paulo, 2003.

O que os dois autores sugeriram, é uma proposta de zoneamento urbano baseado na higiene dos lugares e na busca para o estabelecimento e manutenção da saúde coletiva.

Os exemplos de Vicq D'Azir e Pierre Patte explicitam a ligação entre a arquitetura e a medicina, pelo fato das duas ideias serem muito parecidas e tratarem do mesmo assunto, enfatizando o problema das sepulturas e sugerindo locais de ocupação dos edifícios ligados à saúde não só do indivíduo, mas também da cidade.

Outro importante tratado e de ampla circulação mundial, fundamental para se conhecer os pressupostos e ações da higiene urbana é a *Encyclopédie D'Hygiene et de Medicine Publique*, publicado na França em 1891, sob a coordenação do médico Jules Rochard. O primeiro capítulo da extensa enciclopédia, “Hygiene Urbaine – Les ville en general”, aborda o tema da higiene urbana e é todo ilustrado por figuras e tabelas que demonstram dimensões, orientações, mapas e projetos de engenharia (como pontes, por exemplo) e obras para a distribuição de água para diversas cidades.

Na extensa enciclopédia citada acima se encontra um grande capítulo intitulado “Les Habitations”, que compõe o tomo III da referida obra. Jules Rochard também enxerga a habitação como uma unidade que deve proteger o homem das nocividades externas. Uma casa devia ser edificada para protegê-lo principalmente contra os males da natureza que podem prejudicar sua saúde, tais como o frio, os ventos e todas as outras atmosferas prejudiciais. Para Rochard, a idealização de uma habitação higiênica deveria ser composta por uma aliança dupla, “une entende constante entre l'hygiénist et le constructeur”.

A construção da habitação deveria ser um capítulo das regras de higiene geral. Rochard sugeria que o ideal dessa habitação seria estar posicionada de forma a fazer circular o ar, e onde os raios solares penetrassem dentro dos cômodos através de janelas. Afirmava ainda que uma série de doenças poderia ser proliferada dentro de uma moradia insalubre a exemplo da escrófula, cólera, febre tifoide, difteria e tuberculose.

Diz o autor: “L’insalubrité des habitations est la principale cause des maladies qui se passent dans les agglomérations humaines”¹¹⁹. Esta ideia se consolidou após a epidemia de cólera ocorrida em Paris no ano de 1884, onde uma estatística feita em algumas ruas demonstrou que a doença acometeu a população que residia em casas malsãs. Dentre os diversos tipos de habitação nas quais Rochard escreve na enciclopédia, estão as habitações coletivas. Ao iniciar seu texto para falar sobre elas diz que a maneira como estão construídas expõe mais os habitantes às doenças infecciosas por isso, essas casas devem ser objeto de observação particulares nos assuntos de sanidade pública. A partir disso chama a atenção no fato que o higienista tinha o dever de se preocupar com o problema da insalubridade da moradia.

5 – Algumas propostas higienistas para a proteção da residência contra as doenças.

Em 1899, no curso da Escola de Engenharia Aplicada de Pádua (Itália) os alunos puderam ouvir o professor falar sobre a função do engenheiro no meio ambiente e sua relação com a higiene. Com o objetivo de definir técnicas aplicáveis especializadas que pudessem melhorar a saúde e o bem-estar do homem dentro dos lugares construídos, especificava-se ser a ciência da higiene a responsável pelos estudos dos componentes naturais e artificiais do meio ambiente, assim como do impacto provocado por eles no organismo humano. Ao apontar o engenheiro o profissional capaz de modificar as condições ambientais nocivas à saúde, o professor resumia a referida aula da seguinte forma:

Ora, nessuno più dell’ingegnere concorre coll’opera sua alla formazione e correzione dell’ambiente, dove si deve svolgere la vita dell’uomo, ed è quindi naturale ch’egli debba

¹¹⁹ ROCHARD, Jules. *Encyclopédie D’Hygiene et de Medicine Publique*. t. III. Paris: Lecrosnier et Babe, Libraires-Editour, 1891.

conoscere i fattori giovevoli e nocivi alla salute, che mercè la bontà ed opportunità delle costruzioni deve promuovere ed evitare. Ed è necessario perciò che egli conosca i relativi dettami scientifici dell'igiene per poterli esattamente tradurre in pratica. L'igiene ha quindi coll'ingegneria maggiori rapporti di quelli che possa credersi, giacchè mentre l'igienista studia le proprietà igieniche dei materiali di costruzioni, delle case, degli ospedali, delle scuole, caserme, fogne, povviste d'acqua potabil, ecc ed i problemi teorici e pratici che, dal punto di vista della salute dell'uomo, con tali proprietà sono legati, l'ingegnere alla sua volta ricerca in teoria e pone in pratica le leggi e i mezzi per dare alle sue costruzioni quelle proprietà che l'igienista richiede.”¹²⁰

A partir destas concepções mostradas por exemplo Rochard, Patte, D'azir entre outros, como foi o caso deste professor, consolida a engenharia (e a arquitetura) no envolvimento direto da relação casa/saúde. A variedade de temas sobre a residência é recorrente nos artigos sobre a casa destinada à população de baixa renda, como nos casos de estudos das dimensões em sua relação com o número de habitantes, ou ainda a maneira como se desenvolve a vida familiar em particular. A respiração (outro dos muitos elementos “vitais”) é medida em metros cúbicos para cada habitante do mesmo cômodo, e os estudos, ad hoc, para cada país, acabam por mostrar a necessidade da formulação de uma residência que protegesse o homem de elementos externos nocivos à saúde. A arquitetura e a engenharia deveriam, neste sentido, estar a par dos estudos bacteriológicos, que estipulava os materiais a serem utilizados. A definição¹²¹ das qualidades necessárias para uma casa salubre elenca pontos importantes como, salubridade do solo, exposição da casa em relação à largura da rua, relação de metros

¹²⁰ Rivista l'ingegneria sanitária. Periodico técnico-igienico illustrato. Torino, Stebilitamento Fratelli Pozzo, 1899. “Ora, ninguém mais que o engenheiro pode com sua obra, corrigir o ambiente onde se desenvolve a vida do homem, e é então natural que ele tenha que conhecer os fatores nocivos à saúde, para que ele possa evitar nas construções. É necessário portanto que ele conheça os preceitos da higiene para poder traduzi-los exatamente na prática. A higiene tem mais relações do que se imagina com a higiene já que enquanto o higienista estuda as propriedades higiênicas dos materiais de construção, das casas, dos hospitais, das escolas, prisões, esgotos, água potável etc. e os problemas teóricos e práticos do ponto de vista da saúde do homem, o engenheiro tenta colocá-los em prática através de leis e meios para dar às construções as características que o higienista quer.” (Tradução livre da autora).

¹²¹ Essas definições se encontram em vários números dos periódicos e revistas italianas citadas anteriormente. Em geral, cada definição particular aparece no início de um artigo que tem como tema a salubridade da casa.

cúbicos para a respiração, materiais, ventilação, iluminação, insolação, número de pessoas *versus* número de cômodos.

A casa se torna, enfim, um componente importante para definir a qualidade de uma cidade salubre, e o ideal da cidade higiênica seria composto por casas sãs alinhadas de maneira a favorecer a entrada de ar e luz; conseqüentemente, os habitantes encontrariam nela as condições de uma vida saudável. A casa seria uma promotora da saúde.

Ao estudar a casa minuciosamente, os bacteriologistas chegam a conclusões eficazes frente ao reconhecimento do germe em seu interior. Exemplo disso pode ser visto no importante experimento realizado por médicos na cidade italiana de Palermo, em 1899, que tornaram possível esclarecer o funcionamento de um ambiente bacilar: consistia em descobrir quanto tempo determinado micro-organismo permaneceria vivo dentro da residência. Junto ao Instituto de Higiene Siciliano foi criado um ambiente de 50 metros quadrados dotado com duas pequenas janelas contrapostas. Os médicos revestiram as paredes e o chão com materiais diferentes e com um pincel embebido num escarro contendo o bacilos do cólera asiático, da tuberculose, da difteria e do tifo, pincelaram em seguida as paredes e o chão. Foram deixadas uma janela fechada e outra aberta para se testar a eficácia da luz solar no tempo de vida dos micro-organismos, o que também reproduziria o ambiente doméstico da maioria dos trabalhadores pobres.¹²²

Após três meses estivos, finalizada a experiência, os médicos chegaram à conclusão de que os materiais com os quais foram revestidas as paredes modificavam a capacidade de sobrevivência do bacilo, cada um se comportando de forma diversa. Tal conclusão em relação aos materiais atestou que, nas paredes esmaltadas e secas, alguns bacilos permaneciam vivos por meses. O bacilo da tuberculose foi reconhecido como o mais nocivo à saúde, podendo

¹²² Rivista l'ingegneria sanitária. Periodico técnico- igienico illustrato. Torino, Stebilito Fratelli Pozzo, 1900 n. 1.

sobreviver entre dois e cinco meses, dependendo das condições dos ambientes.¹²³

Com este ponto de vista, tornou-se evidente que numa casa pequena, superpovoada e sem estrutura edilícia propicia à saúde, bastaria a existência de um único tuberculoso como multiplicador dos bacilos naquele ambiente. Ou seja, comprovava-se ser o ambiente doméstico nocivo.

Em 1913, o higienista Luigi Pagliani publica o “Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica: Colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitária. Dagli Ambienti Liberi e Confinati in rapporto colla Igiene e colla Sanità Pubblica”, cujo conteúdo é todo voltado para as questões de salubridade urbana. No volume II, intitulado “Degli ambienti liberi e confinati”, o higienista fez um histórico dos estudos que se debruçaram sobre as propriedades do meio ambiente para a saúde humana. Na trajetória pelo período hipocrático até a bacteriologia, alguns preceitos médicos se mantêm, dentre eles, a certeza de que *il pulvésculo* (as partículas em suspensão no ar) é nocivo à saúde, como provaria a bacteriologia que identifica os germes nessas partículas. Outro consenso mantido refere-se às substâncias dos ambientes urbanos que alterariam o estado da saúde humana e representariam os mais ameaçadores quando confinados em um dado ambiente, os mais nocivos, os encontrados nos ambientes domésticos e industriais.

Pagliani considerava serem os germes mais destrutivos aqueles poluidores das paredes e do piso das moradias. Portanto, o material utilizado na construção deveria ser, preferencialmente, próprio a passar por limpeza constante. Por se saber que algumas doenças se transmitiam por gotículas de saliva expelidas pelo

¹²³ Luigi Pagliani, na obra “Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica” (retomado logo à frente), elenca vários estudos feitos por médicos europeus e mostrou números diferentes a cada resultado da pesquisa. Por exemplo: Zilgen observou que os bacilos se mantinham vivo por 140 dias, quando transformados em “pulvésculo” e misturados e expostos à luz solar; Sormani mostrou que permaneciam por quatro meses; Malasser e Vigal concluíram que os bacilos poderiam sobreviver por tempo indefinido, se instalados em ambiente escuros e úmidos; já Ottolenghi percebeu que os escarros expostos diretamente à luz solar deixavam de ser virulentos em 14 horas; e alguns higienistas, como Abba e Barelli, encontraram bacilos vivos nos lençóis onde dormiram tuberculosos e que sobreviveram por 50 dias em quartos escuros. Outros experimentos também mostraram que o bacilo de Koch poderia permanecer vivo em água por até 150 dias.

doente e encontrassem condições climáticas favoráveis a se transformarem em “*púlviscolo*”, elas facilitariam a contaminação por via aérea.¹²⁴

Esses experimentos com o bacilo da tuberculose e outros germes permitiram aos higienistas definir a *luz solar* como uma das principais profilaxias contra as bactérias, como uma importante aliada na manutenção da salubridade dos locais habitados. Neste período se elaborou o conceito da função bactericida dos raios solares. Os profissionais passaram a considerar fundamental o aspecto da insolação para o modelo de casa e cidade salubres, pelo qual se ansiava internacionalmente.

De acordo com José Geraldo Simões Junior¹²⁵, a técnica da insolação se deu a partir do estudo pioneiro feito pelo italiano Donato Spataro, em 1898, intitulado “Orientation et largeur des rues”, onde a largura e a dimensão das ruas deveriam satisfazer a perfeita insolação e salubridade das construções.

Em 1904, no primeiro Congresso Internacional de Saneamento e Salubridade da Habitação, em Paris, o voto dos representantes decidia ser necessário constar do código de posturas dos municípios a inclusão de uma cláusula referente à abertura de novas ruas e praças seguindo a “orientação solar”. No Brasil, essa inclusão se concretizou, em 1911, no Código Sanitário, depois da divulgação do texto de Alexandre de Albuquerque, *Insolação (1910)*, estudo dedicado especialmente à cidade de São Paulo.

Em particular, para estabelecer o modelo de casa, ao se pautarem na profilaxia dos raios solares, os projetos possibilitavam, em teoria, o acesso da luz e do ar em todas as partes da casa, como mostra esta planta:

¹²⁴ PAGLIANI, Luigi. Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica. Colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitaria. Dagli Ambienti Liberi e Confinati in rapporto colla Igiene e colla Sanità Pubblica. Milano: Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1913.

¹²⁵ SIMÕES, José Geraldo. A pesquisa e o debate urbanístico em São Paulo (1900 – 1920). As proposições em torno do tema da casa e cidade salubres. X ENANPUR junto ao grupo de trabalhos “o urbanismo sanitaria no Brasil Republicano” na Escola de Engenharia de São Carlos, USP, 2003.

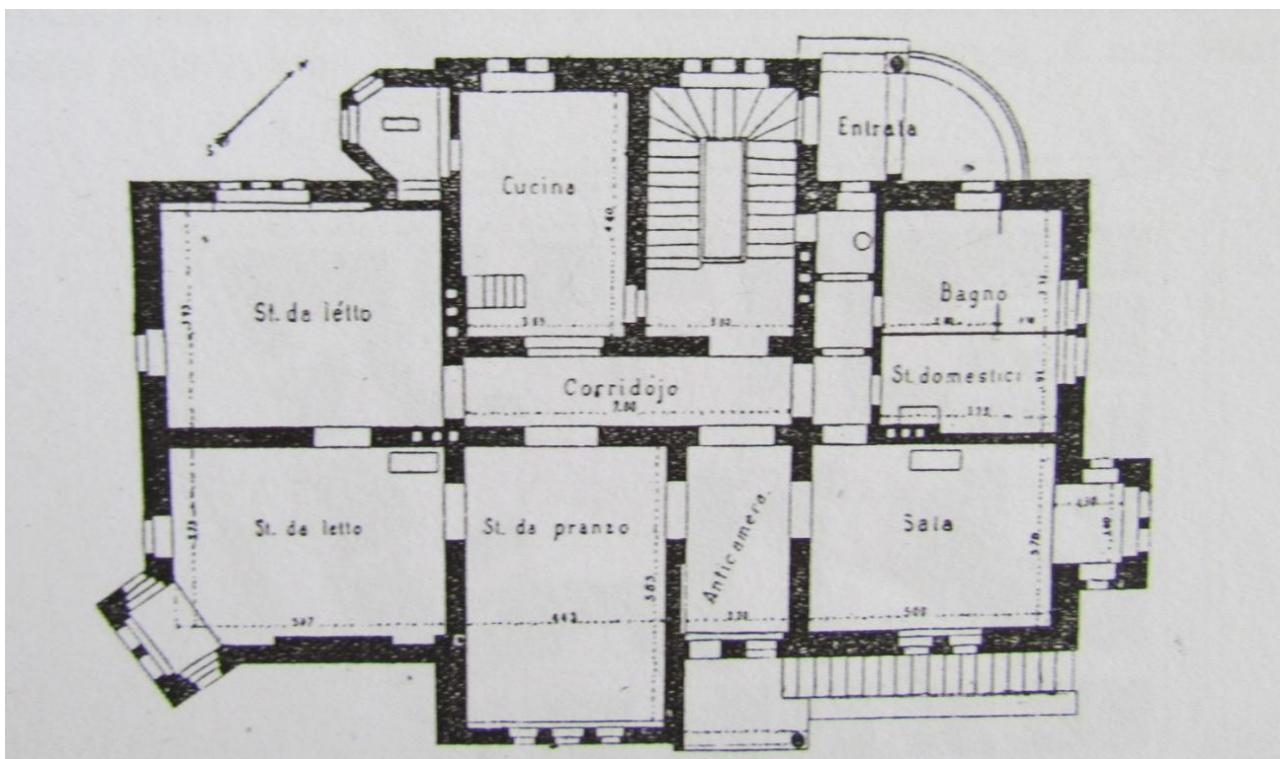


Figura 5. Fonte: PAGLIANI, Luigi. Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica. Colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitária. Dagli Ambienti Liberi e Confinati in rapporto colla Igiene e colla Sanità Pubblica. Milano: Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1913.

Nas figuras abaixo se apresenta o projeto de uma residência higiênica ideal edificada em terreno isolado. A orientação da casa permite que ela receba tanto a ventilação quanto a luz dos raios solares em vários horários do dia. Observa-se que as “flechas” indicam os raios da manhã e da tarde em relação ao posicionamento do sol, quando este se move a norte, sul, leste e oeste.

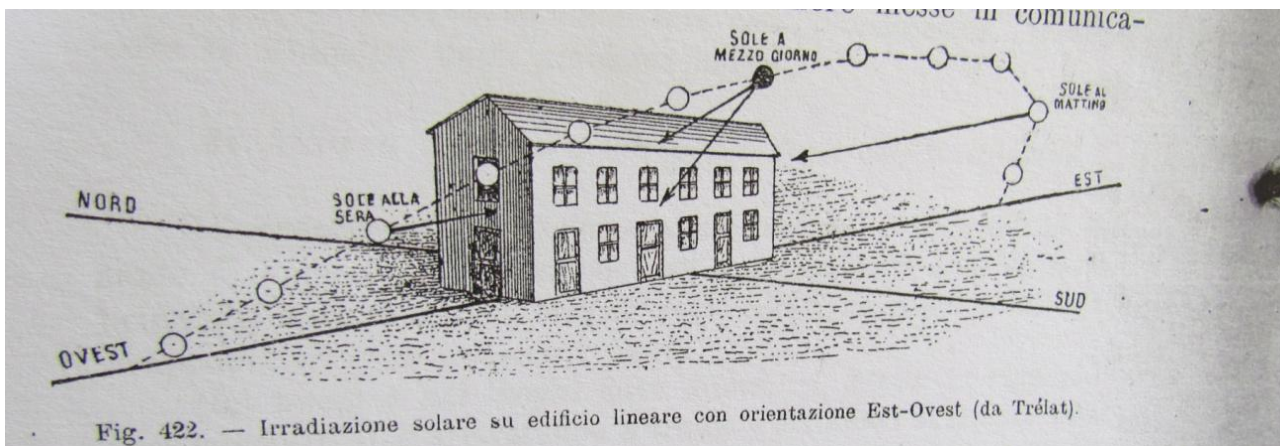


Figura 6. Fonte: PAGLIANI, Luigi. Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica. Colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitária. Dagli Ambienti Liberi e Confinati in rapporto colla Igiene e colla Sanit  Pubblica. Milano: Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1913.

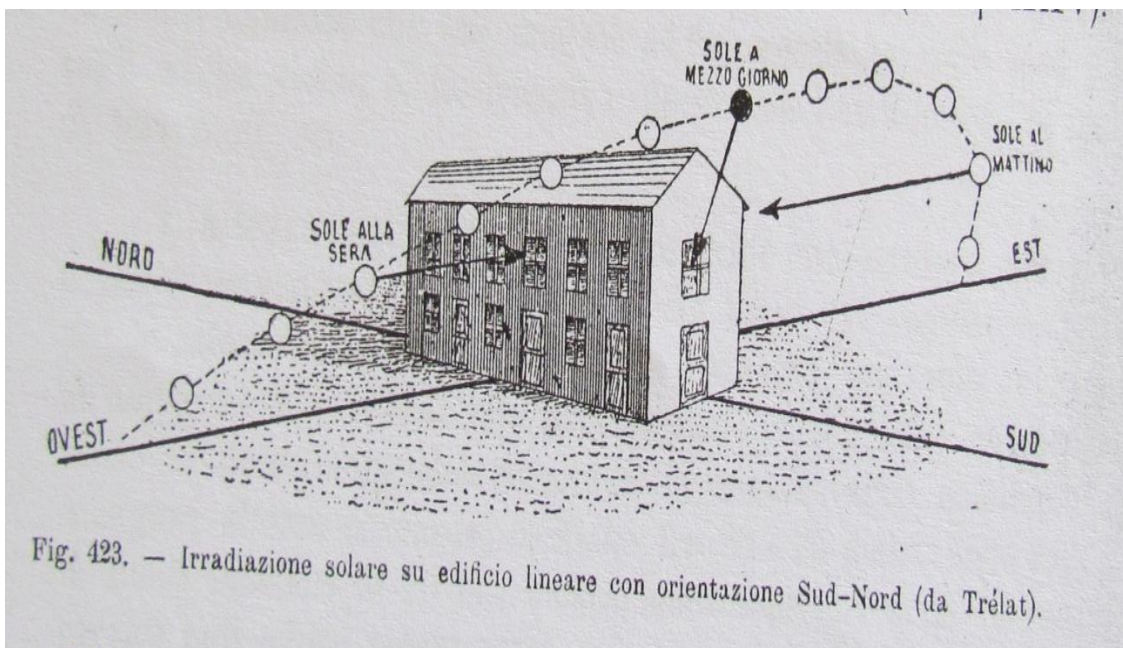


Figura 7. Fonte: PAGLIANI, Luigi. Trattato di Igiene e di Sanit  Pubblica. Colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitária. Dagli Ambienti Liberi e Confinati in rapporto colla Igiene e colla Sanità Pubblica. Milano: Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1913.

Nota-se nas duas figuras da mesma casa vista da lateral direita e esquerda, a disposição das janelas e portas, as quais, quando mantidas abertas, proporcionam o máximo da ventilação do ar natural e da entrada da luz. As duas figuras mostram a posição diagonal da casa, oblíqua em relação ao meridiano, modelo da teoria bem aplicada. A disposição da casa com fachada a norte ou a sul poderia prejudicar o acesso dos raios solares.

6 – A doença do quarto, a doença da casa.

Segundo Robert Koch:

A tuberculose é uma moléstia da habitação e Biermer a descrevia como uma doença de quarto (*bedroomdisease*). O meio doméstico é pois uma fonte predominante de infecção. O domicílio insalubre, a casa superpovoada, mal ventilada, sem luz e sem sol exercerá sempre um papel nefasto como foco onde se cultiva e donde irradia o contágio pelo bacilo de Kock. Isto vale dizer que o domicílio higienico das classes operárias representa uma linha de defeza de primeira ordem e concorrerá fundamentalmente para a solução do problema da tuberculose como flagello social.¹²⁶

No fim do século XIX e início do XX muitos estudos de bacteriologia contribuíram para completar as afirmações de Koch sobre a proliferação dos bacilos da tísica. A tipologia doméstica descrita acima se enquadra na casa dos operários e da população carente em geral. O numeroso contingente de trabalhadores aglomerados em pequenas residências em cidades que se industrializaram chamou a atenção de médicos higienistas quanto à higiene da habitação e aos costumes dos trabalhadores. O elevado número de pessoas no

¹²⁶ Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

interior de uma mesma casa, abrigado em um único cômodo, explicaria, entre outros fatores, o significativo alastramento de doenças. No caso da tuberculose, o bacilo encontrava na residência insalubre um local extremamente propício para sua proliferação.

A partir desta constatação, os profissionais de cada país discutiam sua própria realidade, propondo comissões e pesquisas que lançassem um olhar apurado da situação das residências em suas cidades. De fato, as condições de vida dos operários e de suas casas contribuíram para a eclosão de diversas doenças infecciosas. No mundo todo, como muitas pesquisas constataram, tais moradias se ressentiam da falta de infraestrutura adequada – em sua maioria sem ventilação e iluminação. No caso de São Paulo, a Comissão dos Cortiços de Santa Ifigênia se enquadra nesta perspectiva de pesquisa urbana local, ao explicar pontualmente um caso desta natureza ocorrido em um de seus bairros centrais e mais precários.

Os primeiros estudos na área da bacteriologia ocorreram nas grandes metrópoles do mundo desde o fim do século XIX. Uma comissão formada em Paris, conhecida como “Comissão Roux”, fez, entre os anos de 1894 e 1904, um estudo detalhado da relação entre casa e tuberculose. Neste período, Paris acusava 101.496 mortos pela tuberculose, distribuídos em 38.447 casas. Dentre elas, em 265 onde se constatou casos de tuberculose foram encontradas 2.677 quartos sem janelas voltadas para a rua e, em outras 405, 3.615 quartos sem troca de ar e sem entrada de luz. Esta comissão pioneira consolidou a íntima correlação tuberculose/habitação e demonstrou que a doença se desenvolve nas condições de vida familiar combinadas com a estrutura construtiva da casa.¹²⁷

Na Inglaterra, se fizeram estudos que relacionavam o número de pessoas em relação ao número de cômodos e quartos da casa onde existiam tuberculosos. Para os ingleses, quando mais de duas pessoas dormiam num quarto que possuía uma única janela já havia sinal de alerta. A tipologia da casa se torna um denominador do coeficiente de saúde. As opiniões variavam, contudo, e na

¹²⁷ Rivista di Ingegneria Sanitaria e di Edilizia Moderna. Torino, 1916 Anno XII n 16.

Alemanha, por exemplo, se considerou prejudicial o número de cinco habitantes por quarto de dormir.¹²⁸

Para amenizar os problemas de insalubridade e proliferação de doenças, a Inglaterra investiu na construção de casas para a população de baixa renda, construindo residências isoladas, separadas, ajardinadas. O resultado foi uma diminuição de mortalidade no país entre os anos de 1880 e 1901, na proporção de 25 a 18% de casos que se manifestavam nas casas.

Passava a ser consenso que os danos causados pelo grande número de pessoas na mesma casa atingiam diretamente a saúde individual, afetavam as funções vitalícias e o tempo de vida. Os dados trazidos por Luigi Pagliani (1913) mostram que, em Budapeste, a aglomeração na casa com relação à tuberculose acusava uma baixa estimativa de vida aos moradores, como mostra esta estatística relativa a cada ambiente:

De 1 a 3 pessoas a estimativa de vida seria de 35 anos
De 2 a 5 pessoas a estimativa de vida seria de 32 anos
De 5 a 10 pessoas a estimativa de vida seria de 31 anos
Mais que 10 pessoas a estimativa de vida seria de 30 anos

Tabela 2: estimativa de vida de pessoas de pessoas dormindo no mesmo cômodo na cidade de Budapeste, Hungria. Fonte: PAGLIANI, Luigi. Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica. Colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitária. Dagli Ambienti Liberi e Confinati in rapporto colla Igiene e colla Sanità Pubblica. Milano: Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1913.

No Brasil, todos os médicos conscientes e adeptos da nova ciência, inseridos no diálogo higienista internacional, tentavam aplicar as técnicas de insolação e ventilação nas cidades onde o problema da doença da casa era latente. As reflexões de Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário, demonstram ser

¹²⁸ Revista Ingegneria Sanitaria, 1907 ano XVII.

a tuberculose uma doença oportuna de lugares e situações características das cidades em pleno desenvolvimento econômico:

A tuberculose é uma moléstia da civilização e da indústria que determinam o apinhamento de gente em pequena área. Por esta razão nas cidades industriais a tuberculose é mais comum em quarteirões operários. (...) A tuberculose aumenta a miséria do pobre: A tísica é a moléstia que mais empobrece o povo. O doente sofre por muito tempo e por muito tempo fica inabilitado para o trabalho. Não está ao alcance do pobre poder encorajar seu organismo contra as possibilidades de uma infecção como acontece aos ricos. De facto, esse encorajamento, é uma exaltação do poder curativo da natureza e se consegue por meios de fortificantes, que exigem dispêndio de dinheiro, casa confortável etc. (...) ¹²⁹

Na obra *Tuberculose. Contágio, Curabilidade, Tratamento hygienico e Prhophylaxia*, escrita em 1899, Victor Godinho e Guilherme Álvaro se manifestam de modo incisivo sobre a insalubridade da casa nos seguintes termos:

As casas fatídicas das velhas cidades mineiras, paulistas e fluminenses, onde a phtísica erigiu domicílio, são armadilhas onde as victimas incautas e ignorantes recebem a inoculação da moléstia. ¹³⁰

Em diálogo com as teorias e propostas internacionais, os médicos brasileiros propunham que as casas fossem expostas ao sol, resguardadas dos ventos nocivos, caiadas e oleadas. Deveriam ter janelas abundantes que garantissem a renovação do ar. Prescreviam que, como o doente deveria limitar sua vida à suas próprias casas, nelas seria mantê-lo em seu quarto e à varanda, onde deveriam permanecer isolados em repouso. O quarto deveria ser amplo e

¹²⁹ RIBAS, Emílio. Instruções Sanitárias contra a Tuberculose. Cartilha Publicada pelo Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1902.

¹³⁰ ALVARO, Guilherme e GODINHO, Victor. *Tuberculose. Contágio, Curabilidade, Tratamento hygienico e Prhophylaxia*. São Paulo, Escola TYP. Salesiana. 1899.

arejado, garantindo o repouso noturno, e somente a cama do doente poderia estar neste cômodo.¹³¹



Figura 9 :Panfleto de propaganda contra a tuberculose. Fonte: desconhecida

Em 1900, o Serviço Sanitário Paulista lançava cartilhas informativas sobre a tuberculose com o título de “Instruções Sanitárias”, com o intuito de explicar à população alguns fatores determinantes para o aparecimento de casos de tuberculose. Escritas por Emílio Ribas, as publicações esclareciam em poucas palavras a ligação da doença com a moradia:

A tuberculose existe em todos os climas, sendo entretanto mais commum nas grandes e velhas cidades dos que nas pequenas e novas, e nelas, mais do que no campo. As casas velhas, sem ar, sem luz e onde moraram ou falleceram phitísicos, são logares onde muitas vezes se adquire a moléstia, cujos germes resistentes, muito tempo vivem no pó das paredes, dos moveis, das cortinas, das frinchas dos soalhos. Toda casa, que por isso se ignora quem nella residiu anteriormente, deve ser, antes de habitada de novo,

¹³¹ ALVARO, Guilherme e GODINHO, Victor. Tuberculose. Contágio, Curabilidade, Tratamento hygienico e Prrophylaxia. São Paulo, Escola TYP. Salesiana. 1899

cuidadosamente desinfetada e lavada e quando possível completamente pintada.¹³²

Por este motivo, Ribas investia na propaganda das casas higiênicas e chamava a atenção para que as construções, para que, tanto as que seriam reformadas como as ainda seriam construídas, seguissem as regras universais de higiene.

(...) Julgamos medidas por excellencia a reforma dos domicilios insalubres, no sentido de dar-lhes luz directa e franco arejamento, e a rigorosa observância dos preceitos de hygiene domiciliar nas construções novas (...) Porquanto a casa insalubre não é somente responsável pela propagação da Tuberculose, mas de todas as moléstias epidêmicas. E a prova temol-a na capital de São Paulo e nas principaes cidades da Inglaterra, onde se puzeram em pática taes medidas, como o decrescimento do obituário geral e o da tuberculose, conforme deixamos dito. (...) Felizmente, tudo leva a creditar que a victória não tardará nesta Capital cidade fundada no modernos moldes da hygiene, com ruas largas e bem calçadas, onde o sol e o ar, as duas armas poderosas contra a Tuberculose, penetram nas habitações. No entanto, a hygiene nas cidades não terá cumprido a sua missão si cuidar só das ruas e praças: é preciso ir além, abrir caminho para o interior das habitações ao ar e á luz. Dessa inspeção concluimos que os focos mais intensos se formam com character permanente nos domicílios em que o ar e a luz solar não penetram suficientemente e sobretudo aquellles que existem malsinadas alcovas – verdadeiros soleiros de bacillos de Koch, pois oferecem condições favoráveis á conservação da virulência daquele germen pathogenico.

Com essa preocupação Ribas percorre algumas cidades paulistas e sugere a reforma das habitações. Uma vez aceitos os princípios de ventilação e iluminação naturais, proibiu-se a permanência das alcovas nas velhas residências,

¹³² RIBAS, Emílio. Instruções Sanitárias contra a Tuberculose. Cartilha Publicada pelo Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1900.

e as vetaram rigorosamente nas novas construções. Ao discursar a favor das reformas, o higienista diz:

Sempre que avultava o numero de victimas, encontramos a tenebrosa alcova, onde faleceram e foram tratados os primeiros doentes, consoante com a idéia errônea, antigamente em voga e que ainda hoje se acha arraigada no espírito da gente ignorante, que o tuberculoso deve evitar os commodos em que se possa ter uma franca renovação de ar!!!¹³³

¹³³ RIBAS, Emílio. Instruções Sanitárias contra a Tuberculose. Cartilha Publicada pelo Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1902.



Figura 10: Panfleto sobre a limpeza da casa. Fonte: Arquivo do Instituto de Higiene. (Sem data).

Na década de 1910 a distribuição geográfica da doença na cidade de São Paulo apontava principalmente para sua região central, somando um total de 389 doentes habitantes dos seguintes bairros¹³⁴:

¹³⁴ Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Braz	103 pessoas
Consolação	99 pessoas
Santa Efigênia	59 pessoas
Sé	49 pessoas
Santa Cecília	42 pessoas
Belemzinho	37 pessoas

Tabela 3: distribuição geográfica de do número de tuberculosos na cidade de São Paulo.
 Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.



Mapa 05.Planta da cidade de São Paulo (disponível em tamanho ampliado em “Anexos”)

As demarcações no mapa mostram as regiões afetadas da cidade, que acusam uma grande concentração de residências malsãs. O quadro revela o

abismo existente entre a teoria e a prática, Istoé, entre o desejo e a realidade árdua de um problema social característico das cidades em rápido crescimento; revela também quanto o ambiente bacilar e infectante das moradias continuava comum já na segunda década do século XX.

Em inspeção domiciliar feita pela Liga Paulista contra a Tuberculose¹³⁵ no ano de 1916, os inspetores sanitários visitaram as casas dos 395 tuberculosos que procuraram ajuda no Dispensário Clemente Ferreira¹³⁶ com o intuito de verificar as condições do lugar em que ficavam esses enfermos, e concluindo ser catastrófica a situação de suas residências¹³⁷:

Condições dos domicílios (natureza da habitação)	
251 enfermos	moravam em habitações coletivas
109 enfermos	moravam em casas individuais
32 enfermos	moradia não identificada

Tabela 4 – Condições dos domicílios: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Impressão geral da habitação:	
Casas boas:	46
Casas regulares:	272

¹³⁵ Sobre a Liga Paulista contra a Tuberculose, falaremos de seu histórico e a atuação no capítulo IV

¹³⁶ Sobre o Dispensário Clemente Ferreira, falaremos de seu histórico e a atuação no capítulo IV

¹³⁷ Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Casas más:	42
Ignoradas:	32

Tabela 5: Impressão geral da habitação: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Habitações providas de superfície livre, sem jardim ou quintal.	
Sem superfície livre:	5
Sem jardim ou quintal:	164
Ignoradas:	32

Tabela 6: Habitações providas de superfície livre ou sem jardim: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Número de peças (cômodos) da habitação	
163 enfermos ocupavam:	41 peças
91 enfermos ocupavam:	2 peças
67 enfermos ocupavam:	3 peças
29 enfermos ocupavam:	4 peças
8 enfermos ocupavam:	5 peças
2 enfermos ocupavam:	6 peças

Tabela 7: Números de cômodos da habitação. Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Número de janelas do aposento do enfermo:	
0 janelas:	25
1 janela:	274
2 janelas:	57
Ignorados:	32

Tabela 8: Número de janelas nos aposentos dos doentes: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957

Número de pessoas dormindo no quarto do enfermo:	
Dormiam sós:	54
Dormiam com 1 pessoa:	87
Dormiam com 2 pessoas:	63
Dormiam com 3 pessoas:	57
Dormiam com 4 pessoas:	54
Dormiam com 5 pessoas:	25
Dormiam com 6 pessoas:	5

Tabela 9 : Número de pessoas dormindo no quarto do enfermo: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957

Ao ser considerada a forma do contágio, o numero total de 345 enfermos identificados e distribuídos entre as casas poderia ser elevado a aproximadamente 1.100 doentes; se multiplicarmos o número de tuberculosos contatados pelo número de pessoas que ocupam o mesmo espaço que eles durante a noite.

Número de pessoas dormindo no leito do enfermo:	
Dormiam sós:	152
Dormiam com 1 pessoa:	138
Dormiam com 2 pessoas:	42
Dormiam com 3 pessoas:	18
Dormiam com 4 pessoas:	9

Tabela 10: Número de pessoas dormindo no leito do enfermo: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957

Aqui a hipótese de elevação dos números se torna maior e muito mais perigosa devido o contato íntimo e direto com o doente. Nessas condições, é possível afirmar que as estatísticas subiriam extraordinariamente: de 359 tuberculosos catalogados, o número de pessoas doentes se elevaria para 533. Se considerarmos tais estatísticas corretas, teríamos então, ao final deste ano, 1.633 tuberculosos vítimas da contaminação doméstica, ao invés de 395 conforme registrado pelo Dispensário.

Já em 1917, os agentes de inspeção realizaram visitas de inspeção em 1.374 habitações, das quais 997 coletivas; das individuais, 235 se encontravam irregulares e 167 em mau estado, segundo relatou o médico Clemente Ferreira:

por sua deficiência de asseio e accentuado apinhamento quer pela defeituosa estrutura hygienica e pelos seus atributos de incorrecta construção. Mais de 40% eram cortiços malsãos – os nefastos ninhos onde se acalenta e se cultiva o feroz germe, que dahí irrompe em ameaçadoras incursões, 14 doentes com suas famílias residiam em porões

tendo sido uma destas quase por completo aniquilada pela cruel doença.¹³⁸

Nesses anos iniciais do século XX, mais precisamente entre 1904 e 1917, houve um balanço das ruas paulistas onde residia a maior parte dos tuberculosos, fornecendo um panorama dos locais mais insalubres da cidade. De acordo com o mapa de 1916:



Mapa de 1916 – Planta da cidade de São Paulo (disponível em tamanho ampliado em “Anexos”)

Distribuição geográfica das ruas mais flageladas pela Tuberculose a partir do início do Dispensário Clemente Ferreira, entre 1904 e 1917	
1 Carneiro Leão – Bráz	(65 tuberculosos)
2 Caetano Pinto – Bráz	(54 tuberculosos)
3 Rua Santo Antonio – Bexiga	(52 tuberculosos)

¹³⁸ Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

4 Rua da Consolação - Consolação	(44 tuberculosos)
5 Avenida Rangel Pestana – Bráz	(36 tuberculosos)
6 Rua da Glória – Liberdade	(36 tuberculosos)
7 Rua das Palmeiras – Santa Cecília	(34 tuberculosos)
8 – Visconde De Parnahiba - Bráz (passa pela Moóca	(34 tuberculosos)
9 – Rua dos Lavapés – Cambucy	(29 tuberculosos)
10 – João Theodoro – Luz (passa pelo Pary)	(29 tuberculosos)
11 – Av. Celso Garcia – Belemzinho	(34 tuberculosos)
12 – Rua Anhaia – Bom Retiro	(28 tuberculosos)
13- Rua São João – Barra Funda	(27 tuberculosos)
14 – Rua 21 de abril – Bráz	(27 tuberculosos)
15- Rua da Moóca – Moóca	(26 tuberculosos)
16 – Rua Vergueiro – Liberdade	(25 tuberculosos)
17 – Rua Bresser – Começa no Pary e vai até o Bráz	(25 tuberculosos)
18 – Rua Oriente – Entre Bráz e Pary	(24 tuberculosos)
19 – Rua Conselheiro Ramalho - Bexiga (passa por Bella Vista)	(22 tuberculosos)
20 – Rua dos Estudantes – Liberdade	(20 tuberculosos)
21 – Rua do Hyppodromo – Hippodromo	(20 tuberculosos)
22 – Ladeira Tabatinguera	(20 tuberculosos)
23 – Rua Major Diogo - Bexiga (passa pela Bella Vista)	(18 tuberculosos)
24 – Rua Glicério – Bexiga	(17 tuberculosos)
25 – Rua Conde de Sarzedas	(16 tuberculosos)
26 – Rua Casimiro de Abreu	(16 tuberculosos)
27 – Rua 25 de Março – Santa Ephigenia	(16 tuberculosos)
28 – Rua dos Immigrantes (não encontrado no mapa)	(16 tuberculosos)
29 – Rua 13 de Maio - Bexiga (passa pela Bella Vista)	(15 tuberculosos)
30 – Rua Bella Cintra – Bella Vista (passa pela Consolação)	(15 tuberculosos)
31 – Rua da Liberdade – Liberdade	(13 tuberculosos)
32 – Rua Saracura Grande (não encontrado no mapa)	(13 tuberculosos)
33 – rua Helvétia – Santa Ephigênia	(12 tuberculosos)
34 – Ladeira de São Francisco	(12 tuberculosos)
35 – Rua Miller – Bráz	(10 tuberculosos)
36 – Alameda Pirez Ramos (não encontrado no mapa)	(10 tuberculosos)
37 – Rua Conselheiro Carrão – Bella Vista	(9 tuberculosos)
38 - Rua Bonita - (não encontrado no mapa)	(9 tuberculosos)
39 – Rua da Esperança (não encontrado no mapa)	(8 tuberculosos)
40 – Rua Barão de Iguapé – Liberdade	(8 tuberculosos)
41 – Rua Dutra Rodrigues - Bom Retiro	(8 tuberculosos)
42 – Rua João Bueno (não encontrado no mapa)	(7 tuberculosos)
43 – Rua Chavantes – Bráz	(6 tuberculosos)
44 – Rua da Concórdia (não encontrado no mapa)	(6 tuberculosos)
45 – Rua Augusta –Bella Vista (passa pela Consolação	(5 tuberculosos)
46 – Rua Tenente Penna (Bom Retiro)	(5 tuberculosos)

47 – Rua Teixeira Leite - Liberdade	(5 tuberculosos)
48 – Ruy Barbosa - Bexiga (passa pela Bella Vista)	(4 tuberculosos)
49 – Rua Frei Caneca - Bella Vista	(4 tuberculosos)
50 – Travessa Camaragibe (não encontrado no mapa)	(3 tuberculosos)
51 – Rua Barão de Ladário - Pary (continua no Bráz)	(3 tuberculosos)
52 – Rua Paim – Bella Vista (não encontrado no mapa)	(3 tuberculosos)
53 - Rua Jaceguay– Bexiga	(3 tuberculosos)
54 – Rua Tamandaré – Liberdade	(3 tuberculosos)
55 – Rua Mamoré – Bom Retiro	(3 tuberculosos)
56 – Rua Santo Amaro – Bexiga (não encontrado no mapa)	(2 tuberculosos)

Tabela 11: Distribuição geográfica das ruas mais flageladas pela Tuberculose a partir do início do Dispensário Clemente Ferreira, entre 1904 e 1917. Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957

Pode-se concluir que este capítulo buscou mostrar o debate internacional do higienismo frente às questões de salubridade pública, com destaque para a casa como principal preocupação desses teóricos com a constatação do abismo entre teoria e prática em relação ao *lugar doficar* do doente. As evidências sobre as más condições de vida da massa trabalhadora e a impossibilidade de um “lugar ao sol” resultaram em diferentes ações em cada cidade frente à necessidade de resolver seus problemas específicos de salubridade.

O Estado de São Paulo, ao que tudo indica, esteve preparado para o problema no campo dos argumentos com inserção e participação dos profissionais brasileiros em contexto mundial. A divulgação dos preceitos de higiene, as leis, as recomendações e cartilhas mereceram significativo número de publicações e tiveram relevante divulgação nos relatórios de saúde do Serviço Sanitário. Porém, a prática dos preceitos da higiene se arrastou por anos na cidade sem ser eficazmente concluída, como pudemos verificar no período que vai do decreto de regulamentação do Serviço Sanitário até aproximadamente a década de 1920.

O estigma pejorativo em relação ao trabalhador que adoece e contamina a família acabou por desviar os higienistas paulistas do campo das ações efetivas destinadas a enfrentar o problema material da residência; pois, permaneceram por

um bom tempo, naquela espécie de círculo vicioso das discussões sobre as doenças sociais. O mesmo pode ser verificado quanto às teorias e propostas de solução para o incômodo causado por se ter esta população trabalhadora no perímetro urbano. As casas continuaram a se aglomerar, os porões começaram a ser habitados e a tuberculose, enfim, expandia sua caminhada rua por rua, casa por casa, em qualquer lugar em que o bacilo tivesse a possibilidade de se acomodar.

A tuberculose permaneceu com esse estigma até a descoberta de cura. Antes, ela fugia ao controle, era feia, mortal; uma força que se instalava nos lugares e consumia efetivamente as pessoas, uma a uma. Tal como uma nuvem de fumaça percorria as ruas, os bairros, disseminava a dor e o sofrimento por onde passasse.

Nos congressos ao redor do mundo comentava-se o quanto era horrível esse flagelo e como eram horríveis os tuberculosos. No Congresso de Habitação no Rio de Janeiro, em 1918, lamentaram-se os danos irreversíveis que a tuberculose causava nas vidas humanas:

Ruídos cavernosos, que acabam fazendo a ronda da estalagem e que lembram, ora um rouquenho e triste marulhar de ondas, ora um sinistro coaxar de rãs. São os tuberculosos que tosem despedindo-se da vida, de olhos cercados por olheiras roxas, as faces encovadas, sobre esteiras podres ou sobre catres de palha pejados de molambos. São os pobres que esperam a morte, o rabecão da Santa Casa, de boca fria, trêmula, toda manchada de catarro e sangue... Não raro, uma dessas janelas abre-se de repente, para que uma voz entrecortada de soluços atire um brado angustioso, mas que se perde pela noite escura: – Morreu! Deus meu! Como eu sou desgraçada!¹³⁹

¹³⁹ Ver: RAIMUNDO do NASCIMENTO, Dilene. *As pestes do século XX. Tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

No próximo capítulo, mostro os caminhos da luta antituberculosa na cidade de São Paulo subsidiada pela medicina do Serviço Sanitário e principalmente pelas ações filantrópicas inseridas dentro da formação e atuação da Liga Paulista contra a Tuberculose. Destacando as obras do tisiologista Clemente Ferreira, mostro como a organização filantrópica elaborou as campanhas de profilaxia da doença visando à formação de uma consciência higiênica por parte dos doentes e da população sã.

CAPÍTULO IV

A propaganda sanitária antituberculosa em São Paulo: A Liga Paulista contra a Tuberculose e o Dispensário Clemente Ferreira (1900-1930)

Tuberculose é uma causa social e higiênica.

FERREIRA, Clemente



Figura 11: Panfleto de propaganda contra a tuberculose. Fonte: desconhecida

Mobilizados pela ciência bacteriológica, no findar do século XIX todos os médicos conscientes do flagelo social da tuberculose tentavam controlar de alguma forma a doença. Em território nacional, médicos como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas, Victor Godinho e, em especial, Clemente Ferreira fizeram campanha propagandista contra a enfermidade. Ainda assim, como observou Tânia Bittencour, embora a tuberculose fosse uma doença de alta incidência no Brasil, até a Primeira República pouco havia sido feito de maneira eficaz em relação ao

seu combate. As ações se reduziam a leis sanitárias, subvenções à filantropia e planos de pouca abrangência.¹⁴⁰

A peça chave no controle da tuberculose até 1940 se fundamentou na profilaxia do contágio: o isolamento, a manutenção dos ambientes salubres e a consciência de uma vida higiênica. Em todos os países onde grassava a doença foram criadas associações e ligas com o intuito de conscientizar a população citadina dos perigos de contágio e também orientar quanto às maneiras de se protegerem. Assim, nos primeiros quarenta anos do século XX, o principal instrumento do controle na luta antituberculose limitou-se à propaganda sanitária.

O médico tisiologista Clemente Ferreira, principal atuante nas medidas de controle da doença, monta em São Paulo uma organização fundamentada nos moldes alemães de educação antituberculose. Consistindo na aplicação direta dos princípios germânicos, A Liga Paulista Contra a Tuberculose (LPCT) como ficou conhecida, foi oficialmente fundada em 1899. Nesse ano, Ferreira apresenta, para a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, os preceitos básicos da LPCT. Aprovada sua criação, se propôs uma corporação nomeada “Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos”. Esta associação possuía comissões que elaboravam as propagandas e captavam recursos financeiros provenientes de donativos para a instalação de Sanatórios no Estado.¹⁴¹

Ainda em 1899, o assunto da formação de “Ligas” foi destacado no IV Congresso de Medicina e Cirurgia de São Paulo pelo professor de anatomia patológica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que conclamou a classe médica a formar um órgão nacional específico para combater a tuberculose.¹⁴² Assim, os compromissados com o combate à doença e com a educação do doente se organizavam como podiam, formando essas associações particulares

¹⁴⁰ BITTENCOURT, Tânia Mara Mota. “Peste Branca, Arquitetura Branca. Os sanatórios de tuberculose no Brasil na primeira metade do século 20”. Dissertação de mestrado apresentada na Escola de Engenharia de São Carlos. Universidade de São Paulo, 2000.

¹⁴¹ A Liga Paulista contra a Tuberculose. Histórico, organização, programa e atuação (1899 – 1933). Publicação do Instituto Clemente Ferreira.

¹⁴² Ver: RAIMUNDO do NASCIMENTO, Dilene. *As pestes do século XX. A Tuberculose e a AIDS no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2005.

no campo da filantropia. Em 1900, no Rio de Janeiro também se formou a Liga Brasileira Contra a Tuberculose que pretendia abranger todo o território nacional com campanhas específicas. Tanto a Liga Paulista como a Liga Brasileira consideraram o Sanatório primordial para o combate à tuberculose: sem o estabelecimento, as campanhas certamente não trariam o resultado esperado, pois sua força seria limitada e deficiente.

Como a Liga Brasileira deveria atingir todo o Brasil, foi elaborado no Rio de Janeiro o primeiro estatuto legislativo da associação. O capítulo IV mostra os artigos que deveriam regular a implantação dos Sanatórios:

Art. 26 – A Liga fundará, logo que reúna os recursos necessários, um hospital ou mais hospitais e sanatórios.

Art. 27- Nesses hospitaes e sanatórios, ella receberá e dará tratamento systematico aos que forem seus sócios ou aos que, ainda que pessoalmente, o não sejam lhe forem enviados, com a devida requisição, por instituições ou corporações que a subvencionem.

Art. 28 – Haverá no Sanatório pavilhões especiaes, onde se receberão doentes que queiram pagar a diária que for fixada. 143

As Ligas¹⁴⁴ sempre foram organizações filantrópicas. No caso da Liga Paulista, ela foi marcada pelo escasso apoio de médicos, além de poucas famílias abastadas do Estado. Ao se ler o estatuto nacional é possível perceber em seus artigos que a Liga (isto é, as Ligas) deveria captar seus próprios recursos para a construção dos sanatórios, pois era uma organização independente e com leis próprias. Por serem caracterizados pelo voluntariado, os organizadores das Ligas

¹⁴³ NASCIMENTO, Dilene R. . As pestes do século XX. Tuberculose e Aids no Brasil: uma história comparada. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

¹⁴⁴ Várias cidades brasileiras formaram suas “Ligas Antituberculosas” e desenvolveram suas propagandas higiênicas. Além de São Paulo e Rio de Janeiro, temos a Liga Mineira (1900), a Bahiana (1900), a Pernambucana (1899) e a Campista (1902).

elaboravam discursos em tons que pudessem atingir a população, tentando movimentar a opinião pública a fim de obter verbas oriundas da caridade.

Antes de dedicar sua vida profissional aos tuberculosos, formado em Medicina na Faculdade do Rio de Janeiro, onde defendeu, em 1880, a tese “Sobre Tísica Pulmonar”, Clemente Ferreira ocupou o cargo de inspetor sanitário do Estado de São Paulo, atuando junto com Emílio Ribas nas comissões das epidemias de febre amarela em algumas cidades paulistas. Foi, além disso, um dos revisores da reelaboração do código sanitário entre os anos 1906 e 1907, ao lado de Vitor da Silva Freire, diretor de obras da prefeitura. Sua constante participação em congressos internacionais o colocava a par dos programas dos países europeus que combinavam o saneamento residencial com a internação em Hospitais Especializados. Assim, durante mais de vinte anos, o maior representante da medicina brasileira frente à tuberculose insistiu na conscientização das autoridades públicas do Estado para dotarem verbas destinadas a realizar, também em São Paulo, o que se praticava em outros países afetados. Entretanto, era evidente que a falta de um sanatório acabava por limitar as estratégias de controle antituberculose praticado pelo médico.

Na Liga Paulista, Ferreira fundou, em 1902, a revista “Defesa contra a Tísica” e, dois anos depois, implantou na capital paulista um dispensário¹⁴⁵ para o tratamento e a profilaxia das moléstias pulmonares, auxiliado ainda por uma subvenção municipal. A função desse dispensário não era curar o doente, e sim manter o doente no único local onde receberia os primeiros cuidados e informações sobre seu estado. O dispensário se destinava a ser um local clínico da tuberculose e, para tanto, servia apenas como referência à doença em suas primeiras manifestações. Como disse o higienista italiano Giovanni Allevi, ao conceituar os dispensários num contexto geral:

¹⁴⁵ O prédio funcionava na Rua Líbero Badaró. Ver: FERREIRA, Clemente. *Minhas memórias*. Documento disponível na biblioteca do Instituto Clemente Ferreira.

Il dispensário, posto della profilassi: ma è appunto la profilassi che ha bisogno di una serie di armi sussidiarie que servono a imporia agli indifferenti (...). Dal dispensário quindi deve irradiare una specie di luce ideale che serva a spronare gli uomini di buona volontà, e soprattutto i colleghi alla lotta trasformandoli in propangandisti (ALLEVI, p. 69)

No lugar da cura, se tentava ensinar o enfermo a não contaminar as pessoas que viviam próximas. A recomendação era que cada um se mantivesse em seu lugar – cada qual com sua cubagem de ar, em seu leito e seu quarto. E horas de sol e horas de descanso. A cura, por sua vez, viria em tempo indeterminado.

No entanto, poderíamos perguntar: essa doutrina era feita para quem? Ora, todos podiam se curar da tuberculose; mas, como visto, só se curaria definitivamente quem podia usufruir tempo, dinheiro e espaço físico.

Devido ao estigma social, ao medo do preconceito e à falta de informação de muitos doentes, a busca de soluções para a própria saúde no dispensário não ocorria sempre de maneira voluntária. Para tanto, foi montado um grupo de visitantes sanitários que ia até a casa do doente. A inspeção doméstica deveria fazer um rigoroso inquérito higiênico que servia para identificar as residências onde existiam tuberculosos em todos os estágios¹⁴⁶. Uma vez identificadas as casas, os visitantes tentavam definir as modalidades de assistência às famílias, que consistia em ajuda financeira e distribuição de alimentos. Percebe-se como o perfil do dispensário deveria ser o de um

pesquisador de doentes, um descobridor de focos de contaminação e de irradiação bacilar, facilitando a intervenção das autoridades sanitárias e a correção higiênica dos domicílios poluídos pelo bacilo de Koch.¹⁴⁷

¹⁴⁶ Vale lembrar que pudemos ver os resultados sobre as inspeções domiciliares no capítulo anterior.

¹⁴⁷ A Liga Paulista contra a Tuberculose. Histórico, organização, programa e atuação (1899 – 1933). Publicação do Instituto Clemente Ferreira.

A reforma e a reestruturação das residências estavam muito além do trabalho voluntário realizado no dispensário e sua ausência revertia o esforço despendido pela Liga Paulista, um percurso de passos lentos. A consciência higiênica, a conduta de uma vida nos moldes dos higienistas e a tentativa de isolar o bacilo de Koch não se sustentavam sem a disponibilidade de um espaço físico adequado para serem postas em prática.

Ainda que com certo receio, no ano de inauguração do Dispensário, um total de 125 doentes foi até o local em busca de esperança. No ano seguinte, esse número aumentou para 586 pacientes. Em 1908, os membros da Liga tentaram dar início a um programa de confinamento domiciliar dos doentes em estágio mais avançado, orientando-os a permanecer por tempo indeterminado dentro de suas casas; a família, por seu lado, devia encontrar uma maneira de conviver com os bacilos e permanecer imune.¹⁴⁸ Prática utópica na cidade de São Paulo, diante do precário estado das casas em vários bairros centrais.

Em plena ação estratégica d'A Liga, Clemente Ferreira consegue verba do governo do Estado para a construção de um prédio definitivo que abrigaria o Dispensário solicitado. O terreno disponível situava-se na esquina da Rua da Consolação, região central da capital paulista. Sua proximidade resgatou na imaginação dos moradores da região e dos frequentadores do bairro as terríveis figuras dos doentes, remetidas aos “miasmas” invisíveis e voláteis e rejeitaram a construção do prédio – um foco da tuberculose, para eles. O nº 100 da Rua da Consolação se tornaria território perigoso na e para a cidade, local onde se veria tuberculosos transitando e escarrando aos olhos de todos. Não tardaram a chegar diariamente aos ouvidos dos membros da Liga ameaças de dinamização e recados de assassinato aos colaboradores. Cansados de andar em círculos com seu trabalho limitado, a equipe envolvida na construção do Dispensário conseguiu a intervenção da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e do Rio de Janeiro, que junto com a Academia Nacional de Medicina, emitiu pareceres científicos sobre a inocuidade da localização deste Dispensário modelo. A

¹⁴⁸ A Liga Paulista contra a Tuberculose. Histórico, organização, programa e atuação (1899 – 1933). Publicação do Instituto Clemente Ferreira.

ocupação de um espaço físico definitivo para o Dispensário fortaleceria, enfim, as práticas de defesa social contra a tuberculose.

O Dispensário modelo “Clemente Ferreira” foi solenemente inaugurado, cinco anos depois do início da construção, a 10 de julho de 1913, – catalogado pelos higienistas e tisiologistas platinos como o primeiro da América do Sul. Segundo folhetos coletados na biblioteca do atual Instituto, o Dispensário foi considerado a primeira cátedra de tisiologia do país, um verdadeiro centro de estudos sobre a tuberculose.

Na ocasião da inauguração, Ferreira expõe a estatística de mortalidade da tuberculose no Estado: só no ano de 1913, somavam 2.700 vidas em idade produtiva¹⁴⁹. Isso mostrava o fraquíssimo arsenal antituberculose com o qual contavam até o momento. Mas a inauguração do Dispensário marcava uma grande conquista da Liga Paulista que, a partir de então, estaria sempre presente diante dos olhos de toda a população. Através da localização do Dispensário e da ajuda do Estado para a sua construção, o problema da Tuberculose em São Paulo se colocou em evidência.

Consequentemente, os doentes deveriam se locomover de suas casas rumo ao centro de São Paulo, passando por ruas antes fora de sua rotina habitual, se embrenhando em meio a pessoas desconhecidas nesse “acesso” a mais uma parte da cidade. A paisagem muda e se estabelece uma tensão ainda maior. Era uma vitória para a Liga? Ou a exposição descarada do fator tuberculose? Consistia, enfim, uma alavanca para o aumento dos donativos para a construção dos sanatórios?

Em discurso de inauguração do Dispensário, Ferreira afirmava:

Senhor presidente, minhas senhoras e senhores,
considerando a saúde como uma riqueza, toda a economia

¹⁴⁹ Discurso pronunciado por ocasião do ato da inauguração do dispensário modelo “Clemente Ferreira”, da Liga Paulista Contra a Tuberculose, à Rua da Consolação, a 10 de julho de 1913.

da saúde, toda a vida conservada como um aumento de receita para o Estado, deprecamos solenemente os poderes públicos, solicitamos ardentemente dos governos a Exmo. Presidente do Estado, que não recuou nem desfaleceu perante dificuldades sem numero, perante alterosos óbices e possantes embaraços na gloriosa e inestimável obra do saneamento e transformação higiênica do Rio de Janeiro, que nos habilite a enfrentar com eficiência a praga tuberculosa, ampliando e completando o nosso arsenal de profilaxia e de assistência.¹⁵⁰

A planta do Dispensário realizada pelos engenheiros Antonio de Cerqueira Cesar e Souza Campos exhibia imponente fachada:



Figura 12: Imagem da fachada total do Dispensário Clemente Ferreira: Fonte: Panfleto Informativo sobre a História do Dispensário, distribuído pelo Instituto Clemente Ferreira.

Para a sede principal do Dispensário foi construído um prédio de dois pavimentos sobre o porão. A parte posterior desse prédio é rodeada de varandas. O prédio tem recuo de 6 metros das vias públicas e das laterais seguindo princípios profiláticos higienistas. No segundo andar se encontravam a sala de

¹⁵⁰ Discurso pronunciado por ocasião do ato da inauguração do dispensário modelo “Clemente Ferreira”, da Liga Paulista Contra a Tuberculose, à Rua da Consolação, a 10 de julho de 1913.

conferências, a sala das damas paulistas da Obra de Preservação dos Filhos de Tuberculosos Pobres, a sala do diretor, a biblioteca, o arquivo e a secretaria. No primeiro andar, duas amplas salas de espera para os doentes, gabinetes de hematologia e de análises clínicas, gabinete de bacterioscopia, sala de aereoterapia, gabinete de pequenas operações, gabinete de inscrição dos doentes, sala de entrega de alimentos e farmácia.¹⁵¹

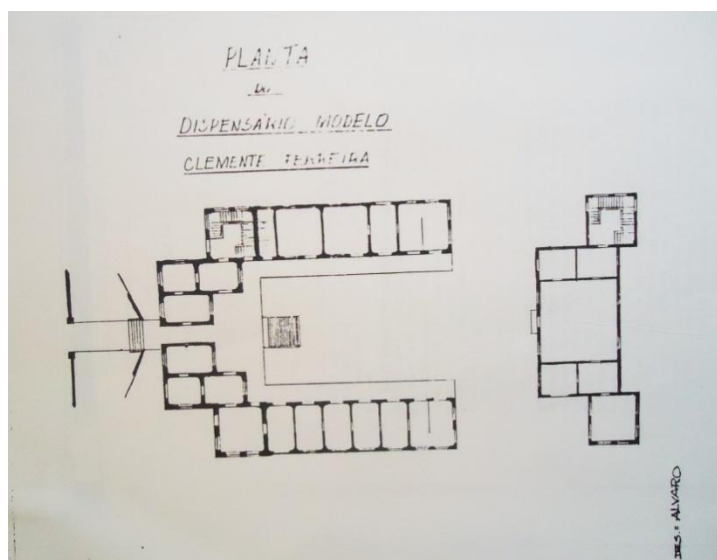


Figura 13: Imagem da Planta do Dispensário modelo Clemente Ferreira - Panfleto Informativo sobre a História do Dispensário, distribuído pelo Instituto Clemente Ferreira.

¹⁵¹ MOTT, Maria Lucia e SANGLARD, Gisele (org). História da Súde: São Paulo: instituições e patrimonio histórico e arquitetônico (1808 – 1958), Barueri, SP, Minha Editora, 2011.



Figura 14: Imagem da sala de consultas para mulheres do Dispensário Clemente Ferreira. Fonte: páginas soltas de uma revista francesa (sem data e sem nome)



Figura 15: Imagem da sala de consultas para homens do Dispensário Clemente Ferreira. Fonte: páginas soltas de uma revista francesa (sem data e sem nome)



Figura 16: Imagem da sala de espera do Dispensário Clemente Ferreira. Fonte: páginas soltas de uma revista francesa (sem data e sem nome)

Foram planejadas seções balneárias, onde haveria duchas destinadas à classe operária, além da instalação de uma lavanderia mecânica para a desinfecção de roupa contaminada. Contudo, essa parte do projeto nunca se realizou.¹⁵²

Mesmo com o Dispensário em pleno funcionamento, faltava ainda um lugar específico para que os doentes avançados pudessem permanecer longe de sua casa e rotina. Diante da falta de um sanatório e da aparelhagem incompleta do Dispensário, a saída era investir em propaganda sanitária. A maior profilaxia dentro e fora do sanatório seria a persistência da conscienciados preceitos da higiene, como veremos a seguir.

¹⁵² FERREIRA, Clemente. *Minhas memórias*. Documento disponível na biblioteca do Instituto Clemente Ferreira.

1 - A Propaganda da Profilaxia

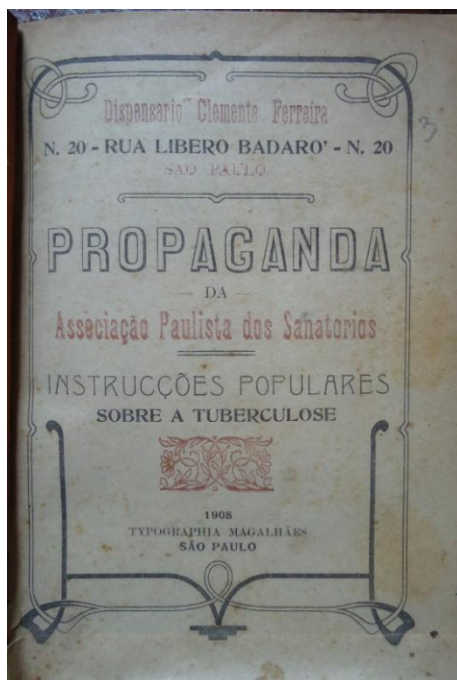


Figura 17: Imagem de livro “Propaganda da Associação Paulista dos Sanatórios: Instruções Populares sobre a Tuberculose”, escrito por Clemente Ferreira em 1900.

As palestras elaboradas pela Associação de Sanatórios Paulistas chamavam a atenção para as formas de contágio e técnicas profiláticas, mas enfaticamente apontavam os indigentes tuberculosos como o maior necessitado de internação. O fato de colocá-los como grande ameaça à cidade demandava uma proibição destes doentes perambularem pelas ruas e serem vistos pelas pessoas. Sem a existência de um lugar onde pudessem ficar, a ação mantinha-se no âmbito dos discursos dos membros da Liga, sempre, com o objetivo de arrecadação de verba para a construção dos Sanatórios, cujo processo se deu de modo um tanto conturbado.¹⁵³

¹⁵³ As Sobre discussões da implantação dos Sanatórios no Estado de São Paulo serão apresentadas no capítulo V

A Propaganda contra a tuberculose visava a formação da consciência higiênica que deveria, então, ajudar na manutenção de um Estado Higiênico da cidade como princípio de todas as outras ações posteriores. Em todas as partes do mundo em que grassava a tuberculose, os higienistas convocavam reuniões, seminários, congressos, e publicavam textos pedagógicos com ensinamentos para amenizar o contágio da doença nos lugares onde se reunia grande quantidade de pessoas: escolas, locais de trabalho, centros culturais e, principalmente, o ambiente doméstico.

Com vistas ao alerta e a atenção da população, a prática da medicina se transfere do hospital e da clínica e sai em busca do doente *in loco*. Antes mesmo de propor paliativos, como repouso e alimentação, mais do que o cuidado com o corpo propriamente, a medicina buscava os cuidados da mente. Para tanto, baseava-se no entendimento de cada indivíduo referente ao problema da tuberculose. Neste sentido, doentes deveriam se manter em “equilíbrio”, praticando hábitos higiênicos que garantissem o não contágio do próximo. Por outro lado, familiares, enfermeiros e a população em geral eram orientados a como conviver com o tísico, o que também demandava uma disciplina mental. Quando passa a se basear na profilaxia, a medicina da tuberculose não precisa de um espaço físico, tanto quanto de estratégias de abordagens que cheguem à população de maneira simples, direta e descomplicada.

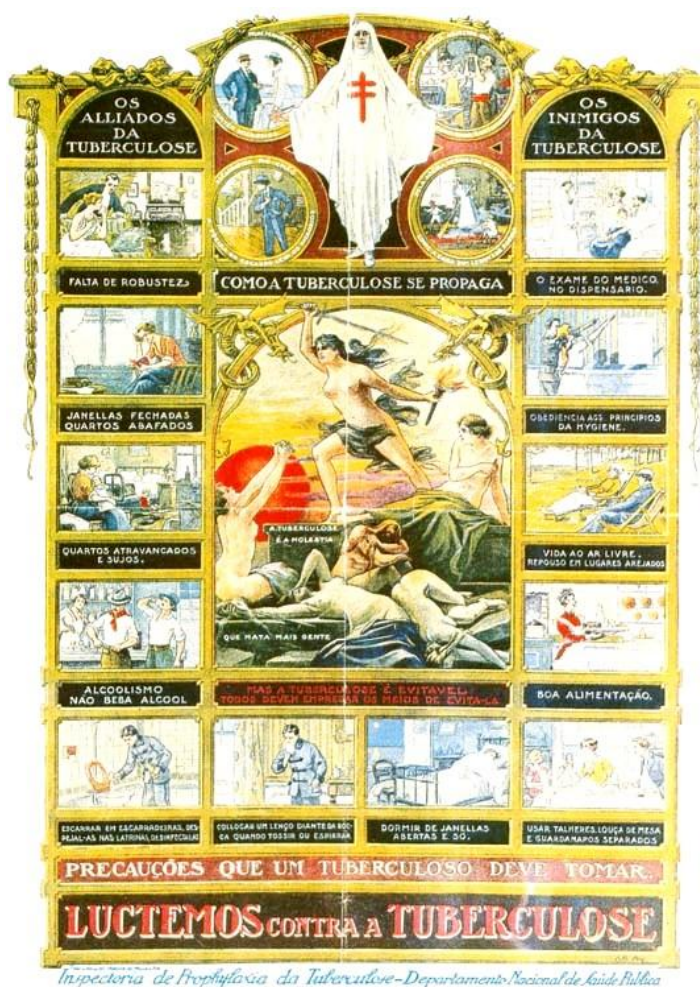


Figura 18: Cartaz da inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Rio de Janeiro. Fonte: SOARES, Pedro Paulo. *A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose*. Hist. Cienc. Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, Oct. 1994.

O cartaz divulgado pela inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Rio de Janeiro é um exemplo de campanha sanitária para a população. Vemos no centro do cartaz, ao alto, uma figura feminina com veste mostrando a “cruz de Lorena”, símbolo mundial da luta antituberculose. Vem representada como um ícone da sabedoria e a guardiã dos doentes. Abaixo dela, mulheres nuas com elementos de fogo e espada representando a luta da sobrevivência. O contorno do cartaz, em forma de quadrinhos, divide situações positivas e negativas frente à doença, como escolher entre o certo e errado, ou entre ser ou não ser tuberculoso.

Em São Paulo, Clemente Ferreira falava da importância da viricultura e da puericultura como programas indicativos de profilaxia. A viricultura voltava-se para a prática de melhorar a alimentação e a habitação do pobre ou do trabalhador, com unidades produtoras “embargando a decadência orgânica e combatendo a miséria fisiológica que tantas vezes cria o tuberculisável.”¹⁵⁴ A puericultura seria o preparo físico, a fortificação do corpo por meio de exercícios – principalmente no caso das crianças, para que estas preparassem seus organismos para um possível ataque bacilar.¹⁵⁵

Em particular, requereu-se ao Secretário do Interior para que fossem instalados programas nas escolas a fim de orientar as crianças a se protegerem contra as moléstias transmissíveis, principalmente a do bacilo de Koch. Solicitou-se também a obrigatoriedade da inclusão nos livros e materiais escolares, preceitos de preservação antituberculose e a afixação de cartazes e avisos contendo regras higiênicas em todos os estabelecimentos oficiais de instrução. De maneira geral, entre as várias campanhas profiláticas se destacam a guerra contra o escarro, as maneiras de limpeza da casa, a reprovação às bebidas alcoólicas, a conduta de uma vida moral e a preservação das crianças.

Logo no início de suas atividades, a Liga conseguiu circular amplamente algumas pequenas frases profiláticas nas caixinhas de fósforos produzidas pela única fábrica de fósforos existente no período. A circulação das caixinhas foi a maneira mais eficaz para a Liga conseguir levar informações a todas as pessoas, uma vez que os fogões e os cigarros eram utilizados e consumidos por todas as classes sociais.

O escarro, visto como o primeiro sinal de contaminação, recebeu um lugar próprio para ser depositado: as escarradeiras de diversas tipologias. Sendo

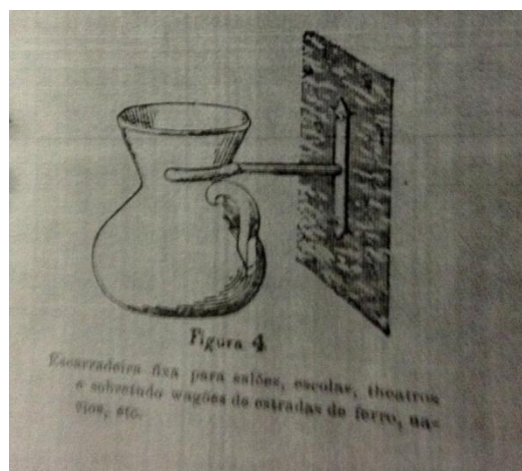
¹⁵⁴ FERREIRA, Clemente. Discursos e Conferências 1892 – 1939 (Puericultura e Tisiologia). São Paulo: Typographia Rossolillo, s/ data. Conferência realizada no salão do Clube Piracicabano no dia 17 de Janeiro de 1904 “Tuberculose e armamento antituberculoso”

¹⁵⁵ FERREIRA, Clemente. Discursos e Conferências 1892 – 1939 (Puericultura e Tisiologia). São Paulo: Typographia Rossolillo, s/ data. Conferência realizada no salão do Clube Piracicabano no dia 17 de Janeiro de 1904 “Tuberculose e armamento antituberculoso”

prática anti-higiênica que se escarrasse em público, o preceito higiênico fundamental do período era:

O tuberculoso nunca engulirá o escarro, assim como não escarrará no lenço, no chão, nas paredes, nos pateos, em casa ou na rua. É pelo escarro secco, reduzido a pó, e misturado no ar que se respira, que a phtisica, na maioria dos casos de propaga. O doente lançará a saliva ou o escarro em um vaso próprio, contendo um pouco de agua phenicada.¹⁵⁶

As escarradeiras se espalharam por todos os locais onde circulavam pessoas. O teatro e a fábrica, os centros cívicos e os cortiços, as igrejas e os botequins, todos teriam o recipiente contendo um líquido antisséptico, pronto para receberem o bacilo. Na verdade, a prática de colocar as escarradeiras em todos os lugares públicos exercia dupla função: a de conter hábitos anti-higiênicos públicos, mas também alertar a população de que qualquer pessoa, independente de qualquer classe social, poderia ser um doente. As escarradeiras representavam a presença da tuberculose na cidade. Se os escarros delatam o tuberculoso, as escarradeiras provam a presença deles em todos o lugares públicos.



¹⁵⁶ Instruções Sanitárias contra a Tuberculose. Publicação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1902.

Figura 19: Imagem de uma escarradeira fixa para salões, escolas, teatros etc. Fonte: Instruções Sanitárias contra a Tuberculose – Publicação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1902.

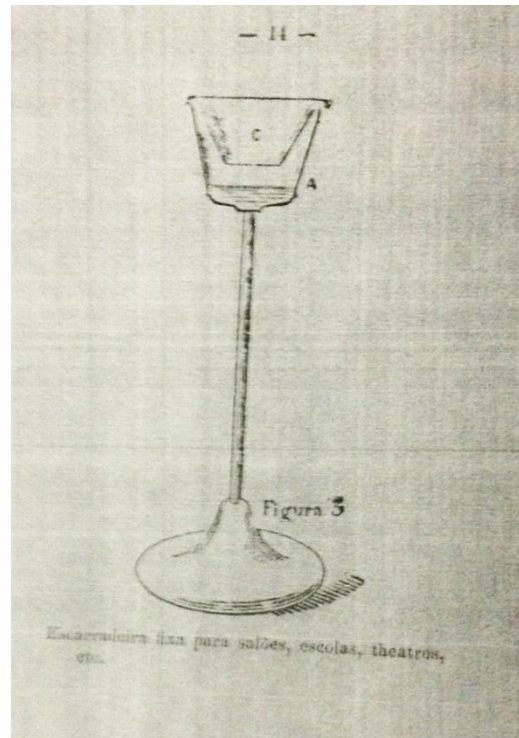


Figura 20: Imagem de uma escarradeira fixa para salões, escolas, teatros etc. Fonte: Instruções Sanitárias contra a Tuberculose – Publicação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1902.

Além da Liga “filantrópica” Paulista contra a Tuberculose, havia a imprensa oficial de saúde pública de São Paulo, que também fez sua propaganda antituberculosa através de cartilhas publicadas e distribuídas pelo Serviço Sanitário do Estado, assinadas por Emílio Ribas.

As cartilhas de Ribas abordavam temas sobre contágio, tratamento higiênico, curabilidade e meios de evitar a tuberculose. Os textos tratavam efetivamente de questões de comportamento higiênico das pessoas, em casa e em locais públicos, e chamavam a atenção, por exemplo, para o perigo do escarro e da casa insalubre. Era explicado como a saliva e o catarro podiam espalhar os

bacilos, ensinando novas maneiras de limpeza da casa, tais como varrer o chão, passar panos molhados nas superfícies, e assim por diante.¹⁵⁷ Chamava-se a atenção da população para a questão da contaminação do meio ambiente e da importância de manter os ambientes domésticos limpos, mostrando como a proximidade com o tuberculoso era nocivo ao outro.



Figura 21: Cartaz da inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Rio de Janeiro. Fonte: SOARES, Pedro Paulo. *A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose*. Hist. Cienc. Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, Oct. 1994.

¹⁵⁷ RIBAS, Emílio. Instruções Sanitárias contra a Tuberculose. Cartilha Publicada pelo Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1900, 1901, 1906.

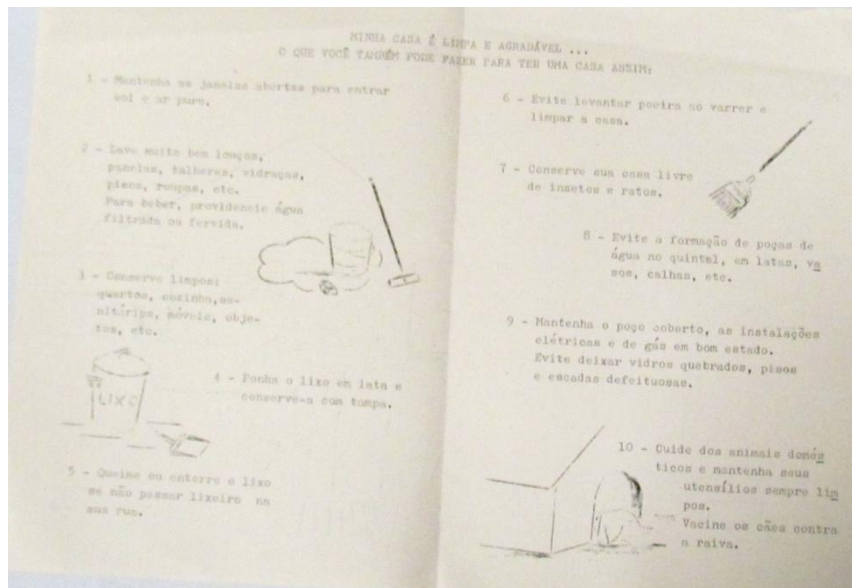


Figura 22: Cartaz da inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Rio de Janeiro. Fonte: SOARES, Pedro Paulo. *A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose*. Hist. Cienc. Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, Oct. 1994.

2 - A Preservação da Criança

“Para salvar uma raça ameaçada por uma moléstia contagiosa o melhor é preservar o grão, a semente” Pasteur¹⁵⁸



Figura 23: Cartaz exposto no Museu de Saúde Pública Emílio Ribas. Fonte: foto tirada pela autora.

A propaganda enquanto protagonista dos tempos profiláticos investiu insistentemente na proteção da criança como medida de urgência para o desenvolvimento social e moral da sociedade, como exposto acima.

Uma vez aceito como consenso entre os médicos não ser a tuberculose uma doença hereditária, crescia também o consenso de que os filhos dos tuberculosos podiam ser preservados do contágio. As publicações das instruções sanitárias diziam: “a tuberculose pulmonar não é sempre adquirida pelo contágio.

¹⁵⁸ FERREIRA, Clemente. Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança, em janeiro de 1913.

Não sendo moléstia hereditária, o filho de um phtisico cuidadoso bem pode nunca vir a sofrer do mal paterno.”¹⁵⁹

Esse foi um consenso mundial surgido primeiramente na França. A filantropia francesa inicia as obras de preservação em 1903, o que serviu de inspiração para o que se fez no Brasil. Isolar a criança seria uma ação profilática eficiente e uma forte defesa social. A obra de preservação poupava a criança “das presas do devorador Minotauro.”¹⁶⁰

Todo o discurso eugenista e higienista mostrou-se aplicável neste projeto de proteção à infância, principalmente quando a retirada da criança do seio familiar visava também a retirá-la daquele ambiente imoral associado pelos teóricos ao doente. A proposta visava a que a criança fosse “desencortçada” e posta num lugar salubre até a maioridade, quando então estaria pronta para ser inserida na cidade e utilizada como força de trabalho produtiva.

Em 1908, a Liga Paulista cogitou a formação de uma entidade de assistência aos doentes, formada pelas damas da sociedade paulista que se chamaria “Obras de Preservação dos filhos de tuberculosos pobres”, destinava-se à divulgação dos devidos princípios profiláticos.

Em livro sobre a luta antituberculose, Clemente Ferreira escreve no ano de 1909 sobre essa organização:

Fizemos pois, um appello ás senhoras caritativas de S. Paulo e enviamo-lhes circulares acompanhadas das ideias geraes sobre o plano da associação para afastar esses inocentes dos domicílios contaminados, criando-os ao ar livre e puro, alimentando-os nos princípios de uma sã hygiene.¹⁶¹

¹⁵⁹ Instruções Sanitárias contra a Tuberculose. Publicação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1900.

¹⁶⁰ FERREIRA, Clemente. Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança, em janeiro de 1913.

¹⁶¹ FERREIRA, Clemente. A luta antituberculosa no Estado de São Paulo. São Paulo, Typografia Siqueira, Salles e Comp., 1909.

Os esforços da Liga deram frutos e as senhoras da sociedade paulista fortaleceram a Associação formando uma frente de “Preservação Social e defesa colectiva”.¹⁶² A ideia seria bem funcional se a Associação, por seu lado, não sobrevivesse somente de doações, e sim tivesse recebido a ajuda fundamental do Estado. Um exemplo do desamparo oficial ocorreu no ano de 1908, em que somente onze crianças filhas de tuberculosos necessitados puderam viver num Asilo no Ipiranga e num colégio situado na cidade de Santos, mas mediante contribuição mensal de suas pupilas. Somente em 1911 esta organização adquiriu um terreno na cidade de Bragança Paulista que demarcou, assim, um território definitivo ao recolhimento infantil. O “Preservatório” chegou a abrigar 31 meninas e 16 meninos no mesmo ano da abertura do Dispensário em São Paulo.

A definição do local em terras bragantinas foi feita pela Viscondessa de Cunha Bueno proprietária de terras nessa cidade. No ato da abertura, Clemente Ferreira exalta a atitude caritativa da donatária e descreve a situação das crianças abrigadas:

Senhores, assistir aos tuberculosos pobres, que vivem em domicílios malsãos, em peças exíguas, mal arejadas e sem luz, provados dos mais rudimentares elementos de higiene, desamparados dos mais insignificantes meios de tratamento, mal vestidos, deficientemente agasalhados, é uma missão caritativa, um objetivo filantrópico, um imperioso dever de solidariedade humana.¹⁶³

Nas fotos abaixo, observa-se um pouco do cotidiano do Preservatório em Bragança Paulista. Vale mencionar que o local fora erroneamente denominado

¹⁶² FERREIRA, Clemente. A luta antituberculosa no Estado de São Paulo. São Paulo, Typografia Siqueira, Salles e Comp., 1909.

¹⁶³ FERREIRA, Clemente. Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança, em janeiro de 1913.

“Sanatório de Preservação”; como se sabe, o sanatório deveria ser um local de reclusão do tuberculoso, e essas crianças estavam inseridas dentro de um programa de profilaxia.



Figura 24; Imagem de criança cuidando de coelhos no Preservatório de Bragança Paulista. Fonte: Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança Paulista, em janeiro de 1913, por Clemente Ferreira.

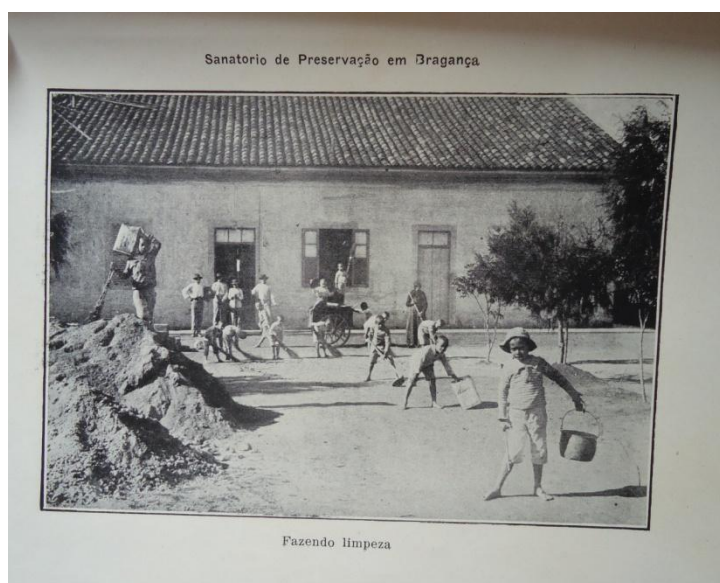


Figura 25; Imagem das crianças fazendo a limpeza do local. Fonte: Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança Paulista, em janeiro de 1913, por Clemente Ferreira.



Figura 26 :Imagem do grupo de meninas. Fonte: Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança Paulista, em janeiro de 1913, por Clemente Ferreira.



Figura 27: Imagem das crianças cuidando da horta. Fonte: Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança Paulista, em janeiro de 1913, por Clemente Ferreira.



Figura 28; Imagem geral do local destinado à Obra de Preservação dos filhos dos Tuberculosos Pobres. Fonte: Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança Paulista, em janeiro de 1913, por Clemente Ferreira.

Dentro desses programas profiláticos, a criança e o jovem constituíam alvo constante dos direcionamentos das Instruções Sanitárias. Nas escolas se ensinava exercícios físicos para aqueles considerados de saúde fraca e para os que possuíam familiares tuberculosos próximos. Esses eram chamados de “pré-tuberculosos” ou “tuberculosos pré-dispostos”.

A ginástica respiratória era receitada como uma medida paliativa e profilática. Devia ser obrigatória nas escolas, em especial para aquelas crianças que aparentemente apresentavam o tipo físico franzino. As Instruções Sanitárias

oficiais orientavam para que a criança ficasse em posição bem vertical com os braços alinhados para frente e as palmas das mãos rentes umas às outras. Deviam levar os braços para frente e para trás, fazendo movimentos para dentro e para fora. Dessa forma, a respiração deveria acompanhar os movimentos: primeiro se enchia os pulmões de ar e depois se esvaziava com uma lenta expiração. Movimento este que, diziam os médicos, eliminava os micróbios e as poeiras do pulmão.¹⁶⁴

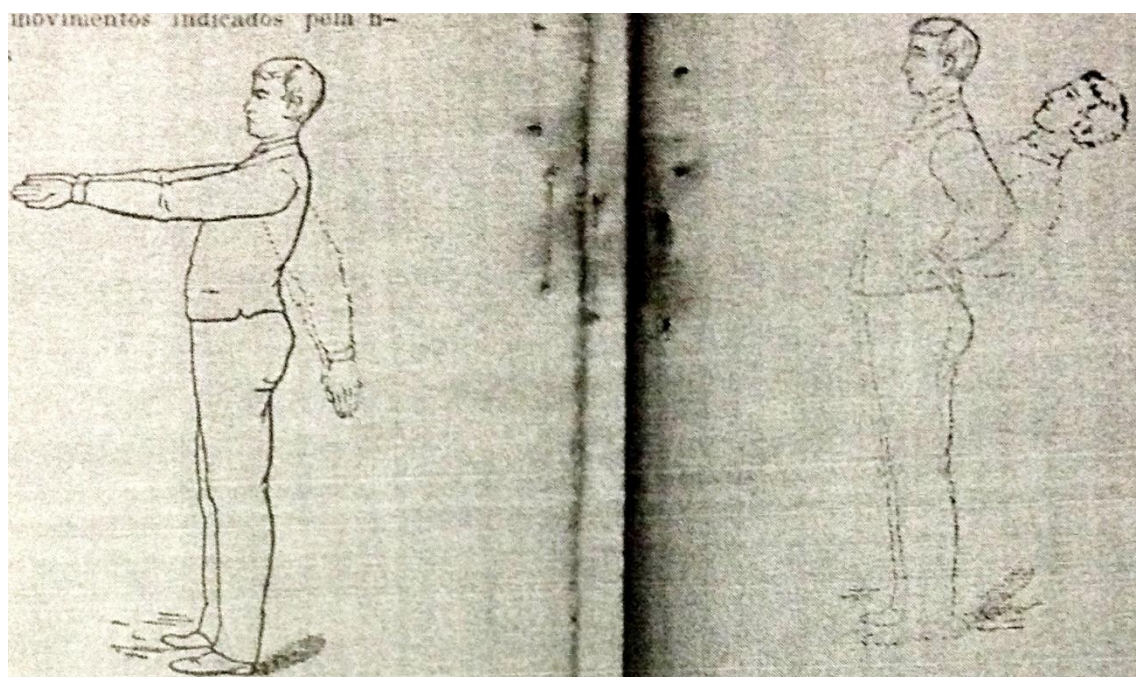


Figura 29: Imagem explicativa de como fazer ginástica de “limpeza” dos pulmões. Fonte: Instruções Sanitárias contra a Tuberculose. Publicação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1900.

Entre outras coisas, o doente que come bem, sara, comodizia Emílio Ribas¹⁶⁵. A superalimentação como regra servia para os doentes e também aos desejosos de se protegerem. Um dos argumentos dos médicos para explicar que

¹⁶⁴ Instruções Sanitárias contra a Tuberculose. Publicação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1900.

¹⁶⁵ Instruções Sanitárias contra a tuberculose. Publicação do serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1906.

a tuberculose não era doença hereditária era, justamente, o do organismo forte: ele se autodefenderia dos bacilos.¹⁶⁶

Alimentos que em plena era atual da obesidade e da diabetes infantil são considerados de consumo restritivo pelos médicos, em épocas passadas foram receitadas e divulgadas amplamente pela imprensa como aliados da cura da tuberculose. Um exemplo é o leite com chocolate. Em 1933, o jornal *O Estado de S. Paulo* publicava uma propaganda (com autorização de Olympio Portugal, diretor de profilaxia de tuberculose de São Paulo) divulgando a experiência feita com 10 crianças matriculadas no Dispensário Clemente Ferreira. Tal propaganda relatava as experiências com a bebida de marca “Toddy”, e a informação continha o peso das crianças doentes, antes e depois do consumo da bebida. O médico Ubiratan Pamplona escreve suas conclusões da pesquisa nos seguintes termos:

O alimento Toddy pelas suas qualidades tônicas e pelo seu agradabilíssimo sabor, possui real valor, concorrendo, conforme as observações acima, feitas com todo o rigor, para o flagrante aumento de peso das crianças, administrado três vezes ao dia em 150 grs. de leite de vaca.¹⁶⁷

¹⁶⁶ “Em pedra não nasce milho” prega uma das frases propagandistas de alerta à tísica.

¹⁶⁷ Disponível em <http://blogs.estadao.com.br/reclames-do-estadao/tag/saude/>. Consulta em 10.02.2013.

O ESTADO DE S. PAULOS — SEXTA-FEIRA, 15 DE DEZEMBRO DE 1933

Estas crianças Aumentaram de 1 a 2 kilos em 30 dias.



Dispensário Clemente Ferreira
Rua do Carmo, 140
São Paulo

OBSERVAÇÕES - Sobre o alimento TODDY

Com a devida autorização do Exmo. Sr. OLYMPIO PORTUGAL M.D. Director da SECÇÃO DE PROFILAXIA DA TUBERCULOSE foram feitas experiências do alimento TODDY em 10 crianças matriculadas nessa secção do DISPENSÁRIO "CLEMENTE FERREIRA" pelo medico Dr. UBIRATAN PAMPLONA, conseguindo-se os resultados abaixo extractados—

Idade	Nome	Edade 4 meses	Peso	Peso 30 dias após uso Toddy	Augmento
1334	T. G.	4	16 kg. 000	12 kg. 300	1 kg. 600
1994	A. A.	9	22 + 800	24 + 700	1 + 900
2351	M. M.	5	12 + 000	14 + 500	1 + 500
2395	E. C. F.	5	15 + 800	16 + 800	1 + 000
2319	A. A. F.	7	17 + 400	18 + 000	1 + 600
2226	L. B.	4 1/2	11 + 700	12 + 700	1 + 000
2389	A. M.	6	17 + 500	19 + 000	1 + 500
2329	F. P.	6	17 + 400	17 + 000	000
2410	D. M.	3	15 + 000	16 + 000	1 + 000

CONCLUSÕES:—
O alimento "TODDY" pelas suas qualidades tónicas e pelo seu agradabilissimo sabor, possui real valor, concorrendo, conforme as observações acima, feitas com todo o rigor, para o flagrantissimo augmento de peso das crianças, administrado 3 vezes por dia em 150 gms. de leite de vacca.

S. Paulo, 25 de Agosto de 1933.

Ubiratan Pamplona

Medico da INSPECTORIA DA PROFILAXIA DA TUBERCULOSE
e do Dispensario "CLEMENTE FERREIRA".

TODDY

Nutre, fortalece e vigoriza

TODDY aumenta a vitalidade: cria musculos e carnes firmes, augmenta os globulos vermelhos do sangue, fortalece o coraçon e vigoriza os nervos.

TODDY é um alimento ideal para o anno inteiro. Os estomagos mais delicados digerem TODDY com facilidade.



FABRICAS EM 19 PAIZES INCLUSIVE NO BRASIL

A RUA DOS INVALIDOS, 143 - RIO DE JANEIRO
EM S. PAULO A RUA S. BENTO, 57 - SOBR.

Figura 30: Anuncio usado pelo Dispensário Clemente Ferreira – Fonte: reclames do Estadão.
<http://blogs.estadao.com.br/reclames-do-estadao/tag/saude/> (Consulta em 10.02.2013)

Além do "Toddy", outros alimentos calóricos como a manteiga e a cerveja "Malzbier", eram postos em evidência.



BOLETIM MEDICO — 16 —

CERVEJA "MALTE"

ANTARCTICA
MÜNCH

PHARMACIA SALONI — de — Carlos Saloni O mais completo estamento de drogas, produtos químicos e farmacológicos, químicos e extratos. Praça de Direção Rua 15 de Novembro N.º 65 Telefones: 120 SAO JOSÉ DOS CAMPOS	PENSÃO ROSENBERG — de — EMANUEL ROSENBERG Estabelecimento destinado a prestar em tratamento. Possui todos os requisitos necessários para um estabelecimento de natureza. Av. Dr. João Guilherme N.º 70 Phone: 80 Caixa Postal: 7 S. JOSÉ DOS CAMPOS
--	--

Figura 31 e 32: Imagens de propaganda da cerveja Malzbier. Fonte: Boletim Médico. São José dos Campos, anno I, n. 04, 1933.

Nesta última imagem, uma criança bebe a cerveja “Malte” diretamente no gargalo. Há uma confusão na propaganda higienista do período ao estipular o nocivo e o saudável. Se a tuberculose era estritamente ligada ao alcoolismo, se a criança era retirada do ambiente doméstico insalubre e promíscuo, por que o incentivo à bebidas alcoólicas como uma substância fortificadora do sistema imunológico? Como dosar a quantidade do consumo deste produto? Na primeira imagem acima, uma família composta de mãe, pai e filho bebem a cerveja “Malzbier” como medida salutar, que fortificava, enrijecia os músculos e deixava o corpo sempre à temperatura ambiente.

Contudo, a segunda propaganda onde a criança aparece só e consumindo uma garrafa de cerveja como se fosse mamadeira, nos parece mais uma propaganda de menores ingestores de substâncias ilícitas do que propriamente uma propaganda sobre hábitos salutaros.

Sendo o alcoolismo também uma doença social, apresentava estreitas relações com a tuberculose, pois o alcoólatra não se alimenta devidamente, se debilita muito e facilita seu contágio. A luta antialcoólismo panfletava em meio à classe operária as consequências nocivas do consumo de bebidas e imputava, especificamente, ao seu consumo excessivo a responsabilidade pela ruína moral da família perante a sociedade. A Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária foi fundada em 1906, basicamente por médicos e católicos que tentavam orientar o alcoólatra e o doente de sífilis. Esta Liga não teve longa duração, também por não receber ajuda do Estado, e foi incorporada pela Liga contra a Tuberculose em 1910.¹⁶⁸

¹⁶⁸ FERREIRA, Clemente. A luta antituberculosa no Estado de São Paulo. São Paulo, Typografia Siqueira, Salles e Comp., 1909.



Figura 33: Imagem da propaganda sobre a manteiga viaduto colocando em evidência uma criança consumindo o produto numa fatia de pão. Boletim Médico. São José dos Campos, anno I, n. 04, 1933.

Assim como A Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária teve seus dias contados, a Liga Paulista passou praticamente toda a sua existência “empacando nos trilhos”. A organização conseguiu ser ouvida no início, mas, em pouco tempo, as partes que deveriam colaborar ou mesmo se responsabilizar pelo bem estar da população, pelo zelo da saúde e pela manutenção de uma cidade saudável parecia não entender a dimensão da doença. A organização tentou captar recursos públicos das municipalidades e também das administrações das Santas Casas, solicitando auxílios financeiros para que pudesse iniciar o projeto dos Sanatórios. No início, a ajuda veio de todos os solicitados, mas ao cabo de quatro anos, cessaram totalmente.

Após 1930 tem-se o início da fase cirúrgica no tratamento da tuberculose. Por ser pioneiro, o Dispensário Clemente Ferreira construiu um anexo para a realização desse procedimento. Em 1934, a Liga Paulista Contra a Tuberculose se vê obrigada a doar o Dispensário para o Governo do Estado de São Paulo por falta de recursos para a sua manutenção. O Governo do Estado firmou acordo com os membros da Liga a 12 de outubro de 1934 garantindo a continuidade de

assistência aos tuberculosos indigentes. A partir daí, passa a ser chamado de “Instituto Clemente Ferreira”, e continua em atividade até os dias de hoje. Foi também no ano de 1934 que o Instituto começou a aplicar a vacina BCG.

No pós-1930, em plena era sanatorial, a propaganda antituberculose continua em grande escala em território nacional. As instruções e palestras, entre outros meios de informação, prosseguiram na campanha contra a tísica em escolas, universidades, postos de saúde etc. A partir de 1927, Clemente Ferreira introduz um novo veículo de conscientização da tísica: o “selo antituberculoso”. O primeiro selo antituberculose a circular no Brasil vinha com a foto de Álvarez de Azevedo, cuja imagem continha a frase: “Um selo, uma vida salva”.

A história do “selo antituberculose” foi iniciativa de um carteiro na Dinamarca em 1904. Surgiu para levantar fundos para a assistência a crianças tuberculosas filhos de operários. Em 1907, seu uso foi também adotado na América do Norte, China, Alaska, Nova Zelândia e em vários outros lugares onde a tuberculose fazia suas vítimas. Na década de 1950, a propaganda antituberculose passa a ser elaborada pela FELASP (Federação de Entidades de Lutas Antituberculose de São Paulo).



A história do “selo antituberculoso” teve início através de um carteiro na Dinamarca em 1904. A iniciativa surgiu para levantar fundos para a assistência de

crianças tuberculosas filhos de operários. Em 1907, começou a ser usado também na América do Norte, na China, Alaska, Nova Zelândia e em vários outros lugares onde a tuberculose fazia suas vítimas. Na década de 1950, a propaganda antituberculosa passa a ser elaborada pela FELASP (Federação de Entidades de Lutas Antituberculose de São Paulo).



Selo de 1939-40 distribuído pela Liga Paulista contra a Tuberculose com o tema “Pró Tuberculosos Pobres”



Selo de 1941 distribuído pela Liga Paulista contra a Tuberculose com o tema “Pró Tuberculosos Pobres”



Selo de 1943-44 distribuído pela Liga Paulista contra a Tuberculose com o tema “Pró Tuberculosos Pobres”



Selo de 1945-46 distribuído pela Liga Paulista contra a Tuberculose no valor de 30 centavos.



Selo de 1947 e 1948 elaborado e distribuído pela Liga Paulista contra a Tuberculose no valor de 0,40 cruzeiros.



Selo comemorativo de 1949 do Cinquentenário da Liga Paulista contra a Tuberculose, que leva a figura do fundador Clemente Ferreira no valor de 1,00 cruzeiros.



Selo de 1953, distribuído pela Liga Paulista contra a Tuberculose, no valor de 1,00 cruzeiros.



Selo de 1968 elaborado e distribuído pela Liga Paulista contra a Tuberculose no valor de 0,10 cruzeiros.



Selo de 1968 da série “Carros em miniaturas” distribuídos pela FELASP no valor de 20,00 cruzeiros.



Selo de 1973 elaborado e distribuído pela Liga Paulista contra a Tuberculose no valor de 0,10 cruzeiros.



Selo de 1977 da série “Índios do Brasil” distribuídos pela FELASP (Federação de entidades da luta contra a tuberculose) no valor de 2,00 cruzeiros.



Selo de 1978 da série “Esportes” distribuídos pela FELASP no valor de 3,00 cruzeiros.



Selo de 1982 da série “Debret – sec. XIX” distribuído pela FELASP no valor de 10,00 cruzeiros

No Capítulo V, enfoco as tentativas de construção de sanatórios no Estado de São Paulo dando ênfase aos diálogos dos médicos higienistas paulistas, com destaque para o papel de Clemente Ferreira nas discussões, controvérsias e discursos em torno da implantação destes lugares, visto como decisivos e imprescindíveis para o tratamento da tísica.

CAPÍTULO V - O segundo lugar do *ficar*: Sanatórios para o tratamento da tuberculose pulmonar.

– (...) Fiquei com uma angústia, que lhe conto! Mil e seiscentos metros! São mais ou menos cinco mil pés, se não me engano. Nunca na vida estive a tal altura! (...)

– (...) Como você vê, o sanatório está situado ainda mais alto que a aldeia – continuou Joaquim – Cinquenta metros. O prospecto diz “cem”, mas são apenas cinquenta. O sanatório que fica mais alto é o Scatzalp, lá do outro lado. Não se vê daqui. No inverno, ele tem de transportar os cadáveres em trenós, porque os caminhos se tornam impraticáveis...

– Os cadáveres? Ah sim!... Vejam só!¹⁶⁹

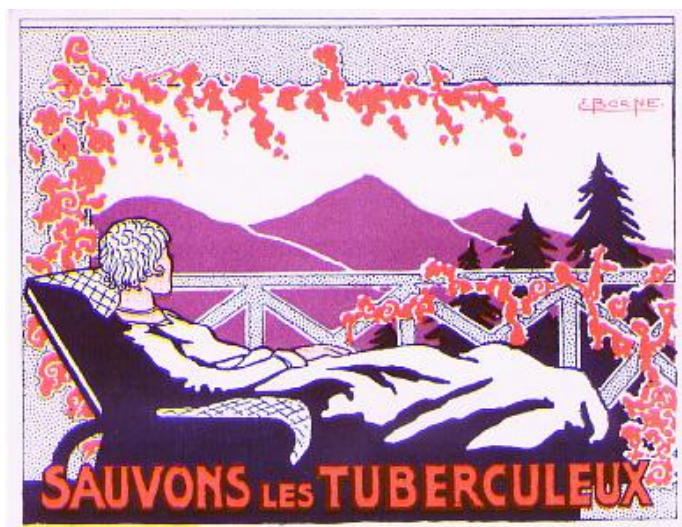


Figura 34: Association d'Hygiène Sociale et de Préservation Antituberculeuse du 1st Arrondissement., *Sauvons les Tuberculeux*, color trade card, Paris, c. 1929, 10.6 x 13.5 cm. Disponível em <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/ephemera/tb.html>

¹⁶⁹ Trecho do livro “A montanha mágica” de Thomas Mann. Conversa entre Joaquim e Hans Castorf. Pág. 17.

A conversa entre Hans Castorf e seu primo Joaquim ocorre no forte impacto que um deles tem ao chegar pela primeira vez no sanatório modelo em Davos. Logo nas primeiras páginas do clássico *A Montanha Mágica*, de Thomas Mann, o sanatório nos é apresentado como um local distante e separado das cidades, que tem como rotina a morte. A forma como Mann descreve o transporte dos cadáveres dos tuberculosos durante o período invernal nos dá a impressão de algo rotineiro e específico daquele lugar. Hans Castorf, o personagem principal, chega ao Sanatório no início da década de 1910 como um simples visitante. Se matricula no local como pensionista com o argumento de que procurava um local para descansar. Três semanas era o tempo que ele mesmo havia estipulado para si. Como não se acreditava tuberculoso, passa 1/3 das quase mil páginas do livro narrando a rotina sanatorial do descanso e da alimentação, detalhando vagarosamente as histórias ocorridas entre o café da manhã e as refeições principais e os horários do café. É interessante notar que todas as pessoas com quem ele se relaciona no sanatório ironizam o fato dele não se dizer tuberculoso e afirmar ali estar somente a descansar. Contrair tuberculose era somente uma questão de tempo: estar entre os doentes ou ter familiares próximos contaminados fazia com que todas as pessoas, nestas condições, se tornassem pré-dispostos à tuberculose.

A história da implantação dos Sanatórios no Estado de São Paulo foi tão complexa como a aceitação da bacteriologia e a problemática da casa salubre. A tentativa de implementação desses estabelecimentos foi caracterizada por interesses políticos, entre intrigas e desavenças, que vão além dos programas de tratamento do tísico. O primeiro Sanatório do Estado de São Paulo foi inaugurado em 1924 na cidade de São José dos Campos. Até a década de 1920, as discussões em torno da construção deste e de outros estabelecimentos especializados se moldou principalmente através de interesses políticos, caracterizados por debates tensos e opiniões contraditórias.

Este capítulo mostra as tentativas de construção de sanatórios no Estado de São Paulo com ênfase nos diálogos entre os médicos higienistas paulistas, com destaque para o papel de Clemente Ferreira nas discussões em torno da

implantação destes lugares, visto como decisivos e imprescindíveis para o tratamento da tísica nos seguintes termos: “Lutar contra a tuberculose é trabalhar pelo engrandecimento da pátria”.¹⁷⁰

O “segundo lugar do ficar”, isto é, o sanatório, se projeta a partir da concepção e existência de um local asséptico para a população em geral. Um local específico para os “fracos do peito”, um estabelecimento disciplinar, uma “escola” de educação higiênica, um hospital que recupera vidas e devolve braços produtivos para as cidades. Assim o Sanatório para tuberculosos era visto pelo higienista e pela população.

Desde o século XVIII as prescrições médicas para o tratamento da tuberculose baseavam-se na climatologia e, assim, privilegiavam a permanência em lugares de climas marítimos ou montanhosos. A maioria dos Sanatórios construídos na Europa foi edificada em lugares onde o ar puro e o sol se mostrassem abundantes.

O primeiro sanatório de que se tem registro na história é do ano de 1854, inaugurado pelo médico tuberculoso Hermann Brehmer nas montanhas da Silésia, na Europa. No mesmo período, outro médico “fraco do peito” chamado Peter Dettweiler instalou um estabelecimento semelhante nas montanhas de Taurus. A opção pelo clima montanhoso baseava-se em uma pesquisa da inexistência de tuberculosos entre as populações das áreas montanhosas. Para Brehmer e Dettweiler a tuberculose resultava da circulação precária do sangue no coração, e que o clima montanhoso restabeleceria a circulação normal no organismo. Para que o processo se acelerasse, os médicos prescreviam exercícios físicos vigorosos que logo foram proibidos porque, na verdade, eles prejudicavam ainda mais os doentes, causando-lhes muita fraqueza. Esse “modelo” de sanatório se disseminou por quase toda a Europa, sendo primeiramente custeado no séc. XIX

¹⁷⁰ FERREIRA, Clemente. Discursos e Conferências 1892 – 1939 (Puericultura e Tisiologia). São Paulo: Typographia Rossolillo, s/ data. Conferência realizada no salão do Clube Piracicabano no dia 17 de Janeiro de 1904 “Tuberculose e armamento antituberculoso”.

pelos fundos dos trabalhadores – parte da população mais atingida entre os doentes.¹⁷¹

Nos períodos em que a cura da doença através de medicamentos era desconhecida pelos médicos, segregar e isolar consistia a melhor maneira de tratar tudo o que envolvia a doença. Por isso, a importância do isolamento por meio da internação em Sanatórios ter duplo significado. Por um lado, o doente diminuiria a tensão por parte da população devido à sua presença na cidade e, por outro, ao final de sua estadia de reclusão ele seria um exemplo de cidadão higiênico, porque doutrinado nos preceitos higiênicos antituberculosos, mas também na maneira de ser inofensivo aos que o rodeavam. Clemente Ferreira afirmava: “O sanatório popular, admirável instrumento de cura, escola de profilaxia, é uma instituição de assistência social e coletiva”.¹⁷²

Em São Paulo, Ferreira começou sua campanha para as construções dos Sanatórios em 1900, quando funda a Liga Paulista contra a Tuberculose e escreve o livro “Tuberculose e Sanatório”:

Não creio que ante esta palpitante questão, que se prende á caridade e á sciencia, se fechem os corações e adormeçam as actividades, aqui onde sobram os sentimentos de philantropia e exuberam o enthusiasmo pelo culto da medicina. Que S. Paulo não se deixe vencer em iniciativa tão benéfica, e imitando o exemplo da cidade de Lyon, franqueie aos indigentes empolgados pela phtisica o efficaz e gratuito conforto do sanatório popular; e a todos aquelles que concorreram para a realisação desta obra que tem por fim “restituir á sociedade um operário e á familia um chefe” caberá com justiça o titulo de beneméritos da humanidade.¹⁷³

¹⁷¹ Ver: BERTOLI FILHO, Claudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900–1950*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001 E BITTENCOUR, Tania. *Arquitetura Sanatorial São José dos Campos*. São José dos Campos, fundação Cassiano Ricardo, 1998.

¹⁷² FERREIRA, Clemente. *Discursos e Conferências 1892 – 1939 (Puericultura e Tisiologia)*. São Paulo: Typographia Rossolillo, s/ data. Conferência realizada no salão do Clube Piracicabano no dia 17 de Janeiro de 1904 “Tuberculose e armamento antituberculoso”

¹⁷³ FERREIRA, Clemente. *Tuberculose e Sanatório*. São Paulo, Typografia Brasil de Carlos Gerke & Cia, 1900.

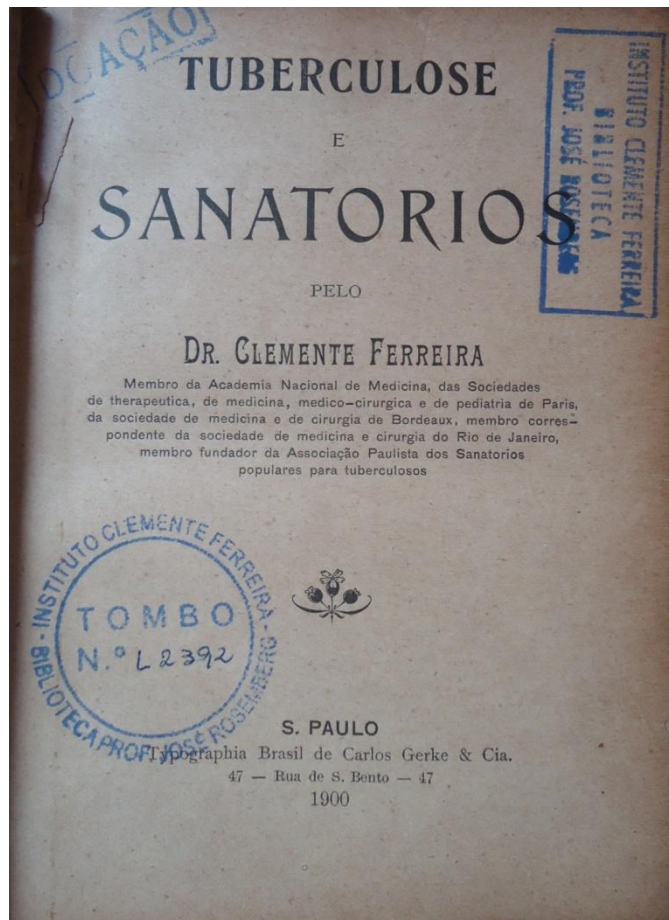


Imagem 35: Capa de *Tuberculose e Sanatórios*, escrito por Clemente Ferreira no ano de 1900.

Ao discursar sobre o “armamento antituberculose” no clube piracicabano em 1904, Clemente Ferreira afirma ser a doença “a mais cruel de todas as moléstias” tira a vida dos ‘soldados’ da patria, homens que estão com 30, 40 anos, braços produtivos dentro das fábricas”.¹⁷⁴ Ao apontar os operários como os mais atingidos, percebe-se a preocupação pelo baixo desenvolvimento econômico

¹⁷⁴ FERREIRA, Clemente. Discursos e Conferências 1892 – 1939 (Puericultura e Tisiologia). São Paulo: Typographia Rossolillo, s/ data. Conferência realizada no salão do Clube Piracicabano no dia 17 de Janeiro de 1904 “Tuberculose e armamento antituberculoso”.

do país, pois o operário tuberculoso era visto como um empecilho à economia e à coletividade.

As exigências higiênicas, as necessidades terapêuticas e os reclamos econômico-sociais impõe a todos os países civilizados a sua instalação (sanatórios). O Sanatório popular é (...) uma obra utilitária, revalorizando socialmente milhares de unidades perdidas, prolongando o capital – vida – de milhares de operários, que são restituídos à economia social como elementos de progresso e de trabalho. É o único meio de tratar do tuberculoso operário, do proletariado industrial, que percorre uma vida dolorosa desde o início de sua moléstia até que morre, deixando em casa um triste rastilho de miséria e contágio.¹⁷⁵

Embora este discurso de Ferreira fosse todo em torno da população menos abastada, ele também outras camadas da sociedade, também suscetíveis a contrair a doença. Apontava mesmo o “ponto fraco” da população mais abastada: “É o interesse de todos que está em jogo, ricos e pobres podem ser os feridos da tuberculose, os fatos provam que não é de todo fundada a afirmativa que a tuberculose é uma moléstia especial às classes pobres”.¹⁷⁶

Os muitos discursos sobre a degeneração social e as estatísticas aos referentes aos bairros e à população operária confirmavam a alta taxa de contaminação e consolidaram a ideia da união entre a doença e a “pobreza”. Ao contrário do que pensavam os mais abastados, o bacilo causador da tísica era “móvel”; ele se fixava onde o tísico o deixava, sendo muito comum a contaminação por parte dos empregados das casas, pelos boêmios, ou simplesmente pelos que permanecessem ao lado de um tuberculoso no momento de eliminação do bacilo de seu organismo, a tosse, as gotículas de saliva, os

¹⁷⁵ FERREIRA, Clemente. Discursos e Conferências 1892 – 1939 (Puericultura e Tisiologia). São Paulo: Typographia Rossolillo, s/ data. Conferência realizada no salão do Clube Piracicabano no dia 17 de Janeiro de 1904 “Tuberculose e armamento antituberculoso”

¹⁷⁶ FERREIRA, Clemente. Discursos e Conferências 1892 – 1939 (Puericultura e Tisiologia). São Paulo: Typographia Rossolillo, s/ data. Conferência realizada no salão do Clube Piracicabano no dia 17 de Janeiro de 1904 “Tuberculose e armamento antituberculoso”

escarros. A contaminação da tuberculose se dá em qualquer lugar: os homens saem dos bordéis e contaminam suas mulheres que contaminam seus filhos, que contaminam seus amigos nas escolas, que contaminam as professoras, que contaminam seus maridos que contaminam outras e quaisquer pessoas.

Dessa forma, entende-se como o arsenal profilático deveria ser aplicável a todos, isto é, sem distinção de classes, embora a maioria das peças de propaganda parecesse sempre ser destinada aos que podiam menos ou quase nada.

Havia uma questão crucial que diferenciava os doentes “ricos” dos “pobres”: o tratamento da tísica dentro de suas próprias residências. Os que podiam se alimentar bem e dormir em quartos separados o faziam tendo grande chances de cura; os que comiam mal e dormiam em acomodações coletivas definhavam e contaminavam os outros. Neste sentido, a tuberculose se torna uma questão financeira, na qual o “poder aquisitivo” separa e, assim, decide os que poderiam se curar e os que morriam. Mas o higienismo propunha uma disciplina geral de assepsia e higiene moral e física que somente os locais especializados conseguiam estabelecer. A ideia era isolar o bacilo e impedi-lo de se movimentar livremente.

A implantação dos Sanatórios no Estado de São Paulo é caracterizada pela aparente indiferença da classe médica perante a tuberculose. Nos relatórios oficiais do Estado de São Paulo do período estudado, tanto as estatísticas, como outros dados sobre a tuberculose eram raros. Concluímos que não se sabia ao certo o que fazer com essa população de acometidos pela doença, o que teria provocado o descaso de boa parte dos médicos. No começo do século XX, Clemente Ferreira reclamava:

O apelo feito ao corpo clínico dos múltiplos municípios e esta indiferença e falta de solidariedade da classe médica perante um problema cuja solução se impõe com urgência como alta medida de defesa social e de higiene pública, não foi um dos

menores embaraçosos com que teve que lutar a “Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos”

Suas palavras deveriam vencer a indiferença da população e atingi-la pela emoção, estimulá-la a agir de maneira caritativa para acolher a causa do tuberculoso. O sentimento deveria surgir pela percepção total da doença que envolvia dois lados: o de defesa social e o de resgate do tuberculoso. Quando os higienistas palestravam sobre a tuberculose, o tom assumia frequentemente um tom apelativo com o intuito de despertar diversos tipos de sentimentos que impulsionassem a ajuda ao aparelhamento antituberculose em forma de donativos. Os discursos deviam soar (para aquele que escutasse) como um dever patriótico, “obrigação nacional o de manter o capital vivo do país e de amparar e defender as classes necessitadas, vítimas das influencia dos fatores sociais tuberculígenos”.¹⁷⁷

Para que se consolidasse um arsenal forte contra a doença, a mobilização deveria vir primeiramente dos Estados. As obras caritativas provenientes principalmente das Ligas seriam um complemento à iniciativa governamental.

É dever do Estado a assistência aos tuberculosos, curáveis e incuráveis, mais necessitados de hospitalização. Uma vez que ficou demonstrado o perigo de contaminação pelos tuberculosos nos serviços dos hospitais comuns, uma vez que em todos os países se cogita de remover ou de não admitir nos nosocômios gerais os tuberculosos e que em nosso país os regulamentos sanitários prescrevem que nos hospitais os tuberculosos não poderão ficar em comum com os demais doentes na mesma enfermaria, o corolário natural, lógico e humano é a criação de asilos especiais para seu abrigo e tratamento.¹⁷⁸

¹⁷⁷ Discurso pronunciado por ocasião do ato da inauguração do dispensário modelo “Clemente Ferreira”, da Liga Paulista Contra a Tuberculose, à rua da Consolação, a 10 de julho de 1913.

¹⁷⁸ Discurso pronunciado por ocasião do ato da inauguração do dispensário modelo “Clemente Ferreira”, da Liga Paulista Contra a Tuberculose, à rua da Consolação, a 10 de julho de 1913.

Mais do que impulsionar a filantropia, esses discursos provocavam o medo do contágio e a hostilidade com o tísico. O modo como o doente se comportava na cidade causava desconforto e repulsa na população saudável. Em artigo do jornal “Correio Joseense” de 1918, intitulado “Um gravíssimo perigo”, o redator escreve sobre os hábitos inaceitáveis dos doentes e expressa sua latente reprovação com a circulação deles na cidade de São José dos Campos:

Em dias desta semana, o nosso redactor foi chamado, quando passava por um negociante conceituado da rua Direita que indignado e muito nervoso, mostrou-lhe dois enormes escarros de aspecto repellente, que naquele mesmo momento, um individuo tuberculoso alli na calçada, junto á parede e á porta do negócio lançara sem a menor cerimônia (...). “Estamos perdidos dessa forma e si isto continuar! Que garantia temos de vida e de saúde?” Aos poderes publicos pedimos providencias enérgicas porque esta questão é de uma importância excepcional. Só os cegos não veem a gravidade desse perigo.”¹⁷⁹

Quando havia a necessidade de internação de um doente tuberculoso, era levado para a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, onde não encontrava as condições necessárias para receber o tratamento adequado, dado ser impossível oferecer a alimentação diferente dos demais, a dificuldade para os banhos de sol, etc. Além disso, eles eram evitados pelas enfermeiras e pelos funcionários com receio do contágio. Os doentes do peito eram retratados pela maioria como pessoas incômodas que atrapalhavam os outros pacientes com sua tosse e sua longa permanência nos leitos. Clemente Ferreira reproduz a fala de um médico higienista da Santa Casa de Misericórdia que mostra a inviabilidade da permanência dos tuberculosos naquele hospital:

¹⁷⁹ Correio Joseense, n. 19, 1918. Fonte: Arquivo Municipal Cassiano Ricardo.

(...) os physicos não hesitam em escarrar por toda a parte, em torno das escarradeiras, nas paredes, nos assoalho, nos lenços etc.; e isto mau grado uma assídua vigilância, vigilância que poderia ser mais eficaz e mais competente, se elles estivessem sob uma direção especial.¹⁸⁰

O tuberculoso configurava ameaça e perigo simplesmente pela sua presença. A instalação dos sanatórios propiciava duas práticas benéficas à sociedade:

Sendo, pois, o tuberculoso uma fonte de perigos, cumpre afastá-lo, necessário se faz sequestrar-o da companhia dos indivíduos sãos; em uma palavra, o seu isolamento se impõe como garantia prophylatica. (...) Eliminando pelo isolamento numerosos focos de contaminação social e ao mesmo tempo pela therapeutica extinguindo o mal nos organismos infeccionados.¹⁸¹

A instalação dos Sanatórios representou obra fundamental e médico-social de suma importância para o Estado. A impossibilidade de permanecerem em suas residências e a hostilidade da população em geral (como coadjuvantes) foram fundamentais em todas as discussões em torno deste tipo de Hospital de Isolamento.

1 - As discussões em torno dos Sanatórios para tísicos no Estado de São Paulo.

A tuberculose marcha entre nós na vanguarda das epidemias.

Que temos feito para combater numa campanha organizada e systematica? Nada!

¹⁸⁰ FERREIRA, Clemente. Tuberculose e Sanatório. São Paulo, Typografia Brasil de Carlos Gerke & Cia, 1900.

¹⁸¹ FERREIRA, Clemente. Tuberculose e Sanatório. São Paulo, Typografia Brasil de Carlos Gerke & Cia, 1900.

E para sopear, ao menos, a intensidade de sua devastação?

Nonada.

Neste ponto de vista sanitário somos de uma inópia incomparável.¹⁸²

Embora médicos brasileiros participassem da discussão internacional em torno da importância da implantação e do funcionamento dos sanatórios, o primeiro estabelecimento sanatorial no Estado de São Paulo foi inaugurado somente na década de 1920¹⁸³, até esta data a assistência dos tuberculosos permanece a cargo da Santa Casa de Misericórdia e do Dispensário Clemente Ferreira.

Na condição de diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo e visto como um dos mais importantes bacteriologistas brasileiros e principal erradicador da febre amarela em São Paulo, Emílio Ribas, figura influente e detentora de alguns poderes junto ao legislativo, poderia dar um rumo definitivo para a tuberculose, assim como tinha ocorrido com a febre amarela. Conhecido por seus estudos e interesses sobre a tísica, Clemente Ferreira fora convidado no início de 1900 por Ribas a se transferir para São Paulo, justamente para fazer a campanha contra a tuberculose. A parceria entre Ribas e Ferreira inseria-se no contexto científico do período sobre os conhecimentos bacteriológicos. Ribas conhecia a tese sobre “Tísica Pulmonar”, defendida por Ferreira na Universidade do Rio de Janeiro poucos anos antes.

Quando convidado, Ribas não desconhecia a insistência de Clemente Ferreira acerca da importância dos sanatórios, autor de um ensaio sobre as condições climatológicas da cidade de Campos de Jordão para uma possível construção do hospital neste lugar, hipótese logo descartada pelo diretor. O convite feito por Ribas se limitava à contratação dos serviços de propaganda. Já

¹⁸² Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Escrito por Dr. José de Arruda Sampaio, ano 1920.

¹⁸³ Trata-se do Sanatório Vicentina Aranha, inaugurado em 1924 em São José do Campos.

em 1899 o Serviço Sanitário publicara nota escrita pelo higienista Victor Godinho na qual afirmava: “O phtisico pode curar-se em sua casa, desde que a transforme em um pequeno Sanatório ou que faça e use nella tudo o que teria de fazer e usar no Sanatório”.¹⁸⁴

Clemente Ferreira logo se pronunciou contra esse argumento defendido pelo Serviço Sanitário, pois tal posição se revelava uma utopia devido às reais condições de salubridade das casas dos menos abastados. Em seus argumentos, Ribas e Godinho afirmavam ser a cidade de Campos de Jordão de difícil acesso para os tísicos. Ao se mostrar absolutamente contra a transformação das residências em pequenos sanatórios, a resolução do problema para Ferreira ficava com a construção de uma estrada de ferro:

O isolamento domiciliar é, porém, uma illusão, principalmente nas classes pobres. Nem pavilhões, nem isollamento methodico; a maior parte succumbe mesmo em seus domicílios é míngua de recursos therapeuticos, baldos de um tratamento hygienico efficaz e com plena liberdade de infeccionar todos com elle cohabitam.¹⁸⁵

O mal estar entre os dois médicos se estreita quando, após esta nota, Ribas envia o higienista Victor Godinho, ao invés de Clemente Ferreira, à Europa para visitar alguns Sanatórios modelos para uma possível construção do primeiro sanatório no Estado de São Paulo. Quando Godinho retorna ao Brasil, não traz nada de novo aos olhos do diretor do Serviço Sanitário, mas publica o texto intitulado “Sanatórios e Tuberculose”, distribuído entre as câmeras municipais do Estado de São Paulo como um modelo a ser seguido no que se refere à contagiosidade e às formas de tratamento da doença.

O retorno do inspetor sanitário fez com que Ribas assinasse o projeto para um pavilhão destinado ao abrigo de tuberculosos, elaborado no Brasil junto com o

¹⁸⁴ Instruções contra a tuberculose. 1899.

¹⁸⁵ FERREIRA, Clemente. A luta contra a tuberculose. 1900.

engenheiro A. Fomm. O projeto previa a mudança de orientação segundo os horários de incidência de sol. Embora interessante, o projeto de teto móvel nunca chegou a ser construído.¹⁸⁶

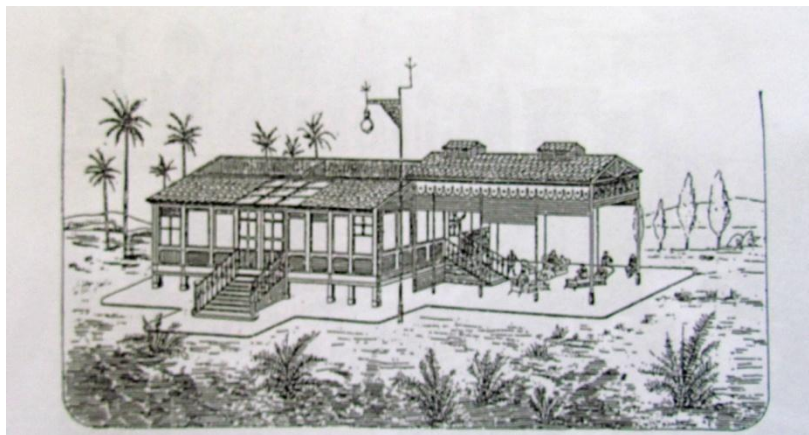


Figura: 36 Projeto de pavilhão “Portátil” de teto móvel de Emílio Ribas e A. Fomm (1902). In BITTENCOURT. BITTENCOUR, Tania. Arquitetura Sanatorial São José dos Campos. São José dos Campos, fundação Cassiano Ricardo, 1998.

¹⁸⁶ Ver BERTOLLI FILHO. Idem, 2001.

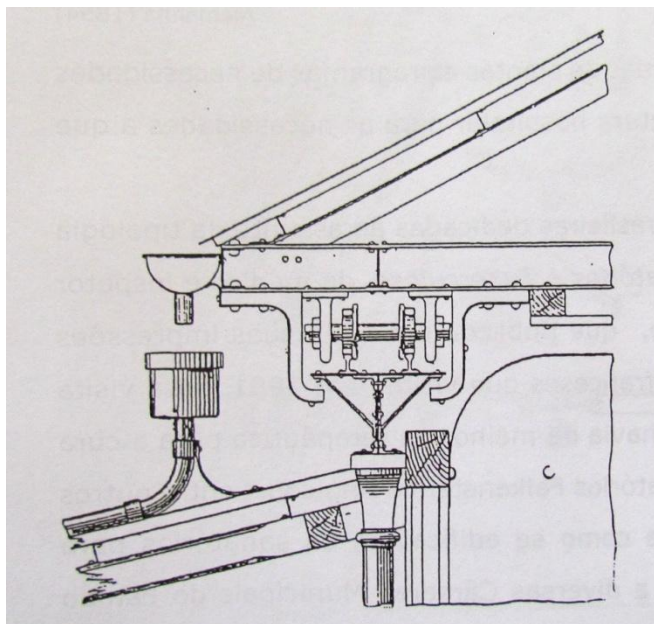


Figura 37: Detalhe de funcionamento do teto móvel. InBITTENCOUR, Tania. Arquitetura Sanatorial São José dos Campos. São José dos Campos, fundação Cassiano Ricardo, 1998.

Desde então Clemente Ferreira e a Liga tiveram grande desavenças com o diretor do Serviço Sanitário, o que enfraqueceu sua já árdua caminhada contra a enfermidade. A revista “Defesa contra a Tísica” produzida sem regularidade por Ferreira, e publicada entre 1902 e 1914, diversas vezes tocava no assunto da construção do Sanatório e culpava o Estado de negligenciar a ajuda financeira para tal edificação.

A Liga Paulista sempre insistiu no estabelecimento de um local específico para os doentes e no início de sua existência, no mesmo ano que abriu o primeiro Dispensário da capital, recebeu como donativo um terreno doado por Lydia de Rezende (mulher da sociedade piracicabana) para abrir um sanatório para os indigentes. Neste ano de 1904, Ferreira chegou a fazer a conferência “Tuberculose e armamento antituberculoso” no salão do Clube Piracicabano e agradeceu a Lydia. O médico insistia na importância da caridade diante dos números catastróficos da tuberculose no Brasil e no mundo. Apresentou aos seus ouvintes as estatísticas de óbitos causados pelo bacilo de Koch naquele ano,

mostrando que no Brasil os óbitos somavam 59.000, e no Estado de São Paulo, 2.200.¹⁸⁷

A plateia composta por membros da elite da cidade ouviu atenciosamente o modo como Clemente Ferreira pensava a disposição do Sanatório e mostrou-se satisfeita e aliviada com a perspectiva da retirada dos indigentes da cidade. O pequeno sanatório se comporia por pequenos pavilhões constando de 3 a 4 quartos com, no máximo, 2 leitos cada, de modo a assegurar o espaço correto de respiração a cada doente. A galeria pensada pelo tisiólogo seria de, no mínimo, 4 metros de largura para que pudessem ser dispostas as cadeiras de deitar. O comprimento deveria ser proporcional às dimensões do pavilhão e ao número de doentes que ocupasse o pavilhão. Os tetos das varandas deveriam também ser protegidos por vidros ou telhas e cortinas, para não deixar o doente totalmente exposto aos ventos.¹⁸⁸

As obras deste sanatório nunca foram iniciadas, o terreno se tornou baldio e o Estado fez vista grossa ao ocorrido. Nem as autoridades estaduais nem as municipais se interessaram por dispor verbas para a construção do prédio sanatorial, demarcando efetivamente a primeira negligência do governo paulista em relação ao alto número de tuberculosos no Estado. Após esse episódio pioneiro, todos os auxílios financeiros que a Liga recebia desde 1899 cessaram totalmente, e a filantropia passou a ser o único apoio da organização.

Nesse período, o Presidente da República Rodrigues Alves pede aos Estados mais atenção à tuberculose, já que as outras doenças epidêmicas mostravam número decrescente de mortalidade. Salientava que cada estado deveria se responsabilizar pelo seu Sanatório, e que esses estabelecimentos seriam a única solução para o controle da tísica. Em 1907, Oswaldo Cruz, na ocasião, diretor do Instituto Manguinhos no Rio de Janeiro, escreve um ofício ao

¹⁸⁷ O discurso foi proferido em 1904, mas Clemente Ferreira não especifica a partir de que período ele analisou para chegar a esses números.

¹⁸⁸ FERREIRA, Clemente. Discursos e Conferências 1892 – 1939 (Puericultura e Tisiologia). São Paulo: Typographia Rossolillo, s/ data. Conferência realizada no salão do Clube Piracicabano no dia 17 de Janeiro de 1904 “Tuberculose e armamento antituberculoso”.

governo paulista pedindo urgentemente a abertura de um sanatório para tísicos em Campos do Jordão. Seu pedido foi em vão; o governo rejeitaria a proposta do higienista.¹⁸⁹

Além de Clemente Ferreira e dos demais participantes da Liga, vários foram os discursos de médicos cientes da importância dessa obra. No Rio de Janeiro, membros da Liga Brasileira contra a Tuberculose discursaram no Parlamento, e o médico Oswaldo Cruz frequentemente se pronunciava sobre esses assuntos. Todos os discursos problematizavam o mesmo ponto: para o controle social e o resgate do tuberculoso inválido, a única saída seria a construção de um hospital de isolamento para tuberculosos. O apelo dos discursos tocava num fato importante, a saber, de que o Estado de São Paulo deveria ser responsável pelo tuberculoso, e que a doença se mostrava uma emergência e representava uma grande lacuna nos programas de saúde pública e limpeza urbana.

Em artigo escrito por Clemente Ferreira em 1909 é possível encontrar a importância dada aos Sanatórios:

A falta de hospitaes especiais, de asilos de isolamento curativos para tuberculosos infecciosos, para os prectários adiantados que residem em habitações collectivas – casas de commodos e cortiços, em agglomerados anti-hygienicos – a physicas e associações de todas as misérias physicas e moraes –, enfermos que , pelo nosso regulamento sanitário vigente devem ser notificados compulsoriamente, sem que se possa como corollario natural, isolal-os em casas de cura ou em pavilhões especiaes e menos desinfectar scientificamente esses domicilios contaminados e contaminantes. O isolamento em domicílio é uma burla e na falta de um local de isolamento permanecem elles em taes alojamentos malsãos, em meio de uma fileira de habitações,

¹⁸⁹ Ver, BERTOLI FILHO, Claudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900–1950*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001

na contiguidade de casas individuais, limitando-se a profilaxia à notificação dos casos.¹⁹⁰

Já no ano de 1920, José de Arruda Sampaio reclamava da ausência de iniciativas da parte do Estado de São Paulo que, até aquele ano, possuía somente um dispensário e nenhum sanatório para tísicos. Em tom decepcionado, o doutor escreve:

Não podemos deixar de reconhecer com tristeza a extensão da nossa pouquidade. Precisamos de hospitaes para os tuberculosos incuráveis, pobres doentes que andam por ahi a peregrinar, sem amparo e sem protecção em busca de um abrigo que jamais encontram (...) O tuberculoso não é um doente recluso; nós o encontramos por toda a parte. Espalhando o a granel a semente do mal – os bacillos da sua infecção – elle constitue um perigo permanente ao meio social, em que vive.¹⁹¹

A preocupação das famílias em esconder o agente bacilar tornava ainda mais difícil a aplicação das estratégias de controle dos higienistas. No caso do Brasil, a falta de uma legislação que obrigasse a notificação do doente limitava as possibilidades de cura. Por outro lado, reconheciam que a denúncia seria em vão, já que de nada adiantava a notificação de um doente se não havia um lugar para abrigá-lo. Em 1920, sobre o problema da notificação da tuberculose, Arruda Sampaio afirma no relatório da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo:

¹⁹⁰ A luta contra a Tuberculose e os principais instrumentos de combate pelo Clemente Ferreira. São Paulo: Empresa Typográfica Editora O Pensamento, 1913.

¹⁹¹ Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Escrito por Dr. José de Arruda Sampaio, ano 1920.

(...) mas quando ainda o fosse, que nos adveria de util com esta medida? Com a Legislação actual, pouco ou nada. Admitindo-se que estas notificações fossem previamente comprovadas pelos exames do laboratório, como a documentação indiscutível para a intervenção do poder publico, como agir em taes emergências? Como sequestrar estes doentes, num isolamento obrigatório? Como fiscalisal-os continuamente, sob a vigilância sanitária? Como delimitar estes focos permanentes da transmissão desta doença? Onde abrigar a todos? Como custear as enormes despesas que seriam necessárias para a restauração physica desta legião de organismos minados pela intoxicação tuberculosa?¹⁹²

O Estado era cobrado por todos os lados quanto à demora na disponibilização de verba para os estabelecimentos. Os eugenistas, velhos teóricos sobre a necessidade da saída de cena dos “degenerados pela doença”, também reivindicavam a abertura de sanatórios especializados para a tuberculose. Defendiam a ideia de que, sem tratamento, a degeneração e a degradação começariam a partir do nascimento da criança, alertando para a morte prematura e para as más formações dos filhos dos acometidos:

(...) Se indargardes dos antecedentes pessoas ou hereditários dessa gente, ficareis certificados da verdade que affirmamos, isto é, que 90% das aberrações correm por conta da syphilis, do álcool e da tuberculose, os mais apavorantes males sociais de todas as épocas.¹⁹³

2 - O ideário e a disciplina dentro dos Sanatórios

¹⁹² Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Escrito por Dr. José de Arruda Sampaio, ano 1920.

¹⁹³ KEHL, Renato. *Eugenia e Medicina Social (Problemas da vida)*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1923

O estabelecimento sanatorial se caracteriza pelo tratamento da tísica em regime fechado, onde o controle do paciente se dá através da arquitetura e da disciplina fundamentada em horários e comportamentos. Como a cura até a década de 1940 limitava-se ao repouso e a boa alimentação, exercícios vitais como comer e dormir eram feitos também sob a disciplina do tempo.

Representavam espaços que estavam à parte do mundo. A partir do momento que se desse entrada neste “mundo”, as redefinições das relações sociais se baseavam no contágio da doença e na condição do enfermo, em mais doente e menos doente, mas sempre doente. Todas as pessoas em tratamento no sanatório estavam tuberculosas, todas portadoras do bacillo de Koch. O “viver a vida” dentro dos sanatórios consistia em estar enclausurado em seu próprio corpo enfermo, onde todos os movimentos e pensamentos dependiam do seu estado de saúde.

A realidade do internado se caracterizava pela condição de

reduzidos a valores estatísticos na maior parte da documentação hospitalar, a frieza dos dígitos de identificação desdobrava-se na face colada ao rosto único imposto aos fímatos: uma legião a ser tratada do corpo e da moral pela medicina, consolada pela religião e panteada a distancia pelos familiares e pelos amigos.¹⁹⁴

A rotina dos sanatórios era elaborada por horários de descanso, alimentação e pequenos exercícios físicos praticados por quem tinha condições físicas de exercitar-se ao ar livre. Sendo um dos principais tratamentos para a moléstia a superalimentação, havia uma preocupação extra em relação à nutrição do paciente. A imagem estereotipada do doente fraco, raquítico, pálido era uma das coisas a ser modificada. Sua transformação na “aparência” significava um qualitativo dos passos de sua recuperação.

¹⁹⁴ BERTOLLI FILHO, Claudio. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

Em *A Montanha Mágica*, Thomas Mann nos mostra que o tempo de um doente no sanatório contava-se de maneira diferente dos que moravam na cidade. Os “moradores de cima” (como o autor classificava os doentes) mediam o tempo em meses. Assim, 30 dias seria o tempo mínimo de permanência no estabelecimento. Por outro lado, a noção de passagem do tempo para estes transcorria de modo bem diferente. A própria narrativa ficcional, muito detalhada e vagarosa, transmite ao leitor a sensação de que se passa num arco de tempo muito maior do que o delimitado pelos acontecimentos. Ao transcorrer apenas duas semanas o personagem central, Hans Castorf, chega à conclusão de que

parecia-lhe muito mais tempo, e o programa do dia, ali em cima, esse programa que ele via Joachim observar com tanto zelo piedoso, começara a adquirir a seus próprios olhos um quê de intangibilidade sagrada e natural, tanto assim que a vida lá de baixo, na baixada, vista assim de cima, se lhe afigurava quase anormal e errada.¹⁹⁵

Como rotina, os doentes internados deviam passar 28 minutos do seu dia em estado de alerta a fim de medir a própria temperatura: 4 vezes ao dia durante 7 minutos! E deviam prestar atenção nas vírgulas... Sim, as vírgulas que detalhavam a temperatura. Exemplo: 38,0 era muito melhor do que 38,1 ou 38,2; já 37,9 era sinal de grandes melhoras. Assim, aqueles 7 minutos e todas as vírgulas revelariam o estado de saúde de um fraco do peito. Quando os pensionistas se encontravam nos lugares comuns do sanatório, a saudação quase sempre se acompanhava da curiosidade de saber quanto tinham de temperatura naquele momento.

De acordo com Foucault (2012), as disciplinas se tornaram no decorrer do século XVII e XVIII fórmulas gerais de dominação.¹⁹⁶ Nesse sentido, a rotina do sanatório encontrou sua fundamentação em sistemas de vigilância baseadas no controle do corpo e das ações do enfermo, estabelecendo um paradoxo entre

¹⁹⁵ MANN, Thomas, 2000, pág. 203.

¹⁹⁶ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*: nascimento da prisão. 40 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

formas de contágio e cura. A decadência da saúde e sua recuperação, no âmbito da tuberculose, dependiam estritamente desta disciplina “vital”.

A função da arquitetura seria atender às táticas de controle médico disciplinar, distribuídas as pessoas no espaço essencial de modo a assegurar a vigilância. No caso dos Sanatórios, a galeria de cura exerce bem essa função, pois é o local de maior permanência do tuberculoso.

O princípio de isolamento e fechamento do indivíduo dentro do sanatório, visando a divisão de pessoas em tuberculosos e não tuberculosos (no caso, o corpo clínico), exige que o espaço cumpra a função segregadora:

(...) Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento portanto para conhecer, dominar e utilizar. A disciplina organiza um espaço analítico.¹⁹⁷

A disciplina dentro das paredes do sanatório pode ser comparada ao Panóptismo de Jeremy Bentham, visto a vigilância praticada nos sanatórios ser utilizada também como máquinas de fazer experiências, modificar o comportamento, treinar ou retrainar os indivíduos. Enfim, deve ser entendida, segundo Foucault (2012), como um modelo generalizável de funcionamento, uma maneira de definir as relações de poderes com a vida cotidiana dos homens; cada vez que se precisar impor ou modificar um tipo de comportamento, o esquema do Panóptico poderá ser utilizado, pois ele é capaz de

Reformar a moral, preservar a saúde, revigorar a indústria, difundir a instrução, aliviar os encargos públicos, estabelecer a economia como que sobre um rochedo, desfazer, em vez de cortar, o nó górdio das leis sobre os pobres, tudo isso com uma simples ideia arquitetural.¹⁹⁸

¹⁹⁷ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 40 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

¹⁹⁸ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 40 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

A concepção dos Sanatórios se insere nessa proposta quando os médicos e engenheiros se propuseram a pensar um lugar onde o enfermo pudesse ficar e que, ao mesmo tempo em que promovia a cura, o instruída dos princípios de higiene e deixasse de representar perigo ao resto da população.

Os higienistas brasileiros tinham como modelo (ou inspiração de modelo) sanatorial os estabelecimentos europeus, pioneiros em sua edificação. Para a tuberculose pulmonar, a localização dos espaços de tratamento em lugares elevados, montanhosos ou marítimos constituía consenso entre médicos. O meio ambiente tinha impacto direto nas manifestações da doença: sua disseminação poderia ser estimulada por ambiente escuro e fechado e poderia regredir em lugares onde o vento e o sol fossem abundantes.

O médico italiano Luigi Lamarcha, ao escrever para a revista *L'Ingegneria Sanitaria*¹⁹⁹ em 1901, enfatizou o processo para projetar e a construção do que entendia por um Sanatório exemplar. Para ele, o conhecimento do médico para tratar a doença complementava-se com o do arquiteto e do engenheiro, que deveriam dominar a técnica de construção dos ambientes de que a medicina necessitava. Geralmente os Sanatórios compunham-se de quartos para homens, mulheres e crianças, com rigorosas cubaturas e distâncias entre as camas, além de grandes janelas que receberiam quantidade maior de ar e luz diariamente. O repouso absoluto e as caminhadas ao ar livre eram parte do tratamento; por isso, recomendava-se que o doente tivesse uma grande área de lazer, e permanecer nas espreguiçadeiras que deveriam existir em grande quantidade, por ser nelas onde o tuberculoso mais permanecia.

Servia de exemplo o famoso Sanatório de Davos, construído na Suíça entre 1894-95, estabelecido a 1600 metros de altitude e com arredor rico em florestas. A estrutura do local que seguia este padrão contribuiu para o sucesso do tratamento dos doentes. Da totalidade de casos tratados naquele ano neste

¹⁹⁹ Rivista l'ingegneria sanitaria. Periodico tecnico- igienico illustrato. Torino, Stabilimento Fratelli Pozzo, 1901, anno XII.

Sanatório, 25,38% dos doentes foi curado, 42,41% teve melhoras, e somente 1,5% morreu.

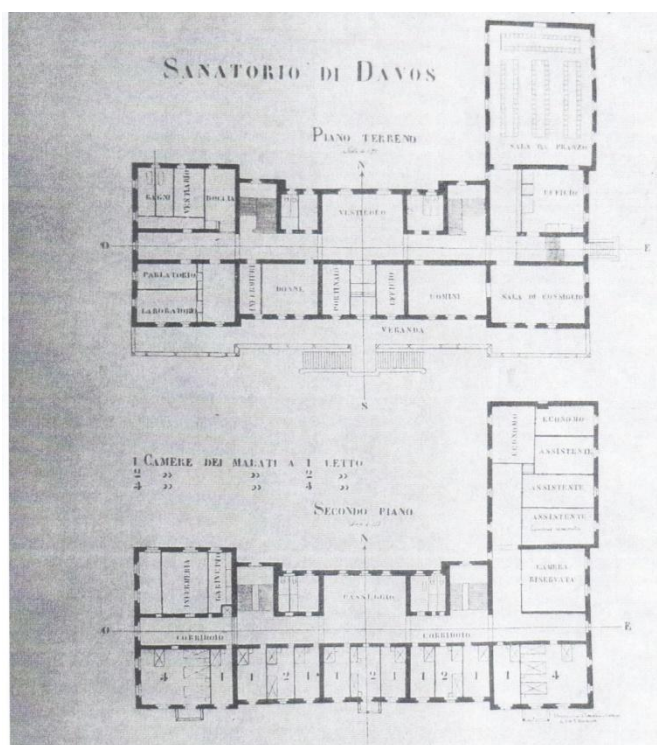


Figura 38: Sanatório de Davos. Fonte: *Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica colle applicazioni alla ingegneria e alla Vigilanza Sanitaria*. Vol. 1. Dei terreni e delle acque. Milano: Dottor Francesco Vallardi, 1913.

Como toda a história sobre os tuberculosos, a concepção do alimentar para curar também se fez de forma ambígua. A tarefa de engordar o paciente expunha o progresso da cura da doença baseada na superingestão de gorduras. O prejuízo que as gorduras faziam ao organismo enfraquecido do doente foi totalmente ignorado no final do século XIX. Quando Victor Godinho e Guilherme Alvaro escreveram seus livros “modelo” sobre o contágio e a curabilidade da tuberculose, estabeleciam o que deveria ser a rotina alimentar dentro dos

sanatórios brasileiros – baseada no regime alimentar usado no sanatório suíço de Detteweiller²⁰⁰:

Café da manhã – 8 horas:	Café, chá com leite, pão com muita manteiga fresca e 3 copos de leite.
Lanche da manhã – 10 horas:	Pão com muita manteiga fresca, ovos frescos, e leite (nessa refeição, o médico observa como e quanto comem os doentes para ver se estavam se alimentando direito, conforme prescrição médica)
Refeição principal – 13 horas	Sopa, salmão com molho, salada, frutas, vagem, queijo, doce. Vinho tinto e branco
Lanche da tarde – 16 horas	Leite e pão com muita manteiga
Jantar – 19 horas	Sopa de farinha de aveia, carne assada, legumes, vinho tinto, fruta.
Ceia – 21 horas	1 copo de leite com congnac

Tabela 12: Regime alimentar sanatorial baseado no sanatório de Dettwellwer.
Fonte:ALVARO, Guilherme e GODINHO, Victor. Tuberculose. Contágio, Curabilidade, Tratamento higienico e Prhophylaxia. São Paulo, Escola TYP. Salesiana. 1899.

Já na década de 1930, a opinião de alguns médicos muda em relação a este regime demasiado rico em gorduras pelo fato da sobrecarga da gordura sobre alguns órgãos enfraquecidos pela tuberculose, como é o caso dos pulmões,

²⁰⁰ ALVARO, Guilherme e GODINHO, Victor. Tuberculose. Contágio, Curabilidade, Tratamento higienico e Prhophylaxia. São Paulo, Escola TYP. Salesiana. 1899.

rins e estômago²⁰¹. Muitos doentes não toleravam a gordura e apresentavam diarreias, vômitos, intoxicação, e emagrecimento, tornando-os mais fraco. Sendo assim, alguns médicos eram mais precavidos do que outros em relação à gordura, principalmente da manteiga, por achá-la mais prejudicial do que necessária na dieta de tratamento. No Boletim Médico n. 05 de São José dos Campos, o doutor João B. de Souza Soares deixa transparecer a preocupação em relação aos doentes que não queriam/conseguiram se alimentar, e relaciona o tipo de alimentação baseada na superingestão de alimentos, um dos motivos dessa dificuldade. No mesmo texto, o médico diz: “Não há um regimen contra a tuberculose, mas regimens para os tuberculosos”²⁰². A estética estereotipada do tuberculoso se sobrepôs aos cuidados da ingestão de determinados alimentos. Nem todos os médicos assumiram a gordura como fator adverso e continuaram a tratar seus doentes com o mesmo exagero alimentar – que engordava o doente e o excluía, de certa maneira, da imagem de um corpo enfraquecido pela doença.

O doutor Jaques Stéphaní, médico da Faculdade de Medicina de Genebra, escreve um livro para leigos em que explica como a tuberculose age no organismo de cada um. Sobre a alimentação, o autor divide os doentes em praticamente dois tipos: os que comem e os que não comem. Os que não comem, não tem chance alguma de escapar à doença, e os que se alimentam não são considerados incuráveis, e sim se curam²⁰³.

O repouso deveria ser feito no quarto de dormir ou na galeria de cura onde ficava a maior parte do tempo. A engenharia construiu essas galerias de modo que o ar fosse constantemente renovado impedindo que se transformasse em correntes de ar, prejudiciais ao tísico. Por isso elas deveriam ser altas. Alguns médicos propunham como tamanho ideal 3 metros de comprimento por dois e meio ou três de altura, e, quanto à largura, poderia variar entre três, quatro e cinco

²⁰¹ SOARES, João B. de Souza. Da alimentação na Tuberculose. Boletim Médico São José do Campos, anno I, n. 05, 1933.

²⁰² SOARES, João B. de Souza. Da alimentação na Tuberculose. Boletim Médico São José do Campos, anno I, n. 05, 1933.

²⁰³ STÉPHANI, Jacques. Guia do tuberculoso e do predisposto. Companhia Editora Nacional, Gusmões, 25,28,30. São Paulo, 1933.

metros, dependendo de serem as galerias coletivas ou de apartamentos particulares²⁰⁴. A galeria seria uma espécie de quarto sem paredes.

Grande parte do tratamento de cura dentro dos sanatórios fazia com que a pessoa passasse a maior parte do tempo dormindo. Poder levantar, mesmo que só para comer, dependia do estado do paciente. Tudo isso significava que:

A maior parte do dia o doente ficará como um viajante no tombadilho de um vapor, estendido numa espreguiçadeira, com a única diferença que o mar será substituído por montanhas e o verde dos pinheiros.

Havia um cuidado com o tuberculoso no sentido de garantir que ele tivesse equilíbrio mental quando da privação do convívio quando da reclusão em sanatórios. A estadia em sanatórios exigia disciplina absoluta por parte dos doentes, que poderiam ser expulsos caso provocassem situações desrespeitosas e contra as regras do local.

Havia a preocupação de que o paciente não conseguisse cumprir a rotina do sanatório por ser extremamente passiva e repetitiva e acontecerem situações de fuga ou rebeldia por parte dos internos. Alguns médicos, como Jacques Sthéfani, tinham táticas para que o paciente mantivesse a calma e o bom humor diante da vigilância e disciplina. A solução encontrada era a de alimentar o doente com cultura, encher seus pensamentos com questões e reflexões sobre vários temas. Para isso o cinema e a leitura representavam os maiores aliados dos médicos, que enchiam os sanatórios de filmes de todos os tipos e de livros de vários temas, principalmente romances. Diziam que dependendo da cultura e do estágio da tuberculose a leitura deveria ser dosada assim como a comida. Exemplo: se o doente não fosse muito culto, a apresentação à leitura se daria de forma mais leve com romances de fácil leitura. Se o doente tivesse mais

²⁰⁴ STÉFHANI, Jacques. Guia do tuberculoso e do predisposto. Companhia Editora Nacional, Gusmões, 25,28,30. São Paulo, 1933.

conhecimento, podiam ser oferecidos os romances históricos e as obras de vulgarização científica²⁰⁵.

De acordo com Tania Bittencourt²⁰⁶, as características da arquitetura sanatorial brasileira definiu-se nas primeiras décadas do século XX com os arquitetos Victor Dubugras e Ramos de Azevedo, com destaque para o Sanatório Vicentina Aranha, iniciado em 1918 e concluído em 1924. O Vicentina Aranha teve seu projeto encomendado pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

São José dos Campos e Campos do Jordão foram as duas cidades do Estado onde mais se construiu sanatórios por serem conhecidas pelos melhores climas que condiziam com as regras de tratamento baseadas na climatoterapia. O clima favorável das cidades estimulou famílias inteiras de todas as partes do Estado a se transferirem para essas cidades, em busca de melhores condições de vida. Tomando como exemplo a cidade de São José dos Campos, a fase sanatorial marcou a primeira metade do século XX. Essa fase é caracterizada pelo início, o auge e o declínio das atividades formuladas em torno da cura da tuberculose. Esse fenômeno migratório começa a acontecer antes mesmo da abertura dos sanatórios.

São José dos Campos, por exemplo, cidade conhecida popularmente como “São José dos Micuins”, recebeu grandes contingentes populacionais por conta do clima. Em 1920, contava com 30.681 habitantes. Em busca do tratamento da climatoterapia e na falta de um estabelecimento oficial que pudesse ser chamado de “Sanatório para tuberculosos” surgiram hotéis e casas de pensões que começaram a oferecer tratamentos de acordo com o que se faria num sanatório.

²⁰⁵ STÉFHANI, Jacques. Guia do tuberculoso e do predisposto. Companhia Editora Nacional, Gasmões, 25,28,30. São Paulo, 1933.

²⁰⁶ BITTENCOURT, Tania. Arquitetura Sanatorial. São José dos Campos. Fundação Cassiano Ricardo, 1998.

Essa prática se tornou tão comum que, no ano de 1932, a cidade foi dividida em 4 zonas: a comercial, a industrial, a residencial e a sanatorial²⁰⁷.

Quando se oficializa em 1918 a construção do primeiro Sanatório do estado em São José dos Campos, a cidade começa a receber maior quantidade de pessoas em busca de um leito no estabelecimento. A falta de leito para todos aumentava a procura pelos “hotéis-sanatórios” e fez até com que muitas pessoas preferissem permanecer neste tipo de local ao invés de se internarem nos hospitais por poderem ser mais livres.

O sanatório instigava pensamentos confusos nas pessoas por se caracterizarem um tratamento de regime fechado e disciplinar, além do que, o tipo de tratamento da tuberculose do período não dava garantia de cura e nem tempo determinado de tratamento; dava mesmo, muitas vezes, a impressão de ser um grande “cemitério”, um local que se ia para morrer. Longe da família, dos amigos e ausente de sua própria vida, o sanatório inventava para o doente uma vida que se baseava exclusivamente nas relações internas a ele. Uma nova realidade vital, onde todos estavam na mesma condição e delimitados a um mesmo e único espaço físico.

Autores como Jaques Stéfhani, Oracy Nogueira e Claudio Bertolli Filho, narraram depoimentos de pessoas internadas em sanatórios que expressavam a dor de estarem na condição de passar suas vidas baseadas num tipo de relação social sanatorial. Contam que as famílias nunca iam visitá-las por medo do contágio sanatorial; outras, que eram abandonadas pelos familiares nos hotéis-pensões a ainda, uma grande parte dos doentes em tratamento não se relacionava com outros doentes, com medo de um contágio contínuo.

O estigma preconceituoso dos internos dos sanatórios, vistos muitas vezes pela população como doentes terminais sem chance alguma de cura, fazia com que muitos buscassem diretamente os hotéis.

²⁰⁷ BITTENCOURT, Tania. Arquitetura Sanatorial. São José dos Campos. Fundação Cassiano Ricardo, 1998.

Spencer, o grande idealizador do Sanatório, ao pensar em fazer uma viagem em busca de cura para a sua condição de tuberculoso, coloca, em uma folha de papel, os prós dos Sanatórios e os contras dos hotéis e casas de pensão que abrigavam colônias de tuberculosos²⁰⁸. Stéfhani nos apresenta a tabela comparativa feita por Spencer e mostra a rotina estabelecida pelos dois tipos de lugares.

Sanatório	Hotel/Pensão
Os utensílios como faca, copos, talheres, são fervidos em soda e desinfetados com antisépticos	Os utensílios são lavados com água e sabão e não são desinfetados
Os quartos dos doentes são desinfetados com formochlorol durante vinte e quatro horas cada vez que eles o deixam.	Faz-se isso uma vez ou outra, mas irregularmente, e nunca sob a fiscalização de um médico ou por pessoal especializado
Disciplina absoluta, indispensável á boa marcha do tratamento e expulsão do enfermo em caso de desobediência reiterada	Liberdade completa (traduzir por: possibilidade de se tratar contra as regras do bom senso e de impedir os outros de se tratarem)
Galerias de cura, geraes e privadas, correctamente construídas, isto é, sufficientemente profundas, não muito altas, abrigadas	Nenhuma installação que mereça esse nome. Balcão em que o doente fica exposto a todas as intempéries.
Solários	Nada de solários em casa.
Medicos e enfermeiros dentro de casa. Visita médica duas vezes por	Inexistencia de pessoal medico em casa. Visita médica insufficiente.

²⁰⁸ STÉFHANI, Jacques. Guia do tuberculoso e do predisposto. Companhia Editora Nacional, Gusmões, 25,28,30. São Paulo, 1933.

dia. Consultas uma vez por semana Laboratório, radiographia, sala de tratamento pela lâmpada de quartzo, diathermia, etc, Tudo dentro de casa. O doente é examinado a fundo e a cura é seguida de perto. Para tratamentos taes como: ouro intra-venoso, pneumathórax, phrenicotomia, etc, em que a reacção se dá de manhã, ou na mesma noite, médico em casa.	Occasiões innumeras de fazer tolices. Obrigaçao de sahir de casa quando tiver que recorrer a qualquer tratamento dessa ordem. Taes tratamentos não se podem fazer direito nos doentes que vivem em hotel, por motivos fáceis de compreender.
--	---

Tabela 13: Tabela comparativa entre rotina sanatorial e pensão feita por Spencer. Fonte: STÉFHANI, Jacques. Guia do tuberculoso e do predisposto. Companhia Editora Nacional, Gusmões, 25,28,30. São Paulo, 1933.

Os sanatórios foram pensados e projetados com o intuito de serem um local asséptico e uma “escola de higiene”, para que o doente que se tratasse e, quando saísse, ensinasse aos outros, maneiras de viver dentro das regras de salubridade. Pela tabela feita por Spencer, nota-se que o tratamento realizado em casas de pensões constituía uma ilusão, e ia contra as regras do ideário dos estabelecimentos oficiais. Mesmo isso sendo verdade para a maioria dos médicos, muitos deles aconselhavam a “internação” nos Hoteis-Sanatórios. A falta de leitos nos Sanatórios colocavam os hotéis como a única e melhor opção, combinando a ideia de delimitar um lugar do “ficar” dos tuberculosos com princípios profiláticos de isolamento.

Neste sentido, o jornal *Boletim Médico*, publicado em São José dos Campos entre 1931 e 1933, vendiam espaços em suas publicações para a propaganda dos hotéis e pensões para tuberculosos:

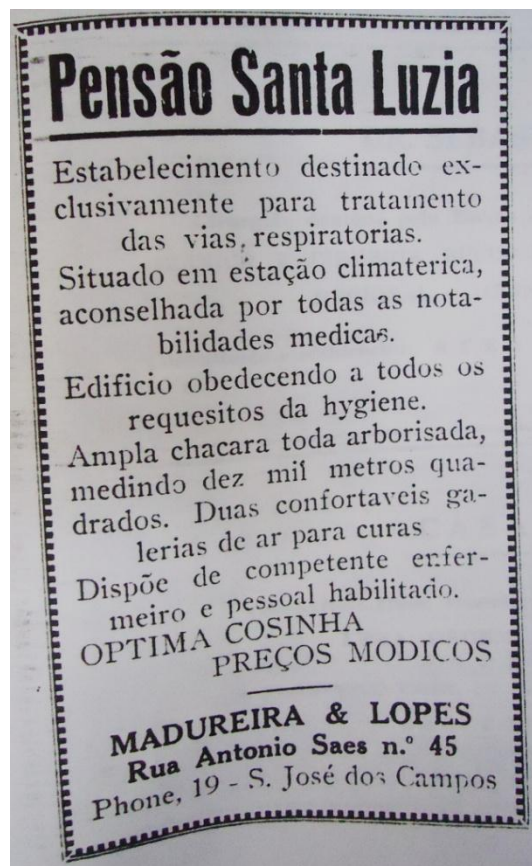


Figura 39: Imagem da propaganda da Pensão Santa Luzia propunha o tratamento das moléstias de vias respiratórias. Boletim Médico – 1933

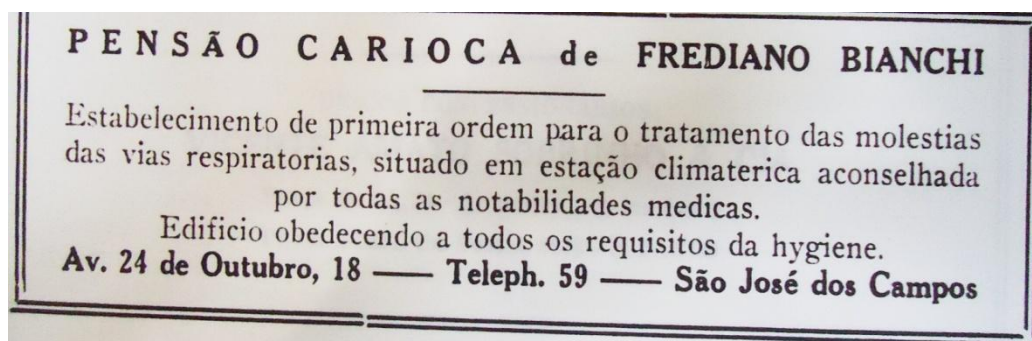


Figura 40 : Imagem da propaganda da Pensão Carioca propunha o tratamento das moléstias de vias respiratórias. Boletim Médico – 1933

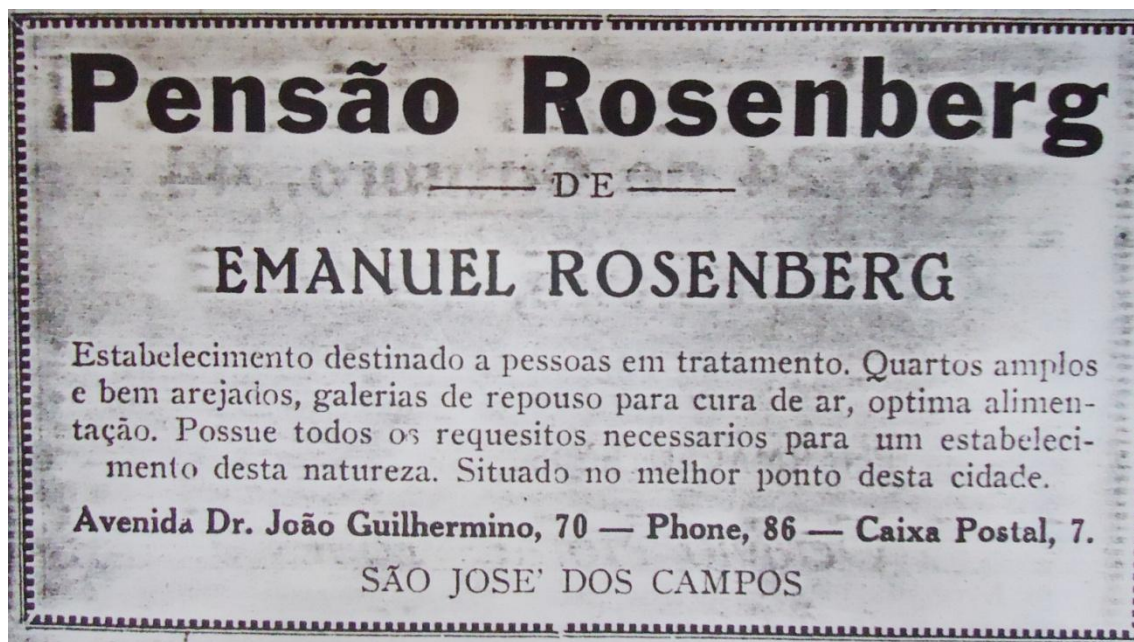


Figura 41: Propaganda da Pensão Rosenberg destinada á pessoas em tratamento. propunha o tratamento das moléstias de vias respiratórias. Fonte - Boletim Médico – 1933



Figura 42: Propaganda de Pensão Familiar que propunha a cura da Tuberculose. Fonte – Boletim Médico 1933

Grande parte da população de São José já estava instalada na cidade quando teve início o fenômeno da urbanização por parte dos tuberculosos. Em 1921, o Correio Joseense publica artigo intitulado “O que devemos fazer – a defesa da cidade”, no qual reclama da facilidade que os tuberculosos têm de ser instalarem em São José dos Campos. O artigo condena os Hoteis-Sanatórios e os proprietários de casas que facilitam a permanência dos doentes na cidade que, em sua opinião, naquela época se caracterizava por um “ambiente bacilar”. O diálogo ficcional do artigo entre um médico e o “tuberculoso pré-disposto” mostrava que o paciente se sentia protegido morando em São José, embora lá houvesse a colônia de tuberculosos, porque o clima era favorável à prática da climatoterapia; já o médico reprova sua residência na cidade de São José dos Campos com as seguintes palavras:

Um belo dia, quando o senhor frequentar qualquer um desses lugares públicos como é fatal uma vassoura levantará ao seu nariz as poeiras contaminadas. E o nariz é o caminho dos pulmões... não é preciso a vassoura, o vento se incumbirá de carregar aos pulmões os micróbios da peste. Si o vento não bastar, a sola do seu sapato há de trazer milhões de germes para os esparramar por toda a sua residência.²⁰⁹

²⁰⁹ Jornal Correio Joseense, n 56, 27 de abril de 1921. Fonte: CHUSTER, Victor. São José dos Micuins. Almanaque de curiosidades históricas de São José dos campos na fase Sanatorial. Fundação Cassiano Ricardo, 2011.

O QUE DEVEMOS FAZER A DEFEZA DA CIDADE

Quanto á medida defensiva da tuberculose, nós estamos aqui tão atrasados como qual quer ser tão africano. Parece incrível até não obstante os progressos da sciencia, que permanecemos nesta inercia vergonhosa. Ella nos desaccrédita a nós mesmos. Os doentes, aqui, são acolhidos até com as maiores facilidades. Encontram franca entrada em toda a parte e facilidades em alugar casas, commoda entrada nos hotéis. Tudo aqui é facil para elles. Não ha nenhuma difficuldade. Nenhum impedimento. E' um verdadeiro mar de rosas. Quem são os culpados disso ?

Porventura, não somos nós mesmos ?

Sabendo que aqui não ha medida alguma acauteladora da saude publica um medico, e um dos mais notaveis de S. Paulo, illustre, cirurgião notavel e um dos espiritos mais cultos da classe, teve, com um cliente desta cidade, que o foi consultar, o seguinte dialogo:—

«Doutor, eu supponho que estou tuberculoso.

»Onde está residindo ?

«Em S. José dos Campos.

«Mau signal ! Mau signal ! Feito o exame, o medico concluiu:

«Por enquanto, senhor não está tuberculoso.

«Agora, pretende o senhor residir por muito tempo n'aquella cidade ?

«Eu pretendo residir toda vida lá; o clima é muito bom.

«—O clima é muito bom ! Nunca ouvi falar que um clima carregado de bacillos fosse bom, quanto mais «muito bom» ! Pois fique ciente:—o senhor não está tuberculoso, mas vae morrer tuberculoso, está ouviudo: tuberculoso.

«—Porque ?

«Porque o senhor está morando no meio de tuberculosos.

«—Mas, na familia, não tenho ninguem doente, doutor Com doentes não convivo.

«—Mas, na sua terra não escarram os doentes no chão, nos passeios, nos jardins, no mercado, nos bilhares, nos theatros, nas proprias residencias ?

«—Isso é verdade !

«Pois, então, um bello dia, quando o senhor frequentar qualquer um desses logares publicos como é fatal, uma vassoura levantará ao seu nariz as poeiras contaminadas. E o nariz é o caminho dos pulmões...

Não é preciso a vassoura. O vento se incumbirá de carregar aos pulmões os microbios da peste. Si o vento não bastar, a esola do seu sapato na de trazer milhões de germens, para os esparramar por toda a sua residencia.

Fique descauchado e segure a sciencia preconiza isso.

E não será na sua terra que a sciencia ficará fallida.

Flavio de Lard.

Fonte: Correio Joseense no 56
de 27 de abril de 1921.

Figura 43: Imagem do Jornal Correio Joseense, n 56, 27 de abril de 1921. Fonte: CHUSTER, Victor. São José dos Micuins. Almanaque de curiosidades históricas de São José dos campos na fase Sanatorial. Fundação Cassiano Ricardo, 2011.

Uma parte da população aceitava os tísicos e abria essas pensões considerada a atividade comercial; outra parte se enquadrava na enorme parcela da população que evitava os doentes. Tanto existiam as pensões que recolhiam

os doentes, como outras que não aceitavam a estadia de tuberculosos, como o luxuoso Hotel S. Remo, Rio Branco e dos Viajantes.



Figura 44 Imagem de propaganda do Grande Hotel S. Remo. –Fonte : Boletim Médico, 1933

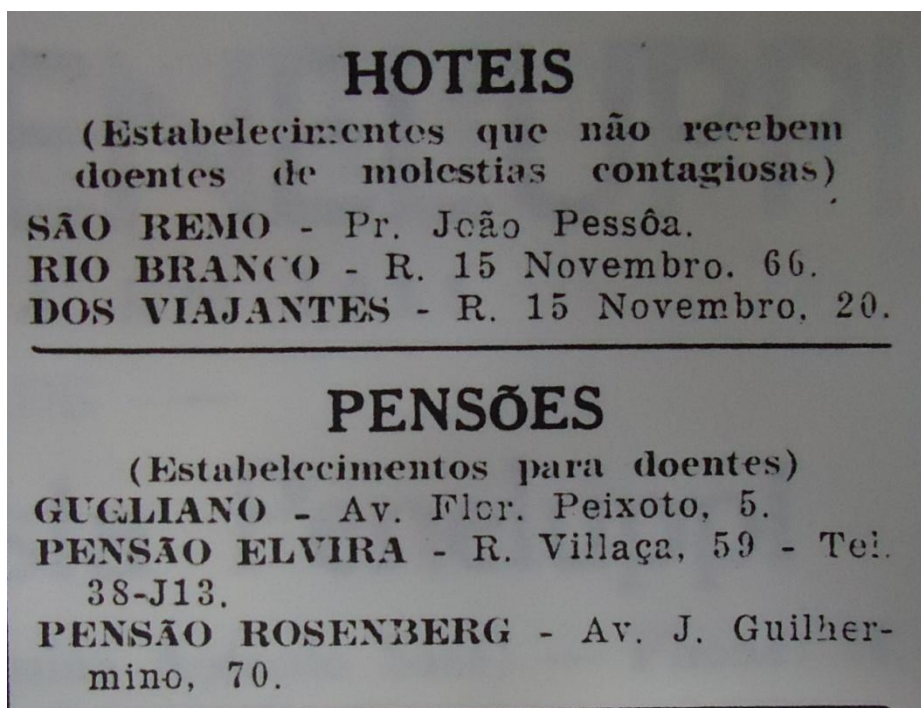


Figura 45 : Imagem de propaganda dos Hoteis e Pensões S. Remo, Rio Branco, dos Viajantes e das Pensões Gugliano, Elvira e Rosenberg. Fonte: Boletim Médico, 1933

No ano de 1933, médicos higienistas relatam o problema da tuberculose no estado de São Paulo, e colocavam o problema do grande contingente de doentes de São José:

Pode-se hoje dizer que o adulto não infectado seja uma exceção até certo ponto e portanto todos os homens tenham sobre si como constante ameaça o perigo de uma tuberculose aberta. Entre as classes menos favorecidas então, ás quaes faltam todos os confortos e recursos para uma premunição eficaz, a possibilidade da tuberculização de cada um é tão imminente que deveria ser a primeira preocupação de qualquer lei de seguro social.²¹⁰

²¹⁰ Prefeitura Sanitaria. Boletim Médico. São José do Campos, anno I, n. 07, 1933.

Como medida de profilaxia para a cidade de São José dos Campos, impõe-se, em 1933, um regulamento de profilaxia da tuberculose, que completava o código sanitário do Estado de São Paulo.

Artigo 1 – A tuberculose é considerada moléstia de notificação compulsória para os efeitos do presente Regulamento.

Artigo 2- Os doentes atacados de tuberculose e localizados em São José dos campos, serão fichados pelo posto de Higiene

Artigo 3 – Os sanatórios e pensões-sanatorios se regerão pelo Regulamento organizado pelo Posto de Higiene e já em vigor no código Sanitário, no que se refere às habitações em geral, as residências particulares, sabidamente alugadas a doentes, assim como os quartos e apartamentos de sanatórios e pensões-sanatorios serão desinfetados após a partida ou óbito do locatário, a critério da autoridade sanitaria.

Artigo 4- Não tem

Artigo 5 – Os objetos de quarto e de uso do doente como sejam: colchões, cobertores etc, serão desinfetados em estufa, ou inutilizados a critério da autoridade sanatorial

Artigo 6- Os proprietários de sanatórios e pensões- sanatórios deverão comunicar imediatamente ao Posto de Higiene a saída ou óbito verificado.

Artigo 7 – Os hotéis e pensões não poderão receber doentes atacados de tuberculose ou de outras moléstias contagiosas, ficando entretanto, sujeitos a desinfecções periódicas a critério da autoridade sanitária.

Artigo 8 - O posto de Higiene fornecerá o HABITE-SE para o quarto ou residência. Após ser inspecionado e mediante apresentação do certificado de desinfecção expedido pelo PAVILHÃO DE HIGIENE , atestando a data dessa desinfecção, quando necessário

Único – As desinfecções serão praticadas pelo PAVILHÃO DE HIGIENE que fornecerá o respectivo certificado e carimbará os acessórios de leito e demais objetos de uso do doente.

Aritgo 9 – Os sanatórios e pensões-sanatorios terão um fichário de matricula dos doentes, de tipo indicado pelo POSTO DE HIGIENE.

Único – Os sanatórios e pensões- sanatórios deverão enviar ao Posto de Higiene imediatamente depois de preenchidas, as fichas de seus pensionistas

Artigo 10 – O montante das despesas com a desinfecção será pago pelos proprietários de residências, sanatórios e pensões-sanatórios, que serão responsáveis pelos seus locatários e de acordo com a tabella anexa²¹¹.

Artigo 11 – é vedado aos doentes atacados de tuberculose, escarrar nas ruas, casas de diversões, ou no interior das habitações, devendo os mesmos trazerem consigo uma escarradeira de bolso de fechamento hermético, sob pena de multa.

Artigo 12 – Diariamente o PAVILHÃO DE HIGIENE, entregará em cada residência, sanatório ou pensão-sanatório habitada por doente, um numero suficiente de escarradeiras desinfetadas e recolherá as usadas que será transportadas em recipientes estanques ao PAVILHÃO DE HIGIENE para a desinfecção em estufa.

1 – Os proprietários de sanatórios e pensões-sanatórios, farão a distribuição individual das escarradeiras aos seus pensionistas, em substituição às usadas.

2- No caso dos doentes necessitarem de varias escarradeiras durante o dia, estas serão fornecidas sem remuneração suplementar.

Artigo 13 – O PAVILHÃO DE HIGIENE será proprietário de todas as escarradeiras de cabeceira da estação climatérica, que serão de tipo aprovado pelo Posto de Higiene.

Único- As escarradeiras de bolso instrumento de uso individual obedecendo a um tipo uniforme, serão de propriedade do doente, que sobre elles fará gravar o seu nome.

Artigo 14 – Fica creada uma taxa sanitária especial o serviço de desinfecção de escarradeiras, incluída no preço de pensão ou locação.

Artigo 15 – Em todos os sanatórios, pensões-sanatórios ou estabelecimentos que fornecerem alimentação a doentes, os pratos, talheres, copos, deverão ser desinfetados após o serviço, por ebulição prolongada ou por qualquer outro processo indicado pelo Posto de Higiene.

Artigo 16 – Todos os doentes fichados pelo posto de Higiene, localizados em casas particulares, sanatórios e pensões-sanatórios, farão obrigatoriamente lavar suas roupas, individual ou de cama, na secção de lavanderia do Pavilhão de Higiene.

Artigo 17 – As roupas de cama e de mesa dos sanatórios, pensões-sanatórios, pensões, hotéis, restaurantes, toalhas de banheiros, serão lavadas no PAVILHÃO DE HIGIENE

Artigo 18 – A roupa, acondicionada em envolucros de tipo aprovado será conduzida em carros especiaes ao PAVILHÃO DE HIGIENE, onde será desinfetada em estufa ou lixivisada.

²¹¹ Na documentação consultada, esta “tebela anexa” não constava.

Artigo 19 – Fica estabelecida a taxa máxima depor peça de roupa lavada no PAVILHÃO DE HIGIENE²¹²

Artigo 20 – Os proprietários de sanatorios e pensões –sanatorios, farão afixar em todos os quartos ou apartamentos ocupados por doentes um exemplar do presente Regulamento.

Artigo 21 – As contravenções a este regulamento será punidas de acordo com o art. 758 do decreto . 2918 de 9 de abril de 1918.

Este regulamento de Higiene servia tanto para os Sanatórios como para as pensões; o importante era seguir a disciplina da higiene. Mas os hotéis sanatórios representavam um problema ou uma solução aos envolvidos no assunto tuberculose?

Em 1924 é inaugurado o Vicentina Aranha, primeiro Sanatório do Estado de São Paulo. Sua trajetória é demarcada por falta de leitos e pela desigualdade de tratamento, visto seus sete pavilhões servirem de abrigo para pensionistas e para indigentes separadamente. Mais uma vez, os que podiam pagar tinham seu lugar garantido ao sol, podendo até mesmo ter mobilidade de espreguiçadeiras e se alimentar melhor; os que não podiam tinham a mobilidade restrita e se alimentavam no regime da superalimentação feita com ingredientes básicos.

Os hotéis e pensões para tuberculosos também eram habitados pelos que podiam pagar, sendo impossível a permanência de indigentes nesses locais. O fato é que mesmo os mais abastados, podendo pagar um leito sanatorial, muitas vezes preferiam ficar nos hotéis para evitar o preconceito e o estigma do isolamento, e para terem mobilidade – o que, de certa forma, mascarava o fardo da doença. Ainda na década de 1920 inaugura-se o Sanatório Vila Samaritana que deveria abrigar os evangélicos contaminados.

A partir da década de 1930, começa efetivamente a era sanatorial na cidade joseense. O trabalho de Tânia de Bittencour intitulado *Arquitetura Sanatorial*, publicado pela fundação Cassiano Ricardo, mostra detalhadamente a

²¹² O valor não consta.

planta e parte da história da construção de tais estabelecimentos. No total, a cidade abrigou nove sanatórios e um Desinfetório, o pavilhão de Higiene; Campos de Jordão abrigou seis Sanatórios. Após todas essas discussões sobre a abertura desses estabelecimentos podemos dizer que, no pós-1930, o Estado investiu na tentativa de resgate do tuberculoso.

A quantidade dos sanatórios nas duas cidades revela também a consolidação de um espaço físico enquanto lugar destinado ao tuberculoso. Os 82 quilômetros que separam as duas cidades destinadas a eles foram, a partir daí, batizadas sob o estigma de uma população tuberculosa. O fato de ser a tuberculose pulmonar uma doença de tratamento prolongado elegeu esse território do Estado como lares especializados na cura da doença, onde as relações estabelecidas nelas se fizeram através do contato entre doentes e profissionais envolvidos no tratamento. O clima melancólico no qual a cidade esteve inserida desde meados de 1920, e até meados de 1960, perdura até os dias de hoje, na memória dos que se foram, dos que se perderam e dos que encontraram um lugar ao sol.

Considerações Finais

A história dos tuberculosos do começo do século XX se fez de maneira instigante a partir da fusão de teorias higienistas com o imaginário popular. Essa união deu subsídio para que se formassem os discursos civilizatórios degenerativos que permearam a história das chamadas doenças sociais. Ao lado da tuberculose, a sífilis e o alcoolismo também instigaram os mais perversos pensamentos em torno do acometido.

Esta pesquisa, de difícil investigação arquivística por se tratar do período pré sanatorial, revela também algo do abismo entre o discurso e a ação. Não raro ficou comprovado que os arquivos não dão importância ao armazenamento e à catalogação da documentação sobre os tuberculosos no período estudado. O fato da tísica permanecer sem métodos de cura através de remédios até 1940 pode explicar a falta de interesse em se armazenar informações, então, ao lado da tentativa de esquecimento de uma memória. Destinados à “prisão residencial” ou proibidos de ficarem em suas casas a fim de evitar o contágio familiar, os tuberculosos foram figura incômoda e alvo de afastamento social. A falta de um lugar específico para a permanência dos doentes fez com que essas questões se agravassem e gerassem pensamentos pejorativos em torno do doente. Na falta de um sanatório, a presença do tuberculoso na cidade modificava o decorrer da vida cotidiana. Em São Paulo, a busca por um “lugar ao sol” durou o período de 24 anos, quando finalmente o Vicentina Aranha foi inaugurado – com carência de leitos – para uma enorme população de doentes do peito.

As duas cidades propícias para atender os requisitos da cura que se fazia no período foram as que mais sofreram com o problema da tísica. Sem um lugar definido, os doentes começaram a se mudar para São José dos Campos e Campos de Jordão, a fim de realizar um tratamento independente da internação sanatorial e formando um grande contingente de doentes que estabeleceram residências nestas cidades. Ambas conhecidas como “Cidade dos Tuberculosos” (como se ouve dizer até hoje), carregam em sua história o pesado fardo da tísica.

Neste sentido, durante a pesquisa de campo para conhecer os antigos prédios sanatoriais observei alguns fatos interessantes.

Em São José dos Campos, o ex-sanatório Vicentina Aranha é, hoje, um parque localizado em um bairro de classe alta, onde os antigos pavilhões estão distribuídos em meio a árvores onde as pessoas praticam esportes ao ar livre, sendo que aos domingos ocorrem muitas atividades interativas com o público de todas as idades. Mas quantas daquelas pessoas que passam em frente ao prédio principal do ex-sanatório, que trocam seus livros nos antigos pavilhões destinados aos indigentes, que utilizam o sanitário do pavilhão para mulheres pensionistas, que estendem suas toalhas para piquenique embaixo daquela árvore enorme (e que serviu outrora para tanto martírio), quantas delas sabem que aquele prédio, aquelas árvores e tudo ali guarda para sempre a história de pessoas confinadas e, pejorativamente, destinadas a serem “os tuberculosos” sem cura? Se não fosse pelas pequenas placas informativas em frente aos pavilhões, sei que a grande maioria dos que lá vão não saberiam o que o local significou, isso quando a informação não passa despercebida.

Nas duas vezes que estive em São José dos Campos, pesquisando em arquivo ou conversando com as pessoas, muitos achavam que “sanatório” era local destinado aos loucos e dementes, ou não viam algum sentido na minha pesquisa (e na investigação de locais que nunca ouviram falar). Da última ocasião em que estive lá, em setembro de 2013, um monitor do parque me contou que, uma vez ao mês e no período da noite, a administração do parque projeta filmes de terror no parque e, após a exibição, os telespectadores são convidados a entrar no pavilhão principal do antigo sanatório para continuarem seus pânico dentro do local. Então, toda a história daqueles quartos, das galerias de cura e daqueles corredores parece se resumir a uma experiência de terror no imaginário das pessoas daquela época, como dos dias atuais.

Em Campos do Jordão, pude perceber melhor o porquê de esta cidade ser destinada aos doentes. As estradas montanhosas e o clima frio – com predominância das belas araucárias – deixa a cidade propícia para o tratamento

da aereoterapia. Transformada hoje em roteiro turístico de luxo, a maioria dos hotéis da cidade parece imitar a arquitetura sanatorial pela estrutura dos quartos com os balcões, que lembram uma galeria de cura.

Nesta “cidade das araucárias” pude sentir a angústia do local em tempos mais antigos. Em busca de informações sobre a estrada que leva ao antigo Complexo dos Sanatorinhos, o dono da pousada em que fiquei hospedada, além de me responder friamente sobre o desconhecimento de tal acesso, deixou claro que minha conversa era desagradável, pois tudo indicava que, para ele, era constrangedor lembrar sobre o passado da tuberculose na cidade. Mudando de assunto rapidamente, passou a sugerir a visita ao Palácio do Governador: a tuberculose, enfim, era história a ser esquecida. Na subida até o Sanatorinhos, passando por uma casa de catadores de lixo reciclável, pedi informações temendo ter errado o caminho. Cinco pessoas me olharam ao mesmo tempo e de maneira muito assustada, enquanto um deles me informava dizendo: “Mas porque você quer ir lá? O hospital fechou! Não tem mais tuberculoso aqui não!”

No meu entender, a história da doença sempre foi marcada por um sentimento paradoxal entre o problema e a solução, principalmente em relação ao imaginário popular, que se tornava mais aguçado quando da prática da cura somente através de repouso, superalimentação e aereoterapia. A ideia de que o tuberculoso estava marcado para morrer fez dos seus “lugares” de permanência anticâmeras de morte. O fardo da morte refletido no corpo esquelético, na tosse e febre constantes e nas relações sociais que se reinventavam a partir do conhecimento da enfermidade ficou muito marcado na memória dos que se curaram, dos que perderam alguém pela doença ou dos que conviveram com a doença. Minha primeira tentativa de entrevistar um ex-tuberculoso da década de 1950 falhou, então, quando a resposta negativa à entrevista veio com a justificativa de que ele não queria se lembrar da tísica, pois os 14 meses de internação no sanatório de Campos de Jordão foram marcados por pesadelos diários de que seus filhos estavam caindo pela janela e que ele não podia salvá-los porque estava “preso” no sanatório.

É no período pós-1930 (i.e., após o período pesquisado aqui) que a fase sanatorial se consolida no estado de São Paulo somando um total de 14 Sanatórios. Com isso, os estados começam a dar a devida atenção à tuberculose, que começa a ser subsidiada por eles através do surgimento de organizações de combate à doença.

Atualmente a Organização Mundial de Saúde estima que 1/3 da população mundial seja contaminada pela tuberculose a cada ano, o que daria aproximadamente novos 10 milhões de casos por ano; desses, a metade tem o agravante de ser soropositivo para o HIV. Segundo dados divulgados pela OMS, em 2010 foram diagnosticados e notificados 6,2 milhões de casos de tuberculose no mundo. A Índia e a China representam 40% dos casos notificados, estando o Brasil entre os 22 países que concentram 82% dos casos de TB no mundo.

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância Sanitária, atualmente os programas de controle da tuberculose fazem parte de um plano global de erradicação da doença, o qual teve início em 2011, com prazo final até 2015. O plano consiste em:

- 1- Fortalecer as unidades de Saúde;
- 2- Fortalecer o tratamento observado (assistência dos doentes);
- 3- Promover pesquisas;
- 4- Empoderar as pessoas pobres através de moradia e alimentos.

Resumindo: até 2015, pretende-se reduzir os números de doente pela metade; e até 2050, erradicá-la definitivamente do planeta.²¹³

Ao seguir as publicações disponíveis em rede, tais como o portal da saúde, os boletins epidemiológicos e sites de pesquisa sobre a tuberculose, a observação da população sem estrutura financeira e econômica é a principal atenção dos programas de controle. Estes ainda associam a miséria, a aglomeração urbana em locais sem saneamento básico e alguns comportamentos (por exemplo, o uso

²¹³ Boletim Epidemiológico (especial Tuberculose 2012). Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil.

demasiado de álcool e outras drogas) como a população mais suscetível à doença.

Um dos fatores que faz com que a tuberculose permaneça neste quadro quase estável de mortalidade é a dificuldade do tratamento que consiste na ingestão de alguns tipos de antibióticos combinados durante seis meses. Esse tratamento é constantemente abandonado pelo doente que, ao parar de tossir depois de duas semanas, larga o tratamento por achar que está curado. Esses, quando se redescobrem doentes, percebem que seu organismo adquiriu resistência aos remédios e o tratamento se torna cada vez mais difícil. Pensando nestas questões, os centros de pesquisa de várias partes do mundo continuam a refletir e a procurar uma maneira de facilitar o tratamento atual da doença.

No Brasil, desde 2010 pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) descobriram uma nova estratégia de combate que um dia poderá ser utilizada na criação de medicamentos mais eficientes: consiste em inibir a atividade de uma enzima fundamental para a sobrevivência do bacilo. Sem essa enzima o bacilo não consegue se desenvolver, começando a morrer em 48 horas. Ao todo, nesta pesquisa estão envolvidas a Universidade Federal de Santa Catarina, a Universidade Federal do Rio de Janeiro, o Instituto Pasteur de Montevideu e a Universidade do Canadá.²¹⁴ A fabricação e utilização desta enzima poderia realmente diminuir o número de tuberculosos no mundo, mas ainda os estudos não foram concluídos, uma vez que esta enzima tem efeito tóxico em outras células do corpo, o que ainda impossibilita sua utilização. Os estudos continuam para que se encontre também uma maneira de aniquilar a toxidade do produto em experimento.

Enquanto as pesquisas estão em andamento, a tuberculose continua fazendo números elevados de mortalidade no mundo. As estatísticas de 2011, por exemplo, apontam que o estado de São Paulo apresentou 16.630 casos de tuberculose notificada – a maior soma de doentes do país, ficando o Rio de

²¹⁴ Informação disponível na web em <http://cienciahoje.uol.com.br/noticias/2011/04/novos-aliados-contra-a-tuberculose>

Janeiro em segundo lugar com 11.651 e, em último lugar, o Acre com 349 casos.²¹⁵ Os fatores relacionados à tuberculose continuam incertos, ainda que exista tratamento a base de medicamentos.

²¹⁵ Informação disponível no site da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia: <http://www.sbpt.org.br>

Bibliografia e Fontes:

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Instituto Adolf Lutz: 100 anos do Laboratório de Saúde Pública*. São Paulo: Letras e letras, 1992.

ALBUQUERQUE, Alexandre. *Insolação*. Secção de obras d'o Estado de São Paulo, 1916.

ALLEVI, Giovanni. *La medicina sociale*. Milano: Ulrico Hoepli, 1909

ALMEIDA, Marta de. República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo, 1898-1917. Dissertação de mestrado, São Paulo, Departamento de História da FFLHC da Universidade de São Paulo.

ALVARO, Guilherme e GODINHO, Victor. *Tuberculose. Contágio, Curabilidade, Tratamento hygienico e Prhophylaxia*. São Paulo: Escola TYP. Salesiana. 1899.

ARANTES, Altino. Relatório da Secretaria do interior do Estado de São Paulo. Escrito pelo Typographia Brazil de Rothschild, 1914.

BASTA, Paolo Cesar. *As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 196 p.

BEGUIN, François. "As maquinarias do conforto". In: *Espaço & Debates* nº 34, 1991.

BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera o flagelo do Grão Pará*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2004.

BENCHIMOL, Jaime Larry. "A Instituição da microbiologia e a historia da saúde pública no Brasil". *Ciência e saúde coletiva*, v. 5, n. 2, 2000 (p. 265-292). Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n2/7096.pdf>>. Acesso em: 15.09.2008.

BERTONI, Angelo & SALGADO, Ivone (org.). *Da construção do território ao planejamento das cidades: competências técnicas e saberes profissionais na Europa e nas Américas (1850 – 1930)*. São Carlos, Editora, Rima.

BERTOLI FILHO, Claudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900–1950*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BIER, Otto. *Bacteriologia e Imunologia* – em suas aplicações à medicina e à higiene. 16ª ed. São Paulo: Melhoramentos, 1975.

BITTENCOUR, Tania. *Arquitetura Sanatorial São José dos Campos*. São José dos Campos, fundação Cassiano Ricardo, 1998.

BONDUKI, Nabil. *Origens da habitação social no Brasil*. Arquitetura moderna, lei do inquilinato e difusão da casa própria. São Paulo, Edição liberdade, FAPESP, 1998.

BORIANI, Maria Lucia (org). *Higiene e Raça como projetos*. Higienismo e eugenismo no Brasil. Maringa: Eduem, 2003.

BRESCIANI, Maria Stella. “Metrópoles: as faces do monstro urbano (as cidades no século XIX)”. In: *Revista Brasileira de História*. Vol. 5 n 8 a 9. São Paulo, Marco Zero, 1985.

_____. “Saberes eruditos e técnicos na configuração e reconfiguração do Espaço Urbano: Estado de São Paulo, séculos XIX e XX”. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, FAPESP, 2005. Disponível em: <www.ifch.unicamp.br/ciec/documentos/tematico1.pdf>. Acesso em: 12.07.2008.

CALABI, Donatella. *Storia dell'urbanistica europea*. Milano: Paravia Bruno Mondadori, 2004.

CANO, Jefferson . A cidade dos cortiços: os trabalhadores e o poder público em São Paulo no final do século XIX. In: Elciene Azevedo; Jefferson Cano; Sidney Chalhoub; Maria Clementina Pereira Cunha. (Org.). *Trabalhadores na cidade: cotidiano e cultura no Rio de Janeiro e São Paulo, séculos XIX e XX..* 1ed.Campinas: Editora da Unicamp, 2009, v. 1, p. 221-249.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. Rio de Janeiro: [s.l.], 1862.

CHERNOVIZ, Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. [s.l.]: 1890. Disponível em: <<http://www.meusdownloads.com.br/p-servicos.jsp?ppID=c586>>. Acesso em: 30.07.2008.

CHERNOVIZ, Napoleão. Habitação, in XXXXX, tomo 2, 1890, pp. 107 a 110.

CHOAY, Françoise. *O urbanismo: utopias e realidades, uma antologia*. São Paulo, Perspectiva, 2010.

Congresso Nazionale per la lotta sociale contro la Tuberculose. Milano: 24 al 29 settembre 1906. Milano, Bovisto, 1907.

CORBIN, Alan. *Saberes e odores. O Olfato e o Imaginário Social nos Séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

CORBELLINI, Gilberto. *Medicina basata sull'evoluzione*. Milano: Ed. Laterza, 2006.

CORDEIRO, Simone Lucena (org.). *Os cortiços de Santa Ifigênia: sanitário e urbanização (1893)*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2010.

COSTA, Luiz Augusto Maia. *O ideário urbano paulista na virada do século: o engenheiro Theodoro Sampaio e as questões territoriais e urbanas (1886-1930)*. São Carlos: Rima, FAPESP, 2003.

CUNHA, Maria Clementina Pereira (1986). *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*, São Paulo: Paz e Terra

DATO, Giuseppe. *Città immaginata e città costruita*. Forma, empirismo e tecnica in Itália tra otto e novecento. Milano: Franco Angeli, 1992

- DEFOE, Daniel. *O diário do ano da peste*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.
- DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente: 1300-1800 uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- DUCLAUX, Emílio. *Igiene sociale*. Torino: Fratelli Bocca Editori, 1905.
- FERREIRA, Clemente. *Aluta antituberculosa no Estado de São Paulo*. São Paulo: Typografia Salles & Comp, 1909
- _____.Minhas memórias. Documento disponível na biblioteca do Instituto Clemente Ferreira. Sem data.
- FOUCAULT, Michel. *A microfísica do poder*. 12ª ed.Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- Vigiar e punir. Nascimento da Prisão. Trad. Raquel Ramallete. 23a Ed. Vozes - RJ, 2000.
- FREIRE, Victor da Silva. *A cidade Salubre*. 1914.
- GAMBETA, Wilson. “Soldados da saúde: a formação dos serviços sanitários em São Paulo”. 1988. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Filosofia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.
- GIAXA, Vincenzo de. *Teoria generale dell’igiene pubblica* – stabilimento artisitico Tipografico G.Caprin – Trieste – 1887.
- GUIRAUD, L. *Manuel d’Hygiène*. 4ª ed. Tome I e II. Paris: Masson et Cie Ed., 1922.
- JORGE, Karina Camarneiro. “Urbanismo no Brasil Império: a Saúde Pública na cidade de São Paulo no século XIX (Hospitais, Lazaretos e Cemitérios)”. 2006. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.
- JUNIOR SIMÕES, José Geraldo. A pesquisa e o debate urbanístico em São Paulo (1900 – 1920). As proposições em torno do tema da casa e cidades salubres. Trabalho apresentado em sessão livre na X ENNPUR junto ao grupo de trabalho

“O urbanismo sanitaria no Brasil Republicano” da Escola de engenharia de São Carlos - USP, 2003.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. 10 ed. São Paulo: Perspectiva, 2011.

KEHL, Renato. *Eugenia e Medicina Social(Problemas da vida)*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1923

LE GOFF, Jacques. *As doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1997.

LE MOS, Carlos A. C. *A Republica ensina a morar (melhor)*. São Paulo: Hucitec, 1999.

LIMA, José Pedro de Carvalho. *Bacteriologia*. São Paulo: Sociedade Impressora Paulista, 1934.

LOMBROSO, Cesare. *Antropologia Criminale*. Verona, 1896.

MAESTRO, Leone. Lavoro che ottiene il premio del Concorso del 1892 – Padova.

MANTEGAZZA Paolo. L'Igiene dell amore. Firenze, Bemporad & F, 1896

MASCARENHAS, Rodolfo. “Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo”. 1949. Tese (Doutorado) - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1949.

MASTROMAURO, Giovana Carla. Urbanismo e salubridade na São Paulo Imperial: O Hospital do Isolamento e o Cemitério do Araçá. Dissertação de mestrado apresentada a PUCCampinas para obtenção do título de mestre em Urbanismo, 2008.

MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública*. A emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. 2ª edição. Campinas: Papyrus, 1987.

MORSE, RichardM. *Formação histórica de São Paulo*: de comunidade a metrópole. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

MOTA, André. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892 e 1920*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1969.

MOTT, Maria Lucia e SANGLARD, Gisele (org). *História da Saúde: São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808 – 1958)*, Barueri, SP, Minha Editora, 2011.

NASCIMENTO, Dilene R. *As pestes do século XX*. Tuberculose e Aids no Brasil: uma história comparada. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NETTO, Américo R. O caminho para a formação do Serviço Sanitário de São Paulo: 1579 a 1891. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v. 7, n. 14, p. 5-26, 1942.

OTTOLENGHI, Donato. *Trattato d'Igiene*. Vol. 1. Milano: Dottor Francesco Vallardi, 1933.

PAGLIANI, L. *Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica* colle applicazioni alla ingegneria e alla Vigilanza Sanitaria. Vol. 1. Dei terreni e delle acque. Milano: Dottor Francesco Vallardi, 1913.

_____. *Trattato di igiene e di sanità pubblica*. Colle applicazioni alla ingegneria e alla vigilanza sanitária. Volume II, Degli ambienti liberi e confinati in rapporto colla igiene e colla sanità pubblica. Milano: casa editrice dottor Frabncesco Vallardi, 1913.

PEIXOTO, Afrânio. *Higiene*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1913.

RAIMUNDO do NASCIMENTO, Dilene. *As pestes do século XX*. Tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

RIBAS, Emílio. *Instruções Sanitárias contra a Tuberculose*. Cartilha Publicada pelo Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1900, 1901, 1906.

_____, Emílio. Carta enviada a Emílio Ribas em 20 de fevereiro de 1903 por Lima Pereira Barreto. Fonte: documentação particular de Emílio Ribas, seções: cartas. Fonte: Museu de Saúde Emílio Ribas.

_____, Emílio. Carta enviada a Emílio Ribas em 25 de fevereiro de 1903 por Eduardo Lopes. Carta enviada a Emílio Ribas em 20 de julho de 1903 por Gonçalves Cruz. (sem local definido).

RIBEIRO, Maria Alice. *História sem fim...:inventário da saúde pública: São Paulo 1880 – 1930*. São Paulo: Universidade Paulista, 1993.

RICHARDSON, Beniamino W. *Igea, uma citta igienica*. Venezia, Tipografia del commercio do marco Visentini, 1877. (Versão traduzida para o italiano).

Rivista di Ingengneria Sanitaria e di Edilizia Moderna. Torino, 1916 Anno XII n 16.

ROCHARD, Jules. *Encyclopédie D'Hygiene et de Medicine Publique*. t. III. Paris: Lecrosnier et Babe, Libraires-Editour, 1891.

ROLNIK, Raquel. Cada um no seu lugar (São Paulo, início da industrialização: Geografia do Poder). Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, USP, 1981.

ROSEN, George. *Uma historia da saúde pública*.Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

SALGADO, Ivone. “Pierre Patte e a cultura urbanística do iluminismo francês”. In:Revista de Estudos sobre Urbanismo, Arquitetura e Preservação,São Paulo, 2003.

SÃO PAULO, Código Sanitário de 1894. Arquivo do Estado de São Paulo.

SAMPAIO, José de Arruda. Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. São Paulo, 1920.

SEGURADO, João Emílio dos Santos. *Encanamentos e salubridade das habitações*. Lisboa/São Paulo: Livreiros editores, 1912.

SOARES, João B. de Souza. Da alimentação na Tuberculose. Boletim Médico São José dos Campos, anno I, n. 05, 1933.

SPATARO, Donato. Architettura Sanitária – igiene generale della casa. Trattato generale teórico e pratico dell'arte dell'ingegnere civile, industriale ed architetto. Casa editore dottor Francesco Vallardi, Milano, 1908.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira (Org.). *A secretaria de higiene e saúde da cidade de São Paulo: história e memória: documento comemorativo do quadragésimo aniversário*. São Paulo: Departamento do Patrimônio Histórico, 1985.

STÉFHANI, Jacques. Guia do tuberculoso e do predisposto. Companhia Editora Nacional, Gusmões, 25,28,30. São Paulo, 1933.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. Da transmissão hídrica a culicidiana: a febre amarela na sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 21, n. 41, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882001000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02/julho/2008.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Na arena do esculápio: a sociedade de medicina e cirurgia de São Paulo (1895–1913)*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 2007.

TELLAROLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1996.

TRONCA, Ítalo. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.

UJVARI, Stefan Cunha. *A História e suas epidemias*. A convivência do homem com os microorganismos. Rio de Janeiro: Ed. SENAC São Paulo, 2003.

ZUCCONI, Guido. *La città contesa*. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885 - 1942). Milano:Editoriale Jaca Book SpA, 1999.

_____. De Molechott à Pagliani, La naissance de la “Igiene pubblica” in Italia. No prelo.

Relatórios

Relatório da Comissão dos Cortiços de Santa Efigênia 1893. *Relatório apresentado à Câmara Municipal de São Paulo pelo Intendente Municipal Cesario Ramalho da Silva em 1893* (São Paulo, Typ. A Vapor de Espindola Siqueira & Comp., 1894), p.43-54.

Relatório Anual da Liga Paulista contra a Tuberculose, 1933.

Relatório da seção de demografia do Estado de São Paulo – Resumo da mortalidade na cidade no ano de 1893.

Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo sobre a organização sanitária do Estado, cap. III - Do Isolamento – Remoção de contagiados, 1894.

Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo sobre a organização sanitária do Estado, cap. V - Da Hygiene da Habitação – Saneamento da Capital – ,1894.

Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo sobre a organização sanitária do Estado, cap. II “Da quarentena de mar e terra – Cordões Sanitários”, 1894.

Relatório apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo secretário de negócios do interior José Cardoso de Almeida, 1894.

Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo sobre a organização sanitária do Estado escrito por Emílio Ribas - Maneiras de se evitar a febre amarela, 1899.

Relatório do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo sobre a organização sanitária do Estado, escrito por Emílio Ribas. Instruções sanitárias de contágio, tratamento higiênico, curabilidade e meios de evitar a tuberculose. 1900.

Relatório da Secretaria do interior do Estado de São Paulo. Escrito pelo doutor Altino Arantes. Typographia Brazil de Rothschild, 1914.

Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Escrito por Dr. José de Arruda Sampaio, ano 1920.

Sites consultados e acessados:

<http://www.sociedadeclementeferreira.org.br>.

<http://portalsaude.saude.gov.br>.

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/10231/783/boletim-epidemiologico-tuberculose-2013.html>.

<http://blogs.estadao.com.br/reclames-do-estadao/tag/saude/>

<http://cienciahoje.uol.com.br/noticias/2011/04/novos-aliados-contr-a-tuberculose>

Fonte das imagens:

Figura 01: Mulheres doentes de tuberculose em repouso na Galeria de Cura do Sanatório Vicentina Aranha em Campos de Jordão. Fonte: Fundação Cultural Cassiano Ricardo – sem data.

Figura 02 :Ilustração representando o contágio da tuberculose de pessoa para pessoa. Os pontos vermelhos seriam os bacilos invisíveis no ambiente e dentro do organismo do ser humano infectado. Imagem disponível em: http://www.savk.org.br/fique_tuberculose.htm

Figura 03: Imagem de panfleto comemorativo do Dispensário Clemente Ferreira. Publicação do Instituto Clemente Ferreira, 1934.

Figura 04: Capa de “Vozes de Campos do Jordão. Experiências sociais e psíquicas do Tuberculoso Pulmonar no Estado de São Paulo”. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Figura 6. PAGLIANI, Luigi. Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica. Colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitária. Dagli Ambienti Liberi e Confinati in rapporto colla Igiene e colla Sanità Pubblica. Milano: Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1913.

Figura 7- PAGLIANI, Luigi. Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica. Colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitária. Dagli Ambienti Liberi e Confinati in rapporto colla Igiene e colla Sanità Pubblica. Milano: Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1913.

Figura 8 - PAGLIANI, Luigi. Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica. Colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitária. Dagli Ambienti Liberi e Confinati in rapporto colla Igiene e colla Sanità Pubblica. Milano: Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1913.

Figura 9: Panfleto de propaganda contra a tuberculose. Fonte: desconhecida

Figura 10: Panfleto sobre a limpeza da casa. Fonte: Arquivo do Instituto de Higiene. (Sem data).

Figura 11: Panfleto de propaganda contra a tuberculose. Fonte: desconhecida

Figura 12: Imagem da fachada total do Dispensário Clemente Ferreira: Fonte: Panfleto Informativo sobre a História do Dispensário, distribuído pelo Instituto Clemente Ferreira.

Figura 13: Imagem da Planta do Dispensário modelo Clemente Ferreira - Panfleto Informativo sobre a História do Dispensário, distribuído pelo Instituto Clemente Ferreira.

Figura 14: Imagem da sala de consultas para mulheres do Dispensário Clemente Ferreira. Fonte: páginas soltas de uma revista francesa (sem data e sem nome)

Figura 15: Imagem da sala de consultas para homens do Dispensário Clemente Ferreira. Fonte: páginas soltas de uma revista francesa (sem data e sem nome)

Figura 16: Imagem da sala de espera do Dispensário Clemente Ferreira. Fonte: páginas soltas de uma revista francesa (sem data e sem nome)

Figura 17: Imagem de livro “Propaganda da Associação Paulista dos Sanatórios: Instruções Populares sobre a Tuberculose”, escrito por Clemente Ferreira em 1900.

Figura 18: Cartaz da inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Rio de Janeiro. Fonte: SOARES, Pedro Paulo. *A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose*. Hist. Cienc. Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, Oct. 1994.

Figura 19: Imagem de uma escarradeira fixa para salões, escolas, teatros etc. Fonte: Instruções Sanitárias contra a Tuberculose – Publicação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1902.

Figura 20: Imagem de uma escarradeira fixa para salões, escolas, teatros etc. Fonte: Instruções Sanitárias contra a Tuberculose – Publicação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1902.

Figura 21: Cartaz da inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Rio de Janeiro. Fonte: SOARES, Pedro Paulo. *A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose*. Hist. Cienc. Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, Oct. 1994.

Figura 22: Cartaz da inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Rio de Janeiro. Fonte: SOARES, Pedro Paulo. *A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose*. Hist. Cienc. Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, Oct. 1994.

Figura 23: Cartaz exposto no Museu de Saúde Pública Emílio Ribas. Fonte: foto tirada pela autora.

Figura 24; Imagem de criança cuidando de coelhos no Preservatório de Bragança Paulista. Fonte: Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança Paulista, em janeiro de 1913, por Clemente Ferreira.

Figura 25; Imagem de criança cuidando de coelhos no Preservatório de Bragança Paulista. Fonte: Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança Paulista, em janeiro de 1913, por Clemente Ferreira.

Figura 26 :Imagem do grupo de meninas. Fonte: Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança Paulista, em janeiro de 1913, por Clemente Ferreira.

Figura 27: Imagem das crianças cuidando da horta. Fonte: Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança Paulista, em janeiro de 1913, por Clemente Ferreira.

Figura 28; Imagem geral do local destinado à Obra de Preservação dos filhos dos Tuberculosos Pobres. Fonte: Discurso pronunciado no ato da inauguração do Sanatório de preservação, em Bragança Paulista, em janeiro de 1913, por Clemente Ferreira.

Figura 29: Imagem explicativa de como fazer ginástica de “limpeza” dos pulmões. Fonte: Instruções Sanitárias contra a Tuberculose. Publicação do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1900.

Figura 30: Anuncio usado pelo Dispensário Clemente Ferreira – Fonte: reclames do Estadão. <http://blogs.estadao.com.br/reclames-do-estadao/tag/saude/> (Consulta em 10.02.2013)

Figura 31 e 32: Imagens de propaganda da cerveja Malzbier. Fonte: Boletim Médico. São José dos Campos, anno I, n. 04, 1933.

Figura 33: Imagem da propaganda sobre a manteiga viaduto colocando em evidencia uma criança consumindo o produto numa fatia de pão. Boletim Médico. São José dos Campos, anno I, n. 04, 1933.

Figura 34: Association d'Hygiène Sociale et de Préservation Antituberculose du 1st Arrondissement. *Sauvons les Tuberculeux*, color trade card, Paris, c. 1929, 10.6 x 13.5 cm. Disponível em <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/ephemera/tb.html>

Figura 35: Capa de *Tuberculose e Sanatórios*, escrito por Clemente Ferreira no ano de 1900.

Figura: 36 Projeto de pavilhão “Portátil” de teto móvel de Emílio Ribas e A. Fomm (1902). In BITTENCOURT. BITTENCOUR, Tania. Arquitetura Sanatorial São José dos Campos. São José dos Campos, fundação Cassiano Ricardo, 1998.

Figura 37: Detalhe de funcionamento do teto móvel. In BITTENCOURT, Tania. Arquitetura Sanatorial São José dos Campos. São José dos Campos, fundação Cassiano Ricardo, 1998.

Figura 38: Sanatório de Davos. Fonte: *Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica* colle applicazioni alla ingegneria e alla Vigilanza Sanitaria. Vol. 1. Dei terreni e delle acque. Milano: Dottor Francesco Vallardi, 1913.

Figura 39, 40 e 41, 42, 44 e 45: Propaganda de Pensão Familiar que propunha a cura da Tuberculose. Fonte – Boletim Médico 1933

Figura 43: Imagem do Jornal Correio Joseense, n 56, 27 de abril de 1921. Fonte: CHUSTER, Victor. São José dos Micuins. Almanaque de curiosidades históricas de São José dos campos na fase Sanatorial. Fundação Cassiano Ricardo, 2011.

Mapas:

Mapa 1 : Região oeste da cidade de São Paulo em detalhe do mapa da cidade de 1881. denominado “Planta da Cidade de São Paulo levantada pela Companhia Cantareira e Esgotos. Henry B. Joyner M.I.C.E.”. Fonte: Arquivo do Estado de São Paulo (1954).

Mapa 2: Detalhe para a planta da cidade de São Paulo em 1895 feita por Hugo Bonvicini dividida em cinco distritos. O círculo vermelho representa a região escolhida para a Comissão de Cortiços que se limita às ruas Duque de Caxias, Visconde de Rio do Branco, Vitória, Triumpho e Largo do General Osório. Fonte: Arquivo Público do Estado.

Mapa 3 : Planta da cidade de São Paulo em 1895 feita por Hugo Bonvicini. A - Sant’Anna, B - Água Branca, C - Pirituba, D - Estrada de Ferro Ingleza e Sorocabana, E - Pary, F - região dos campos que vão além da Mooca, G - terrenos vizinhos do Ipiranga, H - Direção da Várzea de Pinheiros, I - Caminho para Santo Amaro, J - Estrada de Ferro para o Rio de Janeiro, L - Estrada para Santos. Fonte: Arquivo Público do Estado.

Mapa 4: Detalhe para a planta da cidade de São Paulo em 1895 feita por Hugo Bonvicini dividida em 5 distritos. Detalhe para os círculos vermelhos: Região de maior número de mortes por epidemias: 1754 na região do Braz, 1065 na região da Consolação, 964 na região da Santa Ifigênia e 952 na Sé. Detalhe para os círculos em azul: Bairros que sofriam maior carência de melhoramentos urbanos em São Paulo. Fonte: Arquivo Público do Estado.

Tabelas:

Tabela 1: índice de mortalidade da cidade de São Paulo do ano de 1893. Fonte: “Relatório da seção de demografia do Estado de São Paulo: Resumo da mortalidade na cidade no ano de 1893”. Seção de Demografia.

Tabela 1: Mortalidade da febre amarela no estado de São Paulo. Fonte: Relatório sobre mortalidade por epidemias dos Serviço Sanitário do Estado, 1905

Tabela 2: estimativa de vida de pessoas de pessoas dormindo no mesmo cômodo na cidade de Budapeste, Hungria. Fonte: PAGLIANI, Luigi. Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica. Colle applicazioni alla Ingegneria e alla Vigilanza Sanitária. Dagli Ambienti Liberi e Confinati in rapporto colla Igiene e colla Sanità Pubblica. Milano: Casa Editrice Dottor Francesco Vallardi, 1913.

Tabela 3: distribuição geográfica de do número de tuberculosos na cidade de São Paulo. Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Tabela 4 – Condições dos domicílios: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Tabela 5: Impressão geral da habitação: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Tabela 6: Habitações providas de superfície livre ou sem jardim: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência

Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Tabela 7: Números de cômodos da habitação. Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957.

Tabela 8: Número de janelas nos aposentos dos doentes: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957

Tabela 9 : Número de pessoas dormindo no quarto do enfermo: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957

Tabela 10: Número de pessoas dormindo no leito do enfermo: Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957

Tabela 11: Distribuição geográfica das ruas mais flageladas pela Tuberculose a partir do início do Dispensário Clemente Ferreira, entre 1904 e 1917. Fonte: Atualização do Governo do Estado na Organização da luta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Escrito pelo secretário da Saúde Pública e da Assistência Social, professor Dr. Antonio Carlos da Gama Rodrigues. Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax. 1957

Tabela 12: Regime alimentar sanatorial baseado no sanatório de Dettwellwer.
Fonte: ALVARO, Guilherme e GODINHO, Victor. Tuberculose. Contágio, Curabilidade, Tratamento hygienico e Prhophylaxia. São Paulo, Escola TYP. Salesiana. 1899.

Tabela 13: Tabela comparativa entre rotina sanatorial e pensão feita por Spencer.
Fonte: STÉFHANI, Jacques. Guia do tuberculoso e do predisposto. Companhia Editora Nacional, Gusmões, 25,28,30. São Paulo, 1933.

Anexos:

Anexo 1

Decreto n. 233 de 2 de março de 1894 que estabelece o Código Sanitário do Estado de São Paulo.

“Capítulo III – Das habitações collectivas.”

Artigo 103. São habitações colectivas as que domiciliam grande numero de individuo.

Artigo 104. Todos os edifícios destinados a conter permanentemente grande numero de habitantes deverão ser construídos fora da agglomeração urbana.

Artigo 105. O terreno deve possuir todas as condições de salubridade exigidas para as contrucções em geral.

Artigo 106. As dimensões deverão ser proporcionaes ao numero dos habitantes e a natureza do estabelecimento.

Artigo 107. O principio dominante na construcção das habitações collectivas e que deve ser observado tanto quanto for possível é a multiplicação dos pavilhões com prejuízo dos andares.

Artigo 108. Os pavilhões deverão ser contíguos e não contínuos, sempre que for possível.

Artigo 109. A illuminação e ventilação deverão ser cuidadosamente estabelecidas.

Artigo 110. O espaço e quantidade de ar destinados a cada individuo variarão com a natureza dos estabelecimentos.

Artigo 111. Para as habitações collectivas, do mesmo modo que para qualquer habitações, o soalho do andar térreo distará do solo pelos 50 centímetros, e cada um dos andares terá altura proporcional como estabelece o art. 44 do cap. 2º.

Artigo 112. Todas as habitações collectivas deverão dispor de abundante abastecimento de agua potável, proporcional ao numero dos domicílios.

Artigo 113. São imprescindíveis banheiros para os moradores.

Artigo 114. As latrinas e todas as installações hygienicas deverão obedecer aos princípios estabelecidos para as habitações em geral.

Artigo 115. Deverá haver uma latrina para cada grupo de 20 moradores.

Artigo 116. As solitárias das prisões não deverão ter menos de 4 metros de comprimento, 4 de altura e 2,50 de largura, e as suas paredes deverão ser caiadas e pintadas a óleo.

Artigo 117. As janellas deverão ser collocadas de modo a poderem fornecer ao preso ar e luz com abundância.

Artigo 118. O asseio deve ser nella o mais rigoroso possível e a alimentação rigorosamente calculada e fiscalizada.

Artigo 119. Nas prisões communs, as dimensões das salas deverão ser calculadas de modo que cada preso disponha, pelo menos, de 14 metros cúbicos livres.

Artigo 120. As salas de trabalho deverão ser arejadas e bem illuminadas e as suas dimensões proporcionais ao numero de operários. Regulará o assumpto, o que for estabelecido para as salas de trabalho dos operários das fabricas.

Artigo 121. Os jardins e pateos são garantias hygienicas que não devem ser descuradas nas prisões e as enfermarias das prisões obedecerão aos preceitos impostos ás enfermarias hospitalares.

Artigo 122. Nos internatos deverão ser os dormitórios proporcionaes ao numero de alumnos que alojarem, de modo que cada alumno disponha de 14 a 20 metros cúbicos de espaço, pelo menos.

Artigo 123. Os alojamentos dos quartéis deverão ser também calculados de accordo com o numero de praças nelles alojadas, de modo que para cada praça seja destinado um espaço de 20 a 25 metros cúbicos nos alojamentos.

Artigo 124. Deve ser absolutamente prohibida, nos alojamentos de qualquer natureza, a permanência de individuos affectados de moléstia transmissivel.

Artigo 125. O director de qualquer estabelecimento da habitação collectiva deverá providenciar immediatamente para que seja removido o doente que, nos termos do artigo precedente, estiver domiciliado no seu estabelecimento, comunicando o facto à auctoridade, logo que delle tiver conhecimento.

“Capítulo V – Habitações das classes pobres.”

Artigo 138. Deve ser terminantemente prohibida a construcção de cortiços, convindo que as municipalidades providenciem para que desappareçam os existentes.

Artigo 139. Não devem ser toleradas as grandes casas subdivididas, que servem de domicilio a grande numero de individuo.

Artigo 140. Todas as exigências estabelecidas para as habitações em geral devem ser applicadas ás habitações das classes pobres.

Artigo 141. As villas operárias deverão ser estabellecidas fora da agglomeração urbana.

Artigo 142. As classes para habitação das classes pobres deverão ser construídas em grupos de 4 e 6, no máximo.

Artigo 143. As installações hygienicas deverão ser particulares para cada caso.

Artigo 144. Deve ser determinada a lotação dessas casas, não sendo permittidos aposentos de dormir com menos de 14 metros cúbicos livres para cada individuo.

Artigo 145. Não deve ser permittida lavagem de roupas no interior destas habitações e, para evitá-lo convem que as municipalidades cuidem do estabelecimento de lavanderias publicas.

“Capítulo VI – Das habitações insalubres.”

Artigo 145. Serão consideradas insalubres as habitações:

1º. Quando não obedecerem às regras preestabelecidas para as habitações em geral.

2º. Quando o solo sobre o qual estiverem collocadas fôr humido ou alagadiço.

3º. Quando todos os compartimentos não forem convenientemente arejados e illuminados.

4º. Quando houver falta de asseio no interior e em suas dependências.

5º. Quando nos pateos e quintaes houver accumulo de lixo e imundices.

6º. Quando houver pouco cuidado na conservação das latrinas e exgottos.

7º. Quando não for abastecida de agua sufficiente para todos os misteres.

8º. Quando as latrinas interiores e exgottos não puderem ser levados com agua abundante, lançada de modo intermittente e a jorro forte.

9º. Quando todos os encanamentos das installações hygienicas não forem separados da canalização geral de exgottos por interceptores hydraulicos.

10º. Quando o numero de individuos domiciliados for superior à sua capacidade, determinada por cubação.

11º. Quando contiverem promiscuamente na habitação homens e animais.

Artigo 147. Si a habitação for saneável, urge providenciar para que desapareçam as causas da insalubridade.

Artigo 148. Quando o saneamento for impossível, deverá ser condemnado o imóvel, e a demolição ou interdicto é a medida de que se impõe.

Anexo 2

Artigos apresentados no I Congresso Nazionale sulla lotta contro la Tubercolosi (Milano, 1905).

Legislazione sociale nei rispetti della lotta contro la tubercolosi.

Seção apresentada pelo higienista Vincenzo de Giaxa.

Dos 22 artigos apresentadas no congresso utilizei cinco deles, que mostram a obrigatoriedade da notificação dos casos de tuberculose:

8º - Valutati gli ostacoli che per ora si frappongono all'adozione della denuncia obbligatoria di tutti i casi di tubercolosi diffusibile in istadio più avanzato, e per tutti quelli che si manifestano tra individui in vita collettiva. Sarà poi resa obbligatoria la partecipazione alle autorità di tutti i casi di tubercolosi diffusibile nei luoghi di cura climática, ed allorquando l'ammalato abbandoni l'abitazione; così pure si esigerà la pronta denuncia di ogni decesso di tubercolosi.

9º - Da parte dello stato e dei comuni si procurerà nel modo più utile di ottenere, in misura sempre più estesa, la denuncia volontária e la mediata dei casi di tubercolosi aperta.

10º - È utile che la diagnosi sicura di ogni caso di tubercolosi sia facilitata mediante l'esame, gratuito per i poveri, di escreti e secreti dell'ammalato.

11º - A regolare in guisa utile la profilassi speciale della tubercolosi occorre che ogni denuncia sia seguita dalla ispezione locale, affidata a persona competente

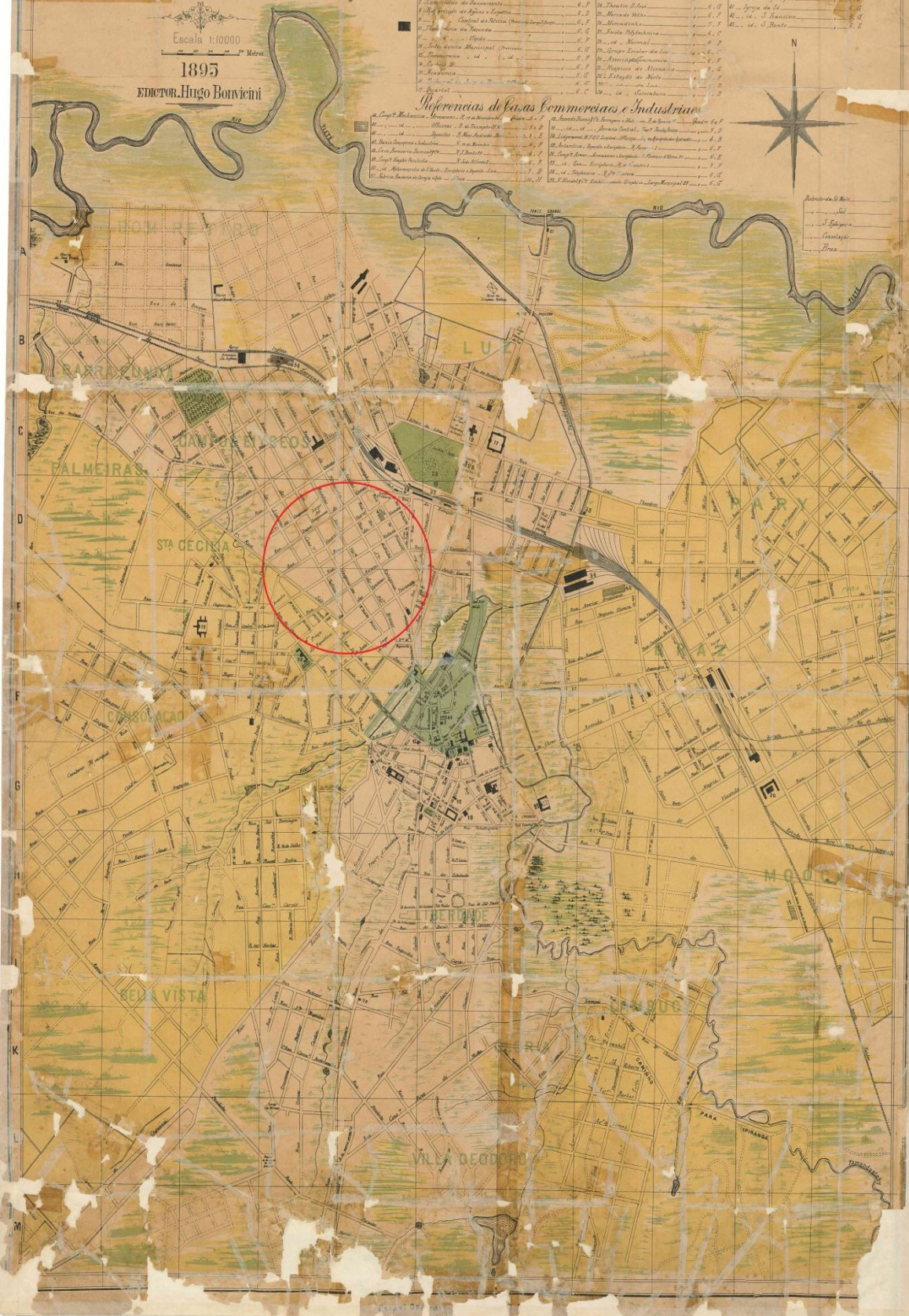
12º - Sempre che le peculiari condizioni l'impongono, le autorità devono esigere ed attuare adatte misure d'isolamento dei tubercolotici, sia a domicilio, sia, se lo domanda il caso, in appositi stabilimenti, usando pure incasi speciali del diritto del trasferimento coercitivo. È necessaria l'imposizione dell'obbligo di segregazione dei tubercolotici negli ospedali, ed anche la separazione di quelli semplicemente ricoverati dagli altri che, per lo stadio della loro malattia, domandino speciali cure terapeutiche. All'ospitalizzazione dei tubercolotici, assieme ai Comuni devono concorrere puranco le Province, e la loro opera

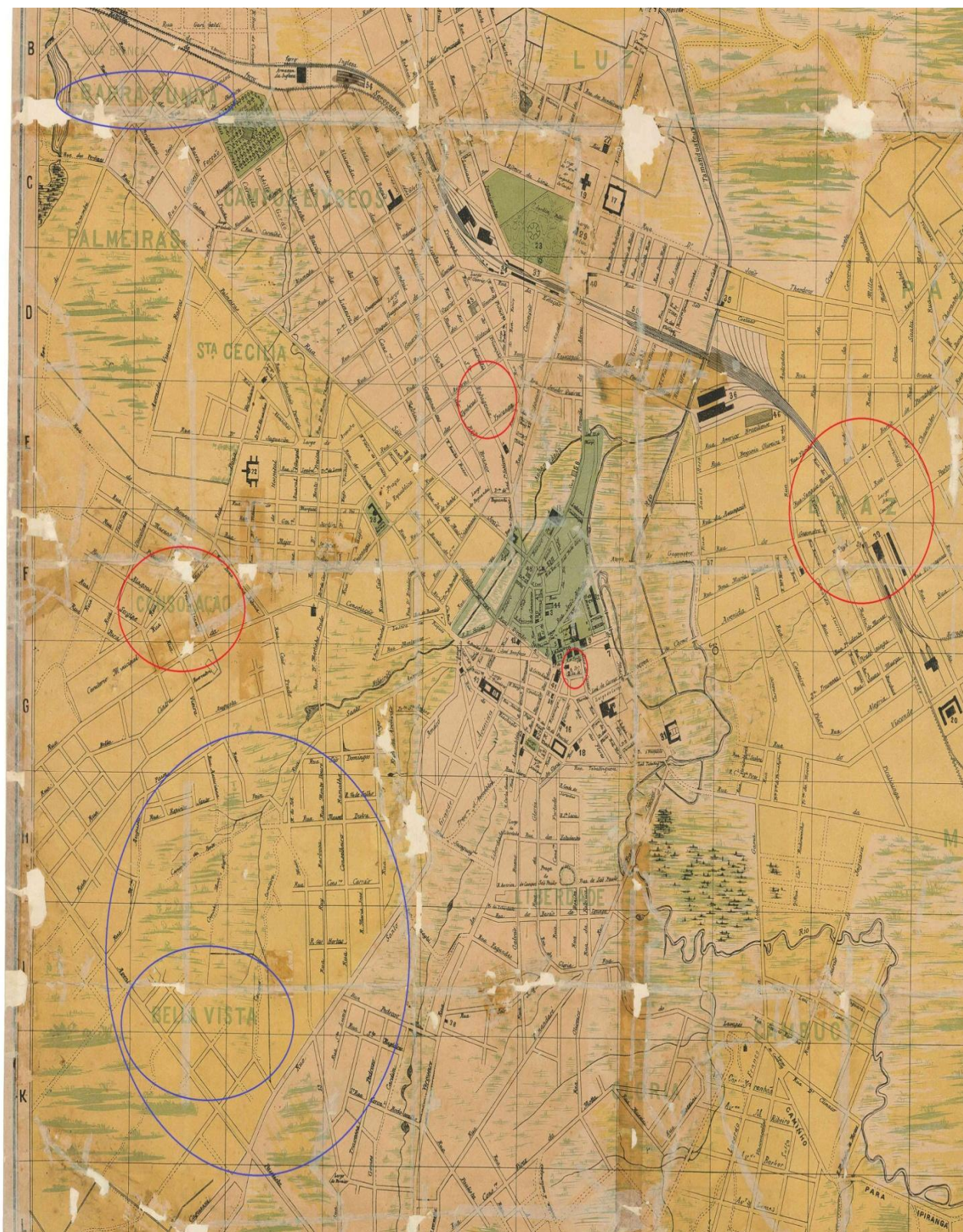
dev'essere sussidiata ed integrata dello stadio.

Anexo 3

Mapas







PLANTA
DA CÍDADE DE
SÃO PAULO

1895

EDITOR, Hugo Bonvicini

Dividida em cinco distritos
Indicação dos principais edifícios publicos e de ca. as commerciaes e industriaes

Referencias dos Edificios Publicos

[illegible]

Referencias de Ca. as Comerciaes e Industriaes

[illegible]

