

MÁRCIA MICHELIN LABOISSIÈRE

IMAGENS DO MAL

**A tuberculose em cinqüenta anos
de história de Belo Horizonte**

**IFCH - UNICAMP
1998**

**L113i
34143/BC**

MÁRCIA MICHELIN LABOISSIÈRE

IMAGENS DO MAL

A TUBERCULOSE EM CINQUENTA ANOS
DE HISTÓRIA DE BELO HORIZONTE

(Dissertação de Mestrado
apresentada ao Depar-
tamento de História do
Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas da Uni-
versidade Estadual de
Campinas, sob a orientação
do Prof. Dr. Ítalo Tronca)

Este exemplar correspon-
de à redação final da
dissertação defendida e
aprovada pela Comissão
Julgadora em

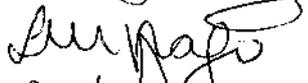
27/02/98

Banca:

Prof.(a) Dr.(a)



Prof.(a) Dr.(a)



Prof.(a) Dr.(a)



Fevereiro/1998

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
V.	
T.	34143
P.	305/98
	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	05/06/98
N.º CPD	

CM-00112684-7

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP**

L 113 i

Laboissière, Márcia Michelin

Imagens do mal : a tuberculose em cinquenta anos de história de Belo Horizonte / Márcia Michelin Laboissière . - - Campinas, SP : [s.n.], 1998.

Orientador: Ítalo Tronca.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Tuberculose-História. 2. Sanatórios -Belo Horizonte (MG)-História. 3. Medicina - Belo Horizonte (MG) - História - 1900-1950. I. Tronca, Ítalo Arnaldo. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

A

Armando Laboissière e

Maria Auxiliadora Michelin Laboissière

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor Ítalo Tronca, meu competente orientador, que soube me conceder, numa medida precisa, autonomia no cumprimento das tarefas e atenção nos momentos difíceis; aos professores Carlos Roberto Horta e Thaís Velloso Cougo Pimentel, meus primeiros interlocutores, que me ajudaram na escolha do tema e na elaboração do projeto de pesquisa; às professoras Margareth Rago e Eliana Moura Silva que fizeram apurada leitura de uma primeira versão da dissertação e preciosas sugestões por ocasião do exame de qualificação.

À amiga Edilane Maria de Almeida Carneiro, agradeço a cessão do material que se tornaria minha primeira fonte de pesquisa; a Magno Cirqueira Córdova, a inestimável ajuda no levantamento de fontes, a presença encorajadora e a carinhosa atenção a mim dedicada. Não poderia deixar de demonstrar minha gratidão a Maria Eliza Pereira dos Santos e Marlene Lamendola, amigas da área médica que, proficiente e pacientemente, me orientaram naquilo que para mim significaria uma aventura num obscuro campo do saber.

Agradeço ainda ao CNPq, pela concessão de uma bolsa de estudos; aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Medicina e da Biblioteca Central da UFMG, aos funcionários do Arquivo Público Mineiro e aos professores do Centro de Memória da Faculdade de Medicina da UFMG pelos préstimos que me possibilitaram recolher os materiais de pesquisa e às pessoas que gentilmente me prestaram os depoimentos que compõem a lista de fontes dessa dissertação.

Agradeço, por fim, a Luiz Mauro Passos, companheiro de fina inteligência e imensurável predisposição ao diálogo, que sofreu junto a mim angústias, incertezas e desalentos, mas que também compartilhou comigo a alegria de ver, pouco a pouco, cumpridas as tarefas necessárias à conclusão do trabalho; a Armando, Auxiliadora, Adelmo e Érica pelo apoio afetivo e material que sustentou a realização dessa dissertação.

SUMÁRIO

Introdução

Capítulo 1

A emergência da tuberculose

1. Um mal dos pulmões
2. Entre a benignidade e a malignidade
3. Para além do mal infeccioso

Capítulo 2

O universo sanatorial

1. O assédio à cidade salubre
2. Os novos tempos e os velhos bons ares
3. A circunscrição da doença
 - A cidade sanatório
 - Clima, repouso, alimentação, higiene
 - A injunção terapêutica
4. Os modernos sanatórios particulares
5. O socorro aos indigentes
6. Expedientes legítimos
7. A vida provisória na expectativa da cura
8. O sanatório em verso e prosa
 - A morte à espreita
 - A morte em suspensão

Capítulo 3

Enfermidade, terapêuticas e enfermos fora dos leitos

1. Por um leito que os ampare
2. A instituição dispensarial

INTRODUÇÃO

Iniciado o trabalho cuja etapa final seria a composição desta dissertação, era sempre com a atenção voltada para o presente que me conduzia em direção ao passado. Até o ponto em que fosse permitido chamar de coincidentes a sucessão de publicações de artigos jornalísticos sobre a questão da tuberculose e o recolhimento de materiais da história passada da doença por mim empreendido, diria que coincidia com meu interesse pela tuberculose o ressurgimento da enfermidade noticiado com ênfase pela imprensa.

Sempre ruidosas eram as manchetes que queriam notificar o retorno da tuberculose¹. Eram também escritas num mesmo tom. Coisas sérias estavam sendo ditas ali. A falta de controle da doença, a impossibilidade de se fazer cumprir o longo tratamento de seis meses exigido para a cura, a falta de preparo e equipamentos dos setores médicos para o diagnóstico e a terapêutica da doença, o surgimento dos bacilos resistentes, a crescente ineficácia das drogas tradicionais e, principalmente, o recrudescimento da AIDS, eram lembrados como fatores elucidativos daquele "novíssimo" acontecimento epidemiológico². Em tempo, era ainda possível fazer a crítica

¹ Adeodato, S., "Rio está se transformando na capital da tuberculose", RJ, *Jornal do Brasil*, 11/08/91, 1º cad., p. 11; S/a, "A volta da peste branca", SP, *Folha de São Paulo*, 28/03/93, cad. 6, p. 8.

² S/a, "Aids faz ressurgir a tuberculose", SP, *Folha de São Paulo*, 28/03/93, cad. 6, p. 13; S/a, "O passado chegou", IstoÉ, 05/05/93, p. 15; Almeida, F. e Hora, C. da, "Tuberculose ainda uma ameaça", BH, *Jornal de Casa*, 07/04/96, p. 3; S/a, "Tuberculose fica fora de controle", BH, *Estado de Minas*, 25/03/97, p. 5.

ao governo Collor pela extinção da Campanha Nacional Contra a Tuberculose quando completava seus 45 anos de funcionamento³.

Mas, como nesses assuntos de doença e morte há sempre um culpado maior, nesse caso o grande responsável, tanto na visão das autoridades médicas brasileiras como no entendimento da medicina internacional, seria o doente que, tomando as primeiras doses dos medicamentos controlados, sentia melhoras em seu estado de saúde e não retornava ao médico para o controle das doses seguintes. No município de Nova York pensava-se em restaurar a prática da quarentena compulsória para os doentes renitentes julgados incapazes de completar por conta própria o tratamento prescrito⁴. Mesmo em situações mais flagrantes como a do Rio de Janeiro, onde, além de medicamentos, faltavam também materiais para exames diagnósticos, os doentes seriam, no mínimo, co-responsáveis pelo recrudescimento da tuberculose.

Tudo isso eu considerava com uma gravidade extrema. Aos poucos, porém, sem deixar escapar a prudência que me acompanhava, fui percebendo os procedimentos da reedição da história de uma doença. Evidentemente, à medida que iam sendo recolhidos os materiais do passado, tornavam-se mais lúcidas minhas apreciações daqueles novos acontecimentos ligados à tuberculose. Um fio que se puxa para recompor a trama, personagens que reforçam ou deixam seus papéis e, eis que a invenção mais recente, com todas as criações e ressemantizações que opera, passa a conter toda a verdade sobre uma doença que talvez nunca tenha deixado de atormentar aqueles que desde sempre estiveram expostos a ela.

³ Adeodato, S., "Rio está se transformando na capital da tuberculose", RJ, *Jornal do Brasil*, 11/08/91, 1º cad., p. 11.

⁴ Lins da Silva, C. E., "Crescimento da tuberculose assusta EUA", 28/03/93, cad. 3, p. 6.

Estava evidentemente implicada nessa minha leitura a percepção da história como criação⁵. Tendo-me filiado ao pensamento de Castoriadis, fato esse que me levava a adotar tal conceito de história, procurei também compreender as operações simbólicas que em momentos históricos diferenciados possibilitavam a definição tanto das imagens diferenciadas da tuberculose, como dos aspectos relevantes da doença que seriam a cada momento enfrentados por novos atores sociais ou pelos antigos em novos papéis.

Pode-se dizer que orientando os procedimentos da pesquisa estiveram também as lições de Foucault que me fizeram perceber as discontinuidades entre uma forma e outra de enfrentamento da tuberculose. As apreciações foucaultianas das técnicas disciplinares foram parâmetros para a compreensão dos dispositivos de controle do homem doente e das práticas que incidiram sobre seu corpo sustentando e fazendo disseminar o poder médico.

A síntese de uma longa pesquisa, dessa maneira orientada, resultou nesta dissertação. No texto final, cada capítulo ganhou forma diferenciada. O primeiro capítulo - inscrito num corte cronológico que se inicia com os primeiros anos do século XX e abrange um período de aproximadamente 20 anos - é produto de uma ampla pesquisa de documentação diversa e foi composto tal como um jogo de ocultação/revelação que muito se aproxima da forma em que era vivenciada, por atores vários, a tuberculose naquele período.

Já o segundo capítulo, referente a uma época em que a tuberculose se revelou mais especificamente, fez-se mais objetivo. A parte desse texto que discorre sobre os métodos terapêuticos da tuberculose poderá ser considerada aliás demasiadamente específica para aqueles que entendam que essa não é exclusivamente uma dissertação sobre a prática médica.

⁵ Castoriadis, C., "A criação histórica e a instituição da sociedade", in Castoriadis e outros, A criação histórica, Porto Alegre, Arte e Ofícios, 1992, p. 89.

Contudo, a atenção especial a esses métodos justifica-se não somente pela sua peculiaridade, senão também pela sua importância nessa história que não quer ser uma coleção de representações da tuberculose, mas uma trama de saberes, práticas e instituições que tenha a doença - ou o que dela se imagina - como enredo.

O terceiro capítulo aborda as ações de combate à tuberculose instituídas pela Saúde Pública e pela medicina previdenciária. Partindo da década de 30, trata das circunstâncias da criação do primeiro dispensário para tuberculosos em Belo Horizonte. São abordados ainda os programas oficial e previdenciário de combate à tuberculose estruturados e levados a efeito nos últimos anos da década de 40. Esses programas inaugurariam a prática ambulatorial dos cadastros torácicos baseada na representação da tuberculose como uma *doença inaparente*.

Enfim, faz-se necessário um último esclarecimento para uma melhor compreensão do trabalho. Ao longo de todo o texto, empregou-se a palavra tuberculose no lugar de tuberculose pulmonar. A localização da tuberculose no campo pleuropulmonar não é exclusiva, porém, a quase totalidade da documentação relativa à história da tuberculose em Belo Horizonte diz respeito à tuberculose pulmonar, daí a justificativa do uso da forma abreviada *tuberculose*. Eventualmente, as referências a outras localizações da tuberculose virão acompanhadas de termos específicos.

Capítulo 1

A EMERGÊNCIA DA TUBERCULOSE

1

UM MAL DOS PULMÕES

Tudo se passava como se o inimigo já houvesse sido comprovadamente reconhecido e seus locais de incidência suficientemente inventariados. Ir no seu encalço visando seu extermínio parecia então tarefa simples, até mesmo porque definidas estavam as regras do combate, cujas personagens seriam as autoridades sanitárias e o germe microbiano que em fins do século passado irrompera definitivamente no universo da medicina e da saúde pública.

Seria o triunfo do paradigma pasteuriano também nos sertões das Minas Gerais? Indiscutivelmente, acatava-se naquele momento o que a partir dele se preconizava. Disso deram mostras, já no ano de 1900, os legisladores da recém-erigida Belo Horizonte⁶ - que então tinha por nome Cidade de Minas - ao precisarem as regras de limpeza e desinfecção dos

⁶ As datas da história da fundação de Belo Horizonte como capital do estado são as seguintes: 1893 - lei que estabeleceu a mudança da capital; 1895 - conclusão da planta geral da cidade; 1897 - decreto que declarou instalada a nova capital. (Barreto, A., *Bello Horizonte*, BH, Livraria Rex, 1936, p. 13, 241 e 728.)

espaços públicos e privados da cidade. Aos preceitos estabelecidos deu-se o nome de *polícia sanitária*³.

Novidade não existia em assim denominar programas de higiene⁴. Tampouco eram novas as estratégias de controle das condições de salubridade planejadas como ação governamental a incidir sobre o meio⁵. Tendo porém entrado em cena, à luz das descobertas pasteurianas, os agentes etiológicos, julgou-se poder fazer frente à ameaça morbífica com rigor inusitado.

Afinal, "a cidade higienizada". A respeito disso, se Belo Horizonte, aos olhos de seus idealizadores e de seus fundadores, era uma localidade privilegiada, o meio físico ideal para abrigar uma cidade grandiosa, de prontidão estariam suas autoridades sanitárias para a correção dos desvios de percurso no cumprimento de seu destino⁶. De grande valia seriam os expedientes preventivos. Ao esquadrinhamento do espaço urbano seguiriam medidas de reparação dos "defeitos higiênicos" adequando as habitações, os hotéis, as casas de pensão, as casas de saúde, as casas de pasto, as de venda de gêneros alimentícios, os colégios e as oficinas às boas condições de higiene⁷. Disponha-se igualmente sobre hábitos a serem perfilhados, como o uso da latrina e dos recipientes para depósito de lixo⁸.

Moléstias transmissíveis desencadeariam as ações restauradoras da desinfecção e da limpeza. Chegando-se aos focos pestilenciais pela via da notificação compulsória, se providenciaria, como um primeiro gesto de limpeza, a imediata remoção do doente ou seu isolamento no próprio

³ *Regulamento da Policia Sanitaria*, Cidade de Minas, Imprensa Official, 1900.

⁴ Ver sobre isso Rosen, G., *Da polícia médica à medicina social*, RJ, Graal, 1979, p. 171-89; Corbin, A., *Saberes e odores*, SP, Companhia das Letras, 1987, p. 119.

⁵ Especificamente a respeito de programas de ação de polícia sanitária no Brasil ver Machado, R., *Da(n)ação da norma*, RJ, Graal, 1978, p. 163 e 244-46.

⁶ Sobre o olhar higienista que ajudou a conformar a imagem da cidade salubre como uma representação daquela que seria a nova capital do estado de Minas Gerais, ver *Relatorio da comissão de estudos das localidades indicadas para a nova capital*, RJ, Imprensa Nacional, 1893, p. 82 (anexo F); Ferreira, "Bello Horizonte sob o ponto de vista hygienico", *Revista Geral dos Trabalhos*, RJ, v. I, 1895, p. 17-22.

⁷ *Regulamento da Policia Sanitaria*, *op. cit.*, p. 5-7.

⁸ *Id.*, p. 30-1.

domicílio. Depois, nem mesmo os objetos pertencentes ao enfermo escapariam à destruição dos micróbios⁹. Como se vê, era aos germes patogênicos que indistintamente se visava. Contra as doenças infecciosas nenhuma ação direta. Longe de serem objetos de profilaxia específica, eram essas doenças índices preciosos da verdadeira ameaça. Mais precisamente, apenas à varíola se daria combate especial por meio da vacinação¹⁰.

À tuberculose, uma breve alusão - na medida mesmo de uma afirmação de inocuidade. Referiu-se a ela fazendo-a atenuar-se ao lado das febres puerperais, das chamadas moléstias septicêmicas e do beribéri, no rol das moléstias de notificação facultativa¹¹.

Para além do circuito oficial, ocupava-se da tuberculose com a mesma fugacidade com que a ela se reportaram essas proposições normativas. Na imprensa local era aliás objeto raro. A cidade nos seus primórdios não a tornara notícia. E, merecendo referência explícita, era representada como um mal remoto - seja por estar alhures situado o perigo¹², seja pelas curas que se processavam fabulosamente¹³ - ou citada como *causa mortis* em notas de falecimento¹⁴.

Outras doenças, entre as mais temidas na época pelo seu caráter epidêmico, foram igualmente mencionadas. Sob a forma de crônica noticiou-se a tempo um surto de peste bubônica no Rio de Janeiro, referindo-se ainda de passagem a uma epidemia de cólera lá ocorrida e já dissipada¹⁵. Contudo, eram exíguos no noticiário os artigos acerca dos acontecimentos mórbidos locais no princípio do século.

⁹ *Id.*, p. 11 e 28.

¹⁰ Essa é aliás uma prática que antecede as descobertas pasteurianas. No Brasil aplicava-se a vacina desde o ano de 1801. Quanto à introdução e imposição da obrigatoriedade da vacinação contra varíola no Brasil ver Carvalho, J. M., *Os bestializados*, SP, Companhia das Letras, 1987, p. 95-6; Sevckenko, N., *A revolta da vacina*, SP, Brasiliense, 1984.

¹¹ *Regulamento da Policia Sanitaria, op. cit.*, p. 28.

¹² Vaugirard, "Por alto", *Jornal do Povo*, 17/01/1900, p. 2-3.

¹³ S/a, "Tuberculose", *Jornal do Povo*, 20/01/1900, p. 2.

¹⁴ S/a, "Falecimento", *Actualidade*, 29/01/1906, p. 3.

¹⁵ Pif., "Bohemios", *Jornal do Povo*, 01/06/1900, p. 1.

No geral, comentava-se mais correntemente a prática médica. E a frase jocosa sobrevinha quando o assunto eram os proventos dos médicos, suas gafes ou seus malogros. Médicos relapsos e gananciosos figuravam nos anedotários dos jornais¹⁶. A capital da República, segundo crônica da época, fazia a felicidade dos oportunistas com as nomeações e ascensões que o azáfama dos surtos epidêmicos gerava¹⁷.

A cidade de Belo Horizonte, por sua vez, não estava a salvo do oportunismo médico. É o que sugere o cronista ao idear uma situação de diálogo entre a morte e várias doenças na qual ambas censuram a clínica de um tal doutor Christino que, ao propor cura para todos os males, cerceava-lhes o campo de ação¹⁸. Num jogo imaginário um único doutor afronta doenças que se apresentam personalizadas e individuadas. Aqui o médico oportunista cria suas próprias oportunidades, insistindo em generalizações no trato com doenças que se manifestam peculiares.

Igualmente generalizadas se mostravam as potencialidades terapêuticas e sedativas de um medicamento anunciado. Contra sintomas, como tosse e rouquidão, ou contra males específicos, como bronquites e resfriados, indicava-se o Peitoral de Angico Pelotense, "poderoso preparado" de reconhecidas e eficazes propriedades medicamentosas¹⁹. O peitoral não era recomendado todavia para a terapêutica da tuberculose pulmonar, nem mesmo quando sua ação antitussígena era particularmente ressaltadas²⁰.

As emulsões à base de óleo de fígado de bacalhau não deixariam porém irremediáveis os casos de moléstia pulmonar. Provindos da indústria farmacêutica ou preparados localmente sob encomenda, encontravam-se à venda nas farmácias e drogas da cidade antes mesmo da virada do

¹⁶ S/a, "Anedoctas populares", *Actualidade*, 29/01/1906, p. 2; S/a, "Anedoctas populares", *Actualidade*, 12/02/1906, p. 2.

¹⁷ Pif., "Bohemios", *Jornal do Povo*, 29/05/1900, p. 1.

¹⁸ Pif., "Bohemios", *Jornal do Povo*, 09/02/1900, p. 1.

¹⁹ "O Peitoral de Angico Pelotense", *A Vanguarda*, 03/02/1907, p. 4 (publicidade).

²⁰ "Soffria Horrivelmente", *A Vanguarda*, 06/03/1910, p. 4 (publicidade).

século²¹. Apresentado como medicamento de propriedades terapêuticas várias, um destes produtos chegou a ser expressamente indicado para cura da tuberculose²².

A referência feita explicitamente à doença e veiculada num anúncio dirigido ao público em geral informa que já era possível contar com algum reconhecimento da designação "tuberculose". Mas o fato de ter sido o medicamento também recomendado contra escrófulas e para cura da tísica, impõe que se conclua, ainda, que era necessário recorrer a denominações seculares para a identificação de um mal que - como se verá posteriormente - seria doravante reconhecido pelo nome de tuberculose²³.

Vale notar, contudo, que essa evocação da tuberculose fê-la apresentar-se como uma doença ainda destituída de malignidade. Uma moléstia cuja cura poderia ser obtida tão somente pelo combate a um dos seus mais visíveis sintomas, a debilitação física, pela ação regeneradora daquelas versáteis emulsões fortificantes.

Das considerações tecidas até o momento, pode-se inferir que, de um discurso a outro, inexistentes ou efêmeras eram as problematizações em torno da tuberculose. Dados estatísticos oficiais proporcionariam dentro em pouco alguma materialidade à doença. No decorrer da primeira década do século, no entanto, seus vestígios esparsos tornavam-na esse objeto indefinido, passível de ser tida como inapreensível ou mesmo irrelevante.

Difícil seria portanto comprovar o caráter - se episódico ou continuado - da incidência da tuberculose em Belo Horizonte nos primeiros tempos. O essencial passa a ser então - como se vem tentando, em que pesem as invidências - a identificação do momento da sua emergência

²¹ "Pharmacia Abreu", *A Capital*, 13/04/1896, p. 6 (publicidade).

²² "Emulsão Scott", *A Capital*, 10/03/1898, p. 3 (publicidade).

²³ A propósito do emprego remoto do termo escrófula para denominar o que seria a tuberculose ganglionar, ver Bloch, M., *Os reis taumaturgos*, SP, Companhia das Letras, 1993, p. 51-2. Sobre a substituição do termo tísica por tuberculose num contexto médico internacional, ver Guillaume, P., *Du désespoir au salut*, Paris, Aubier, 1986, p. 142.

como objeto e, concomitantemente, as condições da constituição de um imaginário que a prefigurasse. Nesse sentido, observou-se que, oficialmente, permaneceu a tuberculose fora do grupo das doenças contagiosas e portanto livre do olhar sentencioso que sobre essas recaía. Uma má reputação a distinguiria futuramente, porém, nesse início de século, manteve-se ela afastada da qualidade de índice para as autoridades sanitárias locais. Nos periódicos investigados, ela figurava com pequeno vulto e indefinida enquanto objeto da prática médica; e quando foram anunciados medicamentos para o seu tratamento, fez-se dela uma doença banal, ainda que debilitante.

Quanto à memória relativa aos doentes, essa parece ser a mais pertinente via de acesso para a compreensão do que foi a tuberculose para os agentes que assistiram ou vivenciaram o alvorecer da cidade²⁴.

Diz-se de Cícero Ferreira, médico da Comissão Construtora de Belo Horizonte, que sua vinda para o arraial onde se instalaria a nova capital do estado de Minas Gerais se deveu em parte à necessidade de se estabelecer em localidade de clima favorável à conservação da boa saúde de seus pulmões. Precursor entre os médicos que por motivos semelhantes recorreram ao clima promissor, Cícero Ferreira mudou-se para a região no ano de 1894, julgando-se acometido por mal dos pulmões²⁵.

Asseverou-se posteriormente tratar-se essa pressuposição de um diagnóstico incorreto. Por análise de radiografias feitas anos depois, seu filho e também médico, Ari Ferreira, "nada encontrou que denunciasse de longe a passagem do mal nos seus campos pleuropulmonares"²⁶. O auto-

²⁴ Ressalva-se que essa memória, ao contrário dos documentos até aqui analisados, só se compôs posteriormente, imiscuindo-se portanto em imaginários diversos. Para se furtar aos ardis que costumam se engendrar em situações desse tipo, se fará cruzar as informações pertinentes com dados do período em que se deram os fatos a que se referem.

²⁵ Campos, M. M., "Medidas objetivas para a fundação da Faculdade", in Campos, M. M., *Cinqüentenário da Faculdade de Medicina da UMG*, BH, s/e, 1961, p. 104.

²⁶ Nava, P., "Cícero Ferreira e Aurélio Pires", in *Faculdade de Medicina - cinquentenário de fundação*, BH, s/e, 1961, p. 21-44.

exame clínico, segundo afirmou-se, não podendo se valer de elementos comprobatórios fornecidos por investigações complementares, revelou-se inexato. Conforme a avaliação, o diagnóstico fora estabelecido por Cícero Ferreira antes que a visibilidade dos raios X ou da prova laboratorial pudessem atestar a condição imaculada de seus pulmões, livres de sombras e de germes patogênicos.

Essa apreciação tardia, conquanto não explicita, faz supor que tenha sido tuberculose a enfermidade impropriamente diagnosticada por Cícero Ferreira. A narrativa dos fatos mostra-o considerando-se afetado por doença dos pulmões. Pode-se concluir, a partir disso e em função do conhecimento sobre o assunto na época, que ele tenha de fato identificado como sendo tuberculose pulmonar o mal que o acometia. Ao findar o século XIX, estava irrefutavelmente confirmada a etiologia da tuberculose e, por conseguinte, garantida a sua configuração como uma doença específica²⁷. Assim, se poderia desde já conceituá-la com precisão, e, em se tratando de afecção dos pulmões, classificá-la de tuberculose pulmonar.

Para Cícero Ferreira, entretanto, identificar dessa forma sua doença seria quase que tão somente atribuir-lhe um nome, porquanto encontrava-se ainda próximo do que teria sido a tísica do século XIX²⁸. Ele caiu doente, ou assim se percebeu, às vésperas da difusão de descobertas científicas e invenções tecnológicas que, conforme se acreditou, aplicadas à medicina, assegurariam-lhe a certeza no reconhecimento da tuberculose. Seriam recursos técnicos e laboratoriais²⁹ dos quais, como já foi dito, não pôde Cícero Ferreira se servir para a confirmação de suas pressuposições. Seu diagnóstico fora estabelecido na época da exclusividade da exploração clínica, da constatação da enfermidade pela observação dos sintomas e da

²⁷ A etiologia da tuberculose foi dada a conhecer no ano de 1882, quando Robert Koch isolou o bacilo responsável pela doença.

²⁸ O que aqui se chama tísica corresponde à imagem da consunção pulmonar predominante durante o século XIX até as descobertas de Koch.

²⁹ Ou mais precisamente, o uso diagnóstico dos raios X - descobertos em 1895 - e dos exames de escarro para detecção de casos de tuberculose pulmonar.

perquirição do doente, no tempo em que toda inferência médica provinha dessa forma de perscrutação. Eis o que se julgou então diferenciar aquele doente dos pulmões dos tuberculosos que lhe roubaram a cena na passagem de século: estes seriam sentenciados - segundo o que se supusera - com base em incontestáveis provas tecnológicas, enquanto aquele estivera submetido à subjetividade da palavra médica.

Afora isso, distinguem-se essas duas espécies pelos valores e métodos terapêuticos à sua disposição. Incitado a se cuidar, desde que se tornou consciente do seu mal específico, o tuberculoso aprestou-se para o descanso revigorante. Da simples mudança em favor da cura ao ar livre, passou ao repouso sistemático, ao sedentarismo de valor curativo³⁰.

Com Cícero Ferreira não se sucedeu o mesmo. Chegando em Belo Horizonte, não encontrou ocasião para o descanso. A cura de ar por si e a si próprio alvitrada não o dispensou do trabalho, desempenhado com a intensidade e a diligência que exigiam a fundação das instituições da cidade³¹. Seja portanto pelo modo de estabelecimento do diagnóstico de seu mal, seja pela forma de terapêutica por ele praticada, esse que provavelmente acreditou sofrer de tuberculose pulmonar, apenas tangenciou a imagem do tuberculoso que muito recentemente se delineara.

É preciso que se diga, sem digressões, que não se espera encontrar doentes que fossem plenamente identificados a essa imagem. Forma compósita, resultante da aglutinação de particularidades que se definiram em tempos e lugares diversos, essa representação deve ser vista como uma imagem genérica e não como uma realidade que se efetivava por onde quer que, fazendo suas vítimas, pululasse o bacilo de Koch. E até que os indícios informem como e quando a cidade emergente, na figura de seus agentes sociais e de suas instituições, dera de conformar suas próprias imagens

³⁰ Ver a respeito disso Guillaume, P., *op. cit.*, p. 18-9.

³¹ A respeito das atividades desenvolvidas por Cícero Ferreira em Belo Horizonte ver Campos, M. M., *op. cit.*, p. 104-09.

acerca da tuberculose e das pessoas por ela acometidas - imagens constituídas a um só tempo de elementos tomados de empréstimo a outros contextos e de aspectos originais -, usar-se-á como um protótipo a representação do tuberculoso que em fins do século XIX se configurou e que, subliminarmente, orientou atitudes frente a doença no decorrer de toda a primeira metade do século XX.

Relanceando um olhar para aquele que sofria de tuberculose nos últimos anos do século passado - ou melhor, para o que seria a imagem que dele conformou uma certa visão médico-sanitarista - nota-se um doente que, ao ser conscientizado do seu estado de portador de moléstia contagiosa, tornou-se duplamente coagido, devendo, de um lado, submeter-se à ordem médica, e, de outro, assumir a condição de sujeito responsável por resguardar da contaminação o seu entorno e pelo cuidado de si próprio³⁶.

E foi justamente por se dispor ao cuidado de si que o médico Hugo Werneck transferiu-se para a cidade de Belo Horizonte no ano de 1906³⁷. Mas, antes de tudo, e diferentemente de Cícero Ferreira, seu propósito era quedar-se em sossegado repouso, aproveitando-se do reputado benéfico clima da cidade para um perfeito restabelecimento após o tratamento sanatorial ao qual se submetera na Suíça.

Requereu-se, todavia, de Hugo Werneck num curto lapso suas habilidades de cirurgia³⁸. As premências da cidade não lhe permitiram mais do que um rápido descanso; o que não altera o fato de que fora o repouso uma prioridade que Hugo Werneck procurara promover sem relegar a benignidade do clima. A imagem do tuberculoso que opta por ações positivas de encaminhamento terapêutico, negando-se à resignação frente a doença, encontra em Hugo Werneck seu reflexo. Na Suíça, inclusive, deve

³⁶ A propósito da configuração dessa imagem ver Guillaume, P., *op. cit.*, p. 119-20.

³⁷ Dados biográficos de Hugo Werneck são encontrados em Nava, P., *Beira-mar*, RJ, Nova Fronteira, 1985, p. 339-41.

³⁸ Encontrando-se em repouso na cidade foi solicitado a realizar uma intervenção cirúrgica urgente, dando início assim à sua atividade médica em Belo Horizonte. (Depoimento de Hugo E. F. Werneck, filho de Hugo Werneck. BH, 15/06/93.)

ter aprendido sobre o cuidado de si até mais do que a preconização do sedentarismo que vem sendo mencionada. E lá certamente lhe impingiram determinações das quais, mesmo sendo ele médico formado, não pôde se esquivar³⁹. Assim como provavelmente não pôde fugir do diagnóstico de certeza que lhe foi anunciado.

Ele chegou portanto a pertencer à categoria de doentes que fora acolhida pela medicina transformada da virada do século e, definitivamente, posta ante a realidade arrebatadora do agente patogênico, arrastada pela corrente tecnicista que serviu de aporte às transformações e subordinada ao experimentalismo que influenciou determinantemente essa nova medicina⁴⁰; e, ainda assim, compelida a se posicionar positivamente frente à sua própria doença. Era usual, nesse sentido, a prática das estadias para tratamento em instituições especializadas.

Contudo, quando da chegada de Hugo Werneck em Belo Horizonte, o aparato que supostamente proporcionaria à clínica alinhar-se a essa modernidade estava ainda por se organizar. 1906 foi o ano de inauguração do Instituto Soroterápico de Belo Horizonte - como filial do Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro - que além de núcleo de pesquisas atuaria como centro de exames bacteriológicos⁴¹. A radiologia médica iria ser criada alguns anos mais tarde pelo próprio Hugo Werneck⁴², que prepararia também o advento da especialização da prática médica em Belo Horizonte com a fundação da ginecologia e da obstetrícia⁴³. Até então o serviço médico especializado só extraordinariamente era prestado por algum dos

³⁹ Depois da descoberta de Koch e antes da difusão das terapêuticas de colapso do pulmão, predominava o tratamento higieno-dietético que se traduzia, entre outras coisas, em regras disciplinares a serem respeitadas pelos doentes. (Guillaume, P., *op. cit.*, p. 238.)

⁴⁰ A cerca da inflexão ocorrida na medicina nesse período, ver Luz, M. T., *Natural, racional, social*, RJ, Campus, 1988, p. 130-31 e Benchimol, J., *Manguinhos, do sonho à vida*, RJ, Casa de Oswaldo Cruz, 1990, p. 6-7.

⁴¹ Benchimol, J., *op. cit.*, 1990, p. 41-2.

⁴² Houve entretanto pioneiros dessa área na clínica particular. Nava, P., *op. cit.*, 1985, p. 355.

⁴³ Salles, P., "Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte", *RAMMG*, BH, v. XVIII, 1967, p. 34.

clínicos residentes na cidade - que naquele ano somavam oito no total⁴⁰, para o atendimento a uma população de 17.615 habitantes⁴¹. Da ausência de especialização ressentiu-se a Santa Casa - hospital que no decorrer da primeira década do século foi o único existente na cidade. Seus dois quartos particulares inaugurados em 1903, não alteraram sua condição de hospital geral cujo atendimento se estendia amplamente a casos vários nas suas duas enfermarias em funcionamento⁴². Alguns anos decorreriam ainda até que se pudesse contar com as instituições voltadas para a tuberculose pulmonar; seriam os *sanatórios*, que a partir do final da década de 20 fariam a fama da cidade como um centro de tratamento da enfermidade.

Enquanto isso, usufruía-se daquilo que se imaginava ser o melhor que cidade pudesse oferecer aos que sofriam de doenças do pulmão: o seu *clima*. Nenhuma terapêutica precisa, nenhum aparelhamento técnico que fornecesse a visibilidade da evolução da doença, nenhum recurso laboratorial que comprovasse a necessidade do doente se precaver e proteger seu meio, somente o tão afamado clima. Cícero Ferreira viera atraído por ele, tal como Hugo Werneck, que apesar de ter experimentado relativamente à tuberculose uma atitude diferenciada, rendeu-se ao seu proveito.

Entre os quais se tem notícia, contam-se mais três médicos contemporâneos a Hugo Werneck que por motivos similares aos seus aportaram em Belo Horizonte. Borges da Costa, Ezequiel Dias e Henrique Marques Lisbôa não se estabeleceram na cidade exclusivamente por suporem-na promissora ou para realização de seus projetos pessoais,

⁴⁰ Fonte: S/a, "Indicador de Belo Horizonte", *Actualidade*, 08/01/1906, p. 3.

⁴¹ Dado extraído de Le Ven, M., *As classes sociais e o poder político na formação espacial de Belo Horizonte*, BH, dissertação de mestrado, DCP/UFMG, 1977, p. 100.

⁴² Sobre os primórdios da história da Santa Casa ver Miranda, M. L., *De "albergue de doentes" à hospital moderno*, dissertação - FAFICH-UFMG, 1996.

visaram também se beneficiar do clima do lugar para a saúde de seus pulmões⁴³.

Além desses, outros doentes, decerto, acorreram em busca da cura. Fixaram-se no lugar que Iha prometia. Provavelmente houvera aqueles que contraíram enfermidade pulmonar na própria cidade. Mas deles não se sabe ao certo se identificavam sua doença como tuberculose, tísica ou mal dos pulmões; se acreditavam na força curativa do clima, nas prescrições médicas, em ambas, ou se desconsideravam tanto uma como as outras; se morreram em decorrência da doença ou se recobriram sua saúde. A memória que se criou em torno de uns poucos casos, embora seja uma indicação do significado da tuberculose para os que fizeram a primeira década da história da cidade, não deve servir a generalizações. Esses casos dizem respeito a uma categoria especial de doentes. Tratavam-se de médicos cujas opiniões acerca da relação entre afecção pulmonar e saúde eram concordantes quanto à crença na capacidade restauradora de climas especiais - como o que poderia ser encontrado em Belo Horizonte.

Algumas pistas revelam algo do que no geral se cogitou a respeito do clima nesse período. Curiosamente não encontrou eco na imprensa local a idéia de que as virtudes terapêuticas eram o apanágio das condições climáticas da cidade. Vale mencionar inclusive algumas alusões às variações meteorológicas que se fizeram em sentido oposto a esse. As estações de chuvas e baixas temperaturas foram reconhecidas como sendo capazes de acarretar indesejáveis alterações no estado de saúde. Todavia não se referiu a nenhuma afecção mais grave do que o resfriado, a bronquite ou o reumatismo que de mais a mais acometiam crianças teimosas e velhos. Diga-se a propósito, não se especulou especificamente sobre a relação entre fatores atmosféricos e saúde. Foram breves relatos de

⁴³ Salles, P., "Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte", *RAMMG*, BH, v. XVI, 1965, p. 61; depoimento de Hugo E. F. Werneck, filho de Hugo Werneck. BH, 15/06/93.

episódios da vida íntima que deixaram transparecer as noções de que chuva e frio desencadeavam males passageiros⁴⁴.

Maiores atenções às variações climáticas visavam tornar notícia os transtornos que elas geralmente provocavam no cotidiano da população. Se as baixas temperaturas da invernia não causavam mais do que um incômodo àqueles que diariamente eram obrigados a transitar pelas ruas e enfrentar o trabalho⁴⁵, as chuvas, por sua vez, chegavam a impedir o transcurso normal da vida na cidade. O lamaçal dificultava imensamente os percursos feitos a pé⁴⁶. As águas que caíam ininterruptamente afetavam a sociabilidade à medida que impossibilitavam os encontros⁴⁷. As enxurradas comprometiam o abastecimento ao tornarem impuras as águas⁴⁸.

Contudo, ao olhar que se sobrepusesse a essas contingências, seria revelada uma deslumbrante paisagem. Nisso faziam crer trechos escritos em louvor à cidade. Para além da emoção estética que suscitava a apreciação do seu modo de edificação e dos aspectos plásticos de seus monumentos⁴⁹, um verdadeiro encantamento advinha da admiração das suas belezas naturais⁵⁰.

Esses olhares relanceados para a natureza inspiraram murmúrios de um encômio à cidade que teria seu prosseguimento em vários textos laudatórios a ela dedicados no decorrer da sua história. Não se tratava ainda do louvor ao seu clima, porém, a mesma sensibilidade que orientava

⁴⁴ Pif., "Bohemios", *Jornal do Povo*, 17/12/1899, p. 1 e Pif., "Bohemios", *Jornal do Povo*, 17/06/1900, p. 1.

⁴⁵ Pif., "Bohemios", *Jornal do Povo*, 17/06/1900, p. 1.

⁴⁶ Pif., "Bohemios", *Jornal do Povo*, 10/12/1899, p. 1.

⁴⁷ Barreto, A., "Chroniqueta", *O Labor*, 12/01/1906, p. 2.

⁴⁸ S/a, "Interesses Locaes", *Actualidade*, 08/01/1906, p. 1.

⁴⁹ Editorial, *Jornal do Povo*, 12/12/1899, p. 1; S/a, "Avenida da Liberdade", *A Vanguarda*, 24/07/1907, p. 2; S/a, "Apello justo", *O Operário*, 23/11/1903, p. 1; Penido, "A capital", *A Vanguarda*, 04/02/1906, p. 1 e 2.

Deve-se ressaltar que nesses artigos o elogio à cidade era sempre seguido de um apelo; todos avaliavam que havia muito o que se fazer para que a capital viesse a cumprir seu destino.

⁵⁰ Pif., "Bohemios", *Jornal do Povo*, 20/05/1900, p. 1; Pif., "Bohemios", *Jornal do Povo*, 17/06/1900, p. 1.

esse olhar estaria na base da percepção da magnificência das condições climáticas da cidade.

Dessa percepção, não é seu modo propriamente contemplativo o que aqui interessa, mas sim a prática da terapêutica climática e a imagem da cidade salubre que ela promoveu. Os médicos citados foram os primeiros a desenvolverem essa percepção no sentido pragmático do favorecimento de um bom estado de saúde. Da mesma forma, outros viriam a relacioná-la - renovando-a vez por outra - à busca das circunstâncias que os reconduziram à vida saudável.

E foi assim, em ligação estreita com o processo de composição e recomposição da imagem da cidade salubre, que se sucedeu parte da história da tuberculose em Belo Horizonte. A difusão e reinvenção permanente daquela acompanhou o acontecer desta. Em função disso é que se reporta a essa representação da cidade quando o que se busca são vestígios de fatos especificamente relacionados à ocorrência da tuberculose.

Uma entretanto não se reduziria à outra. A história da tuberculose teve sua trajetória inscrita em imagens e práticas diversas, ao passo que a imagem da cidade salubre participaria de contextos não diretamente concernentes a essa enfermidade. Aliás, os primeiros contornos dessa imagem se definiram - como adiante se verá - junto aos projetos dos idealizadores da nova capital, que, longe de se preocuparem especificamente com terapêuticas interceptadoras do curso de doenças pulmonares, seguiam critérios de um saber higienista nas suas apreciações para garantirem a salubridade desse novo centro.

ENTRE A BENIGNIDADE E A MALIGNIDADE

A reabertura da Diretoria de Higiene de Minas Gerais, em 1910, efetivou por fim o que há muito dispusera a primeira constituição republicana. Instituíam-se de modo mais definitivo a organização dos serviços que a lei determinara ser da competência dos estados¹. Maior concretude ao processo proporcionaria a regulamentação das ações da diretoria datada do mesmo ano². As novas regras ordenariam o serviço sanitário de todo o estado e, especificamente no caso de Belo Horizonte, se sobreporiam ao regulamento de 1900 que era restrito ao âmbito municipal.

A mudança que assim se efetuava era eminentemente institucional, porquanto, na essência, as especificações do novo código não traziam novidades. Eram antes a confirmação da conversão ao paradigma pasteuriano. As ações sanitárias revistas pela nova regulamentação dariam continuidade à aplicação dos preceitos da bacteriologia.

¹ Merhy, E., E., *O capitalismo e a saúde pública*. Campinas, Papirus, 1987, p. 69.

² *Regulamento do Serviço Sanitário do Estado de Minas Geraes*, Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1910.

No decorrer do período de dez anos, entre a publicação do primeiro regulamento do serviço sanitário de Belo Horizonte e a implantação dessa reforma, fez-se peremptório o processo de consolidação da microbiologia como a ciência mestra das práticas sanitárias e da medicina brasileira. Ainda nesse ínterim, a dissolução dos grandes impasses teóricos e conceituais em torno de doenças como a febre amarela, por exemplo, se fez acompanhar da fundação de institutos de pesquisa e da projeção de toda uma geração de bacteriologistas que contribuíram para tornar hegemônica a posição assumida pela microbiologia no cenário médico-sanitário nacional³. Internacionalmente, e também nesse entretempo, obnubilava-se, suplantado pela difusão das novas descobertas, o imaginário que ainda fazia reviver a velha teoria dos miasmas. O desvelamento do processo de transmissão da malária, por exemplo, provocou a dissipação das imagens das emanações palustres, dos eflúvios suspeitos, que ainda faziam suas aparições nos anos finais do século XIX a despeito da supremacia da moderna ciência dos micróbios⁴.

Ademais, naquela data de 1910, seria um contra-senso se esquivar da implementação de ações às quais incondicional e conjuntamente haviam dado o seu beneplácito os políticos e os cientistas encarregados de proporem soluções para o grave problema sanitário das mais dinâmicas cidades brasileiras. Findas as movimentações das memoráveis campanhas sanitárias do Rio de Janeiro⁵, era bastante positivo o balanço que delas se fazia, sobretudo no círculo oficial⁶. Outrossim, no estado de São Paulo,

³ A propósito disso ver Benchimol, J., "Notas prévias - História da febre amarela no Brasil", *Manguinhos*, RJ, v. I, 1994, p. 121-26.

⁴ A respeito da malária ver Sournia e Ruffie, *As epidemias na história do homem*, Lisboa, Edições 70, 1984, p. 181-202.

⁵ Sobre as campanhas sanitárias no Rio de Janeiro ver Benchimol, J., *op. cit.*, 1990, p.23-5.

⁶ Evidentemente, essas ações mereceram ampla aprovação pois, quanto aos resultados práticos, entendia-se que a sua implementação geraria conseqüências que ultrapassariam o âmbito médico-sanitário. Em mensagem ao Congresso Nacional de 1906 o ministro da Justiça explicitou que o objetivo primeiro das reformas sanitárias teria sido atrair "vidas e capitais produtores de energia e civilização". ("Mensagens",

avaliou-se como bem sucedidas as campanhas que resultaram no controle dos surtos epidêmicos e numa queda da taxa de mortalidade⁷.

Foi nesse contexto, e consoante a ordem que o compunha, que se deu a reorganização do serviço sanitário de Minas Gerais. De tudo o que se instituía e se consagrara, de todas aquelas teorias e experiências fundadas na microbiologia e tidas como irrefragáveis não se poderiam furtar aqueles a quem fora atribuída a função de redigir o novo código na urgência da reordenação das práticas sanitárias do estado.

No prosseguimento do que já fixara o regulamento de polícia sanitária 1900 se estabeleceria o novo regulamento. De uma circunstância à outra, exigiu-se o mesmo empenho obsessivo no cumprimento de regras genéricas de desinfecção, de expurgo e de vigilância que tinham por fim salvaguardar o ambiente da ação dos germes morbígenos. *Serviço de profilaxia das moléstias infectuosas*: este foi o novo nome atribuído à seqüência de procedimentos destinados ao saneamento de todos os prováveis focos pestilenciais⁸. Acionava-se o serviço por meio da notificação compulsória na certeza ou mesmo na presunção de casos de moléstias infecciosas. À notificação sucedia a inapelável ordem do isolamento domiciliar ou nosocomial. Estando então privado o doente de quaisquer contatos que não fossem o médico ou o assistencial, tendo sido ele removido para um aposento especial em sua própria residência ou transportado para um hospital de isolamento, era a vez da desinfecção irrestrita dos objetos e ambientes. E sobrevindo o óbito por moléstias infecciosas, se aplicaria a desinfecção inclusive ao cadáver. Finalmente, o exame diário dos casos suspeitos - denominado vigilância médica -, somado à vacinação⁹,

in Barbosa, P., Rezende, C. B., *Oswaldo Cruz - Monumenta Historica*. SP, s/e., 1978, p. 236.)

⁷ Ver quanto a isso Merhy, E. E., *op. cit.*, p. 80-2.

⁸ *Regulamento do Serviço Sanitário* ..., *op. cit.*, p. 24-37.

⁹ Aplicar-se-iam vacinas contra a varíola, a peste e a raiva ou contra qualquer outra moléstia para a qual se estabelecesse esse tipo de imunização. (*Regulamento do Serviço Sanitário*, *op. cit.*, p. 34.)

completaria o conjunto de medidas coibentes da propagação das doenças infecciosas.

A notificação, o isolamento, a desinfecção e a vacinação continuariam sendo portanto o eixo das ações preventivas. Doravante se exerceria também a vigilância das pessoas supostamente infectadas, sem que isso implicasse em alterações no conjunto das regras que foram outrora instituídas. Tratavam-se de prescrições de caráter universal que, num contexto de convicções científicas - quanto ao combate das moléstias específicas -, se justificavam em parte pela angústia que ainda gerava a probabilidade do acontecimento inopinado, do surto imprevisto de uma moléstia qualquer. Frente ao inesperado entrariam em vigor as medidas draconianas por ato do diretor de higiene, que poderia, julgando conveniente, propor inclusive a obrigatoriedade da notificação de quaisquer doenças não consignadas no regulamento¹⁰.

As disposições do novo regulamento, no entanto, foram além da valorização das táticas polivalentes de combate aos micróbios ao preconizarem a execução de medidas preventivas específicas¹¹. Minuciosamente foram detalhadas ações de profilaxia de algumas das enfermidades de notificação compulsória. Prescindíveis fizeram-se as frenéticas e extensivas desinfecções, quando o correto passou a ser, e. g., a matança de ratos associada ao expurgo dos lixos e o extermínio dos mosquitos nos casos de peste e febre amarela respectivamente.

Enquanto aquele regulamento datado de 1900 instituíra a inflexibilidade na perseguição aos inimigos tornados indistintos, o novo código que então se promulgava instaurava além disso a precisão dos procedimentos específicos. Se predominara no primeiro o temor difuso em relação às epidemias, no segundo, o objeto do medo passou a ter contornos mais perceptíveis. Estabelecia-se no âmbito da saúde pública estadual a

¹⁰ *Id.*, p. 26.

¹¹ *Id.*, p. 37-58.

particularização de incidentes mórbidos. Essa distinção, aliás, compensava a imprecisão conceitual das referências às moléstias de notificação compulsória. Aludia-se indiscriminadamente a elas como "moléstias infectuosas", "moléstias transmissíveis" e "moléstias epidêmicas"¹².

Entre as doenças que se tornaram objeto de considerações à parte estava a tuberculose¹³. Figurando com suas particularidades ao lado da cólera, da peste, da varíola e da febre amarela, entre outras, a tuberculose afastava-se imediatamente do conjunto delas para formar junto a lepra um duo dissonante. Mas, enquanto que, para a tuberculose, foi-se construindo uma representação própria - tanto mais completa quanto mais necessárias se faziam as ressalvas na pormenorização da sua profilaxia específica - a lepra apresentou-se destituída de traços singulares¹⁴. Das duas foi a imagem da tuberculose que, antes de tudo, se delineou proeminentemente.

Essa imagem foi se constituindo conforme foram sendo especificadas medidas preventivas da tuberculose, a começar pela definição do papel de colaboração do tuberculoso frente à notificação de sua própria doença. Relativamente às outras moléstias, não havia sido instituída a submissão pessoal do doente às regras da notificação; não foram para ele preceituadas normas de conduta ou menos ainda estabelecidas penalidades. A outras pessoas - fossem elas administradoras de casas de habitação coletiva, médicas, enfermeiras, parentes do doente ou mesmo o suas vizinhas mais próximas - impunha-se a responsabilidade pela comunicação das doenças às autoridades sanitárias¹⁵. Ao doente, em geral, negava-se a condição de sujeito na pressuposição de uma subordinação incondicional. Todavia, do tuberculoso requeria-se uma atitude: a notificação voluntária.

¹² *Id.*, p. 24-29 (em especial).

¹³ *Id.*, p. 43-5.

¹⁴ Contra a lepra recomendou-se, por exemplo, recorrer às mesmas medidas a serem adotadas na prevenção da tuberculose. (*Regulamento do Serviço Sanitário, op. cit.*, p. 45.)

¹⁵ *Regulamento do Serviço Sanitário, op. cit.*, p. 24.

Subjaz à essa exigência a visão da tuberculose como uma doença que dificilmente se daria a perceber prontamente evidenciada, donde a contribuição solicitada ao próprio doente e as investigações a serem promovidas pelas autoridades sanitárias na identificação de novos casos. Por igual motivo deveriam os candidatos a empregos em fábricas, oficinas, hotéis, farmácias, ou em estabelecimentos de vendas de alimentos apresentar atestado médico na efetivação da admissão.

Ainda a respeito da notificação, vale citar uma importante ressalva que permitiu à tuberculose figurar como uma afecção, ainda que insidiosa, menos temível que as demais. Os óbitos por tuberculose e a forma pulmonar chamada tuberculose aberta, ou seja, tuberculose com eliminação de bacilos específicos - contanto que a pessoa acometida residisse ou trabalhasse em coletividade ou em atividade de manipulação de alimentos, fosse empregado doméstico ou ama de criança, ou estivesse se mudando - eram as únicas ocorrências passíveis de notificação compulsória. Não eram portanto todas as formas de manifestação da moléstia que acionariam o serviço sanitário.

Quando em 1907 Oswaldo Cruz propôs para a cidade do Rio de Janeiro um plano de ações debelatórias da tuberculose, nenhuma disposição restritiva foi estabelecida no sentido de dispensar da notificação um ou outro caso da doença conforme o estágio em que ela se encontrasse¹⁶. Pelo contrário, a notificação compulsória de todos os casos de tuberculose foi tida como o primeiro passo para o conhecimento dos focos infectantes - conhecimento esse que, por sua vez, seria a condição primordial para o controle da enfermidade. Isso não significa que ele supusesse ser a tuberculose infectante em todos os seus estágios. Mais precisamente, ele presumiu que, se o tuberculoso que não estivesse eliminando bacilos de Koch fosse colocado sob a "tutela sanitária", se

¹⁶ Barbosa, P., Rezende, C. B., *op. cit.*, p. 238-42.

poderia, em sobrevivendo a eliminação, surpreender o momento em que ele se tornasse infectante.

Conquanto fizesse a distinção entre os tuberculosos infectantes e os não infectantes, Oswaldo Cruz não hesitou em colocar todos sob permanente vigilância. O regulamento previa também, para casos de suspeita de contágio, o "exame clínico necessário para surpreender, no seu início, qualquer manifestação de moléstia infectuosa"¹⁷. Não obstante, chegada a vez da definição da profilaxia da tuberculose, ficaram isentos da vigilância médica até mesmo os indivíduos já supostamente infectados.

Enfim, entre a representação da tuberculose como um mal absoluto, contra o qual o estado de sobreaviso fosse a constante, como uma doença de periculosidade incontestável, qualquer que fosse sua forma de manifestação, e a imagem da doença benigna a dispensar os sistemas de prevenção, prevaleceu uma composição intermediária. A tuberculose ficou sendo uma moléstia relativamente ameaçadora. Assim, nas coletividades ou casas de comércio de alimentos onde houvesse doentes expelindo seus escarros, espargindo no ambiente os nocivos bacilos, estaria também a autoridade sanitária com suas intimações e ordens de desinfecção. Noutras circunstâncias, porém, seriam os doentes tão somente aconselhados. Tuberculose pulmonar sem escarros ou demais manifestações da doença, por sua vez, não denotariam coisa alguma na visão das autoridades sanitárias.

Passando das disposições regulamentares das ações sanitárias para a exposição das atividades desenvolvidas pela Diretoria de Higiene durante a segunda década do presente século, tem-se a impressão de que, da letra da lei à prática, mitigou-se ou mesmo desvaneceu-se o que havia de temor em relação à tuberculose. Aliás, não fossem pelos números a ela atribuídos nas estatísticas, pelos dados que indicam que alguma ação de desinfecção

¹⁷ *Regulamento do Serviço Sanitario ...*, op. cit., p. 33.

foi contra ela empregada e por uma incidental presença de um doente no Hospital de Isolamento, se poderia afirmar até mesmo que a tuberculose escapara às autoridades sanitárias nesse período.

Dos dados que informavam sobre o fluxo de doentes no Hospital de Isolamento de Belo Horizonte fez-se constar a tuberculose. Enumerou-se uma internação ocorrida em 1915 de um doente acometido por esse mal¹⁹. O registro - que aparece em seguida - de uma morte por tuberculose no mesmo ano indica que, muito provavelmente, o isolamento nosocomial, longe de ter sido uma prática corrente de prevenção dessa doença, foi empregado como medida extrema no caso de quem se encontrava próximo à morte.

Efetivamente a desinfecção foi a única profilaxia da tuberculose. Os relatórios citam, no entanto, somente os números de atos de desinfecção executados, sem se referirem às circunstâncias ou aos motivos pelos quais foram efetuados, ou seja, se decorreram de notificação por óbito ou por ocorrência da moléstia. Em todo caso, o confronto desses números com os dados estatísticos permite evidenciar que a quantidade de ações de desinfecção praticadas não cobriu nem mesmo o número de óbitos por tuberculose registrados²⁰.

Afora essas menções que se expressaram numericamente, não foram feitas maiores referências à tuberculose nesse período de dez anos²¹. Outros incidentes mórbidos mereciam atenção especial. Discorria-se sobre eles enquanto se expunha as ações das quais eram objetos. Entretanto, das avaliações gerais depreende-se que nada preocupava sobremaneira as

¹⁹ *Relatorio da Directoria de Hygiene do Estado de Minas Geraes*, BH, Imprensa Official, 1915, p. 9.

²⁰ Os dados sobre óbitos por tuberculose estão em *Annuario de estatistica demographo-sanitaria de Bello Horizonte*, BH, Imprensa Official, 1910-12, 1914-16, 1918.

²¹ Salvo ainda um breve comentário que consta do anuário de estatística de 1911. Afirmou-se que de um ano para o outro - de 1910 para 1911 - caiu o coeficiente de mortalidade pela tuberculose em decorrência do estabelecimento da prática da desinfecção de todas as casas que se vagavam na capital. (*Annuario de estatistica...*, *op. cit.*, 1911, p. 50.)

autoridades sanitárias. Quanto ao estado sanitário de Belo Horizonte, lisonjeiro foi em algumas apreciações o adjetivo usado para qualificá-lo²². Segundo avaliação dos encarregados do serviço sanitário, a cidade reunia algumas qualidades físicas requeridas como ideais. Do clima mereceu destaque a luminosidade da atmosfera, verdadeira barreira a obstar a propagação das doenças contagiosas²³. A correta disposição das edificações era também responsável pela salubridade do lugar²⁴. Julgava-se mesmo improvável a disseminação das moléstias transmissíveis sob a forma de epidemias. O que era considerada a "pronta ação da diretoria", favorecia também a "atenuação da marcha do contágio", contribuindo para fazer da cidade uma localidade privilegiada²⁵.

Problemas existiam, apesar de tudo. Alguns suscitavam às autoridades sanitárias lamentos acompanhados de propostas de soluções que ultrapassavam sua competência. Assim, foi considerada lastimável a ocorrência de febre tifóide numa cidade nova e salubre como Belo Horizonte. Sugeriu-se aos poderes públicos municipais como medida erradicante do mal a ampliação das redes de abastecimento de água potável e de esgotos, a construção de fornos de incineração do lixo e a fiscalização severa dos alimentos²⁶.

A Diretoria de Higiene não se eximiu, contudo, da ação direta contra aquele que era tido como o maior dos problemas sanitários da cidade: a incidência de moléstias infecciosas. Mesmo contra a febre tifóide - cuja especificidade da forma de transmissão já havia sido percebida pelas próprias autoridades sanitárias - foram implementadas medidas diretas e genéricas de combate. Além da gripe espanhola, que irrompeu subitamente em 1918, a maior inimiga foi justamente a febre tifóide, ao lado da varíola e

²² *Relatorio da Directoria de Hygiene...*, op. cit., 1912 e 1915, p. 19 e 21, respectivamente.

²³ *Relatorio da Directoria de Hygiene...*, op. cit., 1913, p. 25.

²⁴ *Id., ib..*

²⁵ *Id., ib..*

²⁶ *Relatorio da Directoria de Hygiene...*, op. cit., 1912, p. 19.

da difteria. Aos primeiros sinais de cada uma dessas três últimas enfermidades instaurava-se uma contra-ofensiva que fazia aplicar passo a passo as medidas que iam da desinfecção à imunização. Os instrumentos de desinfecção, o Hospital de Isolamento e o Instituto Soroterápico de Belo Horizonte - que mediante convênio com do governo do estado assegurava o fornecimento de vacinas antivariólica e antitífica e do soro antidiftérico²⁷ - constituíam o suporte material básico do combate que se desenvolvia como a prática de uma guerra. Diferentemente da tuberculose, que aos olhos das autoridades sanitárias se revestia de malignidade e de importância epidemiológica em apenas um dos seus estágios e numa das suas formas de manifestação, a varíola, a difteria e a febre tifóide eram tidas como moléstias graves e socialmente perigosas que deveriam ser incondicionalmente combatidas pela totalidade das medidas de prevenção estatuídas.

Por um momento, percebeu-se no entanto que uma dessas doenças estava fugindo ao padrão de manifestação e disseminação esperado. De acordo com a narrativa, houve um caso de difteria cujo curso foi totalmente benigno tanto na sua marcha clínica como no aspecto epidemiológico. O incidente foi qualificado de desconcertante e ocasionou um comentário seguido de uma sugestão incomuns. Ao contrário do que era a prática usual, a da resposta imediata aos primeiros indícios das doenças mais temidas, recomendou-se, antes da reação, a observação da evolução dos casos de difteria²⁸. Tratou-se de uma advertência excepcional.

Ainda sobre a forma reativa de enfrentamento às moléstias, a maior das movimentações foi aquela levada a efeito em 1918, por ocasião do surto de gripe espanhola chamado de epidemia de gripe. A primeira das medidas adotadas foi a declaração da obrigatoriedade de notificação dos casos

²⁷ Sobre o fornecimento de vacinas ver *Relatorio da Directoria de Hygiene...*, *op. cit.*, 1910 e 1917, p. 10 e 6, respectivamente.

²⁸ *Relatorio da Directoria de Hygiene...*, *op. cit.*, 1913, p. 25-6.

suspeitos e comprovados da moléstia. A partir daí promoveu-se uma campanha que mobilizou, além dos quadros da diretoria, associações de beneficência e médicos da faculdade de medicina. Esses últimos ofereceram inclusive o próprio prédio da faculdade para o isolamento dos doentes - ao qual chamaram "serviço de hospitalização da pobreza da capital" -, frente a recusa da Santa Casa a acolher os doentes²⁹.

Nos dizeres do relatório, o momento requereu da mais alta autoridade sanitária do estado "presteza no agir e faculdade de improvisação"³⁰. Todavia não se tratava de uma exigência excepcional. Embora não se explicitasse, era com essa mesma disposição que se esperava enfrentar as moléstias contagiosas em geral. Assim, conforme as expectativas, os sobressaltos provocados pela irrupção dos males seriam evitados se a reação fosse rápida e segura; por sua vez, uma reação desse tipo seria suficiente para conter os possíveis surtos epidêmicos.

Demonstram os dados coletados pelo serviço de estatística da Diretoria de Higiene que, durante a segunda década do século, nenhuma doença infecciosa mostrou-se tão perniciosa quanto a gripe espanhola³¹. Entre todas, foi a única a qual se conferiu o caráter de epidemia. De fato, dizem os números que em um ano ela fez muito mais vítimas fatais do que faziam as demais nesse mesmo intervalo de tempo. A febre tifóide, a difteria e a varíola, males que, como se viu, mais instigaram as autoridades sanitárias, foram *causa mortis* dos habitantes da cidade em proporção bem menos significativa do que a gripe espanhola. Talvez por isso se vangloriasse a diretoria do seu serviço de profilaxia³².

²⁹ *Relatorio da Directoria de Hygiene...*, *op. cit.*, 1918, p. 15-9.

³⁰ *Id.*, p. 15.

³¹ *Anuario de estatistica...*, *op. cit.*, 1910-12, 1914-16, 1918.

³² Não se quer com isso afirmar que tenha sido realmente eficaz a atuação da diretoria no controle da disseminação epidêmica das moléstias. Mesmo porque a análise que se intenta não seria suficiente para permitir conclusões acerca da qualidade da informação que trazem os números em questão. O que aqui mais interessa são os fenômenos que os dados representam para além da ordem estritamente numérica.

Frente a uma outra série de dados fornecidos pelo mesmo serviço de estatística, a jactância não se justificaria, ao menos à primeira vista. Informam os números que, entre as moléstias infecciosas, a tuberculose foi sempre uma *causa mortis* primordial, e com taxas nada desprezíveis. Com exceção das doenças que esporadicamente irrompiam em surtos como o sarampo em 1911 ou a gripe espanhola em 1918, a tuberculose era a que mais óbitos causava.

A propósito das cifras e para efeito de comparação, vale mencionar um coeficiente que fez envergonhar a França perante países como os Estados Unidos e a Alemanha: no ano de 1916, quando as autoridades francesas declararam a luta contra a tuberculose como a grande causa nacional, a taxa de mortalidade pela doença no país foi de pouco menos de 180 por 100 mil habitantes³³. Em Belo Horizonte a mortalidade por tuberculose, já no ano de 1915, atingira o índice de 193, crescendo constantemente daí para frente, até alcançar o patamar de 218 por 100 mil habitantes no ano de 1920³⁴.

Dado que a presença da tuberculose na cidade era uma dura realidade, patenteada pela própria instância responsável pelo combate às moléstias infecciosas, como se pôde negligenciar o seu controle? A chave dessa questão está naquilo que já se disse a respeito das representações que se construíram em torno da tuberculose e do jogo levado a efeito pelas autoridades sanitárias na tentativa de interrupção da propagação dos males ou mesmo da sua erradicação.

Essas autoridades, a despeito de terem atribuído os nomes de varíola, febre tifóide e difteria, entre outros, aos seus adversários, fundamentaram seu plano de ação sanitária antes num modelo do que em considerações específicas sobre as moléstias particularizadas. Elegiam doenças que julgavam ser de manifestação súbita e de disseminação

³³ Guillaume, P., *op. cit.*, p. 151-53.

³⁴ *Anuario de estadística...*, *op. cit.*, 1921, p. 25.

rápida. A atenção recaía sobre os males que pudessem, no seu entendimento, se evidenciar arrebatadoramente, sobre as doenças agudas no sentido de surpreendê-las - com a implementação daquele conjunto de ações sanitárias preestabelecido - naqueles seus breves e malignos cursos. Desconhecia-se, ou pelo menos não se mencionava, manifestações tão brutais da tuberculose - que não obstante, e pelas próprias informações oficiais, seguia inexoravelmente fazendo suas vítimas.

É difícil saber qual o valor socialmente atribuído aos dados propriamente numéricos da tuberculose em Belo Horizonte, ou mesmo em que medida tornaram-se públicas essas cifras. Em se acreditando no texto jornalístico, se diria que a Diretoria de Higiene, para além da publicação oficial, oferecia seus dados à divulgação mais ampla³⁵. Restaria entender de que forma foram eles apreendidos.

Tem-se a respeito disso uma notícia única³⁶ que evidentemente não pode representar sozinha a forma de apropriação social das informações oficiais, mas que ainda assim é bastante significativa - sobretudo pelo seu caráter inaugural no que se refere à proposição da questão da presença da tuberculose numa cidade como Belo Horizonte cujo clima gozava de tão boa fama. O artigo se teceu, em parte, como um comentário dos números do serviço de estatística da Diretoria de Higiene do ano de 1912 no qual fez-se entremear uma observação sobre a tuberculose em Belo Horizonte. Quanto a isso, afirmou o artigo que o coeficiente da doença na cidade era "quase nulo em comparação com o das diversas cidades importantes do Brasil".

Ora, não deveria ensejar ufania aos belo-horizontinos o fato de morrerem por tuberculose na sua cidade, proporcionalmente, a metade do total de pessoas que pela mesma causa faleciam na cidade do Rio de Janeiro. O próprio serviço de estatística já havia informado que, relativamente aos números da doença, o Rio de Janeiro já superara até

³⁵ S/a, "Anuario de estatistica demographo-sanitaria", *A Capital*, 21/10/13, p. 1.

³⁶ *Id.*, *ib.*.

mesmo Paris no ano de 1911. E Paris era naquela época a cidade mais exposta à tuberculose do segundo país mais tuberculoso do mundo³⁷.

Os dados não poderiam portanto abonar a opinião de que a tuberculose em Belo Horizonte era uma moléstia pouco comum. Não obstante eles se prestaram a isso quando se pretendeu legitimar a noção de que em Belo Horizonte se poderia fruir do "primeiro clima do país"³⁸. De fato, pelos índices oficialmente apresentados, as mortes por tuberculose em Belo Horizonte davam-se em menor quantidade do que em outras cidades. Esse dado, que não era *de per se* significativo, corroborou, antes sofrer a devida ponderação, a idéia de que era superior o clima de Belo Horizonte.

Negou-se a alta incidência da doença tendo-se em vista a valorização da qualidade do clima. Destarte esquivou-se da incongruência. Doravante a questão da presença maciça da tuberculose em Belo Horizonte seria muitas vezes vivenciada como uma contradição a merecer uma justificação da parte daqueles a quem seria dado pensar sobre as doenças que fizeram sofrer os habitantes da cidade de Belo Horizonte e sobre as condições naturais de salubridade do lugar.

Nesse pronunciamento, porém, a recusa em admitir a importância da tuberculose fez-se sem hesitação, tal como ocorreu no âmbito oficial. Contudo, enquanto que para as autoridades sanitárias a tuberculose era indubitavelmente uma moléstia infecto-contagiosa, ainda que pouco temível, o artigo em questão não vacilou em conceituá-la de moléstia hereditária.

Esse é - torna-se a dizer - um exemplo único e, por conseguinte, insuficiente para permitir inferências sobre uma possível imagem social da doença que a representasse como um mal hereditário. Ele serve entretanto para que seja dado a conhecer a existência de divergências de percepção que fariam a tuberculose distanciar-se ainda mais do grupo dos males que

³⁷ Guillaume, P., *op. cit.*, p. 152.

³⁸ S/a, "Anuario de estatistica demographo-sanitaria", *A Capital*, 21/10/1913, p. 1.

assustavam verdadeiramente pelos estragos sociais que supostamente acarretavam, ou seja, do conjunto das moléstias consideradas epidêmicas.

Entre estas mereceram maior destaque na imprensa local - no período que correspondeu à segunda década da história da cidade aproximadamente - as afecções infecciosas chamadas de moléstias intestinais ou de "epidemias de caráter tífico" que foram associadas às águas barrentas que abasteciam a cidade e às águas suspeitas que escoavam pelas ruas sobretudo no período das chuvas³⁹. Naquela época, que era o tempo das angústias geradas pela possibilidade da irrupção das epidemias, a visibilidade das impurezas das águas que alcançavam o interior dos lares parecia tornar tangíveis os germes causadores daqueles males intestinais. Ao mesmo tempo porém percebeu-se não ser esse um problema microbiano exclusivamente. Assim, a reclamação dirigiu-se antes ao diretor de obras públicas do que ao diretor de higiene. A própria Diretoria de Higiene já havia se reportado ao problema das águas na sua conjugação com o dos males intestinais em Belo Horizonte remetendo a outras instâncias a sua solução, embora avocasse também a si o poder de controlar especificamente a febre tifóide de uma forma equivalente àquela em que procurava combater as doenças de contágio direto.

Quanto à gripe espanhola, que foi também notícia, não houve dúvidas em atribuir à Diretoria de Higiene a responsabilidade pelo seu controle. Para tanto confiava-se na sua capacidade de implementação das ações sanitárias ordinárias, principalmente as da desinfecção e do isolamento⁴⁰. Já a propósito da tuberculose nada indica que se tenha sugerido então incluí-la nesse circuito.

³⁹ S/a, "A prefeitura e os exgottos da Capital", *A Nota*, 03/01/1917, p. 1; S/a, "Anuario de estatistica demographo-sanitaria", *A Capital*, 21/10/1913, p. 1.

Sobre a denominação de epidemia de caráter tífico, vale ressaltar que o correto seria dizer febre tifóide, que é uma infecção entérica carregada por águas contaminadas e que, no período em questão, foi um dos males que mais preocupou as autoridades sanitárias.

⁴⁰ S/a, "Influenza hespanhola?", *A Nota*, 18/10/1918, p. 1

E de fato deixou de apreendê-la a instância oficial. Naquele tempo era provavelmente aos olhos da clínica e da farmácia que decorria o espetáculo mórbido da doença. Pode-se imaginar que essas atuavam em parceria ficando uma encarregada do diagnóstico e outra da terapêutica com o fornecimento dos tônicos e peitorais - que já se apresentavam expressamente indicados para a cura da tuberculose⁴¹. Presumi-se ainda que seria possível recorrer antes de tudo às farmácias em busca dos mesmos medicamentos. Há ainda informações sobre a existência de feiticeiros que forneciam seus preparados a pessoas acometidas por enfermidades diversas, inclusive por males que a medicina oficial não pudesse remediar⁴². Aí estaria portanto mais uma possibilidade de terapêutica para os tuberculosos que se encontrassem na cidade.

Após o ano de 1912, no entanto, tendo tornado a tuberculose, ainda que de forma restrita, objeto de interesse da clínica médica especializada, puderam contar os doentes com a aplicação de todo o procedimento clínico num único gabinete médico. Era a clínica do doutor Virgílio Machado que ia do diagnóstico de certeza à experimentação terapêutica, do raio X ao pneumotórax⁴³, inaugurando a prática fisiológica em Belo Horizonte⁴⁴. Primaz no tratamento específico da tuberculose pulmonar, a clínica particular foi também a instância que o aplicou com exclusividade naquela época.

Morrendo prematuramente o médico Virgílio Machado interrompeu-se a primeira experiência propriamente fisiológica registrada na cidade. Aos

⁴¹ "Cuidado", *Jornal de Minas*, 02/09/1918, p. 2 (publicidade); "Peitoral Marinho", *Jornal de Minas*, 29/01/1919, p. 3 (publicidade); "Contratosse", *Jornal de Minas*, 29/01/1919, p. 3 (publicidade).

⁴² O Redator, "Feitiçaria em Bello Horizonte", *A Capital*, 20/05/1914, p. 1.

⁴³ O pneumotórax - ou seja, a introdução de ar na cavidade pleural - foi desenvolvido como terapêutica da tuberculose pulmonar pelo italiano Forlanini no final do século XIX. Já neste século, tornar-se-ia o mais importante tratamento da tuberculose pulmonar em todo o mundo até que aos antibióticos fosse reputada a cura para essa enfermidade.

⁴⁴ Salles, P., "Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte", *RAMMG*, BH, v. XVIII, 1967, p. 47.

tuberculosos que continuassem a recorrer à medicina restaria a clínica geral ou a alguma outra clínica que se apresentasse relativamente especializada como a do médico Antônio Aleixo que anunciava tratar, além da sífilis, de moléstias dos pulmões e da pele⁴⁵.

Médicos aliás não faltavam na cidade⁴⁶. Em número, eles cresciam bem mais do que a população em geral. Consta que em 1913, quando seus habitantes somavam 40 mil, aproximadamente⁴⁷, nela residiam e praticavam a clínica quarenta e seis médicos⁴⁸. Daí em diante, tendia esse número a aumentar ainda mais com a formação de novos médicos pela Faculdade de Medicina de Belo Horizonte que nessa data entrava em seu segundo ano de funcionamento⁴⁹.

Mas, a despeito da quantidade de médicos na cidade, os tuberculosos teriam ainda que aguardar pelos últimos anos da década de 20 para serem incluídos numa categoria especial de doentes, para que o mal que neles se manifestava fosse tomado definitivamente como um objeto exclusivo da clínica médica especializada.

Ao imaginário da tuberculose estariam se somando então novas representações. Concomitantemente - conforme já se mencionou - se verificariam profundas modificações nos métodos de diagnóstico e terapêutica da doença. O médico, transfigurado em técnico, se encarregaria da leitura precisa que dos dados fornecidos pelos seus novos utensílios para além da inspeção do corpo doente.

⁴⁵ S/a, "Dr. Antônio Aleixo", *O Aeroplano*, setembro/1913, p. 1.

⁴⁶ Não se quer com isso afirmar que a clínica médica era acessível a toda população. Diga-se a propósito, os dados até aqui coletados não permitiriam inferências a cerca dessa questão.

⁴⁷ Mais precisamente, em 1912, por recenseamento, contou-se 38.822 habitantes na cidade. Fonte: *Minas Gerais*, 27/06/1912, *apud* Le Ven, *op. cit.*, p. 99.

⁴⁸ Salles, P., "Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte", *RAMMG*, BH, v. XVIII, 1967, p. 30.

⁴⁹ Sobre a fundação dessa faculdade - que, diga-se de passagem, foi bastante celebrada por ter sido a quarta faculdade de medicina instituída no Brasil -, ver Sarinho, C. T., *Faculdades de Medicina do Brasil*, Natal, Nordeste Gráfica, 1989, p. 95-104.

Certamente alguns resistiriam a essa modernização. No que diz respeito a isso vale mencionar um artigo que fez publicar o diário oficial do estado de Minas Gerais naquele mesmo ano em que se instituía a experiência precursora da tisiologia em Belo Horizonte⁵⁰. Posicionando-se em relação a uma polêmica que se gerou em torno da designação popular de alastrim dada a uma afecção que muitos reconheciam como sendo varíola, o texto desenvolveu-se como um verdadeiro panegírico da medicina tradicional que estabelecia seus diagnósticos e prognósticos se fundamentando exclusivamente naquilo que se dava à percepção dos órgãos sensoriais. Entre vários exemplos do uso diagnóstico dos sentidos mencionou-se com exaltação o recurso ao olfato no exame do tuberculoso.

Tanto a clínica tisiológica que se instalaria em breve como a política de saúde pública de combate à tuberculose que se definiria ainda mais futuramente se sobreporiam a essa prática tradicional relegando seus procedimentos no enfrentamento de um mal que não mais se daria a conhecer pela inspeção sensorial.

⁵⁰ S/a, "Variola ou alastrim?", *Minas Geraes*, 11/08/1912, p. 3.

3

PARA ALÉM DO MAL INFECCIOSO

Antes que os sanatórios projetados para se instalar em Belo Horizonte viessem a fixar um modelo coeso de apreensão da tuberculose e prescrições de conduta frente à doença, as autoridades sanitárias do estado propuseram para essa enfermidade explicações outras, diferentes daquela que viria a preponderar.

Também em relação àquela representação que se contentava com a conceituação de infecção contagiosa para tuberculose¹, estas significações, que em início dos anos 20 se apresentavam, eram de ordem diversa - ainda que de certa forma complementar. Sem que se deixasse de imputar ao bacilo de Koch a etiologia da tuberculose o que se intentou foi um

¹ Refere-se aqui à identificação da tuberculose como uma moléstia infecciosa que compôs junto a males como a difteria, a varíola e a febre tifóide o quadro das doenças de notificação compulsória definido pelo serviço sanitário do estado de MG em seu regulamento de 1910. (*Regulamento do Serviço Sanitário, op. cit.*, p. 25 e 43-5.) Vale lembrar que esse regulamento confirmava o primado da microbiologia ao definir como prioritárias as ações de extermínio dos microorganismos patológicos nos programas de erradicação desses males.

alargamento da explicação causal da doença. Ou seja, de um momento para o outro isentou-se o germe patogênico da responsabilidade exclusiva pela debilitação mórbida dos corpos.

Foi então que se denominou a tuberculose, tal como a lepra, de *doença social*². Tratava-se do reconhecimento da influência dos fatores sociais no irrompimento desses males. A percepção abria-se para um contexto que ultrapassava o âmbito meramente biológico da gênese da doença. A explicação etiológica da tuberculose se ligava assim às condições sociais dos indivíduos afetados, para além da ação dos micróbios sobre seus organismos.

Simultaneamente à construção da imagem da tuberculose como um mal social, estava sendo proposta ainda uma outra representação que se distinguia das demais por relacionar a aparição da doença à predisposição de determinados grupos de indivíduos³. Valendo-se de um certo pensamento racial, fazia-se ver que a explicação da origem da doença não se restringia às agressões e precondições do meio externo. A essas precediam, no processo de desencadeamento das doenças, as *mazelas da raça*. À imagem de um mal que do exterior vinha acometer os indivíduos, antepunha-se a imagem de um ser cuja constituição débil o expunha a moléstias várias.

O argumento racial que concorria para, dessa forma, dar a conhecer a origem da tuberculose fora também empregado em tentativas de elucidação de outras doenças. Aliás, entre as moléstias que mais inquietavam as autoridades sanitárias estaduais e municipais naqueles primeiros anos da década de 20, as verminoses, ou, mais especificamente, a *ancilostomose*⁴, parecia ser o mal que melhor se ajustava à essa *explicação racial*.

² *Relatorio da Directoria de Hygiene...*, *op. cit.*, 1922, p. 4.

³ *Relatorio da Directoria de Hygiene ...*, *op. cit.*, 1922, p. 5 e 7.

⁴ Infecção produzida por parasita que se liga ao intestino delgado do homem sugando-lhe o sangue e, conseqüentemente, causando-lhe perda sangüínea crônica. (Beeson e Mcdermott, *Tratado de medicina interna*, RJ, Interamericana, 1975, v. I, p. 681.)

Na verdade, já em fins da década anterior, o Posto de Profilaxia Rural de Belo Horizonte⁵, em seu primeiro relatório apresentado à diretoria estadual de higiene, propunha o combate à ancilostomose, propugnando pela eugenia da raça⁶. Depois disso, no início dos anos 20, ganhou ênfase especial nos relatórios da Diretoria de Higiene a referência ao controle dos doentes como condição propícia ao aprimoramento da raça.

Nesse tempo, fez-se mesmo eloqüente a defesa do elemento humano no discurso das autoridades sanitárias. Ao homem referia-se como "fator capital de nossa evolução e progresso"⁷; de sua energia calculava-se depender o futuro do país. Entendia-se porém que, em algumas circunstâncias, não bastaria esperar pelo cumprimento desse destino. Uma intervenção que viesse a promover a melhoria do "material humano" poderia se fazer necessária⁸.

De acordo com esse pensamento, mereciam destaque as ações sanitárias que os estados imperialistas fizeram implementar nas suas colônias - apontadas como "velhas regiões de progresso estagnado", como "civilizações abismadas numa apatia de séculos"⁹. O que se viu - no lugar de uma prática imperialista de remoção dos obstáculos à dominação política e às transações econômicas¹⁰ - foi um "formidável aparelhamento sanitário"

A ancilostomose é a doença que acomete o personagem Jeca Tatu do conto "Urupês" de Monteiro Lobato.

⁵ Esse posto fora criado no ano de 1917 e entregava-se então, prioritariamente, à profilaxia das verminoses entre a população escolar da cidade. *Relatório da Directoria de Higiene ...*, op. cit., 1918, p. 103.

⁶ *Relatório da Directoria de Higiene ...*, op. cit., 1918, p. 104.

⁷ *Relatório da Directoria de Higiene ...*, op. cit., 1922, p. 3.

⁸ *Id.*, *ib.*.

⁹ *Relatório da Directoria de Higiene...*, op. cit., 1923, p. 3.

¹⁰ "(...) os impérios ofereciam um forte incentivo ao controle das doenças tropicais, como a malária e a febre amarela, que prejudicavam as atividades dos homens brancos nas regiões coloniais". (Hobsbawm, *A era dos impérios*, RJ, Paz e Terra, 1988.)

Vale notar que, Hobsbawm - nessa mesma passagem -, ao relacionar imperialismo e controle de doenças nas colônias, afirma inclusive que foi uma função do imperialismo o desenvolvimento da ciência bacteriológica e da imunologia.

a promover nas colônias a "redenção da saúde do nativo" e a "criação de um ambiente propício aos ádvenas benfazejos"¹¹.

Enfim, procurava-se elucidar, por meio de exemplos de ações julgadas positivas, a possibilidade de correção de distorções raciais que poderiam vir a impedir a conversão plena do homem ao estado de civilização. A nação brasileira esperava também pela ação saneadora do higienista para que, afinal, pudesse se encaminhar em direção ao progresso. Nesse sentido, defendia-se tanto a continuidade das ações de controle direto das doenças infecciosas de caráter endêmico, como a instituição de práticas eugênicas¹². Questões reconhecidas como deficiências raciais deveriam ser contornadas pelo sistema sanitário.

Enquanto o serviço sanitário do estado de Minas Gerais buscava determinar como atribuição sua a implantação de ações de aprimoramento racial, outras frentes surgiam na defesa da eugenia como um projeto de *saneamento* do povo brasileiro. Naqueles anos 20, a eugenia incorporava-se também ao pensamento médico formulado nas escolas da Bahia e do Rio de Janeiro¹³. Houve mesmo um esforço pela implementação de um projeto eugênico no país por parte de ambas as escolas. Medidas ousadas - como, por exemplo, a esterilização compulsória - chegaram a ser propostas como métodos eficientes para fazer sucumbir a classe dos *degenerados*¹⁴.

As autoridades sanitárias de Minas Gerais, porém, não defenderam medidas tão extremistas. Não obstante a recorrente afirmação da necessidade de aperfeiçoamento racial, não foram preceituadas ações de intervenção direta com o objetivo de selecionar seres considerados biologicamente superiores. Do discurso aos esforços práticos, a eugenia

¹¹ *Relatorio da Directoria de Hygiene ...*, op. cit., 1923, p. 3.

¹² *Id.*, p. 4.

¹³ Ver sobre isso Schwarcz, L. M., *O espetáculo das raças*, SP, Companhia das Letras, 1993, p. 215-38.

¹⁴ Na verdade, essas propostas mais radicais compunham os programas eugênicos traçados pelos médicos do Rio de Janeiro que, frente aos médicos da Bahia, distinguiram-se nesse período por uma atuação e por um discurso mais agressivo. (Schwarcz, L. M., op. cit., p 233 e 236.)

transmutava-se em programa de ação social voltado sobretudo para a vigilância e para a prática educacional de correção de hábitos.

Noutras palavras, isso significa que, embora fossem de cunho eminentemente social as ações propostas e implementadas, o olhar que se dirigia para o homem doente, enquanto pertencente a um agrupamento humano, era de fato orientado pelo pensamento racial. E, como se viu, nos estados que se distinguiam por um maior aprimoramento e consolidação da cultura médica, os médicos vinham se julgando cada vez mais aptos a ingerir-se no social mediante definição de um projeto de melhoria racial da nação brasileira. Da mesma forma, as autoridades sanitárias de Minas Gerais - que tinham a sua frente, naquela primeira metade dos anos 20, o médico Samuel Libanio - procuravam alargar seu campo de ação apoiando-se nos mesmos princípios. Porém, no caso dessas autoridades, se a escolha das doenças às quais se daria combate e dos seres sobre os quais incidiria a inspeção era feita com base no pensamento racial, as intervenções sociais propostas limitavam-se à preceituação de medidas corretivas de hábitos.

Tome-se o exemplo da já mencionada ancilostomose. Doença altamente debilitante - cujo estabelecimento associa-se "aos sintomas gerais de anemia, fraqueza, fadiga, dispnéia, palpitação e retardo físico e mental"¹⁶ - essa verminose, em princípio, importava menos pela realidade dos sintomas que poderia acarretar do que pelo fato de ser uma doença de uma classe de degenerados que deveria ser recuperada.

Em primeiro lugar vinha a detecção dos doentes. Aliás, recomendava-se que a chamada inspeção médico-sanitária tivesse sob sua mira o extenso grupo "dos retardados, dos hipotiroideanos, dos adenoideanos, dos hepáticos, dos infestados por vermes, dos indivíduos de constituição mórbida hereditária, dos míopes e dos hipométricos"¹⁷. Enfim, uma visada

¹⁶ Beeson e Mcdermott, *op. cit.*, v. 1, p. 680.

¹⁷ *Relatorio da Directoria de Hygiene ...*, *op. cit.*, 1922, p. 7.

buscando revelar antes doentes que doenças, uma inspeção à procura dos seres debilitados, anêmicos, pálidos e emagrecidos.

O passo seguinte à identificação ou localização do conjunto de doentes - que se dava sob a orientação de um pensamento racial¹⁸ - seria o controle sanitário dos grupos visando a eugenia das raças. Isso era o que se recomendava. Porém, na prática, a estrutura do sistema sanitário não permitia que o controle se estendesse para além de alguns poucos agrupamentos de doentes. Ademais, como já se disse, as ações de controle levadas a efeito, afora as terapêuticas medicamentosas, eram de cunho educacional.

Essa inflexão - quando do discurso à prática descurava-se das medidas eugênicas - era caracterizada por programas de conferências e palestras acompanhadas muitas vezes de projeção de filmes e proferidas nos grupos escolares de Belo Horizonte. Objetivava-se com isso "ministrar conhecimentos referentes a todos os assuntos de higiene individual e coletiva"¹⁹.

Dessa programação encarregava-se o serviço de higiene municipal, em grande parte, sob a responsabilidade do já mencionado Posto de Profilaxia Rural de Belo Horizonte. E, seja dito de passagem, a importância da atuação desse posto numa cidade como Belo Horizonte, capital de estado, já havia sido justificada pelo fato de estar a mesma "plantada numa região onde outrora (...) existiu uma povoação com todas as falhas de caráter sanitário habituais aos povoados rurais"²⁰.

A bem dizer, esse conjunto de ações, voltado tanto para a inspeção médico-sanitária como para a educação sanitária, parece ter tido alguma

¹⁸ Vale ressaltar que, nos textos em questão, não se pode dizer que as alegações em favor da interpretação racial das doenças e da prática da eugenia chegassem a compor uma teoria racial. Longe de ter significado um esforço teórico, esse pensamento racial que se menciona pode ser definido, antes, como uma argumentação em defesa, nem sempre explícita, de certos pressupostos racistas.

¹⁹ *Relatorio da Directoria de Hygiene ...*, op. cit., 1923, p. 10.

²⁰ *Relatorio da Directoria de Hygiene ...*, op. cit., 1920, p. 104.

eficácia exclusivamente quando aplicado e desenvolvido junto àqueles grupos de infectados pelo ancilóstomo, o parasita da ancilostomose. Isso se deveu, em primeiro lugar à imagem de doença, ou, mais propriamente, dos doentes, que esse programa de inspeção e controle tomara como referência. Basta mencionar as descrições do *tipo comum* das crianças dos grupos escolares dos arrabaldes da cidade para que se perceba que serviço sanitário já sabia inclusive, e de antemão, onde encontrá-los. Um simples olhar poderia revelar "os tegumentos descorados, o olhar sem o brilho habitual das crianças sadias, o emagrecimento geral e a flacidez dos músculos"²¹ desses pequenos escolares. Em segundo lugar, entre aquele aglomerado heterogêneo de doentes supracitado²², eram os infectados pelos vermes aqueles que mais facilmente se identificava, visto poderem se submeter a provas laboratoriais.

Vale notar que nesse ponto, ou seja, relativamente aos exames laboratoriais, torna-se bastante evidente que a detecção dos casos de ancilostomose, além de pertencer à história dos saberes e práticas médico-sanitárias ligada às representações de doenças, também faz parte da história das instituições e do desenvolvimento científico. Melhor dizendo, a escolha do controle dos doentes acometidos por ancilostomose feita pelo serviço sanitário de Belo Horizonte naquele início dos anos 20 se deveu em parte à uma imagem dos doentes e das doenças que, segundo uma inspiração racista, deveriam ser combatidos. Contudo, esse controle só pôde ser levado a efeito em decorrência da apropriação e da difusão de um conhecimento científico e técnico para a detecção de casos e dos investimentos que institucionalmente vinham sendo feitos no âmbito nacional²³.

²¹ *Relatorio da Directoria de Hygiene ...*, op. cit., 1920, p. 107.

²² Diz-se daquele grupo de doentes visados pela inspeção médico-sanitária anteriormente mencionada.

²³ Naqueles anos 20, o Instituto Oswaldo Cruz - que investia também em pesquisa e controle de doenças na cidade de Belo Horizonte através da sua filial fundada em 1906 - direcionara seus trabalhos científicos para a etiologia de doenças rurais

Merece ser destacada a positividade dessas ações ligadas ao controle das verminoses e à recuperação dos doentes por esse mal acometidos. Se a figura que se sobressaía era a do homem destituído de vigor físico, débil em sua constituição orgânica, ao final o realce era para a recuperação desses mesmos seres, para uma reação positiva que, no limite, se opunha à própria natureza. Tudo isso ancorado num jogo de escolhas, condições materiais e recursos financeiros.

Como se viu, quanto às escolhas, outros doentes mereciam atenção especial por parte do serviço sanitário. As pessoas acometidas pela tuberculose pulmonar, por exemplo, em dado estágio da evolução do seu mal, correspondiam ao estereótipo pelo qual se pautava a inspeção médico-sanitária por aquele serviço instituída. A fadiga e o emagrecimento foram, desde sempre e por excelência, sintomas da tuberculose pulmonar. Diz-se inclusive que esses têm sido os sintomas que em maior número de casos vêm, no decorrer do tempo, motivando as consultas médicas que acarretam a descoberta da enfermidade²⁵.

Todavia, para um serviço sanitário que naquele momento empenhava-se na implementação das ações positivas de recuperação física e social dos doentes, a imagem moribunda dos tuberculosos em fase mais avançada do seu mal, embora expressiva, era pouco significativa. Enquanto fossem predominantes as expectativas de resultados imediatos, que pudessem ser computados, e enquanto não fossem estruturados amplos serviços permanentes de assistência médica, doenças como a tuberculose - que resultava nessas imagens da debilitação, mas que trazia consigo a marca da cronicidade - não seriam objeto de ações específicas, tal como vinha sendo a ancilostomose naqueles anos iniciais da década de 20.

endêmicas com apoio internacional da Fundação Rockefeller. (Benchimol, J., *op. cit.*, 1990, p. 60.)

²⁵ Beeson e Mcdermott, *op. cit.*, v. I, p. 518.

Era dito pela própria Diretoria de Higiene, nos seus relatórios de atividades, que as instituições para atendimento desses males deveriam ter caráter permanente. A respeito disso, compõe o relatório de 1922 um texto apologético dessas instituições onde se sobressai a noção de *saúde pública*, indicando que a concepção das mesmas se fazia sob um outro prisma que não o da erradicação esporádica de doenças²⁷.

E quando, na segunda metade dos anos 20, se instituíssem os chamados serviços de saúde pública em Minas Gerais, se abandonaria também esse discurso em defesa da eugenia que vem sendo mencionado. Isso não significaria, porém, uma total rejeição do pensamento racial. Antes pelo contrário, entre um discurso e outro as explicações raciais das doenças e, em especial, da tuberculose continuariam a ser aventadas no decorrer do período que aqui se toma para análise. A ocorrência dessas ressonâncias, ainda que pouco pontual, demonstraria a perpetuação do pensamento racial no imaginário da doença.

²⁷ *Relatorio da Directoria de Hygiene ...*, op. cit., 1922, p. 5.

Capítulo 2

O UNIVERSO SANATORIAL

1

O ASSÉDIO À CIDADE SALUBRE

Do que se disse a respeito da tuberculose na cidade de Belo Horizonte no decorrer da segunda década desse século, pode-se concluir que, apesar dos dados oficiais terem apontado um alto coeficiente de mortalidade por tuberculose, eram raras as alusões que punham à vista os fatos referentes à doença nesse período¹.

Na década de 20 essa realidade - ou seja, a realidade dita pelos próprios índices oficiais - manteve-se inalterada. A tuberculose subsistia no quadro dos males que mais óbitos causavam - fossem eles infecciosos ou não - e, no registro de mortes por doenças transmissíveis, era de longe a causa principal. Mostravam os números que, em Belo Horizonte, no ano de 1920, o total de mortes por tuberculose foi equivalente à soma dos óbitos ocasionados pelas outras moléstias transmissíveis². E, conforme indicação

¹ Nos anos que antecederam ao início desse período não havia sido instituído ainda o serviço de estatística da Diretoria de Higiene do Estado. Daí tomar-se como marco o ano de 1910 na avaliação dos índices de mortalidade por tuberculose na cidade.

² *Anuario de estatística...*, *op. cit.*, 1920, p. 22.

das mesmas fontes, depois dessa data, com o crescimento da população da cidade, a situação agravou-se ano após ano³.

Porém, naquele tempo, ou, mais exatamente, a partir de meados da década de 20, viu-se transformar a percepção da tuberculose na cidade de Belo Horizonte. Para a instância denominada dali por diante *saúde pública*, o problema da tuberculose ganhava contornos precisos nas avaliações dos números da doença. No âmbito da clínica particular, instituições especialmente dedicadas ao atendimento de tuberculosos tiveram sua fundação nesse período. Os periódicos de circulação local passaram a referir-se à doença em suas matérias. Enfim, todo um conjunto de instâncias e instituições, de saberes e práticas, começava considerar, como objeto de suas ações e de seus discursos, uma doença que figurara até então, quase que tão somente, na realidade estática dos números, não obstante todo sofrimento e transtorno que possivelmente tenha gerado.

É de 1927 o primeiro relatório da recém-instituída *Directoria de Saude Publica do Estado de Minas Geraes*. Consta desse relatório referência explícita à tuberculose em trecho especialmente dedicado à análise da incidência da doença em Belo Horizonte. O que diz o texto relativamente ao ano de 1926 assemelha-se àquilo que já indicavam os números da doença referentes aos anos anteriores: "De todas as doenças transmissíveis, a tuberculose foi a que determinou maior número de vítimas, matando, só ela, mais que todas as outras infecções reunidas".⁴

Enunciado dessa forma, o problema era não apenas revelado, mas assumido como uma questão para a saúde pública. De agora em diante a esfera pública se abria à experiência da doença, indagando a causa

³ De 1920 a 1925, quando a população sai da casa dos 50 mil atingindo a soma de 82.986 habitantes, a taxa de mortalidade por tuberculose passa de 218 para 227 por 100 mil habitantes. (*Anuario de estatistica...*, *op. cit.*, 1920 e 25.)

Não se pode deixar de dizer que esse coeficiente de mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte era o mesmo já alcançado por algumas das grandes cidades européias da época. (Grellet e Kruse, *Histoires de la tuberculose*, Paris, Ramsay, 1983, p. 72.)

⁴ *Relatorio da Directoria de Saude Publica do Estado de Minas Geraes*, BH, Imprensa Official, 1927, p. 18.

daqueles números - 220 falecimentos naquele ano - exibidos sem dissimulação.

Era notória nessa época a tentativa de rompimento com as práticas sanitárias de um passado recente. A começar pela modificação das denominações - passando a *Directoria de Hygiene* a ser reconhecida como *Directoria de Saude Publica do Estado de Minas Geraes* -, uma reorganização geral dos serviços de saúde prestados pelos órgãos oficiais estava sendo proposta⁵. Para Belo Horizonte, previa-se a construção do Centro de Saúde Modelo da Capital, no qual uma seção especial seria dedicada à tuberculose. Isso representava o delineamento de um primeiro projeto público de assistência médica aos tuberculosos e de profilaxia da doença⁶.

Contudo, ainda no tocante à tuberculose, maior entusiasmo demonstrava a diretoria com a construção de dois grandes sanatórios na cidade de Belo Horizonte. Os sanatórios eram vistos como "alojamentos com acomodações confortáveis", onde os tuberculosos teriam a seu dispor "todos os recursos terapêuticos que a ciência preconiza". Sua fundação, tal como se supunha, faria da iniciativa particular "auxiliar do governo na sua função primordial de prestar assistência aos tuberculosos"⁷.

⁵ Sobre essa reorganização dos serviços de saúde ver *Lei nº 961 de 10 de setembro de 1927 apud Van Stralen, C. J., O sistema regional de saúde no norte de Minas*, dissertação - DCP-UFMG, 1985, p. 17.

Essa reforma institucional que estava por ser implementada em Minas Gerais acompanhava de perto a reestruturação dos serviços de saúde pública de outros estados. No estado de São Paulo, por exemplo, o movimento de ampliação dos serviços sanitários, de implantação de programas de profilaxia geral e específica e de organização dos serviços permanentes culminou com a reforma de 1925 que criou a Inspeção de Educação Sanitária, os Centros de Saúde e a Inspeção de Higiene dos Municípios. (Lyda, M., *Cem anos de Saúde Pública*, SP, Unesp, 1994, p. 51-2.)

⁶ *Relatorio da Directoria de Saude Publica...*, *op. cit.*, 1927, anexo: organograma da *Directoria de Saude Publica*.

⁷ *Relatorio da Directoria de Saude Publica...*, *op. cit.*, 1927, p. 18.

Além desses sanatórios, o relatório de atividades dessa mesma diretoria referente ao ano de 1928 faz também menção à "Casa de Saúde Cavalcanti" elogiando-a pelas mesmas razões. (*Relatorio da Directoria de Saude Publica do Estado de Minas Geraes*, BH, Imprensa Oficial, 1928, p. 33.)

O maior elogio que se fazia a esses estabelecimentos, porém, não se referia à sua qualidade arquitetônica e nem mesmo à eficácia dos seus equipamentos terapêuticos. Apesar da importância dada a sua especialidade de centro de assistência médica aos tuberculosos, o que neles se via de mais louvável era sua provável contribuição para a preservação da saúde coletiva. Na "grande cruzada" contra aquela que estava sendo considerada "a maior das nossas epidemias", era imprescindível a remoção dos doentes eliminadores de bacilos dos hotéis e pensões da cidade⁸.

Entendia-se mesmo que o mais inquietante problema social ligado à tuberculose em Belo Horizonte era "o grande afluxo de fímatosos, provenientes de todos os pontos do país", que, não tendo como se alojar em lugares adequados à sua condição de doente, hospedavam-se em hotéis e casas de pensão, acarretando sérios prejuízos à população da cidade. A falta de imóveis privados e a conseqüente instalação de um grande número das chamadas "casas de habitação coletiva" em Belo Horizonte - atribuída a um descompasso entre o crescimento vegetativo e imigratório da população e a edificação urbana - levava os doentes, na opinião daquela diretoria, a recorrerem a esses alojamentos, colocando em risco a saúde coletiva da cidade⁹.

A Diretoria de Saúde Pública, reconhecendo gravidade nessa situação, via-se então obrigada a "assistir com favores especiais" aos sanatórios que seriam brevemente inaugurados. Esse auxílio às instituições sanatoriais da capital, somado ao projeto de ampliação dos serviços públicos de saúde, compunha um plano de ação de controle da tuberculose em todo o estado de Minas Gerais. Profilaxia e terapêutica conjugariam-se num esforço inédito de enfrentamento desse mal. E, das duas instâncias, os

⁸ *Relatório da Diretoria de Saúde Pública...*, op. cit., 1927, p. 18.

⁹ *Id.*, *ib.*.

sanatórios, que já estavam para ser inaugurados, possibilitariam mais imediatamente a efetivação dessas medidas.

Todavia, no momento em que aquela diretoria estreava uma apreensão da tuberculose como um real problema de saúde pública, as soluções apresentadas faziam ecoar ainda os princípios relativos a uma prática que se propunha superar. “Campanhas de defesa sanitária” e “expurgo de indivíduos bacilíferos”¹⁰ eram propostas que ainda faziam suas aparições numa apreciação que se pretendia renovada. O destaque que mereceu o sanatório como local de isolamento de doentes¹¹ atesta também a presença de noções de uma prática sanitária que visava antes de tudo a depuração irrestrita do ambiente¹².

Na visão da Diretoria de Saúde Pública, se os sanatório se prestassem de fato à segregação dos tuberculosos do convívio social, estaria resolvido aquele grave problema ligado às inúmeras possibilidades de contágio que se geravam com os infectantes andando à solta por Belo Horizonte. Alojjar convenientemente os doentes que para a cidade afluíam significava livrar sua população de um intenso contato com a tuberculose.

Ora, que grande desventura reservara o destino aos habitantes desta cidade instalada em local que reunia condições muito propícias à sua saúde! Assim se manifestava a Diretoria de Saúde Pública, já na década de 30:

A Capital de Minas pela fama de seu prodigioso clima, precisa ser defendida, pois a despeito de sua condição privilegiada ela se transformará

¹⁰ *Relatorio da Directoria de Saude Publica...*, op. cit., 1928, p. 33.

¹¹ *Relatorio da Directoria de Saude Publica...*, op. cit., 1928, p. 4.

¹² Até o início da década de 30 continuariam os relatórios oficiais a realçar a importância dos sanatórios como locais de isolamento de doentes. Nos anos posteriores, os sanatórios passariam a ser mencionados como centros de tratamento num reconhecimento que fazia sobressair, a outras funções, sua especificidade de local de assistência médica. Mais adiante, os sanatórios serão postos em evidência numa análise mais demorada das expectativas que despertaram nos doentes e das funções que assumiram nos anos que permaneceram em atividade. Por ora, importa destacar o papel que a Diretoria de Saúde Pública atribuía então à instituição sanatorial.

num grande sanatório se não for executado um plano eficiente de combate, para o qual serão evidentemente necessários recursos especiais.¹³

A este pronunciamento seguia, no mesmo relatório, a descrição das atividades da diretoria nos anos de 1930 e 1931, incluindo as ações voltadas para a tuberculose como notificações de casos, visitas de enfermeiras a domicílios de doentes e matrícula de outros no centro de saúde da cidade, que naquela ocasião já se encontrava em funcionamento¹⁴.

Talvez pudesse a diretoria, na posse desses dados, inferir, ao menos quanto ao uso daqueles serviços, a proporção do número de doentes forasteiros comparativamente aos que habitavam na cidade. Contudo, não consta desse relatório nenhuma conclusão acerca da grande concorrência que tanto se menciona.

Menos condições ainda teria a Diretoria de Saúde Pública de precisar, nos anos anteriores - isto é, ainda nos anos 20 - o número de tuberculosos que, no seu entender, recorriam ao suposto benéfico clima da cidade em busca de um pronto restabelecimento. Ou seja, antes da organização de um aparelho mínimo de pesquisa de casos, seria impossível a localização e identificação de doentes que, estando na cidade, não pertenciam à comunidade belo-horizontina. Antes dos anos 30, portanto, não estavam disponíveis os coeficientes da doença que pudessem sustentar a afirmação presente nos relatórios oficiais que fazia crer que a alta incidência da tuberculose em Belo Horizonte se devia ao afluxo de doentes de outras localidades.

Da mesma forma, nenhum dado poderia comprovar os esclarecimentos dados às altas taxas de mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte. Das 220 mortes por tuberculose em 1926, dizia a Diretoria

¹³ *Relatorio da Diretoria de Saude Publica de Estado de Minas Gerais - 1930 e 1931*, Belo Horizonte, Imprensa Oficial de Minas Gerais, p. 11.

¹⁴ *Id.*, p. 187-89.

de Saúde Pública que, em sua grande maioria, esses óbitos foram de indivíduos que vieram para a cidade já em fase avançada da sua “bacilose”, quando “as condições climáticas locais, sobejamente conhecidas como benéficas, nada mais puderam fazer para despertar as reações defensivas do organismo”¹⁵.

Em suma, na década de 20, a tuberculose e a morte dela decorrente são reveladas publicamente e na extensão da sua gravidade para além dos coeficientes e obituários. Nessa época, referindo-se a Belo Horizonte, a Diretoria de Saúde Pública passa a qualificar como alta a incidência da tuberculose e como numerosos os casos seguidos de morte. Essa nova percepção, fazendo-se acompanhar de uma justificativa que imputava a uma suposta imigração de enfermos a forte presença da doença na cidade, suscitou uma singular reação de tentativa de controle da situação por parte daquela diretoria. Se a grande questão passava a ser a circulação de tuberculosos forasteiros na cidade, bastaria apartá-los da convivência com os habitantes do lugar. Os sanatórios - já com inauguração prevista - deveriam então ser especialmente favorecidos, pois representavam a possibilidade de fazer frente ao perigo anunciado.

A certeza desta ameaça dispensava os números comprobatórios desse afluxo terapêutico. Tão firmemente convicta estava aquela diretoria de que Belo Horizonte, com seu clima muito propício à cura da tuberculose, se convertia num refúgio para os tuberculosos, que, sem dispor de dados numéricos, assegurava que essa imigração representava um grave problema de saúde coletiva para seus habitantes. A instância que se aprestara, num primeiro momento, à avaliação dos coeficientes da tuberculose, formulava para os preocupantes índices da doença na cidade uma justificativa independente da realidade dita pelos números.

¹⁵ *Relatorio da Directoria de Saude Publica...*, op. cit., 1927, p. 18.

Ditada pela imagem da cidade salubre a explicação que assim se construía para a tuberculose, além de tornar legítima a opção de favorecimento dos sanatórios em construção, permitia a Belo Horizonte seguir sendo apreciada pela excelência de suas condições climáticas, não obstante a notícia da sucessão de mortes ocasionada por aquele mal. Nada se oporia portanto à propagação da boa fama do clima do lugar. E, mesmo considerando que esta reputação implicava numa ameaça para a população sadia, multiplicando os riscos do contágio, a Diretoria de Saúde Pública não deixou de difundir sua opinião sobre os benefícios que as propriedades climáticas da cidade acarretavam especialmente aos que sofriam de males do pulmão.

O naturismo que subjaz a toda essa problemática da tuberculose no final da década de 20 - quanto a recém-criada Diretoria de Saúde Pública expunha a gravidade dos fatos referentes à doença e se apresentava como responsável pela sua prevenção e controle -, ajudaria também a compor outras explicações da doença - e das terapêuticas para combatê-la - que, por sua vez, só fariam reforçar a imagem da cidade salubre desde sempre associada à Belo Horizonte e que, naquela época, parecia não haver quem estivesse disposto a refutar, menos ainda os médicos da cidade.

OS NOVOS TEMPOS E OS VELHOS BONS ARES

Remota é a crença de que existem regiões onde as condições de temperatura, a direção dos ventos ou a qualidade do ar são favoráveis à restituição ou à manutenção da saúde. Dos preceitos da medicina hipocrática já advinha a valorização da relação do ser humano com o meio físico no desencadeamento das doenças e na preservação da saúde. A variação das condições meteorológicas, Hipócrates atribuía um papel importantíssimo na composição da proporção harmoniosa dos quatro humores constituintes do corpo humano, que resultava num equilíbrio propiciador de saúde¹. Do tratado hipocrático *Águas, ares e lugares* deriva ainda a noção de que a cada região corresponde uma patologia diferente².

Quando a medicina do século XIX definiu terapêuticas a serem aplicadas em regiões de clima propício, estava a seu modo garantindo a sobrevivência do pensamento hipocrático³. Mantinha-se o elogio das

¹ Laplantine, F., *Antropologia da doença*, SP, Martins Fontes, 1991, p. 56.

² Ruffie e Sournia, *op. cit.*, p.181.

³ Sobre a criação das primeiras estâncias terapêuticas climáticas especialmente voltadas para o tratamento da tuberculose pulmonar em meados do século XIX, ver Grellet e Kruse, *op. cit.*, p. 80-1.

qualidades do ar e a noção de que a doença segue inexpugnavelmente seu curso nos meios que sejam favoráveis à sua manifestação.

Antes disso, as classes abastadas européias, confiando no poder regenerador da natureza, já vinham experimentando a "cura de ares" como prescrição médica de caráter preventivo⁴. Por sua vez, o doente do pulmão da primeira metade do século XIX, também por indicação médica, andava errante pela Europa em busca dos lugares privilegiados acreditando nos efeitos curativos do clima⁵. Impelido a continuar viajando rumo às estâncias climáticas, o tuberculoso passa a contar mais tarde com os sanatórios de altitude que lhe proporcionariam novos padrões de comportamento frente à doença. Em 1860 é lançada a moda dos sanatórios alpestres. O primeiro dos estabelecimentos a se valer do clima frio e seco dos Alpes para se dedicar especialmente à cura tuberculose pulmonar é fundado nessa data em Davos, na Suíça.

Tornado estabelecimento típico, o sanatório de altitude instituiu-se como um modelo diverso da estância climática para assumir mais e mais sua função de centro de tratamento. Da aplicação do regime de superalimentação e repouso ao emprego do pneumotórax e da cirurgia torácica, o sanatório ampliou desde sempre suas funções terapêuticas, apropriando-se dos aparelhos da tecnologia médica e fazendo-se a si mesmo lugar de experimentação de novos métodos de cura.

Para doentes abastados de várias partes do mundo, o sanatório de altitude e todo o complexo médico-terapêutico que junto a ele se podia dispor, tornara-se um eficaz expediente para por fim ao seu sofrimento. Nos anos subsequentes à fundação do primeiro estabelecimento, seguiram refugiando-se na região alpina, entre doentes de outras nacionalidades,

⁴ Corbin, A., *op. cit.*, 1987, p. 106.

Mais precisamente, Corbin refere-se à emergente moda da montanha que, antes dos preceitos higienistas do século XIX, já mobilizava os franceses ricos em fins do século XVIII.

⁵ Guillaume, P., *op. cit.*, p. 65-7.

franceses, ingleses e alemães para fugirem dos úmidos climas marítimos, das atmosferas das fábricas ou para combater a predisposição mórbida contraída nas distantes colônias⁶.

O clima, fator determinante na instalação de sanatórios em altitudes elevadas, não deixaria de motivar essa movimentação de doentes, até que viesse a preponderar a terapêutica por antibióticos. E mesmo os médicos que, depois do isolamento do bacilo de Koch, passaram a recorrer a estratégias de erradicação do mal pela perseguição ao inimigo já identificado, continuaram a valorizar a ação terapêutica do clima. Imediatamente após o reconhecimento do agente patogênico, quando se poderia supor que a euforia da descoberta desse origem a uma rejeição das concepções mais dinâmicas da doença e das terapêuticas daí advindas, esclarecimentos “científicos” compareciam para explicar a influência dos fatores naturais na evolução da tuberculose.

Da grande obra de referência da medicina francesa do final do século XIX, *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, no capítulo sobre a “tísica pulmonar”, destacam-se argumentos que justificam as escolhas dos climas de montanha procurando decifrar as reações do organismo submetido a tais circunstâncias⁷. Diz o texto que a baixa pressão atmosférica, característica das regiões montanhosas, contribuiria para o bom funcionamento geral do organismo e do pulmão em especial. A altitude pode acarretar ainda uma alteração da circulação sangüínea, evidenciada por um afluxo de sangue aos vasos periféricos que “mantém as vísceras em um estado de anemia relativa (...) do qual participam os pulmões e outros órgãos profundos”. Desobstruídos os pulmões e tornada desimpedida a circulação pulmonar a contenção das hemoptises sobreviria como um benefício adicional⁸.

⁶ Grellet e Kruse, *op. cit.*, p. 80-1.

⁷ Grancher, J. e Hutinel V., “Phtisie pulmonaire”, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1887, *apud* Guillaume, P., *op. cit.*, p. 223.

⁸ *Id.*, *ib.*.

Essas citações que se apresentam em defesa das potencialidades de cura do clima de montanha são transcritas por Pierre Guillaume em extenso trabalho por meio do qual oferece uma visão panorâmica da história da tuberculose nos séculos XIX e XX. Ao mencioná-las, Guillaume adverte que apesar de se apresentarem como resultado de uma investigação fisiológica atualizada, essas asserções se fundavam sobre princípios que faziam reviver a teoria da inflamação do início do século XIX e seus prolongamentos terapêuticos.

Segundo a teoria da inflamação, sintetizada pelo médico francês Broussais (1772-1838)⁹, a doença é a consequência de uma falta ou excesso de excitação que é o fato primordial que confere vida ao homem agindo sobre seus órgãos¹⁰. A irritação é a excitação desviada do estado normal que causa aos órgãos astenia ou hiperatividade. O excesso - muito mais responsável pelos males do que a falta - faz o órgão superexcitado padecer de uma inflamação. Reconduzir o órgão sofredor ao seu estado normal era função da sangria. Imposta como indicação terapêutica, a sangria suprimiria os efeitos da superexcitação nos órgãos por uma ação de correção por diminuição¹¹.

Já em fins do século XIX ninguém pensaria em fazer voltar à cena o médico - ou, muito menos, a figura ainda mais antiga do cirurgião - munido de sua lanceta que, em seu tempo, Broussais reabilitara. Sangrar doentes era uma prática em desuso na virada do século¹². Não obstante, *noções de obstrução dos órgãos, de ingurgitamento e de congestão* que conduziam

⁹ A respeito da formação e da experiência médica de Broussais, ver Foucault, *O nascimento da clínica*, RJ, Forense-Universitária, 1987, p. 212.

¹⁰ Canguilhem, G., *O normal e o patológico*, Forense-Universitária, 1990, p. 33-4.

¹¹ *Id.*, p. 34-6.

¹² Sobre a sangria como prática terapêutica da medicina ocidental, ver Lebigre, "Sangrar e purgar!", in Le Goff, *As doenças têm história*, Lisboa, Terramar, s/d, p. 277-86. Nesse texto a autora se remete a uma antiga tradição para justificar a permanência da prática da sangria ao longo da história da medicina ocidental, especialmente da medicina francesa. Na origem, fundando a tradição, estaria Galeno, que seguindo as concepções de Hipócrates, elaboraria a teoria da qual derivaria a prática da purificação dos humores pela sangria.

àquela prática estavam sendo apropriadas por uma leitura da doença e do corpo doente que se mostrava renovada na forma, por se apoiar em argumentos fisiológicos, mas tradicional nos seus fundamentos.

Naquela mesma época, outros cálculos fisiológicos estavam sendo empregados na apreciação dos climas das localidades passíveis de se converterem na nova capital do estado de Minas Gerais. Aqueles, a quem fora dada a incumbência de escolher o local para onde se transferiria a capital, apresentaram argumentos em defesa dos climas de algumas das regiões avaliadas recorrendo também - e à seu modo - à uma explicação fisiológica. Supunha-se como certa, principalmente nas regiões de altitude mais elevada, a manifestação daquela força reparadora da natureza, que tão prontamente atuava sobre o organismo humano, imprimindo novo ritmo aos seus processos vitais. Das condições meteorológicas mais salutares eram destacadas a ventilação espontânea e regular, as baixas temperaturas e a secura do ar que poderiam ocasionar aumento do apetite, melhoras no processo digestivo, intensificação da oxigenação dos pulmões pela facilitação do trabalho da hematose, além de proporcionar imunidade contra as moléstias infecciosas¹³.

Da mesma forma que nos exemplos anteriormente citados, acreditava-se que o pulmão pudesse se beneficiar especialmente dos favores da natureza. Porém, nessa outra concepção, o acento recai sobre o potencial de profilaxia das condições climáticas. Corpos robustos e funções ativadas, são as condições orgânicas ideais para o enfrentamento das moléstias infecciosas. A lógica que se pretende instaurar na busca do controle da doença infecciosa lembra a metáfora do combate freqüentemente evocada. De um lado a doença que, segundo uma perspectiva ontológica, é apresentada como um mal a ser exterminado por ações antagônicas praticadas por quem se situe do outro lado. E, decerto, o

¹³ *Relatorio da comissão de estudos, op. cit., p. 18 e 86 (anexo F).*

organismo imune às moléstias infecciosas - tido como um organismo vigoroso - teria primazia nessa luta.

No que se refere ao controle de moléstias infecciosas, o esquema explicativo apresentado no exemplo acima evidencia que, sob um certo olhar, os mecanismos de enfrentamento desses males podem se reduzir a ações profiláticas ou terapêuticas logicamente simplificadas. Dessas concepções, apreende-se que o clima pode exercer influência direta sobre os seres vivos, conferindo-lhes, de uma forma imediata, disposição para luta contra a doença.

Evidentemente, não se quis encontrar nessa passagem extraída do *Relatório da Comissão de Estudos* uma teoria da influência exercida por fatores naturais na produção e ocorrência da doença, nem sequer uma informação específica sobre a tuberculose pulmonar em sua relação com fatores extrínsecos ao organismo doente. O texto citado pode ser visto como um exemplo de uma forma de abordagem do tema em que não requer que se mencione os órgãos doentes ou os mecanismos fisiopatológicos da doença.

Mais tarde, já no decorrer da década de 30, ao se proporem analisar especialmente a marcha da tuberculose pulmonar sob os efeitos da climatoterapia, outros textos - mesmo que por meio de uma lógica deficiente e ainda sem se constituírem em teorias da ação do clima sobre o organismo - apresentaram uma análise mais complexa recorrendo a argumentos que, na sua essência, lembravam aquele saber tradicional que se repercutia em fins do século XIX.

Antes porém que a climatoterapia se instituísse para os clínicos atuantes em Belo Horizonte como uma das terapêuticas da tuberculose pulmonar e a respeito dela fossem elaborados textos médicos destinados tanto a leigos como a especialistas, diferentes vozes já haviam expressado seu elogio ao clima da cidade, mencionando inclusive suas potencialidades terapêuticas. Dos médicos da cidade, Cícero Ferreira dá início a essa

corrente. Seu pronunciamento vale, todavia, não apenas pelo seu caráter inaugural, mas também pela exposição de noções que viriam compor, nos anos 20 e num contexto internacional, teorias sobre os benefícios e sobre a aplicação terapêutica da luz solar, denominada helioterapia¹⁴.

O médico Cícero Ferreira é aquele que compõe o primeiro grupo de doentes que acreditou poder tirar proveito das condições climáticas de Belo Horizonte. Como membro da Comissão Construtora da Nova Capital, encarregado do posto de observações meteorológicas, expôs também os rudimentos de uma teoria a respeito da ação do meio sobre o organismo humano¹⁵.

Entusiasta frente aos assuntos de higiene e salubridade da região, Cícero Ferreira realçava entre os aspectos da topografia aqueles que possibilitavam se manter seca, fria e, sobretudo, límpida a atmosfera. Situada em região montanhosa, nem por isso se encontrava Belo Horizonte privada de luminosidade. Dizia Cícero Ferreira que, ao contrário disso, a cidade era intensamente banhada pela luz do sol, o que proporcionava aos habitantes do lugar, além de belíssimos espetáculos naturais, temperados por um clima ameno e agradável, ótimas condições de saúde. Incidindo sobre o organismo, a luz solar agia ocasionando-lhe “mais robustez, formas

¹⁴ Em seu ensaio sobre o Urbanismo, Choay refere-se à importância que adquiriu a cultura do corpo e a helioterapia nos anos que se seguiram à Primeira Guerra Mundial. Naquela época, a questão da iluminação solar das edificações vinha sendo problematizada não só no âmbito médico - como atesta o comunicado ao congresso de higiene de 1921 do Instituto Pasteur, citado pela autora - como por uma certa categoria de urbanistas que, obcecados pela idéia de saúde e higiene, buscavam fazer explodir os antigos espaços fechados. (Choay, F., *O Urbanismo*, SP, Perspectiva, 1979, p. 21.)

¹⁵ Ferreira, C., *op. cit.*, p. 18 - 22.

Cícero Ferreira escreveu esse artigo, que foi publicado na *Revista Geral dos Trabalhos*, no ano de 1894, antes de vir a assumir a função de médico junto à Comissão Construtora. Naquela oportunidade, sua intenção era a de fornecer subsídios para ações que garantissem a salubridade local, verificando - segundo suas próprias palavras - as medidas profiláticas a serem adotadas no tocante aos solos, ao ar e às águas. Convocado para se manifestar antes como um técnico do que como um clínico, Cícero Ferreira não se eximiu contudo de avaliar as condições climáticas de Belo Horizonte, elaborando a seu modo explicações mesológicas para os fenômenos que observava.

mais harmônicas, mais vigor”¹⁶. Ainda segundo sua opinião, era na insalubridade dos “países ribeirinhos e brumosos” em contraposição à “transparência do ar” e à “claridade vívida e benéfica dos dias iluminados”, que se encontrava a justificativa para uma “predominância das afecções escrofulosas e raquíticas”¹⁷.

Cícero Ferreira - ele próprio julgando-se acometido por enfermidade que lhe afetava os pulmões e esperando que o clima da região o favorecesse - interessou-se em considerar, antes, as virtudes preventivas do clima, no lugar de apreciar seu modo de ação terapêutica sobre o organismo. Nesse artigo, publicado em obra de divulgação dos trabalhos da Comissão Construtora, convinha manter em evidência os aspectos gerais de salubridade da localidade - entre esses o clima benéfico - de modo a contribuir para a publicidade do empreendimento.

Posteriormente, outros pareceres viriam se juntar às opiniões correntes sobre o clima de Belo Horizonte que desde sempre se anunciaram em seu louvor. Entre os mais entusiasmados, destacava-se o de Alberto Cavalcanti. Médico fisiologista e um dos pioneiros da especialidade na cidade¹⁸, Alberto Cavalcanti nunca cessou de preconizar a climatoterapia para os casos de tuberculose e de defender com obstinação a superioridade do clima de Belo Horizonte. Em publicação designada “livro de vulgarização científica”, destinada tanto à educação profilática, como à orientação dos tuberculosos e familiares, recomenda, nos capítulos em que discorre exclusivamente sobre o assunto, o clima de montanha para uma pronta e

¹⁶ Ferreira, C., *op. cit.*, p. 21.

¹⁷ *Id.*, *ib.*.

¹⁸ Alberto Cavalcanti especializou-se em fisiologia na Alemanha após tratamento e cura de uma tuberculose pulmonar em instituição sanatorial da região dos Alpes. Mudou-se para Belo Horizonte em 1925, após deixar a direção do Sanatório de Palmira (atual cidade de Santos-Dumont), o mais antigo na especialidade em Minas Gerais. Fundou anos mais tarde o sanatório que veio a se denominar *Minas Gerais*. Dedicou-se sempre à fisiologia, residindo e trabalhando nessa cidade até a sua morte, em 1951. (Antunes, M. P. e outros, “Hospital Alberto Cavalcanti nasceu com pioneirismo de um pernambucano”, in *Boletim dos centros de estudos - INAMPS/MG*, BH, n. 9 e 10, ano II, p. 48-9, 1980.)

segura recuperação dos enfermos¹⁹. Na verdade, é a própria cidade de Belo Horizonte que se prescreve; cidade montanhosa, de altitude média, onde predominam condições bastante favoráveis ao restabelecimento dos tuberculosos. Seu clima seco, de temperatura uniforme e, sobretudo, pouco sujeito a variações foi dado não apenas como superior ao de Campos do Jordão, mas como um dos melhores do mundo²⁰.

Em meio à qualificação do clima da cidade e à enumeração de todas as peculiaridades que o tornavam altamente recomendável para aqueles acometidos pela tuberculose, Alberto Cavalcanti apresentava também uma justificativa biomédica que concorria para corroborar suas indicações terapêuticas. Segundo sua opinião, a atmosfera estável de Belo Horizonte atuava sobre o organismo doente no sentido de impedir os estados congestivos do pulmão que tinham a hemoptise²¹ como consequência imediata. Nesta mesma linha de raciocínio, as regiões sujeitas a “variações atmosféricas” e a “mudanças barométricas bruscas e rápidas” seriam contra-indicadas²². Alberto Cavalcanti via nessas alterações climáticas repentinas situações de risco para os tuberculosos: além de produzirem estados emocionais indesejados, como aumento de sensibilidade e nervosismo, poderiam ser motivo de perturbações fisiológicas, como

¹⁹ Cavalcanti, A., “O tratamento helioterápico”; “É o tratamento na montanha mais eficaz que o feito na planície?”; “As mudanças atmosféricas e os tuberculosos”, in *Como evitar e curar a tuberculose*, BH, Gráfica Santa Maria, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 89-91; 146-49; 183-85 (respectivamente).

²⁰ No contexto nacional, maior elogio não poderia ser feito ao clima de Belo Horizonte, uma vez que Campos do Jordão, localizava-se numa região de clima reputado como dos mais propícios à cura da tuberculose pulmonar. Nas palavras do fisiologista Raphael de Paula Souza - primeiro superintendente da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, CNCT -, a cidade e suas redondezas recebeu, entre 1929 e 1933, grande contingente de doentes, que se alojavam em pensões e recebiam orientação médica, e de indigentes, geralmente enviados por delegados de polícia do interior de São Paulo. (Depoimento de Paula e Souza *apud* Barreira, I. A., *A enfermeira ananêri no “país do futuro”*, dissertação - UFRJ, 1992, p. 34.)

²¹ Hemoptise: “é a eliminação, pela boca, de sangue procedente da traquéia, brônquios e pulmões (...). Na clínica, o termo hemoptise está reservado para a eliminação de sangue em forma de golfadas, sangue puro. Se se trata de escarros contendo estrias de sangue, ou se são francamente sangüíneos, a designação é de escarro sangüíneo.” expectoração sangüínea ou sanguinolenta”. (Feldman, J., *Curso de pneumologia*, BH, Coop. Edit. de Cultura Médica, 1969.)

²² Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 183.

aumento da frequência respiratória e conseqüente irritação da pleura²³. Em suma, o que certas circunstâncias climáticas poderiam coibir era o que muito se temia, ou seja, a ocorrência da congestão pulmonar. E, sem dizer ao certo o que viria a ser esse quadro congestivo, Alberto Cavalcanti afirmava persistentemente a necessidade de evitar a sua instalação.

Se, em livro destinado aos tuberculosos e aos seus familiares, Alberto Cavalcanti se eximia de esclarecer o sentido exato da chamada congestão pulmonar, era decerto por considerar supérfluas tais explicações. Disso, pode-se concluir que os doentes compartilhavam do sentimento de apreensão quanto aos riscos desse acontecimento mórbido. Assim sendo, bastaria exortá-los a submeterem-se a terapêuticas que, de alguma forma, conduzissem o órgão doente ao repouso ou conferissem estabilidade às funções orgânicas e às atividades vitais. Todas as situações ou circunstâncias que levassem os doentes a estados de excitação ou irritação, física ou emocional, seriam enfim desaconselhadas, pelo temor ao incidente patológico ao qual Alberto Cavalcanti se refere apenas como um nome: congestão pulmonar²⁴.

Conquanto Alberto Cavalcanti não fizesse alusão à antigüidade da noção de congestão pulmonar, era nessa configuração tradicional da doença que se fundava seu sistema de cura baseado, entre outros métodos, na climatoterapia²⁵. Remontando-se à imagem do órgão doente, sujeito a sofrer uma congestão em condições atmosféricas adversas, Alberto

²³ *Id.*, p. 183-84.

²⁴ Seu repúdio à helioterapia como tratamento da tuberculose pulmonar fundamenta-se também nessa argumentação. No capítulo intitulado "Tratamento helioterápico", Alberto Cavalcanti é enfático ao apontar os riscos a que se expõem os tuberculosos ao se deixarem ficar ao sol sob pretexto de realizarem a cura de ar. Como exemplo, menciona o caso de um dos seus pacientes que nada apresentara nos pulmões antes do exame que revelou sinais característicos de forte congestão depois de 2 horas de exposição ao sol. (Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949, p. 89-91.)

²⁵ Vale dizer que, quanto a esse assunto, Alberto Cavalcanti não se julgava tributário de nenhuma teoria. Nos seus argumentos elas compareciam apenas para sancionar suas próprias constatações as quais ele afirmava estarem apoiadas num conhecimento empírico adquirido em anos e anos de prática junto aos seus pacientes. (Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949, p. 91 e 184.)

Cavalcanti respalda, baseando-se numa avaliação fisiopatológica, a tão difundida e recorrente idéia do valor terapêutico do clima de Belo Horizonte.

O texto competente vinha dessa forma validar a opinião corrente que, na visão de muitos, motivara desde sempre uma afluência maciça de tuberculosos para a cidade. Naquela época, entretanto, nenhum dado poderia indicar que quantidade de doentes de outras localidades vinha sendo efetivamente atraída pelo clima de Belo Horizonte. Nem mesmo números do tão propalado afluxo de tuberculosos havia. Dando-se porém a voz aos doentes, pode-se contar com alguma informação acerca desse trânsito terapêutico.

Depoimentos consignados em livro do Sanatório Cavalcanti, desde a sua inauguração, em 1927, até o ano de 1931, dão indícios de ter havido, partindo de diferentes localidades, um movimento de doentes em busca de algum tratamento em direção à cidade de Belo Horizonte²⁶. Nesse livro, onde se inscrevem comentários, geralmente elogiosos, sobre aquele estabelecimento, alguns poucos pacientes apuseram às suas anotações o registro de sua procedência. São em número de cinco aqueles que se declaram provenientes dos estados do Rio Grande do Sul, de São Paulo, do Rio de Janeiro e do Espírito Santo²⁷. Após período variável de internação, todos demonstram grande contentamento - seja pelo abrandamento da enfermidade, seja pronto restabelecimento -, profunda gratidão pela diligente acolhida, assim como total anuência ao sistema terapêutico do Dr. Cavalcanti, que, como bem sabem eles, não se limitava à exposição aos bons ares do lugar. Aliás, das virtudes do clima apenas um dos pacientes faz menção. Numa breve referência, que não deixa de indicar a existência de uma busca do clima ideal, ele assim se manifesta: "Apesar de residir em

²⁶ *Sanatório Cavalcanti* (Livro de depoimentos de pacientes e familiares - manuscrito). 1927-31.

²⁷ *Id.*, fl. 8, 14, 16, 17(v.) e 19.

Campos do Jordão, não pude deixar de procurar o clima de Belo Horizonte²⁸.

Permanecendo em Campos de Jordão esse paciente poderia contar não apenas com o clima, muito bem indicado para a sua recuperação, mas também com acompanhamento médico, visto que naquela época a cidade já se destacava como um centro de tratamento da tuberculose pulmonar²⁹. Vindo para Belo Horizonte, não ficou todavia ao desamparo; tendo recursos para custear seu tratamento, internou-se em instituição especializada recebendo por dois meses orientação médica específica. Quanto aos demais, talvez procurassem obter essa mesma dupla vantagem: a de poderem seguir tratamento sob orientação médica em clima favorável à restauração da saúde.

Tuberculose e clima era um assunto que interessava também a profissionais alheios à esfera da medicina. Enquanto Alberto Cavalcanti fazia publicar, para leitura de seus pacientes e do público em geral, uma avaliação dessa questão sob o ponto de vista da fisiologia, outras formas de abordagens davam origem a textos muito confiantes nas potencialidades terapêuticas de determinados climas.

O mais exacerbado era o artigo publicado na *Revista Brasileira de Tuberculose* que, pressupondo ser o clima o "manancial da vida", atribuía enorme importância à influência das condições meteorológicas nos processos de cura de enfermidades³⁰. O articulista cotejava dados sobre a umidade do ar, a temperatura, a insolação, a evaporação e as chuvas de várias cidades do estado de Minas Gerais, esforçando-se por identificar atributos que pudessem caracterizá-las como estações de cura para as duas modalidades da tuberculose pulmonar por ele apontadas - ou seja,

²⁸ *Id.*, fl. 8.

²⁹ Nas palavras de Barreira, Campos do Jordão seguiria sendo o maior centro de tratamento de tuberculose do Brasil até a criação da CNCT - Campanha Nacional Contra a Tuberculose - em 1946. (Barreira, I. A., *op. cit.*, p. 34.)

³⁰ Carone, "Os climas do estado de Minas", *RBT*, RJ, v. V, 1935 e 1936, p. 269-85.

tuberculose “crônica de evolução lenta (tipo sem expectoração)” e “tuberculose exudativa”³¹. Seu objetivo primeiro era compor um texto de referência que orientasse médicos e doentes nas decisões sobre a busca dos climas verdadeiramente terapêuticos. No entanto, tal qual um clínico, ele oferece ainda aconselhamento médico, seja recomendando aos doentes certas estações de cura, seja reprovando suas constantes viagens³².

Na mesma época, a *Revista Minas Médica* publicava um outro artigo que trazia uma apreciação de dados de temperatura e umidade do ar com o propósito de comprovar a superioridade do clima da cidade de Belo Horizonte, comparativamente ao da cidade do Rio de Janeiro, na terapêutica da tuberculose pulmonar³³. Nesse artigo - tal como no exemplo anterior -, o autor - que também não era especialista da área médica³⁴ - não se limitava a apontar as regiões que reunissem condições climáticas exigidas pela clínica médica para a cura da tuberculose. Enunciando suas prescrições, com a certeza própria de um médico, ele afirma que “sem medicamentos, sem regimes, sem cuidados, aparados apenas pelo clima, poderiam os tuberculosos, permanecendo em Belo Horizonte, readquirir a saúde abalada”³⁵.

“Trabalhando, divertindo-se, sem cuidados, como se a moléstia não existisse” poderiam os tuberculosos dar prosseguimento normal à sua vida em Belo Horizonte. E - ainda na visão do articulista - saindo da cidade, principalmente em direção ao Rio de Janeiro, o doente sentiria logo a diferença do clima e voltaria, “geralmente, com aspecto desolador”.³⁶ Desse modo, a quem a cidade desse refúgio, as condições climáticas se imporiam como um cativo. Mesmo depois de curado, estaria o doente, nesse degredo perpétuo, sujeito ao clima que uma vez lhe fora salutar.

³¹ *Id.*, p. 273.

³² *Id.*, p. 279, 280 e 284. (Vale observar que o autor é um bacharel em ciências)

³³ Giovannini, “Tuberculose e clima”, *RMM*, BH, n. 12, ano III, 1936, p. 118-20.

³⁴ O autor era engenheiro e antigo Chefe do Serviço de Meteorologia de Belo Horizonte.

³⁵ *Id.*, p. 120.

³⁶ *Id.*, *ib.*.

Difícil assegurar que essa opinião, que se apresenta tão enfaticamente, se encontrava disseminada ou ainda que, uma vez difundida, aderiram plenamente a ela os doentes. Quanto a isso, qualquer afirmação se acompanharia de alguma hesitação, como relativamente a outros episódios desta história que, por vez, parece se constituir de uma justaposição de interrogações. Mas, por caminhos oblíquos, pode-se ir ao encontro da angústia e da vontade desta personagem que é o homem enfermo. Indiretamente, pode-se perceber que a idéia do exílio climático tivera alguma repercussão entre os tuberculosos.

Evidência disso pode ser encontrada no artigo que, anos mais tarde, Alberto Cavalcanti publicaria na *Revista Brasileira de Medicina* relatando fatos da história da sua enfermidade, do seu processo de cura e da sua prática profissional³⁷. Essa narrativa, apesar de veiculada em revista médica especializada, pode ser lida como um conjunto de preceitos destinados aos tuberculosos para o enfrentamento do seu mal. Sobre a necessidade do paciente curado fixar-se definitivamente em locais de climas especiais, Alberto Cavalcanti apresentou sua opinião crítica ao tentar justificar a escolha de Belo Horizonte como seu local de moradia. Conforme declarou, quando se decidira transferir para a cidade, pensara antes em seus pacientes do que em beneficiar-se a si próprio. Seu estado de saúde, após a cura da tuberculose - que ele considerava incontestável - não requeria cuidados especiais, como exames clínicos específicos para diagnóstico de possíveis recidivas ou, muito menos, uma eterna permanência em regiões de condições climáticas peculiares³⁸.

Assim, já em meados da década de 40, fazia-se ainda necessário aniquilar temores que suscitavam as prescrições médicas da climatoterapia. Contra a idéia do exílio climático, Alberto Cavalcanti replicava que ele próprio, "radicalmente curado" da tuberculose pulmonar, vinha há muitos

³⁷ Cavalcanti, A., "A cura da minha tuberculose". *RBM*, RJ, v. III, 1946, p. 401-05.

³⁸ *Id.*, p. 404.

anos tomando banhos de mar e de sol em Copacabana durante suas férias³⁹. A confissão desse costume de viagens de lazer ao Rio de Janeiro era, por certo, o melhor exemplo de atitude pessoal que ele dispunha para marcar sua oposição às indicações que prescreviam uma mudança definitiva dos tuberculosos para as regiões de climas especiais. Haja vista a reprovação que, em seus textos, sempre mereceram as condições climáticas daquela cidade no confronto com as potencialidades terapêuticas do clima de Belo Horizonte⁴⁰.

Alberto Cavalcanti assim se manifestava por acreditar que, mesmo os doentes em estágios avançados, cujos pulmões já apresentassem lesões em grau elevado, poderiam atingir a cura da tuberculose pulmonar se profissionalmente atendidos e corretamente orientados, sobretudo em estâncias climáticas adequadas⁴¹. E, depois de debelada a doença, tendo o paciente adquirido no decorrer do tratamento bons hábitos dietéticos e higiênicos, eliminadas estariam as possibilidades de recidivas onde quer que estabelecesse sua residência.

Deste modo, a convicção de que era possível a cura da tuberculose associava-se à certeza de que certos climas eram dotados de propriedades terapêuticas. Essa idéia do valor terapêutico do clima, Alberto Cavalcanti empenhava-se em defender com bastante ênfase ainda em fins da década de 40. Naquela época, mesmo depois de encerradas as discussões - que envolveram, em particular, médicos do Rio de Janeiro e de São Paulo - acerca da eficácia da climatoterapia no combate à tuberculose pulmonar, Alberto Cavalcanti publicaria o livro *Belo Horizonte e seu clima* ratificando suas opiniões sobre a influência dos fatores meteorológicos na marcha

³⁹ *Id., ib.*

⁴⁰ A título de exemplo ver Cavalcanti, A., "O clima de Belo Horizonte e a tuberculose", *RMM*, BH, n. 15-16, ano III, 1936, p. 155-64; Cavalcanti, A., "Montanha e tratamento da tuberculose", *RMM*, BH, n. 28, ano V, 1938, p. 143.

⁴¹ Sobre sua crença quase incondicional na possibilidade de cura de seus pacientes, em especial daqueles que se tratavam nos autênticos climas de montanha ver Cavalcanti, A., "É curável a tuberculose?" in *Como evitar e curar a tuberculose*, *op. cit.*, p. 67-9.

dessa enfermidade e no seu tratamento e sobre as características singulares do clima da região belo-horizontina⁴².

Dentre os médicos atuantes noutras regiões do país, especialmente na década de 30 deste século, ouvia-se também louvor às virtudes do meio físico. Contudo, longe de representar a unanimidade, a opinião daqueles que, naquele tempo, se pronunciavam favoravelmente a respeito da influência decisiva do clima sobre o funcionamento dos corpos se tornara objeto de controvérsia. E, pelo menos entre os tisiologistas, a polêmica tomara ares de uma verdadeira contenda, instaurada nas páginas das revistas especializadas editadas no Rio de Janeiro e em São Paulo⁴³.

Época da incorporação definitiva da tuberculose à saúde pública no Brasil e, conseqüentemente, da implantação do atendimento terapêutico em dispensários - que forneciam aos doentes possibilidades de tratamento fora do circuito dos sanatórios - a década de 30 fora também época da adoção da abreugrafia como o mais abalizado método para a detecção de casos nos centros urbanos⁴⁴. Nesse contexto os médicos manifestariam-se muito positivamente. Imbuídos numa atmosfera de confiança, alguns tisiologistas passaram a se considerar bem aparelhados para a promoção de um efetivo combate à doença. A "corrida armamentista" a ser patrocinada pela saúde pública demandaria, na sua opinião, uma reorientação de esforços no sentido de privilegiar a "iniciativa da ofensiva" na luta contra a tuberculose⁴⁵.

Na economia discursiva a estratégia do combate tomou a forma de uma polêmica em torno de alternativas distintas de profilaxia e terapêutica. Os médicos que se batiam por uma atuação mais positiva - o que na prática implicaria numa ampla medicalização da sociedade através da pesquisa dos casos inaparentes e da extensão do tratamento àqueles que antes eram

⁴² Cavalcanti., A. *Belo Horizonte e seu clima*, BH, Santa Maria, 1948.

⁴³ Respectivamente, *Revista Brasileira de Tuberculose e Revista Paulista de Tisiologia*.

⁴⁴ Lyda, M., *op. cit.*, p. 73-4; Barreira, I. A., *op. cit.*, p. 57.

⁴⁵ Fernandes, R., "Editorial - Campanha contra a tuberculose no Distrito Federal", *RBT*, RJ, v. VI, p. 520, 1936 e 1937.

tidos como sãos - faziam valer seus argumentos condenando o empirismo e qualificando de ineficazes práticas tradicionais como a climatoterapia e de ultrapassadas teorias profiláticas que pregavam o isolamento dos doentes em sanatórios como forma de conter o contágio da tuberculose. Para tanto recorriam a opiniões de especialistas de todo o mundo e de dados que comprovavam que a tuberculose era uma doença que podia ser tratada e curada em quaisquer condições climáticas se diagnosticada em tempo hábil⁴⁶.

Do outro lado, defendiam suas teorias aqueles que ainda atribuíam qualidades terapêuticas ao clima. O médico Clemente Ferreira foi dos que se esforçaram por evidenciá-las. Lançou mão de vários estudos na defesa de noções que apregoavam a influência os fatores meteorológicos sobre as funções orgânicas e a evolução das doenças. E, sob a luz do que considerava uma precisa classificação dos climas específicos - "isto é, eletivamente curativos" - empenhou-se na consolidação da climatologia médica e da antropoclimatologia em "crenças científicas mais solidamente fundamentadas"⁴⁷. Para salvaguardar seus argumentos e conferir a eles a credibilidade que o debate médico do momento requeria, Clemente Ferreira deveria resguardar-se de opiniões infundadas ou atestatórias do empirismo então veementemente combatido. Nesse sentido, sua explanação, ainda que pouco convincente, apresentava-se conforme as exigências da contenda.

Enfim, na briga pela melhor argumentação, e num nível elementar do discurso, a razão comparecia para corroborar indistintamente as duas propostas em contraposição. Além disso, tanto nos artigos que se opunham aos métodos que previam a influência dos fatores climáticos no processo de

⁴⁶ Paula, A. de, "Clima e tuberculose", *RBT*, RJ, v. V, 1935 e 1936, p. 223-40; Souza, R. P., "O fator clima na cura da tuberculose", *RBT*, RJ, v. V, 1935 e 1936, p. 407-38; Souza, R. P., "Tuberculose e clima. Importância das estações climáticas no momento atual, na sua ação curativa e preventiva", *RPT*, SP, v. III, 1937, p. 119-24.

⁴⁷ Ferreira, C., "Contribuição para o estudo da climatologia médica", *RPT*, SP, v. I, 1935, p. 421-35.

cura, como naqueles em que se preconizava a prática da climatoterapia, alguns dos dispositivos empregados na produção da verdade não se diferiam fundamentalmente. Acontecia inclusive da mesmas citações serem invocadas para testemunhar conclusões opostas.

Não significa isso que as propostas não possuíam a sua especificidade, mas que, como argumentação se equivaliam - não obstante uma das partes envolvidas ter-se firmado na defesa do que era tido como o método mais moderno de controle da tuberculose da sua contemporaneidade. De mais a mais, a distinção dicotômica que fez figurar em campos opostos as terapêuticas da tuberculose não possuía correspondência na prática tisiológica. O próprio Clemente Ferreira, que se postou como um dos paladinos da climatoterapia, promoveu no decurso de sua vida profissional a criação de instituições, tais como os dispensários, que, diferentemente dos sanatórios, eram alheias às prescrições do uso terapêutico do clima. Além disso, ele nunca deixaria de incorporar à sua prática as inovações profiláticas e terapêuticas relativas ao controle e combate da tuberculose pulmonar⁴⁸.

De uma forma mais ampla, a interação se fazia patente na função de formação profissional assumida pelos sanatórios. Se a boa reputação do clima de um lugar era, entre outros fatores, o que favorecia a instalação dos sanatórios, na prática, eles representavam mais do que instâncias de aplicação da climatoterapia. Antes da criação institucional do cursos de tisiologia no Brasil⁴⁹, a especialidade já era socialmente reconhecida, dando-se a formação profissional dos tisiologistas geralmente junto à prática sanatorial.

⁴⁸ Sobre as atividades médicas de Clemente Ferreira, ver Ribeiro, L., "Clemente Ferreira", in *Tisiólogos ilustres*, RJ, Sul Americana, 1955, p. 49-59.

⁴⁹ O curso de especialização em tisiologia só seria criado, por decreto-lei, no ano de 1942. Ver com respeito a isso "Curso de aperfeiçoamento e especialização em tuberculose", *RBT*, RJ, v. XIII, 1944, p. 72.

As inflexões na fala daqueles que punham em questão a eficácia curativa das estâncias climáticas e de repouso e de sua instituição correlata - o sanatório - são também demonstrações do entrecruzamento sugerido⁵⁰. Alguns reputavam mesmo como incontestável a ação benéfica do clima sobre o organismo humano, ainda que considerassem improcedente aguardar os processos naturais de cura depois do surgimento dos novos métodos terapêuticos⁵¹.

Por certo o contexto exigia muito mais uma soma de esforços do que uma exclusão de noções e práticas de eficácia tradicionalmente reconhecida. O conflito era manifesto, mas a inexistência de uma terapêutica assumida como decisiva para a erradicação do mal, a impossibilidade de aplicação de uma profilaxia que, segundo a avaliação médica, exercesse satisfatoriamente o controle do contágio contribuía para a conjugação de métodos e concepções diversos.

⁵⁰ Travassos e Ferreira, "Conceito actual do tratamento hygienico-dietetico da tuberculose pulmonar", *RBT*, RJ, v. VII, 1937 e 1938, p. 585.

⁵¹ Mc-Dowell, A., Fernandes, R., Amorim, A., "Tratamento ambulatorio da tuberculose nos centros urbanos", *RBT*, RJ, v. IV, p. 1935, p. 1625; Pitanga, G., "Considerações acerca de clima e sanatório", *RBT*, RJ, v. IV, p. 1935, p. 1683-87.

3

CIRCUNSCRIÇÃO DA DOENÇA

A CIDADE SANATÓRIO

Nos textos onde estão inscritos os vestígios da história da tuberculose em Belo Horizonte de fins da década de 20 ao advento da antibioticoterapia, não há asserção que com mais freqüência se faça ouvir do que a afirmação da salubridade da cidade associada ao fatores climáticos da região e da conseqüente opção dos tuberculosos por se beneficiar dessas condições. E, ainda nesse período, mesmo depois da ampla difusão e aplicação de sistemas terapêuticos e profiláticos que em nada se comparavam à climatoterapia, é o tema uma constante nos testemunhos dessa história.

"Tuberculosos de toda parte do Brasil, e até do estrangeiro, chegam diariamente à capital mineira, atraídos pelo seu clima"¹. Enunciados semelhantes a esse foram utilizados muitas vezes como argumentos para a denúncia de uma situação considerada ameaçadora para os belo-

¹ S/a, "A população de Belo Horizonte ameaçada", *Folha de Minas*, 02/05/35, p. 3.

horizontinos e para a solicitação, junto à saúde pública, de providências imediatas²; ou, ainda, para dar ensejo à composição de comentários elogiosos às iniciativas particulares - e mais tarde também aos empreendimentos públicos - que se defrontavam com o problema³.

Esses textos, escritos e veiculados em momentos distintos e cumprindo cada qual uma função diferenciada, têm porém a os unir, para além da recorrência à afirmação da relação entre doença e clima, e na dependência mesmo de uma avaliação dessa natureza, a percepção de que na origem da questão da tuberculose em Belo Horizonte estava aquilo que representava para a cidade simultaneamente a sua glória e o seu infortúnio, isto é, o seu *magnífico clima*. O tema da superioridade climática, associado ao das conseqüências que essa qualidade acarretavam à Belo Horizonte, eram esclarecimentos que compareciam para justificar a desconcertante presença da, então denominada, peste branca e que, ao menos num primeiro momento, forneceram orientações para a definição de ações de enfrentamento do mal.

A Diretoria de Saúde Pública, como se viu, pensara nos sanatórios como forma de encarar o problema. Solução muito conveniente para quem julgava ser Belo Horizonte uma cidade bem localizada, de condições atmosféricas privilegiadas e que vinha sofrendo as conseqüências indesejáveis do afluxo de doentes em busca dessas vantagens. Uma proposta de restabelecimento positivo da relação correntemente estabelecida entre doença e clima. Assim, em meio aos primeiros rumores

² S/a, "As ameaças que pesam sobre Bello Horizonte", *Diario da Manhã*, 22/01/28, p. 1; S/a, "Bello Horizonte e os que buscam a saúde", *Folha de Minas*, 03/04/35, p. 3; S/a, "Prophylaxia da tuberculose", *Estado de Minas*, 13/04/35, p. 2; S/a, "Hoteis e pensões que concorrem para a pompa do obituário", *Crítica* 07/08/37, p. 9; S/a, "Em defesa da saúde", *Folha de Minas*, 12/01/38, p. 3; S/a, "A vida dramática dos tuberculosos em Belo Horizonte", *Crítica*, 30/08/52, p. 10-11.

³ S/a, "Uma nobre e louvavel realização da Santa Casa de Bello Horizonte", *Folha de Minas*, 16/10/34, p. 8; S/a, "Sanatorio Minas Geraes", *Estado de Minas*, 07/03/35, p. 8; S/a, "Combate à peste branca", *Folha de Minas*, 10/10/45, p. 3; S/a, "Medidas energicas para resguardar a saúde do povo", *Folha de Minas*, 31/03/46, p. 5; S/a, "Cadastro Torácico e a vacinação B.C.G.", *Folha de Minas*, 27/08/48, p. 4.

relativos à instalação de sanatórios em Belo Horizonte, a Diretoria de Saúde Pública, que sonhava com o isolamento dos tuberculosos forasteiros, viria dar a sua contribuição para a fixação da relação entre tuberculose, clima e sanatório.

Essa associação, que na história de Belo Horizonte se estabelece de uma forma tão evidente, não seria uma invenção daquela diretoria. Fruto da apreciação de um saber médico, evocada freqüentemente por um saber não especializado, é também uma questão que diz respeito à própria gênese da instituição sanatorial e que, de resto, tal como no modelo original, não seria definidora das outras funções que no decorrer do tempo viriam a ser assumidas pelos sanatórios onde quer que estivessem instalados.

Convém então, em função disso e sem se deter em pormenores, resgatar o processo de constituição desse modelo que se tornou referência obrigatória e universal para programas de combate à tuberculose no mundo ocidental.

CLIMA, REPOUSO, ALIMENTAÇÃO, HIGIENE

A história da instituição sanatorial é inseparável da controvérsia que envolveu cientistas e médicos que buscavam determinar o ambiente mais apropriado à cura dos doentes do pulmão. O sanatório, no entanto, não se consolidou apenas como uma casa de saúde cuja localização privilegiada trouxesse benefícios aos que sofriam de tuberculose pulmonar.

O primeiro estabelecimento especializado no tratamento dessa moléstia, ou seja, o primeiro sanatório edificado, data de 1854, tendo sido

instalado numa região arborizada e montanhosa da Silésia, Alemanha⁴. Essa criação fazia-se acompanhar da fixação de um complexo terapêutico que consistia na internação de pacientes que seriam submetidos a uma alimentação abundante e rica em substâncias gordurosas e a passeios freqüentes nas proximidades da edificação, como forma de exposição às condições climáticas locais. Anos mais tarde, numa codificação mais definitiva da instituição sanatorial, essa forma de climatoterapia, praticada ao ar livre, seria substituída pelo “repouso em pleno ar” praticado ininterruptamente e com agasalhos nas estações hibernais.

Nessa prescrição da imobilização, somada a do isolamento, reside a diferença entre a moda das viagens, que se seguiu à descoberta das potencialidades terapêuticas das águas termais na Europa do século XVIII⁵, e a nova prática, que reclamava do doente um afastamento da vida mundana e o cuidado de si. O paradigma sanatorial, invenção do século XIX, assentava-se assim em rígidas regras de alimentação e de repouso e exposição às condições climáticas e na exigência da responsabilidade do doente para consigo mesmo, sendo que, quanto a esse último ponto, requeria-se o cumprimento de severas normas de higiene, sobretudo depois da comprovação da transmissibilidade da tuberculose e da descoberta do seu agente causador.

Quanto à questão da localização, o primado das grandes elevações teria que esperar pelo lançamento da moda dos sanatórios alpestres. É com o surgimento desses estabelecimentos que o sanatório de altitude se institui como um protótipo. Muito famosas se tornariam as edificações alçadas nos montes suíços - algumas situando-se a 1.600 metros acima do nível do mar,

⁴ A síntese da história da instituição sanatorial que aqui se tenta empreender, à exceção de trechos que tragam referência da fonte consultada, apresenta informações contidas em Guillaume, P., *op. cit.*, p. 218-39.

⁵ Vale mencionar também a moda do banho de mar que a partir da segunda metade do século XVIII levou banhistas a se agitarem, sob prescrição médica, em exercícios tonificantes nas frias e turbulentas águas do norte europeu. (Corbin, A., *O território do vazio*, SP, Companhia das Letras, 1989, p. 85-90.)

como a de Davos, outras a 1.250, como a de Leysin - e bastante difundidos se fariam os padrões de altitude, umidade do ar e temperatura que elas ajudaram a fixar. Os reconhecidos méritos do clima seco e frio das montanhas associavam-se, assim, definitivamente, ao conceito de tratamento sanatorial.

Entre as representações da tuberculose que se firmavam sob os auspícios dessa instituição estava por certo a da "doença molhada". A figuração da tuberculose como uma "doença molhada" é mencionada por Susan Sontag como uma metáfora que, no decorrer do século XIX, era empregada para expressar um dos significados triviais da doença. Segundo a autora, havia a noção de que, na tuberculose, "o interior do corpo se tornava úmido (umidade nos pulmões era uma expressão corrente) e devia ser secado", daí as recomendações dos lugares altos e secos⁶.

Num outro nível do saber, teorias que se valeram de argumentos da fisiologia viriam a se constituir como explicações científicas de sustentação daquele sistema terapêutico. Nesse caso, como já foi dito, o que entraria em jogo seria a representação do pulmão doente como um órgão congestionado que se beneficiaria dos efeitos da ação da baixa pressão atmosférica das altitudes elevadas sob o organismo. Forçado ao repouso nessas condições, o pulmão teria aumentadas as suas chances de recuperação, permanecendo menos sujeito ao acidente da hemoptise, que era interpretada como um grave fenômeno patológico decorrente do estado congestivo daquele órgão.

A redução das atividades do pulmão, naturalmente obtida estando o tuberculoso internado num sanatório de altitude, resultaria também da imobilização imposta ao organismo. A proposta era que o doente se quedasse em um repouso absoluto e cuidadosamente calculado. Praticado simultaneamente por todo o corpo de pacientes, o repouso deveria ser feito

⁶ Sontag, S., *A doença como metáfora*, RJ, Graal, 1984, p. 22.

de modo espaçado, em intervalos de tempo regulares no decorrer de cada dia, independentemente da estação do ano e em varandas que eram especialmente projetadas para cumprirem essa função.

Disponha-se, assim, até mesmo do tempo de descanso dos enfermos. A regulamentação do repouso delimitava, porém, não apenas o tempo que lhe seria dedicado, mas também o modo como deveria ser levado a efeito. Aliás, as regras abrangiam, de fato, toda a vida sanatorial, de forma que todos os movimentos e ações dos pacientes, desde os primeiros instantes do dia, fossem severamente controlados. Nesse universo disciplinar as determinações internas deveriam ser indistintamente seguidas por todos⁷.

As prescrições médicas da superalimentação impuseram-se também como normas rigorosas fazendo os doentes reunirem-se freqüentemente nos refeitórios dos sanatórios para se fartarem de copiosas e pesadas refeições coletivas. Transformada em regime sistemático a superalimentação entrou em moda nos últimos decênios do século XIX. Sobre a codificação dessa prática, Guillaume menciona as recomendações contidas no *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*⁸ que chegavam a propor rações diárias de carne crua na quantidade de 700 a 800 gramas , 1 ou 2 copos de sangue e até 3 litros de leite por dia. Dietas variadas e menos imoderadas foram por mais de 50 anos impingidas aos tuberculosos que buscavam realizar a cura sanatorial. E, mesmo depois da década de 20 deste século, quando a superalimentação passou a ser questionada pela medicina, os sanatórios, tão notoriamente associados a essa terapêutica do alimento, continuaram a forçar os pacientes a se nutrirem abundantemente.

⁷ Certamente, a suposição de que um regulamento único pudesse ser obedecido por todos que estivessem sob os cuidados da instituição sanatorial apoia-se no fato de que, segundo Guillaume, o sanatório, por princípio, fazia internar doentes que se achavam em situação semelhante, ou seja, somente aqueles em que a tuberculose se apresentasse numa fase inicial, os tuberculosos considerados curáveis. (Guillaume, P., *op. cit.*, p. 227.)

⁸ Como já foi dito, de acordo com Guillaume, essa é a grande obra de referência da medicina francesa do final do século XIX.

Da segunda metade do século XIX em diante, normas precisas de higiene ajuntariam-se definitivamente aos procedimentos de controle da tuberculose induzidas pelos resultados do processo de identificação do microrganismo que se denominaria bacilo de Koch, ou seja, pela demonstração cabal da natureza infecto-contagiosa da tuberculose. Na verdade, as primeiras experiências que confirmaram a transmissibilidade da tuberculose datam, de 1865⁹ - alguns anos antes, portanto, de Robert Koch haver distinguido, por intermédio de suas lentes, os bacilos da tuberculose que se destacavam "belamente em azul"¹⁰ nos fragmentos de tecido animal infectado que examinava. Por sua vez, seguindo-se a essa descoberta, a primeira tentativa de codificação de uma nova postura frente à doença parte do próprio Robert Koch, tendo sido inscrita na monografia em que divulgou os resultados de suas descobertas de 1882.

Acima de tudo, as fontes de onde flui o material infeccioso devem ser extintas logo que seja humanamente possível. Uma dessas fontes e certamente a mais essencial, é o escarro dos tuberculosos cuja remoção e redução a condições inócuas não foi até agora realizada¹¹.

Entre as instituições que se empenharam em efetuar o controle desse produto infectante contra o qual se levantara Robert Koch, estivera, desde então, o sanatório. Nesse meio, tão rigorosa quanto à imposição das regras de alimentação e repouso, era a exigência do controle higiênico do escarro. Escarradeiras de bolso ou coletivas, desinfetadas amiúde, dominavam a cena do universo sanatorial. Entre a interdição e a incitação ao hábito de escarrar estariam justamente esses objetos. Os tuberculosos encontrariam nas escarradeiras a possibilidade de prosseguir lançando fora essa matéria

⁹ Sournia e Ruffie, *op. cit.*, p. 147.

¹⁰ Utilizando-se repetidamente de expressões semelhantes a essa Robert Koch enuncia com certa euforia os resultados do processo de coloração do bacilo causador da tuberculose. (Koch, R., *A etiologia da tuberculose*, Vitória, Liga Espírito-Santense contra a Tuberculose, 1982, p. 8.)

¹¹ *Id.*, p. 28.

proveniente de seus pulmões infectados, que, segundo seus médicos, se ingeridas, poderiam provocar o aparecimento de outros focos da doença. As vantagens do controle desse gesto se estenderiam também a todo o ambiente, que, para se manter tão asséptico como se propunha, deveria abrigar corpos higienizados e guiados por padrões de comportamento que impedissem, segundo se supunha, a subsistência dos germes patogênicos.

Climatoterapia, repouso, alimentação abundante e cuidados higiênicos, eram esses portanto os fundamentos sob os quais se assentava a instituição sanatorial, cuja função primordial era o atendimento de pessoas abastadas que, pelos seus próprios meios, pudessem se internar por médios ou longos períodos para se submeterem a uma terapêutica de reabilitação prolongada.

A INJUNÇÃO TERAPÊUTICA

Nos últimos anos da década de 20, a cidade de Belo Horizonte - que, segundo a Diretoria de Saúde Pública, estaria se preparando para alojar mais adequadamente os tuberculosos que para ela se dirigiam - contava com uma população de aproximadamente 100 mil habitantes¹² e com problemas sanitários que podiam suscitar queixas como as que vinham sendo registradas na imprensa local¹³. Dessas reclamações, as mais exasperadas voltavam-se para a defesa dos usuários dos serviços que a cidade oferecia, denunciando a falta de higiene nos estabelecimentos

¹² Ou, mais precisamente, 95.468 em 1927 e 106.253 habitantes em 1929. Fonte: *Anuario de estatística demographo-sanitaria de Bello Horizonte*, BH, Imprensa Oficial, 1927-29.

¹³ S/a, "Não viram a Hygiene por ahi?", *Correio Mineiro*, 27/11/26, p. 3, S/a, "Gravissimo! Se a Directoria de Hygiene existisse...", *Correio Mineiro*, 21/11/26, p. 2; S/a, "Minas e a defesa do seu valor humano", *A Semana*, 15/01/28, p. 1.

comerciais, como cafés, bares e pensões, e uma ação mais decisiva da Diretoria de Higiene¹⁴.

Referências explícitas à tuberculose encontram-se em artigo que também reclamava dos órgãos públicos a inspeção nos hotéis e casas congêneres¹⁵. Requeria-se dos profissionais encarregados da profilaxia das moléstias contagiosas, quando menos, o cumprimento dessa tarefa, já que a cidade não poderia dispor, imediatamente, de isolamentos ou sanatórios e que os tuberculosos - nas palavras de um "ilustre médico" entrevistado - vinham se instalando, sem exceção, em todos os hotéis da cidade.

Era considerado "fato incontestável" a transformação de Belo Horizonte num "imenso foco de tuberculose", dado que, atraídos pelo seu "precioso clima", doentes de diversos pontos do Brasil, se alojavam como podiam, ameaçando as pessoas sãs. Mas aos doentes não se poderia imputar a culpa:

Não se pode condenar os enfermos, pois, quando procuram a nossa cidade, pela fama de salubridade que desfruta, julgam que existe aqui um perfeito serviço de higiene.¹⁶

Quanto ao modo de hospedagem dos tuberculosos, duramente censurada - até mais do que a omissão do serviço sanitário - era a atitude dos proprietários dos hotéis e pensões,

os que na ganância do lucro, sem ter meios de esterilizar as roupas e utensílios servidos pelos tuberculosos, ludibriam a boa fé dos demais hóspedes, veiculando desumanamente os micróbios, alastrando o mal.¹⁷

Cartazes fixados pelos fiscais da saúde pública nas portas dessas casas, tornando conhecida sua função de alojamento de tuberculosos,

¹⁴ ; S/a, "A falta de Hygiene nos Cafés", *Correio Mineiro*, 16/11/26, p. 1; S/a, "Decididamente: a Hygiene falliu!", *Correio Mineiro*, 19/12/26, p. 1.

¹⁵ S/a, "As ameaças que pesam sobre Bello Horizonte", *Diario da Manhã*, 22/01/28, p. 1.

¹⁶ *Id.*, *ib.*.

¹⁷ *Id.*, *ib.*.

interessariam não apenas aos que se serviam desses estabelecimentos como à totalidade da população. Era essa uma sugestão para a solução imediata do problema. Haveria um tempo em que se poderia contar com esse tipo de informação. Num futuro próximo, algumas pensões anunciariam seus serviços de hospedagem de tuberculosos, tornando-se publicamente conhecidas como pensões-sanatórios.

Naquele momento porém, ou seja, nos últimos anos da década de 20, parecia ser incomum o reconhecimento dessa finalidade. A primeira pensão-sanatório de que se pôde ter notícia foi matéria de reportagem veiculada num diário da cidade em 1935¹⁸. Buscando conhecer detalhes sobre o dia-a-dia do lugar e sobre os serviços nele prestados, o jornal promoveu uma visita ao local para uma entrevista com o seu proprietário. Este, não sendo médico, limitou-se a discorrer sobre os aspectos comerciais da casa e sobre as vantagens da opção por esse tipo de estabelecimento.

“Os sanatórios grandes - dizia ele - têm o seu chefe de clínica que são obrigatórios para todos os internados.” Ao contrário disso, numa pensão-sanatório, poderiam estar alojados os doentes em tratamento na cidade, quaisquer que fossem seus médicos. Além do mais, sua pensão pretendia oferecer-se, para a camada social por ele designada classe média, como uma alternativa ótima frente à opção pelos grandes sanatórios ou pela Vila para Tuberculosos Proletários, que era um dos sanatórios populares da cidade. Seu regime de preços atendia aos clientes que, “não sendo ricos, pedem certo conforto que o operário não exige”.

Essas foram as questões referidas com destaque pelo artigo e que foram apresentadas na voz do proprietário. Os doentes não foram solicitados a confirmá-las, nem a falarem de si próprios.

Sobre os doentes, concluía-se:

Se não soubéssemos, jamais diríamos que o são.

¹⁸ S/a, Na Suíça brasileira, *Folha de Minas*, 19/01/35, p. 7.

(...) Parecem tudo, menos tuberculosos.¹⁹

Afora os enfermos - que, aliás, para o articulista, não se assemelhavam a nenhuma representação com a qual se pudesse figurar o tuberculoso - a enfermeira, que um relance permitiu notar, era a única personagem cuja presença fazia evocar uma atmosfera de cuidados médicos. Em suma, o texto não sugere que ali se vivia numa esfera terapêutica, ou, menos ainda, que aquele fosse de fato um ambiente sanatorial, tal como enunciara. Atividades e ações de repouso sistemático, alimentação abundante, atenção severa às regras de higiene, que caracterizariam essencialmente um regime sanatorial pareciam não compor a vida cotidiana daquele lugar.

No entanto, pouco tempo atrás, naquele mesmo ponto, havia sido instalada uma casa de saúde que se organizou à semelhança de um sanatório. Seu fundador, o médico Alberto Cavalcanti, dera-lhe o solene nome de Sanatório Cavalcanti, inaugurando-a pomposamente em 1927 na presença de médicos, políticos e, inclusive, do prefeito Cristiano Machado²⁰. Como iniciativa pioneira, a fundação desse estabelecimento dotava a cidade de sua primeira instituição médica voltada para o atendimento exclusivo de tuberculosos. Foi ali que Alberto Cavalcanti pôde implementar prioritariamente os princípios do tratamento sanatorial.

Preciosa fonte de pesquisa - onde estão registrados depoimentos de pacientes que lá estiveram internados desde o ano 1927 ao ano de 1931 - é o livro do Sanatório Cavalcanti, que documenta aspectos dessa prática. Ao lado de elogios e agradecimentos, geralmente marcados por leve afetação, as mensagens nele inscritas dão notícias do regime que a todos conduzia. Adjetivos como rigor, eficiência, precisão acompanham a descrição da forma de gerenciamento do programa de ações imposto como um sistema

¹⁹ *Id., Ib..*

²⁰ *Sanatório Cavalcanti* (Livro de depoimentos de pacientes e familiares - manuscrito). 1927-31, fl. 1.

terapêutico²¹. Ao discorrer sobre essa terapêutica, um dos pacientes assim manifestava sua aprovação:

Quanto ao método de cura seguido, cumpre-me dizer, como médico, que é o mais científico de todos os adotados pela medicina hodierna (...), girando em torno de três grandes fatores - clima, repouso ao ar livre e alimentação variada. A respeito do tratamento medicamentoso, devo dizer que é reduzidíssimo. (...) A higiene é irrepreensível e nada deixa a desejar. Com o método seguido e a rigorosa obediência aos horários, os enfermos notam que as forças se lhes voltam pouco a pouco, e no fim de alguns meses há verdadeiras ressurreições.²²

Os resultados dessa prática, muito aplaudidos pelos que deixaram suas impressões registradas, esperava-se alcançar após longo tempo de internamento. Das declarações que fazem os doentes a esse respeito²³, pode-se inferir que era efetivamente prolongada a sua permanência naquele estabelecimento. O período médio de internamento era de 5,5 meses. Havia casos em que, a estadia estendia-se a 10 ou 15 meses e outros em que o prazo de 3 ou 4 meses era considerado, pelos próprios pacientes, "um curto espaço de tempo"²⁴.

O próprio Alberto Cavalcanti consideraria 4 meses um período de tempo exíguo para o completo restabelecimento do tuberculoso. Houve casos em que, segundo seu testemunho, a cura se processara nesse prazo reduzido. Mas isso só poderia suceder-se quando os pacientes submetiam-se ao rigoroso regime tão logo fossem acometidos pela enfermidade. Sua previsão era da necessidade de um ou mais anos de internamento para casos de tuberculose em adiantado processo²⁵.

²¹ *Sanatório Cavalcanti* ..., fl. 5, 12, 13 e 16.

²² *Id.*, fl. 7.

²³ *Id.*, fl. 3-6, 8, 10, 12, 14 e 18.

²⁴ *Id.*, fl. 3 e 15.

²⁵ Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.).

Essas e outras tantas injunções Alberto Cavalcanti publicara no livro - já mencionado - *Como evitar e curar a tuberculose*. Chamado “livro de vulgarização científica”, esta obra representaria, nesse sentido, o primeiro esforço de codificação de práticas de prevenção e tratamento da tuberculose realizado por um médico brasileiro²⁶. As determinações, que, aos pacientes, na vivência cotidiana do universo sanatorial, deveriam ser incansavelmente reiteradas, e que, aos familiares, na relação com o médico, deveriam ser repassadas, constariam desse compêndio destinado a não especialistas.

Apropriando-se das estratégias terapêuticas que aprendera a valorizar como doente em tratamento sanatorial, Alberto Cavalcanti operou nelas algumas adaptações a fim de compor seu próprio método de cura. Esse sistema modificado, que manteve o nome original de regime higiênico-dietético, apoiava-se numa prática do repouso, numa dieta regular, baseada em refeições substanciosas e na sujeição a princípios de higiene; sendo que a grande inovação ficaria por conta da introdução da atividade física branda, que seriam os passeios nas imediações do sanatório, feitos sempre pela manhã, à sombra e por pacientes não febris.

O regime alimentar, que somado ao repouso constituía a essência do tratamento, não se distinguiria pelos excessos que caracterizaram a superalimentação indicada para os tuberculosos desde o século XIX. A ênfase recairia sobre a qualidade dos alimentos, que prevaleceria sobre a quantidade. A “boa alimentação” pediria refeições nutritivas e variadas em horários regulares. Entre os doentes parecia ser indubitável a necessidade da alimentação abundante - é o que sugerem as palavras de Alberto Cavalcanti²⁷. Na prática, o costume precedia a ordem médica, cujos argumentos aliás não ultrapassavam a crença no poder dos alimentos

²⁶ No prefácio, Clemente Ferreira refere-se ao livro do fisiologista suíço Jacques Stephani como sendo a única obra similar - ainda que de qualidade inferior - que estaria disponível ao público, depois de ter sido recentemente traduzida. *Id.*, p. 7.

²⁷ Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 102-05.

contra as moléstias em geral. “Comer bem é o que todo tuberculoso deve fazer” - era a expressão que intitulava um dos capítulos que preconizava a “boa alimentação”²⁸. O texto recorria a uma vaga noção de dieta balanceada - evidenciada pelas breves referências à carência de vitaminas e calorias do organismo - para justificar a necessidade do “comer bem”. No mais, a exigência do cumprimento dos horários, tão repisada, reforçava o desejo de disciplinar o hábito alimentar²⁹.

A eficácia do repouso dependeria também de uma subordinação às prescrições médicas. “Não exijo mais do que 6,5 horas de repouso rigoroso, exato, bem feito.” - dizia Alberto Cavalcanti. E, sobre a, assim chamada, “cura de repouso”, acrescentava: “nos Sanatórios que dirigi, nunca deixei de torná-la obrigatória sob a mais rigorosa fiscalização da parte médica e obediência do enfermo”³⁰. Assiduamente, em varandas individuais ou coletivas, mobiliadas com “cadeiras de cura ou de repouso”, estariam então acomodados e imobilizados os pacientes do seu sanatório.

A menção a essas cadeiras de repouso - ou *chaise-longue*, para os que assim preferirem³¹ - traz inevitavelmente à lembrança uma memorável passagem do romance *A Montanha Mágica*, de Thomas Mann³². Nesse trecho, a personagem principal é apresentada em pleno exercício de aprendizagem da “arte de se agasalhar” que, na região alpina, acompanhava inevitavelmente o repouso naquelas cadeiras chamadas de espreguiçadeiras. A descrição minuciosa dessa operação que revela uma intenção de escarnecer dos novos hábitos e gostos da personagem, não

²⁸ *Id.*, p. 99-101.

²⁹ *Id.*, p. 96, 97, 99, 100.

³⁰ *Id.*, p. 72.

³¹ No romance *Floradas na Serra*, cuja trama se compõe de acontecimentos ligados à tuberculose pulmonar, os personagens, em sua grande maioria tuberculosos, fazem uso constante dessa cadeira que no texto aparece com o nome de *chaise-longue*. Queiroz, D. S., *Floradas na Serra*, RJ, José Olympio, 1984 (1939 - 1ª ed.).

³² Mann, T., *A montanha mágica*, RJ, Nova Fronteira, 1980 (1924, 1ª ed.).

deixa de indicar também uma consciência de que a adaptação àquele estranho universo exigiria uma consideração atenta aos pequenos gestos³³.

Antes de tudo, viria a rotina. O Dr. Cavalcanti propunha os seguintes horários:

De 7 às 8	- Café
De 8 às 9	- Passeio
De 9 às 11	- Repouso
Às 11,10	- Almoço
De 12,30 às 15	- Repouso, silêncio
Às 15	- Merenda
De 15 às 16	- Conversa
De 16 às 18	- Repouso
Às 18,10	- Jantar
De 19 às 20,30	- Conversa, Rádio
Às 21	- Silêncio, dormir ³⁴

Depois, as prescrições disciplinares ensinariam aos pacientes como proceder no cumprimento dessa rotina. Uma posição correta do tronco e dos braços nas cadeiras de cura deveria ser observada. E, quando não fosse exigido o repouso absoluto, seriam toleradas atividades leves.

Os homens podem ler romances ou livros de aventuras, livros históricos ou de estudos sobre línguas. As senhoras poderão fazer o tricô, crochê ou ligeiros bordados, além da leitura de livros que não impressionem.³⁵

Na hora do repouso, a postos em suas espreguiçadeiras, todos se converteriam em fiscais de si mesmos e, possivelmente, em auxiliares na vigilância de seus companheiros nessa desventura. Uma sujeição coletiva às normas se poderia talvez obter sem maiores dificuldades, mesmo requerendo-se uma aplicação disciplinada do corpo.

³³ Vale ressaltar que a qualidade da obra de Mann, como de resto de todo texto ficcional, não se mede pelo seu poder de representação da realidade. Notável nessa narrativa - que perscruta os segredos desse estranho domínio que é o sanatório - é o recurso ao real como estratégia compositiva, ou seja, como um dos elementos de sustentação de uma trama que se tece na tensão entre a valorização e a rejeição do mundo real, sendo esta última alternativa representada justamente pela possibilidade de adaptação ao estilo de vida sanatorial.

³⁴ Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 71.

³⁵ *Id.*, p.125.

O que dizer, contudo, das regras de higiene que, embora impostas à totalidade dos doentes, deveriam ser observadas permanentemente e nos momentos mais íntimos da vida de cada um? O modo de rir, falar, tossir, espirrar ou se colocar à mesa, o contato com o outro, o uso de objetos pessoais, os cuidados com o corpo precisariam adequar-se ao novo código de hábitos de higiene. Para tanto, mais convenientes que a vigilância se fariam as incitações.

Alberto Cavalcanti acreditou poder persuadir os tuberculosos a adotar novos padrões de comportamento, especialmente no que dizia respeito ao costume de escarrar. Dedicou vários capítulos de seu livro à condenação da desatenção dos tuberculosos para com esse hábito, reputando irresponsáveis as atitudes que ameaçavam seu meio familiar, profissional e social ³⁶. Resgatando teorias e histórias de contágio, ele identificou o escarro como o principal responsável pela propagação material da tuberculose, sentenciando-lhe, tal como o fizera Robert Koch, mas sem proscrevê-lo. O escarro não poderia ser simplesmente engolido. Não expeli-lo implicava submeter outros órgãos do organismo ao risco do contágio pela ingestão de material purulento proveniente dos pulmões³⁷. Necessária portanto à preservação da saúde de outros órgãos, estando o pulmão já infectado, a eliminação do escarro - ou esputo, como também era conhecido - deveria ser então regulada. Nos sanatórios o escarro seria recolhido em “escarradeiras com tampas para fechá-las”³⁸. Para as demais situações, Alberto Cavalcanti não especificou os recipientes que recolheriam esse material, nem apontou lugares em que pudessem ser lançados, mas admoestou os que escarram no chão a não o fazer³⁹. Depreende-se, ainda,

³⁶ Cavalcanti, A., “O contágio nas crianças”; “O contágio em casa”; “Contágio nas fábricas, nas lojas, nos quartéis, nas escolas e nas repartições públicas”; “Contágio nas pensões, nos hotéis, nos cafés e bares, nos hospitais e nos sanatórios” Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 31-35; 36-39; 40-42; 43-46 (respectivamente).

³⁷ *Id.*, p. 143.

³⁸ *Id.*, p. 38.

³⁹ *Id.*, p. 28, 30, 43.

de suas advertências que escarrar em lenços era um procedimento usual e que não seria reprovável se os doentes dessem apenas essa utilidade a esses mesmos lenços.

Por fim, a toda essa preleção, Alberto Cavalcanti juntava lições de comportamento e cuidados corporais intercaladas com narrativas de episódios que geralmente envolviam pessoas que passaram pelos sanatórios sob a sua direção. Com essas matérias, concluiria o texto didático a ser entregue aos pacientes como complemento da ação educativa do médico fisiologista no universo sanatorial. Ali, onde a prescrição terapêutica fazia-se projeto educativo, a palavra médica compareceria para lembrar ao doente que a ele cabia a responsabilidade pela evolução da sua enfermidade e pela proteção do seu entorno contra a propagação do mal.

Porém, ao lado dessa medicina que divisava através da enfermidade o homem enfermo, que estabelecia junto a este o seu campo de ação, delineava-se uma outra que testava medicamentos, aprimorava métodos terapêuticos clínicos e cirúrgicos, ingerindo-se mais e mais no mundo da doença, surpreendendo-a na sua localização preferencial, o ambiente pleuropulmonar. A esse alargamento do domínio da medicina corresponderia um desdobramento do espaço sanatorial que se abriria a novas funções. Mais adiante essa parte da história do enfrentamento da tuberculose estará em destaque.

4

OS MODERNOS SANATÓRIOS PARTICULARES

Lugar de aplicação de código de posturas e hábitos, o sanatório definia-se também pela regulamentação das funções dos espaços. A racionalidade que orientaria os novos padrões de conduta inspiraria também a escolha e a disposição de equipamentos do uso diário. Edificar um sanatório seria atender às exigências de eficiência que o modelo impunha.

Antes de se transferir para Belo Horizonte, Alberto Cavalcanti sonhara com um prédio próprio para o seu sanatório; um lugar onde os tuberculosos pudessem a todo momento se confrontar com escarradeiras higiênicas que lhes lembrassem a ordem irreplicável de não escarrar no chão; um ambiente asséptico por onde circulassem corpos higienizados em meio a um mobiliário de simples e de fácil limpeza; um abrigo bem arejado e insolado onde os germes patogênicos não pudessem constituir sua morada; um edifício que conjugasse espaços de sociabilidade e recolhimento individual. Nos primeiros tempos porém só pôde contar com uma casa adaptada onde instalou o Sanatório Cavalcanti. Em 1932, por fim, deu início à construção do prédio que abrigaria o Sanatório Minas Gerais que seria o terceiro

estabelecimento particular para atendimento de tuberculosos fundado em Belo Horizonte¹.

Apartado do burburinho da cidade - que aliás naquela época não devia passar de um murmúrio localizado, dada a baixa densidade de ocupação, sobretudo da região central² - o edifício ficara num ponto médio entre o isolamento total e a aproximação conveniente. "Situado numa bela colina, a 900 metros acima do nível do mar, distante 7 km apenas do centro"³, podia dar a impressão de estar colocado fora da cidade⁴. O mapa de Belo Horizonte de 1936, permite observar que a região da Vila Celeste Império, onde foi instalado o Sanatório, encontrava-se, se não urbanizada, pelo menos, loteada naquela ocasião; no entanto, para além dela, no sentido oeste, até a linha divisória de municípios, apenas uma pequena vila se interpunha no caminho⁵.

A distância que para Alberto Cavalcanti permitia aos doentes uma melhor adaptação ao regime⁶, respondia também às exigências de localização dos sanatórios a que se refere a literatura sobre o assunto. Todavia, esse padrão de posicionamento geográfico que levava os sanatórios a se situarem "nas imediações de montanhas e bosques"⁷, evocava também os princípios que orientaram o estabelecimento dos famigerados hospitais de isolamento de origem francesa. Em Belo

¹ Os dois primeiros - a saber o Sanatório Hugo Werneck e o Sanatório Belo Horizonte - teriam sido fundados em 1929.

² Passos, *A metrópole cinquentenária*, BH, dissertação de mestrado, DCP/UFMG, 1996, P. 235-36.

³ S/a, "Sanatorio Minas Geraes", *Estado de Minas*, 07/03/35, p. 8.

⁴ "A região era afastada. Depois do percurso de bode, havia uma trilha para se chegar ao Sanatório. Parecia fora da cidade, muito distante." Depoimento de Alberto Cavalcanti F.º, BH, 16/10/92.

⁵ "Município de Belo Horizonte, Serviço de Estatística Geral, Secretaria da Agricultura, 1936" in *Panorama de Belo Horizonte: atlas histórico*, BH, Fundação João Pinheiro, 1997, p. 58.

Este mapa indica que o Sanatório situava-se na Villa Minas Geraes, contígua à Villa Celeste Imperio que outras fontes apontam como sendo a sua exata localização.

⁶ Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 73-4.

⁷ Lima, H. C., *Os sanatorios e a luta contra a tuberculose*, tese - Faculdade de Medicina-RJ, 1918, p. 55.

Horizonte, o Hospital Cícero Ferreira pertencia àquele paradigma⁸. Antigo Hospital de Isolamento, fundado em 1910⁹, instalara-se em região limítrofe da cidade, afastada de residências, numa época em que a noção de propagação ilimitada dos germes patogênicos suscitava um medo mórbido que acompanhava a definição de práticas irrestritas de saneamento do meio e a criação de instituições como o Serviço de Desinfecção da Capital que mantinha, além do Desinfectório, máquinas para desinfecção de domicílios, veículos para transportá-las e carros-roupeiras para carregamento de roupas contaminadas¹⁰.

Vale lembrar que, no contexto nacional da virada do século, o nosocômio conhecido como hospital de isolamento surge para atender as estratégias campanhistas de um modelo de ação sanitária e que, na década de 20, novas teorias do contágio das moléstias infecciosas viriam abalar as convicções científicas que inspiraram esse modelo. A reavaliação de noções “sobre a periculosidade do ar e de outros suportes físicos para o contágio das doenças”¹¹ seria uma consequência lógica da atualização do padrão de comportamento dos agentes patogênicos que vinha sendo promovida pela microbiologia.

Teses médicas elaboradas no decurso das três primeiras décadas deste século e divulgadas em edições que podiam ser encontradas na biblioteca da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte¹² indicam que, nesse período, novas teorias sobre o comportamento do bacilo da tuberculose - que implicariam numa renovação da teoria do contágio dessa moléstia e numa redefinição de propostas de profilaxia - conviveram com as antigas

⁸ Sobre os paradigmas de higiene hospitalar no Brasil ver Benchimol, J., *op. cit.*, 1990, p. 200-17.

⁹ Salles, P., “Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte”, *RAMMG*, BH, v. XVII, 1966, p. 59.

¹⁰ *Album Medico de Bello Horizonte*, Estado de Minas Geraes, abril, 1912.

¹¹ Benchimol, J., *op. cit.*, 1990, p. 221.

¹² Tratam-se de teses escritas em língua portuguesa e que até hoje podem ser encontradas nas estantes da biblioteca da Faculdade de Medicina da UFMG, antiga Faculdade de Medicina de Belo Horizonte.

noções que ainda faziam repercutir as primeiras afirmações que fez Robert Koch após o isolamento desse microorganismo.

Assim, imaginava-se em 1907, seguindo a esteira de Koch, que o bacilo da tuberculose poderia manter sua virulência - ou seja, sua capacidade produzir a doença - mesmo depois que o escarro infectado estivesse ressecado e reduzido à pó. Daí - afirmava-se - "a mais ligeira corrente aérea, o menor movimento de atmosfera pode determinar a sua mistura com a poeira"¹³. Além disso, acreditava-se que o germe poderia também estar presente em alimentos como carne e leite e nas gotas de saliva emitidas pelos tuberculosos ao tossirem. Supunha-se, ainda, que os insetos pudessem contaminar os alimentos ao pousarem neles após terem assentado em escarros infectados¹⁴.

Esse temor ecoaria através dos tempos, de maneira que, vinte anos depois, podia-se afirmar, quanto às possibilidades de disseminação do bacilo, que:

As poeiras virulentas, conduzidas pelas correntes aéreas, removidas pela varredura, podem infectar os circundantes por inalação ou ingestão.

Os alimentos podem efetuar o contágio indireto, sejam intrinsecamente poluídos ou contaminados de maneira ocasional.¹⁵

Frente ao perigo anunciado, teria primazia, como medida profilática, o cerco ao bacilo. Denúncia e desinfecção dos ambientes executadas pelos serviços sanitários se somariam num projeto de contenção do mal. Culminando com o isolamento dos doentes, esse projeto seria de grande interesse social, visto que, ao risco de contaminação, estavam expostos não apenas aqueles que se mantinham em coabitação com os tuberculosos, mas toda a coletividade permanentemente em contato com os bacilos

¹³ Guimarães, J. P. T., *Da prophylaxia social dos tuberculosos*, tese - Faculdade de Medicina - RJ, 1907, p. 15.

¹⁴ *Id.*, p. 16.

¹⁵ Carvalho, M. T., *Pequena contribuição à prophylaxia da tuberculose*, tese - Faculdade de Medicina - BA, 1926, p. 23.

provenientes dos escarros lançados “nas superfícies das ruas, nos pavimentos das habitações, nos carros e em outros veículos”¹⁶.

De uma análise menos alarmista decorreriam propostas menos radicais como a sugestão de isolamento unicamente para doentes rebeldes ou do recolhimento higiênico em seus próprios lares, sob a orientação de um dispensário profilático, para os demais. Quem supunha poder, dessa forma, fazer frente à propagação da tuberculose, presumia também que os bacilos, fora do organismo, não representavam uma ameaça absoluta para a coletividade. Assim, em 1918, podia-se contar com a seguinte análise:

Os bacilos eliminados, sabemo-lo pela sua biologia, salvo circunstâncias favoráveis de umidade, obscuridade, etc., são pouco resistentes e, quando não contaminam logo, em estado de plena virulência, os riscos de infecção diminuem, num espaço de tempo relativamente curto.¹⁷

Mais tarde, quando ainda houvesse os que acreditavam nas poeiras virulentas, nos bacilos demasiadamente disseminados na atmosfera da cidade, a atenção se voltaria para as gotas de Flügge assim conceituadas: “mal visíveis a olho nu, expulsas no momento da tosse, que contém bacilos tuberculosos em larga escala”¹⁸. Os escarros deixariam de ser tão temidos e, especialmente depois de ressecados ou submetidos à luz solar, seriam considerados inócuos¹⁹.

Feita essa digressão - que informa sobre as diferenças entre as propostas de profilaxia da tuberculose direcionadas para o controle do seu agente patogênico -, pode-se observar que uma indefinição sobre a necessidade de afastamento dos infectantes do convívio social prevalecia

¹⁶ Salvatori, F., *Prophylaxia geral das doenças infecciosas e contagiosas - tuberculose e lepra*, tese - Faculdade de Medicina - BH, 1920, p. 7 e 8.

¹⁷ Lima, *op. cit.*, p. 107.

¹⁸ Taveira, L., *Estudos sobre a tuberculose e sua prophylaxia*, tese - Faculdade de Medicina - RJ, 1929, p. 93.

¹⁹ Mascarenhas, A. S., *Contribuição para a prophylaxia da tuberculose*, tese - Faculdade de Medicina - RJ, 1928, p. 60.

como um traço do debate médico no momento da instalação primeiros sanatórios da cidade. Essas e outras evidências - como a expectativa social de que os sanatórios viessem de fato a cumprir uma função de isolamento dos tuberculosos - indicam que, além da necessidade de fazer os sanatórios se beneficiarem das altitudes mais elevadas, outros fatores participariam da definição da localização dos sanatórios em pontos extremos da cidade.

Terceiro estabelecimento especializado em tuberculose a se instalar em Belo Horizonte, o Sanatório Minas Gerais, como se viu, veio a ser edificado em região afastada e bastante elevada. Ali, de onde poderia se divisar toda a cidade, nenhum obstáculo se importaria à intensa insolação e ventilação dos aposentos. A importância dada a essa condição se traduziria na precisão da orientação das fachadas da edificação. Assim, voltada para o nordeste e sem se situar no alinhamento da rua, a fachada principal se beneficiaria da luminosidade do sol da manhã. As varandas dos quartos, abertas para esse horizonte, possibilitariam que a luz do sol, junto ao ar puro²⁰, cumprisse sua função de higienização do ambiente. A incidência da luz solar, como ressaltara Alberto Cavalcanti, concorria para o extermínio dos bacilos da tuberculose²¹.

O que assim se busca empreender, embora mantendo aspectos de uma estética clássica, estaria em estreita sintonia com os chamados novos métodos de concepção arquitetônica que se instituiriam como os cânones da arquitetura moderna. Nos grandes conjuntos habitacionais alemães dos anos 20 e início dos 30, passando pelos projetos das residências comunais na URSS e ainda pelas propostas do arquiteto francês Le Corbusier, a preocupação científica e higienista com a orientação, a iluminação, a insolação e a ventilação fora a tônica que conduziria à redefinição das

²⁰ Alberto Cavalcanti recomendava aos seus pacientes, em casa ou nos sanatórios, manterem suas janelas abertas para efeito da purificação do ar, uma vez que considerava o ar confinado altamente prejudicial para a saúde dos pulmões. (Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949, p. 71.)

²¹ *Id.*, p. 26.

características formais da arquitetura²². Mas a analogia daquela edificação sanatorial com essas propostas não se restringiria às diretrizes funcionais da construção. Tanto nas residências comunais como na unidade de habitação de Le Corbusier, o programa de organização espacial, fundado em critérios de eficiência e de higiene, lembram o espaço sanatorial no qual, da organização territorial ao mobiliário, todos os equipamentos deveriam ser produzidos segundo esses mesmos princípios.

É ainda uma referência a Alberto Cavalcanti que permite ilustrar a constituição de uma ordem sanatorial como suporte material para a implantação de uma proposta terapêutica que demandaria uma reorientação da vida cotidiana do homem enfermo. Nesse ambiente ordenado, os quartos e varandas ensolarados fariam a acolhida individual dos doentes²³. As galerias de repouso coletivo, os salões, os refeitórios e o bosque contíguo ao prédio criariam condições para o convívio social marcado pela experimentação de novas posturas, como a disciplina da tosse e da emissão do escarro, ou de uma nova sociabilidade em que o tema doença fosse excluído dos colóquios²⁴. As lavanderias no setor de serviços, purificando tanto as roupas de cama como as peças de vestuário dos doentes, seriam um complemento indispensável à higienização do corpo. Dos equipamentos de uso diário, as escarradeiras coletivas estariam ligadas ao esgoto, espalhadas por todos os lugares apropriados, sempre ao alcance dos doentes, e as individuais seriam colocadas nos quartos; e para a sua assepsia, assim como para a desinfecção de todos os talheres e louças servidos, o sanatório se provia de aparelhagem esterilizadora. Do mobiliário, promovidas a instrumento terapêutico, estavam as espreguiçadeiras a que tanto recorreriam os doentes no decurso de sua permanência naquele

²² Kopp, A. *Quando o moderno não era um estilo e sim uma causa*, SP, Nobel/Edusp, 1990, p. 42-67; 92-100 e 118-138 (respectivamente para os temas ligados à arquitetura alemã, às propostas soviéticas e à arquitetura de Le Corbusier).

²³ Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 44.

²⁴ *Id.*, p. 44, 54 e 73.

estabelecimento. Os quartos seriam dotados de móveis de ferro, esmaltados de branco, para facilitação da limpeza higiênica²⁵.

A partir de uma visita feita ao Sanatório Minas Gerais no ano de 1935, jornalistas do diário *Estado de Minas* compuseram extensa matéria sobre o estabelecimento que começava por enfatizar justamente os aspectos da aeração, da insolação e da higiene do ambiente. Varanda individuais ou coletivas, consideradas ótimos refúgios para os doentes, eram banhadas pelos raios solares matutinos e abertas a uma magnífica vista. Os quartos, de "iluminação abundante" e "ventilação perfeita", eram um retrato de limpeza com seu mobiliário branco e esmaltado; e, para além desses aposentos, a higiene parecia ser a regra do lugar: "em todas as dependências do prédio nota-se aquele mesmo apuro de limpeza, fato, aliás, que constitui uma das maiores preocupações dos que ali trabalham". A implacável perseguição aos germes estendia-se inclusive aos livros da biblioteca: antes de serem devolvidos às estantes seriam "esterilizados por um processo especial, afim de evitar a transmissão de doenças"²⁶.

Depois do louvor à higienização do ambiente viria o elogio da localização do edifício. O sanatório - dizia o artigo - instalara-se longe da "vida agitada da cidade" em local de clima esplêndido e muito propício à "debelação do mal". Fora dito também que essas já seriam razões suficientes para tornarem o sanatório o mais moderno da capital e digno de ser recomendado. Mas a admiração não se restringiria a essas qualidades. O artigo mencionaria também as instalações e aparelhagem que, na sua opinião, faziam do lugar um centro de tratamento "perfeito e modelar, capaz de figurar nos maiores centros científicos do país e quiçá do mundo".

Assim, em 1935, tão logo fora inaugurado, o Sanatório Minas Gerais, que se consolidara em consonância com o tradicional modelo de cura sanatorial, já poderia ser reconhecido como um centro de cirurgia torácica

²⁵ *Id.*, p. 44.

²⁶ *S/a*, "Sanatorio Minas Geraes", *Estado de Minas*, 07/03/35, p. 8.

moderno e bem equipado. Naquela época já havia sido concluída a montagem dos aparelhos de esterilização e da sala de cirurgia. Os serviços de laboratório, de raios X e o gabinete dentário complementariam a aparelhagem que fora “moldada no que de mais moderno possuía a ciência no concernente ao combate à tuberculose”²⁷.

Naquele mesmo ano de 1935, a imprensa local já havia publicado uma matéria em que se propunha discorrer sobre o valor da cura sanatorial recorrendo ao exemplo do Sanatório Hugo Werneck. Hospital particular fora a denominação primeira atribuída a esse estabelecimento pelo articulista que, aliás, se mostrava bem informado acerca do debate recente que envolvia defensores e opositores do tratamento sanatorial e um admirador do aparelhamento técnico-cirúrgico empregado na cura da tuberculose. Grande entusiasmo ele demonstrara ao descrever a sala de cirurgia, apresentando em detalhes seus instrumentos, o laboratório de pesquisas clínicas e biológicas, o gabinete dentário, enfim, todos os equipamentos que fariam aquele sanatório se alinhar ao que havia de mais moderno no âmbito da terapêutica da tuberculose²⁸.

Porém, mesmo sendo um apologista dessa tecnologia médico-cirúrgica, o articulista não se furtaria a destacar aspectos do sanatório que certamente aproximariam-no daquele modelo suíço posto à prova pelo próprio Hugo Werneck quando do tratamento da sua tuberculose pulmonar nos montes alpinos. Assim se apresentava a instituição que também se prestaria à “cura sanatorial clássica”: um amplo prédio que fora edificado na encosta de uma serra, aproveitando-se do clima da região - tido como mais apropriado do que o de Campos do Jordão -, a uma distância considerada

²⁷ Anos mais tarde a publicidade em torno desse estabelecimento realçaria particularmente sua condição centro cirúrgico. “Sanatorio Minas Gerais”, *RMM*, BH, n. 33, ano VI, 1939, p. 94; “Sanatorio Minas Gerais”, *RMM*, BH, n. 34, ano VI, 1939, p. 183.

²⁸ S/a, “Valor da cura sanatorial na terapêutica da tuberculose pulmonar - O Sanatorio Hugo Werneck, sua localização e seu aparelhamento”, *Folha de Minas*, 26/01/35, p.7.

vantajosa e benéfica "pelo repouso garantido ao hóspede, pela limitação do número das visitas e pela impossibilidade das seduções da vida noturna da cidade, tanto para os hóspedes como para o médico residente". Os tuberculosos - a quem o articulista chama de hóspedes - estariam então, convenientemente, afastados 16 km do centro de Belo Horizonte - a 25 minutos de percurso de automóvel - entregando-se ao repouso e às outras exigências do regime em ambiente propício.

No Sanatório Hugo Werneck, assim como nos outros estabelecimentos similares, os doentes teriam passagem obrigatória pelas varandas, coletivas ou individuais, para realizarem em repouso a cura de ar. Naquele lugar, a busca de implantação do modelo sanatorial se traduziria também na definição das funções de outras tantas dependências - como por exemplo as salas de jogos, de leitura, de música e de cinema - que se abriam à experimentação de uma nova sociabilidade. Havia ali, como no caso do Sanatório Minas Gerais uma ordem racional e previsível a reger o uso do espaço.

O Sanatório Hugo Werneck, que precedera o Sanatório Minas Gerais se instituiria, à semelhança deste, a partir do idealismo de um médico curado de uma tuberculose pulmonar. Porém, diferentemente de Alberto Cavalcanti, Hugo Werneck, mesmo tendo sido feito diretor do sanatório que levava seu nome, jamais assumiria o atendimento clínico e cirúrgico dos pacientes internados, posto que era outra a sua especialidade. E, não fosse pela iniciativa do presidente do Banco do Brasil, que propusera e financiara a construção do sanatório²⁹, esse talvez não houvesse sido edificado. Quanto a Alberto Cavalcanti, consta que sua transferência para Belo Horizonte - cidade que na sua opinião era dotada de um dos melhores

²⁹ Vale notar que essa iniciativa, que resultou num contrato que garantia uma reserva de leitos para funcionários do Banco do Brasil, precedeu a criação do IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários - que data de 1934. (Siqueira, M. M. de, *Estado e burocratização da medicina*, BH, UFMG, 1987, p. 32.)

climas do mundo - era parte de um projeto de criação de um sanatório de cujas direções clínica e administrativa ele próprio se incumbiria³⁰.

Mas não seria nula a influência de Hugo Werneck sobre os doentes. Mesmo não sendo responsável sua a direção clínica do estabelecimento, ele sempre fazia com que se cumprissem as precisas determinações da terapêutica sanatorial³¹. Numa tese médica de 1910³², Hugo Werneck - para quem o exemplar fora dedicado pelo próprio punho do autor - poderia ler: "Os sanatórios são estabelecimentos fechados; os doentes neles recolhidos têm o dever de prestar contas de todos os seus atos ao médico"³³. Esse e outros ensinamentos, dos quais Hugo Werneck certamente se aproveitou, vieram juntar-se à sua própria vivência em sanatório da Suíça para fazer dele um gerente que dirigia tanto o funcionamento interno como o comportamento dos pacientes do seu estabelecimento e que prenunciaria as ações de Alberto Cavalcanti em sua própria instituição.

O segundo dos três estabelecimentos que compuseram a rede particular de atendimento nosocomial aos tuberculosos foi o Sanatório Belo Horizonte, também inaugurado em 1929³⁴. O terreno em que foi construído, hoje situado na chamada zona central de Belo Horizonte, era parte de uma região que até o ano de 1942, conforme indica a Planta Cadastral de Belo Horizonte, se encontrava desocupada e ainda não urbanizada³⁵. O artigo da Revista Minas Médica que dá notícia da sua instalação enaltece o

³⁰ De fato, Alberto Cavalcanti, depois de um período inicial de indefinição, assumiria definitivamente essas direções, mesmo depois da venda do sanatório para o IAPB em 1947. Antunes, M. P. e outros, *op. cit.*, p. 49.

³¹ Depoimento de Hugo E. F. Werneck, filho de Hugo Werneck. BH, 15/06/93.

³² Esse trabalho consta da biblioteca da atual Faculdade de Medicina/UFMG.

³³ Santos, M. V. R. dos, *Da organização dos sanatorios e do tratamento higieno-dietetico da tuberculose*, tese - Faculdade de Medicina - RJ, 1910, p. 11.

³⁴ As datas de inauguração do Sanatório Hugo Werneck e do Sanatório Belo Horizonte são respectivamente 19/03/29 e 05/08/29. Depoimento de Hugo E. F. Werneck, filho de Hugo Werneck. BH, 15/06/93; S/a, "Instalação do Sanatorio Bello Horizonte", *RMM*, BH, n. 3 e 4, 1929, p. 96.

³⁵ *Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Conheça Belo Horizonte*, ETTU, 1942, F-3-04-03.

estabelecimento que afirma ser “equiparado aos grandes sanatórios da Suíça, pela sua ótima localização, num alto da cidade”³⁶. Mais uma vez a regra seria o isolamento, compensado por um distanciamento conveniente da movimentação urbana. Estando mais próximo da zona comercial que os demais, o Sanatório Belo Horizonte poderia inclusive abrir-se regularmente aos “doentes externos” para consultas médicas. Para tanto, poria à disposição dos pacientes um automóvel que faria seu transporte exclusivo até o Sanatório partindo diariamente da Farmácia Americana³⁷.

Mas o Sanatório Belo Horizonte não se destinaria tão somente à clínica. Na intenção de fazer com que nele se cumprisse o regime higieno-dietético, seus fundadores o dotaram de equipamentos apropriados e ordenaram convenientemente sua divisão espacial. A isso leva a crer, entre outros indícios, a matéria que, dando notícia da inauguração da casa, colocava em evidência os instrumentos necessários à aplicação daquela terapêutica. “Lavanderia mecânica, estufas de desinfecção e esterilização e caldeira a vapor”, que garantiriam a perfeita assepsia do ambiente, mereceram destaque assim como as varandas, destinadas ao “repouso absoluto”, e as dependências que proporcionariam aos doentes um convívio social em novas bases, como o salão de jantar, o salão de música e as salas de descanso e leitura³⁸.

Pode-se afirmar ainda que outros detalhes que permitiriam uma eficaz aplicação do regime higieno-dietético foram também observados pelos idealizadores daquela empresa. Características da orientação direcional do edifício permitem concluir que houve intenção de possibilitar ampla

³⁶ S/a, “Instalação do Sanatorio Bello Horizonte”, *RMM*, BH, n. 3 e 4, 1929, p. 96.

³⁷ “Farmacia Americana”, *RMM*, BH, n. 1, ano I, 1934 (publicidade); “Sanatorio Belo Horizonte”, *RMM*, BH, n. 1, ano I, 1934 (publicidade).

A Farmácia Americana era de propriedade de Ismael Libanio, irmão de Samuel Libanio, fundador do Sanatorio Belo Horizonte.

³⁸ S/a, “Instalação do Sanatorio Bello Horizonte”, *RMM*, BH, n. 3 e 4, 1929, p. 96.

insolação das fachadas para onde se abriam as varandas dos quartos³⁹. Quanto a isso, porém, não se pode dizer que o Sanatório Belo Horizonte tenha cumprido tão estritamente o programa de eficiência ao qual se ajustara o Sanatório Minas Gerais. Esse que, pela iniciativa de seu fundador e pela sua condição de ter sido edificado já nos anos 30 - época de maior difusão dos princípios da Arquitetura Moderna -, havia sido disposto de forma a se beneficiar ao máximo das vantagens da luz solar e se abrigar dos maus ventos sem se furtar à uma boa aeração⁴⁰, fez-se mais precisamente alinhado à modernidade do seu tempo. Não obstante, ainda sob esse aspecto, o Sanatório Belo Horizonte apresentava-se mais atualizado que o Sanatório Hugo Werneck, que com seu traçado clássico do monobloco circundando um pátio interno para onde se abriam as janelas dos quartos e as varandas, não poderia se favorecer plenamente da insolação e da ventilação mais adequadas ao modelo de cura sanatorial⁴¹.

Do Sanatório Belo Horizonte, indiscutivelmente modernos eram os equipamentos de pneumotórax, de radiologia e laboratoriais instalados já na época de sua fundação. Era a tecnologia médica que se adentrava no espaço sanatorial. E, tal como viria a se suceder com os outros sanatórios, o Belo Horizonte se faria também um estabelecimento hospitalar em consonância com as transformações sofridas pelo hospital nas décadas de 20 e 30 no âmbito da medicina ocidental⁴².

³⁹ A análise da representação gráfica do edifício na planta cadastral de 1946 e das fotos publicitárias veiculadas em revistas especializadas autoriza as conclusões a respeito da orientação assumida pelo edifício em relação à incidência da luz solar.

⁴⁰ Os maus ventos, os mais nocivos à saúde dos tuberculosos, seriam os do quadrante sul. (Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949, p. 72.)

⁴¹ A forma original do edifício que abrigava o Sanatório Hugo Werneck foi preservada pela instituição Retiro Boa Viagem que instalou no local um asilo para idosos. Quanto ao Sanatório Minas Gerais, suas características arquitetônicas originais foram também mantidas pelo atual Hospital Alberto Cavalcanti. O único edifício que não foi reutilizado e que se perdeu enquanto documento vivo dessa história foi o do Sanatório Belo Horizonte, demolido após o esvaecimento da instituição sanatorial.

⁴² Sobre as alterações das funções do hospital e sobre a redefinição de suas bases científico-tecnológicas nesse período ver Rosen, G., *op. cit.*, p. 367-70 e Benchimol, *op. cit.*, 1990, p. 219-22.

Nada disso, porém, pareceria tão moderno aos olhos de um observador para quem a verdadeira luta antituberculosa se travaria mediante os grandes inquéritos instituídos por um serviço de saúde pública a partir da década de 40. Para o mesmo observador, a atuação de Samuel Libanio à frente do Sanatório Belo Horizonte teve o mérito exclusivo de fazê-lo familiarizar-se com o grave problema da tuberculose.

O sofrimento dos enfermos e o malogro da terapêutica a que recorria tocaram-lhe a sensibilidade. Não os esqueceu nunca mais, aguardando uma oportunidade para colaborar no combate ao mal que tantas desgraças produzia. Essa oportunidade havia chegado.⁴³

Era a oportunidade que lhe fora dada de organizar o Serviço Nacional de Tuberculose, criado por decreto-lei do ano de 1941, e, por meio disso, concorrer para a inauguração de um novo capítulo da história da tuberculose no Brasil.

A implantação dessa nova forma de enfrentamento da tuberculose não implicaria contudo na superação do sanatório que seguiria seu livre curso agregando às suas funções métodos clínicos e cirúrgicos sem se desviar do seu propósito higieno-dietético. A instituição sanatorial, que se desenvolvia assim pela justaposição desses modelos, tinha neles dois fios a atarem-na à modernidade. De um lado, a racionalidade, a crença na ciência e nas suas prescrições metódicas conduzindo ao ordenamento do espaço e do tempo no universo sanatorial na expectativa da produção de novas relações do homem com seu entorno e com a sua enfermidade. De outro lado, o recurso ao aparato tecnológico que possibilitaria à medicina agir diretamente sobre o corpo doente e ao sanatório lançar-se como um centro de atendimento hospitalar.

⁴³ Ribeiro, L., Figuras e fatos da medicina no Brasil, RJ, Sul Americana, 1964, p. 89.

O SOCORRO AOS INDIGENTES

Consta que, além dos três estabelecimentos até agora mencionados, outros dois pequenos sanatórios compunham o quadro das instituições privadas destinadas ao internamento de tuberculosos em Belo Horizonte. Seriam os sanatórios Santa Marta e o Santa Terezinha, que eram dirigidos por fisiologistas¹. Consta ainda que eram elevados os preços das diárias em todos os sanatórios particulares² e que apenas os doentes abastados poderiam arcar com os custos da contratação dos seus serviços³.

Além disso, a construção e inauguração desses sanatórios não causou tanto entusiasmo quanto o seu projeto de fundação, que merecera plena aprovação da Diretoria de Saúde Pública. Não houve referência aos

¹ Cavalcanti, A., "A participação das instituições privadas na luta contra a tuberculose", *RMM*, BH, n. 70, ano XVI, 1949, p. 16.

Não foram encontradas maiores informações sobre o Sanatório Santa Marta. Quanto ao outro, é possível que um levantamento publicado pela *Revista Brasileira de Tuberculose*, ao fazer menção da existência de uma Pensão-sanatório Santa Terezinha em Belo Horizonte, quisesse a ele se referir. O artigo informa que a pensão-sanatório havia sido inaugurada em 20/01/30 e que manteve, de 1935 a 1945, 22 leitos para tuberculosos. (Perrone, O. R., "Leitos para tuberculosos no Brasil", *RBT*, RJ, v. XX, 1952, p. 158, 164 e 185.)

² Cavalcanti, A., "A participação das organizações privadas na luta contra a tuberculose", *RMM*, BH, n. 70, ano XVI, 1949, p. 17.

³ *Mensagem do Governo Mineiro*, Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1935, p. 94.

mesmos no relatório de atividades dessa diretoria relativo aos anos de 1930 e 1931⁴. Nessa ocasião, a tuberculose já figurava como “o mais difícil problema sanitário a ser resolvido” para o órgão oficial que, sem querer procrastiná-lo, propunha a estruturação de um dispensário para tuberculosos, a organização do serviço de vacinação pelo BCG e, na esteira do que havia sido instituído como programa de controle da lepra⁵, planejava o isolamento dos indigentes enfermos em pavilhão a ser construído no Hospital Cícero Ferreira, antigo Hospital de Isolamento. Afora isso, como nenhuma declaração de reconhecimento viera ressaltar a importância da iniciativa particular no tocante à criação de uma rede de assistência médica ao tuberculoso na cidade, o empreendimento, antes anunciado com louvor, parecia ter se tornado pouco significativo.

De fato, em 1930, quando já estavam em funcionamento os Sanatórios Hugo Werneck, o Belo Horizonte e o Santa Terezinha, a quantidade de leitos oferecidos por esses estabelecimentos, que totalizava 137⁶, estava longe de atingir o mínimo exigido⁷ de 269, ou seja, o número equivalente à soma dos óbitos por tuberculose verificados na cidade naquele mesmo ano⁸. No entanto, a partir da inauguração das instituições filantrópicas para o atendimento exclusivo de tuberculosos, a oferta de leitos expandiu-se significativamente, de forma que no ano de 1945 a proporção já estaria muito próxima do mínimo de 1 leito por óbito. Naquele ano somariam

⁴ *Relatório da Diretoria de Saúde Pública de Estado de Minas Gerais - 1930 e 1931, op. cit., p. 11 e 12.*

⁵ Quanto à lepra, o governo gabava-se de ter aberto crédito no momento acertado para a conclusão da construção da Colônia Santa Isabel, que teria capacidade para receber mais de mil leprosos. (*Id.*, p. 7.)

⁶ Perrone, O. R., “Leitos para tuberculosos no Brasil”, *RBT*, RJ, v. XX, 1952, p. 159.

⁷ A exigência mínima de 1 leito por óbito era um parâmetro ditado pela Campanha Nacional Contra a Tuberculose e valia para todo o país. (Matos, G., “Alguns aspectos da tuberculose em Minas Gerais”, *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 420.)

Porém, antes mesmo da instituição da CNCT, que sucedera em 1946, era precisamente esse o padrão aceito. Ver a respeito disso Lima, P. S., “Organização da luta antituberculosa no estado de Minas Gerais”, *Boletim da AATP*, v. I, n. 7, 1940, p. 13.

⁸ *Anuario de estatística, op. cit., 1930-31.*

809 os leitos existentes nos estabelecimentos especializados da cidade⁹ e, para o ano de 1946, seria 869 o número de mortes¹⁰.

Na avaliação do clínico tisiologista Paulo de Souza Lima, o problema dos leitos para tuberculose, quando circunscrito à Belo Horizonte, parecia estar solucionado, uma vez que a cidade, já no ano de 1940, os possuía em número suficiente para o internamento de seus enfermos. Inquietava-o contudo o deslocamento de tuberculosos de todo o estado rumo à Belo Horizonte.

O infortúnio desses homens doentes é revelado em narrativa de tom áspero que não faz coro com a opinião corrente sobre a busca do bom clima:

E assim eles vêm aos magotes, desfeitos, caquéticos, a superlotar os sanatórios e a atormentar a direção dos hospitais com pedidos de internação impossíveis, com empenhos políticos, cartas de recomendações, etc., coisas absolutamente desnecessárias se houvesse vagas para todos.¹¹

Em não havendo como recolhê-los, a solução, segundo Souza Lima, seria a sua contenção em seus locais de origem por meio da oferta de leitos para internamento daqueles que se encontrassem em fase crítica da tuberculose e de tratamento para os doentes em estado menos grave que costumavam viajar durante 2 a 3 dias somente para manutenção do seu tratamento pelo pneumotórax. O plano do governo federal de construção de um grande sanatório para pobres em Belo Horizonte deveria ser então substituído por um programa de atendimento dos tuberculosos no próprio interior do estado. E, para a implantação desse projeto, Souza Lima sugeria

⁹ Perrone, O. R., "Leitos para tuberculosos no Brasil", *RBT*, RJ, v. XX, 1952, p. 185.

¹⁰ Matos, G., "Alguns aspectos da tuberculose em Minas Gerais", *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 404.

¹¹ Lima, P. S., "Organização da luta antituberculosa no Estado de Minas Gerais", *Boletim da AATP*, v. I, n. 9, 1940, p. 13.

a clássica associação entre as instituições de caridade e o governo federal, apoiada pelas subvenções estaduais¹².

Uma vez mais o afluxo de doentes comparecia como causa da elevada incidência da tuberculose em Belo Horizonte. Eram outras porém as personagens. Nada de doentes a optar por uma recuperação em clima salubre, e sim tuberculosos quase moribundos que, como último recurso, se punham à procura de um descanso, talvez derradeiro, em um leito de hospital, alheios por certo às questões climáticas. Esses doentes não teriam contudo como se internar em instituição pública antes de 1954, quando finalmente entraria em funcionamento o Sanatório Estadual¹³.

Não menos de 14 anos transcorreriam portanto entre o momento em que Souza Lima se opusera ao plano de construção do sanatório público e a realização do projeto¹⁴. Nesse entretempo poderiam os doentes do interior do estado encontrar leitos para tuberculosos na cidade de Juiz de Fora. Mas essa oportunidade também se apresentaria tardiamente, com a inauguração do Sanatório Dr. João Penido em 1950¹⁵. Em Belo Horizonte, apesar de algumas objeções, como a do Dr. Paulo de Souza Lima, continuaria aumentando o número de leitos para tuberculosos por ação das instituições de caridade amparadas, de quando em quando, pelas verbas públicas.

Sanatório de pobres, de indigentes ou de proletários, eram os nomes empregados para denominar a instituição que se abriu para o atendimento de tuberculosos fora do circuito dos estabelecimentos particulares. O médico e historiador da medicina Pedro Salles relata em tom laudatório o empreendimento:

¹² *Id., ib.*

¹³ Feldman, J. "Queda da mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte e suas causas prováveis", *RBT*, RJ, v. XXII, 1954, p. 1044.

¹⁴ Efetivamente, o projeto demoraria mais de 14 anos para ser executado. Foi possível encontrar em matéria da imprensa local de 1939 uma divulgação do projeto. S/a, "Hospitais para tuberculosos em Minas", *Folha de Minas*, 28/05/39, p. 3.

¹⁵ Becker, M. F. e Feldman, J. "Declínio da mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte e sua provável significação epidemiológica em Minas Gerais", *RBT*, RJ, v. XXI, 1953, p. 618.

Em Belo Horizonte, Marques Lisboa fez verdadeiro milagre, começando com modestos barracões em um morro sem vegetação, sem água, sem auxílio oficial nenhum, apenas com pequenas contribuições de pessoas de boa vontade, e gastando do seu dinheiro, que aliás nunca foi muito.

Mas venceu, e aqueles barracos de 1928 constituem hoje o majestoso "Sanatório Marques Lisboa" que a cidade avista lá no alto do Morro das Pedras.¹⁶

A iniciativa particular do médico Henrique Marques Lisboa e do barbeiro José César dos Santos deu lugar à ação da AATP - Associação de Assistência aos Tuberculosos Proletários - que, em 1930, faria inaugurar o primeiro pavilhão da Vila dos Tuberculosos Proletários¹⁷, construído à custa de doações e campanhas de arrecadação como a Campanha da Semana Humanitária organizada em conjunto com a Sociedade Mineira de Proteção aos Lázarus¹⁸. Aos 20 leitos desse primeiro pavilhão somaram-se os leitos do pavilhão principal que entrou parcialmente em atividade no ano de 1935¹⁹.

Esse último, se orgulharia de tê-lo mandado construir, sem indicar o montante dos gastos, o governador, e futuro interventor do estado, Benedicto Valadares em mensagem enviada à Assembléia Legislativa Mineira²⁰. Outras medidas de profilaxia da tuberculose ele se eximiria de implementar recorrendo à seguinte justificativa: "Inicialmente, porém, estou

¹⁶ Salles, P., *História da medicina no Brasil*, Belo Horizonte, G. Holman, 1971, p. 139. O terreno no qual seria edificado o sanatório pertencera a um posto veterinário sob a direção do próprio Henrique Marques Lisboa. Desse posto, a cargo do governo federal, foram subitamente suprimidas as verbas; o que deixou seus funcionários e suas instalações em completa ociosidade. (Viana, B., "A Cruzada Mineira Contra a Tuberculose e a Fundação Benjamin Guimarães", *RM*, BH, v. VII-IX, 1941, p. 15.)

¹⁷ S/a, "Proletarios Tuberculosos", *Estado de Minas*, 10/12/33, p. 12; S/a, "Assistencia aos tuberculosos proletarios", *Estado de Minas*, 12/12/33, p. 3.

¹⁸ S/a, "A Campanha da Semana Humanitaria", *Estado de Minas*, 07/11/33, p. 12.

¹⁹ S/a, "Inaugurado mais um pavilhão do Sanatorio dos Tuberculosos Proletarios", *Estado de Minas*, 31/12/35, p. 3.

²⁰ *Mensagem do Governo Mineiro - 1935*, op. cit., p. 94.

tratando da questão, mais urgente, da assistência e isolamento dos contagiantes²¹.

Fora do circuito oficial não se reconheceria tão grande empenho do governo no combate à tuberculose. Ouvia-se, mesmo, duras críticas à deficiência da ação sanitária ou mesmo à falta de iniciativa dos poderes públicos no tocante a esse programa. "Não existe em Minas um só leito para tuberculosos mantido pelo governo - seja o federal, estadual ou municipal" - afirmava o tisiologista visitante coligado à Sociedade Brasileira de Tuberculose, acrescentando ainda que tal situação vinha sendo denunciada pelos tisiologista mineiros e se tornara conhecida do próprio Serviço Nacional de Tuberculose²². Em contraposição, as ações filantrópicas já haviam merecido seu reconhecimento. Não faltavam apreciações admiradas das ações da AATP, que teve sua obra maior - o Sanatório do Morro das Pedras - erigida a "monumento da civilização mineira"²³.

Os elogios animavam decerto os movimentos de doação em favor do sanatório. As doações, muitas vezes pessoais ou institucionais, provinham também de iniciativas de grupos, como aqueles das "senhorinhas da sociedade" com suas festas beneficentes²⁴ e dos pacientes dos sanatórios particulares em prol dos companheiros de doença menos favorecidos²⁵. E, para garantir a chegada ao seu destino da verba arrecadada, as irmãs de caridade que assumiram a direção do estabelecimento em 1949 decidiram pelo recolhimento de donativos sem intermediações, reservando uma linha telefônica exclusiva para atendimento dos doadores²⁶.

²¹ *Id.*, p. 96.

²² Bueno, M. M., "Alguns aspectos da luta anti-tuberculosa", *RMM*, BH, n. 51, ano IX, 1942, p. 175.

²³ *S/a*, "Tuberculosos proletarios", *Estado de Minas*, 24/10/34, p. 2.

²⁴ *S/a*, "Em beneficio do Sanatorio do Morro das Pedras. Baile no Centro da Colonia Portuguesa", *O Combate*, 24/06/47, p. 6.

²⁵ *S/a*, "Donativos oferecidos para a festa de São Pedro", *Boletim da AATP*, v. I, n. 9, 1940, p. 20.

²⁶ *S/a*, "Morro das Pedras, abrigo do tuberculoso pobre em Minas", *Folha de Minas*, 25/06/49, p. 10.

Com base no decreto estadual de 16 de fevereiro de 1949, poderiam as irmãs requerer do governo, por intermédio da Secretaria de Saúde e Assistência, uma subvenção equivalente a 50% do custo do doente-dia, esforçando-se por obter um auxílio pecuniário regular²⁷. A pontualidade da receita, se confirmada, as pouparia de situações como a do ano de 1938, quando nenhuma ajuda oficial, fosse federal, estadual ou municipal, socorrera o sanatório²⁸. As irmãs poderiam contar também com os rendimentos auferidos mediante serviços prestados aos chamados pacientes pensionistas. Essa clientela pagante, sempre presente naquele estabelecimento, poderia contribuir significativamente para a receita, tal como no ano de 1938, quando os valores pagos pelos pensionistas corresponderam a 31% do total arrecadado²⁹.

Não obstante a freqüência dos pensionistas, o Sanatório do Morro das Pedras jamais se afiguraria um sanatório particular³⁰. Daí a manutenção das subvenções e dos donativos para aquela casa considerada para sempre uma instituição de assistência aos indigentes. Com efeito, a clientela pagante, que afinal de contas não influía na categorização da instituição, estava mais próxima do grupo de indigentes do que dos bem acomodados pacientes dos sanatórios particulares. Das instalações impróprias de 1938 - quando os pavilhões que acolhiam a maioria dos pacientes encontravam-se inacabados - às dificuldades de manutenção dos prédios e de aquisição equipamentos em 1949, esteve sempre a direção do sanatório a se

²⁷ S/a, "Regulamentada a lei de subvenção hospitalar", *Folha de Minas*, 17/02/49, p. 3.

²⁸ Lisbôa, H. M., "Associação de Assistência dos Tuberculosos Proletarios. Relatório do ano de 1938", *RMM*, BH, n. 33, ano VI, 1939, p. 90.

²⁹ Lisbôa, H. M., "Associação de Assistência dos Tuberculosos Proletarios. Balancete do ano de 1938", *RMM*, BH, n. 35, ano VI, 1939, p. 290-91.

Na verdade, o número de pacientes pagantes internados no Sanatório do Morro da Pedras manteve-se instável ao longo dos anos. Em 1938, por exemplo, eles representavam 43% do total dos pacientes. Já no ano de 1942, a proporção de pensionistas era de 20%. Sobre os dados referentes ao ano de 1942, ver Feldman, J., "Mortalidade entre brancos e negros no Sanatório do Morro das Pedras", *LC*, BH, n. 24, 1944, p. 5.

³⁰ S/a, "Morro das Pedras, abrigo do tuberculoso pobre em Minas", *Folha de Minas*, 25/06/49, p. 10.

defrontar com problemas de um funcionamento precário dos quais se ressentiam inclusive os pacientes pagantes que, embora alojados em quartos e enfermarias vedados aos indigentes, utilizavam-se de serviços e circulavam em ambientes comuns a todos. Octavio Marques Lisboa lastimava-se pelos doentes pensionistas que, não encontrando “as necessárias condições de conforto, de se esperar, mesmo em meio modesto”, retiravam-se do lugar³¹.

O que foi feito então desse estabelecimento ao qual, se dera o nome de sanatório apesar das dificuldades de se fazer com que nele se cumprissem as mínimas normas impostas a toda instituição dita sanatorial? É certo que essa casa assumiria em princípio as funções de um abrigo de tuberculosos, ou seja, de um local de isolamento de doentes altamente contagiantes e incuráveis em benefício dos quais se aplicaria tão somente uma terapêutica sintomática³². Entretanto, nem as insuficiências das instalações, nem o déficit acumulado ano após ano, enfim, nem mesmo todas os obstáculos com os quais teve que se deparar a direção impediram a montagem de um centro cirúrgico nas dependências daquela instituição. Naquele lugar onde os tuberculosos internavam-se em fase avançada da sua enfermidade³³ a medicina exacerbou seus procedimentos de ciência aplicada dando origem e desenvolvendo progressivamente a cirurgia torácica. Foi ali, no campo aberto à experimentação, que Octavio Marques

³¹ Lisboa, O. M., “Associação de Assistência dos Tuberculosos Proletarios. Relatório do diretor clínico”, *RMM*, BH, n. 33, ano VI, 1939, p. 93.

³² No final da década de trinta, considerava-se esse o modelo primitivo de abrigo de tuberculosos em contraposição à nova estruturação dos abrigos em moldes hospitalares. Saboia, D., “Abrigo de tuberculosos”, *RBT*, RJ, v. VII, 1937e 1938, p. 577-80.

³³ Os textos médicos que fazem apreciações sobre as condições de saúde dos pacientes do Sanatório do Morro das Pedras são unânimes em afirmar que a maioria deles se encontrava, já no momento do ingresso, em avançado estágio da tuberculose. Ver, como exemplo, Lisboa, O. M., “Associação de Assistência dos Tuberculosos Proletarios. Relatório do diretor clínico”, *RMM*, BH, n. 33, ano VI, 1939, p. 91; Feldman, J., “Mortalidade entre brancos e negros no Sanatório do Morro das Pedras”, *LC*, RJ, n. 24, 1944, p. 5; Feldman, J. “Declínio da mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte e sua provável significação epidemiológica em Minas Gerais”, *RBT*, RJ, v. XXI, 1953, p. 613.

Lisbôa, filho de Henrique Marques Lisbôa inaugurou essa especialidade no âmbito da medicina mineira³⁴. Além da necessidade da aplicação do tratamento cirúrgico junto aos tuberculosos que se internavam tardiamente, a escassez de leitos era também tida como um dos fatores definidores da orientação intervencionista do sanatório. A terapêutica rápida e radical reduziria o tempo de internamento permitindo ao doente, muitas vezes por ocasião do óbito, desocupar mais rapidamente seu leito em favor de outro³⁵.

Por fim, uma explicação de ordem financeira poderia também justificar aquele investimento maciço na terapêutica cirúrgica. É Alberto Cavalcanti que, num cálculo da exeqüibilidade da edificação e manutenção de estabelecimentos sanatoriais particulares, fornece argumentos para a sustentação dessa outra justificativa. Ele, que por 7 anos consecutivos manteve a propriedade do Sanatório Minas Gerais, assim avaliava o empreendimento 2 anos após tê-lo vendido ao IAPB:

(...) é preciso que se compreenda que também os sanatórios para doentes que pagam, gastaram somas enormes para serem construídos, e a manutenção dos mesmos, a alimentação dos doentes, enfim, as despesas são muito grandes, não compensando absolutamente o capital empregado.³⁶

Na seqüência, sua conclusão apontava para a inviabilidade do investimento. Dizia ele: "pelo juro do capital empregado, o negócio absolutamente não é bom". Melhor opção seria, ainda na sua opinião, montar uma casa de saúde para cirurgia³⁷.

Sabe-se que o Sanatório do Morro das Pedras - ou Sanatório Marques Lisboa, como se passou a chamar em 1945 - não era propriamente uma empresa e que seus fundadores, seus mantenedores e seu corpo clínico

³⁴ Nava, P., *op. cit.*, 1985, p. 242.

³⁵ Lima, P. S., "Organização da luta antituberculosa no estado de Minas Gerais", *Boletim da AATP*, v. I, n. 7, 1940, p. 14.

³⁶ Cavalcanti, A., "A participação das organizações privadas na luta contra a tuberculose", *RMM*, BH, n. 70, ano XVI, 1949, p. 18.

³⁷ *Id.*, *ib.*.

jamais acenavam a expectativas de lucro quando a ele se referiam. Porém, a fim de sustentar o empreendimento, seus administradores tornaram-no o menos oneroso possível a um negócio daquela natureza. Fazendo dele, predominantemente, um centro de cirurgia, eles puderam evitar ou, quando menos, minorar os gastos com os serviços de hotelaria tão dispendiosos para os sanatórios particulares.

Até fins da década de 40 seria fácil manter reduzidos os custos das intervenções cirúrgicas. A prática de Octavio Marques Lisboa patenteadada em sua tese de livre docência ilustra as condições de simplicidade do instrumental e da técnica cirúrgica ainda na primeira metade da década de 30³⁸. Em meio aos comentários de 132 intervenções realizadas entre 1931 e 1936, o cirurgião fazia a descrição de como se processava a chamada operação de Jacobeus, uma terapêutica aplicada quando do fracasso do pneumotórax tendo em vista justamente a retomada deste. Na apreciação dos instrumentos cirúrgicos destacavam-se as observações sobre a mesa de operações: na impossibilidade da aquisição de um mesa especializada, serviria uma mesa qualquer de consultório, sendo que o importante era fazer o doente inclinar o tronco sobre a bacia³⁹. Quanto ao aparelho essencial à intervenção, o cirurgião recorria ao modelo rudimentar, o que reduzia o tempo da operação tornando-a porém mais arriscada⁴⁰. No entanto, a intervenção poderia se prolongar ou mesmo ser suspensa nos casos de fadiga do paciente, de aquecimento excessivo do aparelho ou da conseqüente produção de fumaça no momento da cauterização do tecido pulmonar⁴¹.

Mas o progresso da terapêutica cirúrgica não tardaria a chegar também ao Morro das Pedras, contribuindo para uma redefinição das

³⁸ Lisboa, O. M., *Pneumolise intra pleural*, tese - Faculdade de Medicina-UMG, 1936.

³⁹ *Id.*, p. 27

⁴⁰ *Id.*, p. 27 e 62.

⁴¹ *Id.*, p. 33, 34, 66 e 67.

práticas e do orçamento do sanatório⁴². Com o passar dos anos, além do aprimoramento das técnicas, ocorreria uma substituição progressiva das intervenções mais simples por outras de maior grau de complexidade. Da remoção de costelas, visando o fechamento das cavernas, se passaria, por exemplo, à ressecção do próprio pulmão doente, utilizando-se de recursos mais e mais dispendiosos para o sanatório. Em 1950, enquanto uma toracoplastia - ou seja, uma cirurgia de ressecção de costelas - podia ser realizada ao custo de Cr\$3.178,00, uma ressecção pulmonar - que brevemente a superaria no quadro do número de intervenções praticadas - custaria Cr\$9.500,00⁴³. O aumento de despesas era também ocasionado pelo volume sempre maior do tratamento cirúrgico. "Internamos um número crescente de doentes para serem imediatamente operados" - dizia José Feldman em 1954⁴⁴, tornando patente o fato de que, aos profissionais responsáveis pelo sanatório, importava cada vez mais seu valor enquanto instituição hospitalar, enquanto lugar de cuidados médicos e de recursos tecnológicos⁴⁵.

Transformara-se nesse centro cirúrgico a instituição que, aos olhos da imprensa local, surgira como um sanatório com modernas instalações sanitárias dotado de amplas varandas para repouso ao ar livre⁴⁶, instalado em um ponto distante da aglomeração urbana, a uma altitude de 960 m⁴⁷. Pode-se supor, contudo, que desde sempre encontrara a administração do sanatório grandes dificuldades em fazer cumprir as normas próprias à instituição sanatorial. Em 1939 seu diretor clínico denunciava a

⁴² Feldman, J. "Queda da mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte e suas causas prováveis", *RBT*, RJ, v. XXII, 1954, p. 1050-51.

⁴³ *Id.*, p. 49.

⁴⁴ *Id.*, *ib.*.

⁴⁵ Esse tipo de hospital assemelhava-se ao modelo hospitalar delineado no presente século e definido por Rosen como "unidade de produção de saúde ou médico industrial", onde predominaria a atenção médica "orientada por normas científico-tecnológicas e pelas exigências da racionalidade e economia organizacionais". (Rosen, G. *op. cit.*, p. 370.)

⁴⁶ *S/a*, "Inaugurado mais um pavilhão do Sanatorio dos Tuberculosos Proletarios", *Estado de Minas*, 31/12/35, p. 3.

⁴⁷ *S/a*, "Assistencia aos tuberculosos proletarios", *Estado de Minas*, 12/12/33, p. 3.

irregularidade da distribuição de água e as conseqüências disso para a manutenção da limpeza das diversas dependências do estabelecimento. Aos impedimentos para a observância das normas de higiene, agravadas pela falta de aparelhos de esterilização e da lavanderia, se somariam os problemas gerados pela não conclusão das obras dos pavilhões já inaugurados. A inexistência de um refeitório definitivo impunha que as refeições fossem feitas em salas improvisadas onde os alimentos, mal acondicionados, chegavam frios e não despertavam o apetite dos hospitalizados⁴⁸. Nesse ambiente - dito sanatorial, porém, carente de limpeza higiênica e de oferta alimentar satisfatória - os doentes, que dificilmente desenvolveriam uma postura responsável perante sua doença, não teriam também como se colocar serenamente frente a ela. Ali, onde a proporção de óbitos correspondia a 50% dos doentes internados⁴⁹, os pacientes eram obrigados a se confrontar permanentemente com a morte e, pelo menos nos primeiros tempos, a velar nas próprias enfermarias seus companheiros falecidos, já que o sanatório não podia contar sequer com um necrotério⁵⁰.

Menores dificuldades para se sustentar e também para aplicar a proposta de tratamento sanatorial, ao menos quanto à alimentação e à higiene, encontraria talvez o Sanatório Imaculada Conceição. Já em 1934, no ano mesmo de sua inauguração, diziam os médicos Mario Pires e Paulo de Souza Lima - seus chefes de clínica - que seus serviços de água, luz e esgotos estavam funcionando com absoluta perfeição⁵¹. Diferentemente do

⁴⁸ Lisbôa, O. M., "Associação de Assistência dos Tuberculosos Proletarios. Relatório do diretor clínico", *RMM*, BH, n. 33, ano VI, 1939, p. 93.

⁴⁹ A taxa de mortalidade no Sanatório do Morro das Pedras, no quinquênio de 1938-1942, foi de 49,11% e de 49% no período de 1945-1952. Feldman, J., "Mortalidade entre brancos e negros no Sanatório do Morro das Pedras", *LC*, RJ, n. 24, 1944, p. 5; Feldman, J. "Queda da mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte e suas causas prováveis", *RBT*, RJ, v. XXII, 1954, p. 1050.

⁵⁰ Lisbôa, O. M., "Associação de Assistência dos Tuberculosos Proletarios. Relatório do diretor clínico", *RMM*, BH, n. 33, ano VI, 1939, p. 92.

⁵¹ Lima, P. de S. e Pires, M., "Uma sugestão à Saude Publica", *Folha de Minas*, 28/12/34, p. 4.

Sanatório do Morro das Pedras o Imaculada Conceição encontrava-se assim mais bem equipado, em parte, graças a sua localização. Salvo as pensões-sanatórios, o Imaculada Conceição fora o único estabelecimento especializado no atendimento aos tuberculosos a se instalar, não em colinas ou encostas afastadas do aglomerado urbano, mas em bairro contíguo à região central da cidade aproveitando-se da estrutura da Santa Casa de Misericórdia. Aliás, como instituição associada à Santa Casa, o sanatório pôde não apenas utilizar-se da infra-estrutura montada para atendê-la como também aproveitar-se do seu já tradicional programa de captação de recursos e da sua condição de hospital bem-conceituado, destinado não somente a indigentes, mas a um público pagante.

No âmbito da Santa Casa, o Sanatório Imaculada Conceição iria substituir os Pavilhões São Carlos e Robert Koch que, tendo capacidade para receber, respectivamente, 14 e 12 doentes, vinham sendo ocupados com 20 ou mais leitos cada um⁵². Além disso, o sanatório viria corrigir situações ainda mais graves, como o freqüente internamento de tuberculosos nas enfermarias de clínica geral daquele hospital ou o alojamento de outros na varanda do referido Pavilhão São Carlos⁵³.

Todo um conjunto de tuberculosos, antes amontoados em pavilhões ou promiscuamente internados nas enfermarias gerais, seria transferido para as enfermarias do segundo pavimento de uma instituição equipada para acolhê-los com exclusividade⁵⁴. No primeiro pavimento estariam internados os pensionistas que concorreriam para a manutenção da instituição. Aberto à 2ª e 3ª classes pagantes, o sanatório poderia auferir delas ganhos correspondentes a 50% da sua receita como no ano de

⁵² S/a, "A Santa Casa e o problema da assistência aos tuberculosos - Movimento em prol da construção do Hospital Imaculada Conceição", *Estado de Minas*, 13/06/34, p. 5.

⁵³ S/a, "Uma nobre e louvável realização da Santa Casa de Belo Horizonte", *Folha de Minas*, 16/10/34, p. 8.

⁵⁴ S/a, "A obra humanitária das 'Servas do Espírito Santo' no amparo ao tuberculoso", *Folha de Minas*, 20/02/49, p. 5.

1936⁵⁵. Conformando-se especialmente para atender um público tão diversificado, o Imaculada Conceição se tornaria uma instituição peculiar entre as demais: uma alternativa para o chamado doente indigente - que ali encontraria todos os recursos clínicos e cirúrgicos de um hospital-sanatório - e uma opção para o doente remediado, para quem o tempo poderia se desdobrar a espera dos benefícios da terapêutica do repouso e do bom alimento.

⁵⁵ S/a, "Sanatorio Immaculada Conceição", *Estado de Minas*, 08/12/36, p. 8.

6

EXPEDIENTES LEGÍTIMOS

Inaugurando suas edições de 1933 com a crítica à terapêutica sanatorial, a Revista Brasileira de Tuberculose, em seu editorial "Os fatores sociais na luta antituberculosa", concentra todo o seu repúdio àquele sistema nas seguintes palavras :

Permanecer nesse terreno, já hoje arenoso e movediço por falta de substrato científico, é querer, mais do que a tolerância o permite, venerar o passado, não como experiência ou ponto de reparo das várias etapas do processo histórico, mas como um sádico que se compraz em desfrutar o silêncio acabrunhador das necrópoles seculares.¹

Essa incitação ao abandono do conceito de cura sanatorial acompanha-se de um elogio dos tratamentos ambulatoriais que, segundo o editorial, seriam os mais adequados à realidade brasileira. Do sanatório, é reconhecido porém seu valor enquanto hospital especializado. Bem aparelhado e adaptado à realização de intervenções cirúrgicas, o novo

¹ Editorial, "Os factores sociaes na luta antituberculosa", *RBT*, RJ, v. I, 1933, p. 357.

sanatório viria cumprir a função social que o modelo precedente, fundado na trilogia ar, repouso e alimentação, não pudera desempenhar.

Ao fim, aconselhava-se aos médicos que tomassem para si o compromisso de implementar um programa agressivo de combate à tuberculose, na impossibilidade de contar com a benevolência das “fortunas particulares” e com a ação dos poderes públicos. À rejeição ao modelo sanatorial seguiria a aplicação de todas as formas de colapsoterapia², tanto mais agressivas e rápidas, quanto mais miseráveis fossem os doentes.

Pondo de lado os antagonismos entre a proposta de cura sanatorial e a prática ambulatorial de controle da tuberculose e buscando compreender o significado dessa recusa do sanatório, pode-se objetar que a conclamação ao abandono da terapêutica sanatorial não teria sua contrapartida na prática médica e hospitalar de atendimento aos tuberculosos no Brasil. Não existia no tocante a isso uma tradição médica a ser renegada, visto que o surgimento dos primeiros sanatórios no cenário nacional dera-se há bem pouco tempo³.

Segundo levantamento divulgado por aquela mesma revista anos mais tarde, afora as iniciativas de alojar os tuberculosos em pavilhões anexos às Santas Casas de Misericórdia e um ou outro empreendimento isolado, o internamento de tuberculosos em instituições especializadas só viria a ser praticado no Brasil em fins dos anos 20 com a difusão, ainda que modesta, do modelo de cura sanatorial e a construção dos primeiros sanatórios⁴. Assim sendo, os estabelecimentos inaugurados em Belo Horizonte nas

² A colapsoterapia é uma terapêutica da tuberculose pulmonar que envolve procedimentos clínicos ou cirúrgicos visando obter a cicatrização das lesões dos pulmões afetados pela tuberculose.

³ A promoção terapêutica do clima no Brasil é bem mais antiga do que a instituição do sanatório e do sistema de cura a ele inerente, qual seja, o regime higieno-dietético. Contudo, no âmbito da climatoterapia, talvez seja igualmente temerário falar de uma tradição contra a qual fosse possível se insurgir.

Sobre a mais remota relação entre tuberculose e clima no Brasil ver Souza, R. de P. “O fator clima na cura da tuberculose”, *RBT*, RJ, v. V, 1935 e 1936, p. 414.

⁴ Perrone, O. R., “Leitos para tuberculosos no Brasil”, *RBT*, RJ, v. XX, 1952, p. 147-279.

vésperas dos anos 30, seriam, junto aos de outros estados, os pioneiros nesse domínio⁵. Daí, pode-se concluir que o tom inflamado, condenatório e mesmo acusador daquele editorial de 1933, compõe antes um discurso retórico do que um arrazoado baseado em fatos verdadeiros.

Mas aquela não seria a única voz a pregar a superação do antigo conceito de cura sanatorial. Nos anos 30, a discussão da eficácia da climatoterapia - que envolveu fisiologistas numa disputa já mencionada - compreendia também questões atinentes à necessidade da instituição de novos métodos de tratamento da tuberculose. A "revolução terapêutica"⁶, o "soberbo edifício" do tratamento da tuberculose pulmonar⁷, "a técnica de tratamento da doença que armou o homem contra o seu maior inimigo de todos os tempos"⁸, eram expressões metafóricas empregadas tanto na composição de um discurso apologético em favor da adoção das técnicas da colapsoterapia, como para apontar a superioridade desses métodos em relação ao sistema tradicional ancorado na alimentação e no repouso praticado em clima supostamente benéfico.

Talvez seja lícito pensar que, ao se voltarem contra a prática sanatorial, os fisiologistas estariam na verdade buscando contestar um conceito que, se amplamente aceito, poderia retardar a institucionalização da autêntica campanha pública contra a tuberculose em todos os quadrantes do Brasil. É o que sugere o editorial da edição de agosto de 1937 da Revista Brasileira de Tuberculose ao festejar o relatório do Departamento Nacional de Saúde apresentado ao Ministério da Educação e

⁵ As iniciativas que antecederam aos empreendimentos belo-horizontinos foram a criação do Sanatório de Palmira (atual Santos-Dumont - 1920), do Sanatório Vicentina Aranha (São José dos Campos - 1924), do Sanatório Militar de Itatiaia (Resende, RJ - 1926), do Sanatório Maria Imaculada (São José dos Campos, SP - 1927), do Sanatório São Sebastião (Lapa, PR - 1927). Sobre a fundação do Sanatório São Paulo em Campos do Jordão não há certeza quanto à data de 1927. *Id.*, p. 157-60.

⁶ Pitanga, G., "Considerações acerca de clima e sanatório", *RBT*, RJ, v. IV, 1935, p. 1683.

⁷ Paula, A. de, "Póde-se curar da tuberculose pulmonar no Rio de Janeiro?", *RBT*, RJ, v. IV, 1935, p. 1765.

⁸ Paula, A. de, "Clima e tuberculose", *RBT*, RJ, v. V, 1935 e 1936, p. 240.

Saúde, afirmando ser este o primeiro texto médico oficial a rejeitar a idéia de que o clima do Rio de Janeiro era hostil à cura da tuberculose e a destacar a necessidade de criação de sanatórios populares para tratamento e não para isolamento dos infectados já moribundos⁹.

Entabulada na passagem da década, essa discussão - que, aliás, se prolongaria para além dos anos 30 - acompanha o surgimento dos primeiros sanatórios no Brasil. E, sem fugir às imposições do momento, contribuindo simultaneamente para a constituição do modelo sanatorial em bases hospitalares, abrem-se aos tuberculosos, em Belo Horizonte, instituições que "tudo farão pelo seu restabelecimento".

Locais de experimentação de métodos clínicos e cirúrgicos os sanatórios, ao lado de outros estabelecimentos, eram expressão da cultura médica belo-horizontina. A cidade que há vinte anos de sua fundação formava seus próprios médicos e que era dotada de hospitais convertidos em instituições educacionais, vinha sendo palco do aprimoramento do saber médico em áreas como a radiologia e a cirurgia, imprescindíveis às novas modalidades de terapêutica da tuberculose.

Desde 1910, clínicos atualizados o bastante para transporem a linha divisória entre a medicina dos inquéritos sintomatológicos e a medicina tecnicista poderiam contratar os serviços radiológicos da Santa Casa. Na intenção de ratificar por meio do olhar aquilo que já lhe informara seus outros sentidos, o médico, mesmo não estando vinculado àquela instituição, solicitaria dela as imagens em profundidade de seus pacientes fornecidas pelas "radiografias com uma prova em cada posição"¹⁰.

O médico-esteta Pedro Nava, no relato do seu encontro com o "mundo lunar e submarino das radiografias e radioscopias" nas dependências da Santa Casa de Belo Horizonte, revela o poder de

⁹ Fernandes, R. , "Editorial - Campanha contra a tuberculose no Distrito Federal", *RBT*, RJ, v. VI, 1936 e 1937, p. 519.

¹⁰ Veras e Moretti, *Guia de Belo Horizonte*, 1912 *apud* Salles, "Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte", *RAMMG*, BH, v. XVII, 1966, p. 56.

encantamento dessa invenção tecnológica ainda no ano de 1927. O corpo, que lhe fora dado a conhecer pela auscultação e pela percussão, revelava-se-lhe agora com todos os seus detalhes de forma, tamanho e função, fascinando não apenas pela visão da sua beleza e prodígio, mas pelas várias imagens que, dele, poderia, por sugestão, apreender seu observador¹¹.

Anos mais tarde, seguindo a iniciativa do Hospital São Vicente, que também se aparelhara com equipamento de raios X, viriam os sanatórios e, por volta de 1932, a clínica particular, igualmente ajustada à modernidade da medicina¹². Moderna era a aplicação terapêutica dos raios X que, desde 1922, era feita pelo Instituto do Radium de Belo Horizonte para atender sobretudo casos de câncer.

Na literatura médica local um único exemplo encontrado de emprego da radioterapia para tratamento de uma peritonite tuberculosa¹³ indica que talvez não fosse usual o recurso à radiação tendo por fim a cura da tuberculose. Especificamente para o tratamento dessa enfermidade na sua localização pulmonar, encarregara-se da sua contra-indicação o próprio autor dessa *observação de caso clínico*¹⁴. Por outro lado, como instrumento diagnóstico, teriam os raios X largo emprego na confirmação e pesquisa de casos de tuberculose pulmonar. Essa aplicação, isoladamente encetada pelo médico Virgílio Machado em 1912, intensificou-se de modo crescente até difundir-se amplamente na década de 40 com a instituição dos

¹¹ Nava, P., *op. cit.*, 1985, p. 356-57.

¹² Sobre a clínica particular a informação é de Dulce Ferola (setembro de 1997), viúva de José Ferola que, junto com Flavio Marques Lisboa, introduzira no âmbito da medicina privada os serviços de radiologia em Belo Horizonte.

¹³ Localização abdominal da infecção tuberculosa que pode ocorrer isoladamente ou coexistir com outras manifestações clínicas da tuberculose.

¹⁴ Gomes, F. de M., "Röntgentherapie na peritonite tuberculosa", *RM*, BH, v. II, 1934, p. 21-9.

A denominação röntgentherapie origina-se do antropônimo Röntgen de Wilhelm Konrad Röntgen que, em 1895, descobriu os raios X.

programas sondagem das coletividades para identificação dos tuberculosos assintomáticos¹⁵.

Em contrapartida, e também ao longo desse período, decresceria a importância da investigação baseada no estudo metódico de sinais que pudessem evidenciar doenças. Quando Pedro Nava revista sua época de estudante, ainda nos primeiros anos da década de 20, relembra, entre vários aspectos da medicina de outrora, o destaque dado à semiologia como método de identificação de estados patológicos.

Tínhamos de aprender a conversar bem com o doente, a olhá-lo melhor, a palpá-lo, percuti-lo e auscultá-lo com um capricho que as gerações atuais desprezam ou ignoram.¹⁶

Da tradução da "linguagem pitoresca dos pacientes" para o preenchimento das papeletas ao desvelamento da vida obscura dos corpos que mobilizava o tato, na apalpação, a audição, na percussão e na auscultação e até mesmo o olfato, o médico estaria em alerta permanente para surpreender a doença¹⁷. Ao incauto estudante na fase teórica de sua formação, em meio a tanta exigência de atenção, uma aula sobre auscultação, por exemplo, poderia lhe parecer uma tempestade de "estertores vibrantes, bolhosos, secos, de duração curta, tonalidade variável, duração longa, regulares, irregulares, numerosos, raros". Mais tarde, não mais tão inocente, desenvolveria sua própria escuta, orientando-se para aquela prática vigilante¹⁸.

Já na década de 30, o Dr. Cavalcanti ressaltaria ainda a importância do exame físico para o diagnóstico da tuberculose: "a percussão e a auscultação têm um valor extraordinário, não se podendo prescindir, de

¹⁵ A pesquisa das coletividades se basearia na aplicação em massa da abreugrafia. Mas, como se verá adiante, esse seria um outro capítulo da história da doença na cidade que corresponderia à era dos *cadastros torácicos* que tanto procurariam pela *tuberculose inaparente*

¹⁶ Nava, P., *op. cit.*, 1985, p. 204.

¹⁷ *Id.*, p. 330-34.

¹⁸ *Id.*, p. 204.

forma alguma, dessa maneira de verificação da moléstia"¹⁹. Não há evidência de que nessa época, e muito menos na década posterior, houvesse médico que com ele fizesse coro. Nos estudos de casos clínicos observados na literatura produzida por especialistas de Belo Horizonte, as pesquisas radiológicas dos campos pulmonares são recursos essenciais para a formação de diagnósticos²⁰. E, para justificar essa imprescindibilidade dos raios X, se poderia recorrer, depois de 1937, ao estudo da semiótica das cavernas pulmonares empreendido por Orlando Cabral Motta. A partir do confronto entre os resultados de exames físicos de pacientes e as leituras das investigações radiológicas dos seus pulmões, o Dr. Motta pôde concluir, em favor dos raios X, que "50%, aproximadamente, das cavernas que aparecem numa radiografia são mudas à ausculta"²¹.

Doravante, se firmaria a precedência da visão sobre audição no diagnóstico da tuberculose pulmonar. O olhar preponderante sofreria porém um pequeno desvio: outrora voltado para os sinais de um corpo supostamente doente, passaria a dirigir-se para a superfície simultaneamente plana e profunda das imagens radiográficas, buscando orientar-se no submundo das sombras de infiltrados e escavações. As palavras do Dr. Ernesto Ayer Filho substanciam as novas expectativas do clínico que se juntaria de agora em diante em parceria com o radiologista:

Procuramos na exposição dessas observações clínicas, eliminar quase todos os elementos sujeitos a serem influenciados pela apalpação, percussão e auscultação, etc., e, para levar ao extremo essa preocupação de objetividade, pedimos ao competente radiologista Dr. Flavio Marques

¹⁹ Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 153.

²⁰ Gontijo, B. e outros, "Apicolise extra facial a Semb", *RBT*, RJ, v. VIII, 1938 e 1939, p. 434-41; Motta, O. C., "As indicações do pneumotorax extrapleurale na pratica fisiologica", *RMM*, BH, n. 41, ano VII, 1940, p. 323-26; Ayer F.º, E., "Sobre a indicação da toracoplastia em portadores de processo tuberculoso bilateral". *RMM*, BH, n. 43, ano VII, 1940, p. 465-87.

²¹ Motta, O. C., *Semiótica das cavernas tuberculosas*, tese - Faculdade de Medicina-BH, 1937, p. 63.

Lisbôa que fizesse o estudo comparativo dos filmes dos casos que reunimos neste trabalho.²²

Mas não haveria nisso uma ruptura fundamental no modo de percepção da doença. Aqui, uma simplificação de uma operação do “olhar calculador”²³, conduziria o clínico àquilo que realmente lhe interessaria: a *lesão do órgão*. A radiografia encurtaria o caminho que deveria ser percorrido entre a coleta de sintomas e o estabelecimento do diagnóstico da doença.

É nesse processo que o clínico, aliado ao radiologista e ao cirurgião, definiria e instituiria seu campo de ação. Aqueles que ainda se ligavam ao ser da doença - ao controle do bacilo e do combate por ele travado com as defesas do organismo -, seriam coadjuvantes numa cena controlada pelo clínico e instrumentada pelos dispositivos cirúrgicos que conquistariam o próprio espaço sanatorial. Clínicos e cirurgiões com sua atenção dirigida para a lesão pulmonar adotariam e aperfeiçoariam progressiva e incessantemente técnicas de contenção do processo de corrupção daquele órgão. Entre os métodos adotados para esse fim o *pneumotórax artificial* teria a primazia. Uma promoção terapêutica faria do raio X um indispensável instrumento de controle dessa prática.

“Por pneumotórax espontâneo entendemos a entrada de ar no espaço pleural, consecutiva à ruptura da superfície do pulmão e da pleura visceral”²⁴. É assim que o professor de fisiologia José Feldman define o pneumotórax em 1969 na 5ª edição do seu *Curso de Pneumologia*. Da outra modalidade de pneumotórax, a não espontânea, não há menção em seu livro. Talvez fosse tarde demais para discorrer sobre o pneumotórax artificial e ainda muito cedo para prescindir do adjetivo *espontâneo* como forma de

²² Ayer F.º, E., “Sobre a indicação da toracoplastia em portadores de processo tuberculoso bilateral”. *RMM*, BH, n. 43, ano VII, 1940, p. 464.

²³ Essa expressão é utilizada por Foucault e está definida na seguinte passagem: “é um olhar que não se contenta em constatar o que evidentemente se dá a ver; deve permitir delinear as possibilidades e os riscos”. Foucault, *op. cit.*, p. 101.

²⁴ Feldman, J., *op. cit.*, p. 237.

diferenciação. Os manuais médicos, que passaram a aludir ao pneumotórax exclusivamente como fenômeno patológico, deveriam ainda agregar a ele o termo espontâneo para evitar associações com uma prática recentemente abandonada, mas suficientemente desatualizada para ser excluída do discurso médico.

Para além do texto médico renovado que não se dá à reminiscências, uma profusão de textos mais antigos, compostos de relatos de uma fecunda prática médica, patenteariam o primado do pneumotórax terapêutico até a década de 50. O dito pneumotórax artificial consistia na injeção de gás esterilizado na cavidade pleural visando uma imobilização do pulmão afetado e, conseqüentemente, o fechamento das cavernas ou a cicatrização das lesões ocasionadas pela infecção tuberculosa. A introdução do gás se faria entre as duas membranas da pleura²⁵, num espaço que normalmente não contém ar. A pleura, expandida pelo efeito da injeção de ar, comprimiria o pulmão possibilitando sua recuperação. Os raios X seriam imprescindíveis no controle da quantidade de ar a ser insuflado e no acompanhamento do tratamento para surpreender possíveis ocorrências imprevistas. Novas injeções se fariam necessárias à proporção que o ar fosse naturalmente reabsorvido²⁶. Inicialmente eram previstas insuflações progressivamente espaçadas em intervalos que iam de 2 a 10 dias. O tempo total do tratamento seria de 2 ou 3 anos, com possibilidades de prorrogação. Ocasionalmente a cura poderia se operar num prazo mais curto, mas, ainda assim, não se recomendava interrompê-lo senão no terceiro ano²⁷.

O método do pneumotórax artificial havia sido desenvolvido pelo professor da Universidade de Nápoles, o italiano Forlanini que, em 1894,

²⁵ Pleura: "Dupla membrana serosa que envolve cada um dos pulmões externamente, e a cavidade torácica internamente." (*Dicionário Aurélio Eletrônico*, Nova Fronteira, 1994.)

²⁶ Sobre o mecanismo do pneumotórax, ver Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 83 e 84 e Guillaume, P., *op. cit.*, p. 243-44.

²⁷ Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 85; Depoimento de José Santos, BH, 15/09/92.

trouxo a público seus primeiros casos de cura. Na primeira década deste século ele teria seguidores na Alemanha, na Suíça e na França. Mas, somente em 1912, por ocasião X Congresso Internacional de Tuberculose, mereceria essa terapêutica o reconhecimento oficial, tornando-se daí em diante o mais importante e mundialmente difundido tratamento da tuberculose pulmonar antes da era da antibioticoterapia²⁸. No Brasil, um dos introdutores da técnica foi Clemente Ferreira, clínico da cidade de São Paulo que em 1915 publicou uma estatística com 25 casos tratados com a colapsoterapia gasosa²⁹. Em Belo Horizonte, as primeiras experiências com o pneumotórax, depois da clínica do médico Virgílio Machado, datam de meados da década de 20.

Relatando episódios do ano de 1926, Pedro Nava menciona a chegada recente na Santa Casa de Belo Horizonte de um aparelho de Küss para o pneumotórax artificial que ele próprio aprendera a manejar com o médico Ari Ferreira. A este Nava atribui a generalização do tratamento pelo pneumotórax e o aperfeiçoamento da técnica, narrando assim as diligências do mestre:

Para facilitar a operação e evitar picadas no pulmão, ele criara uma agulha especial de bisel curto e fenestração lateral. Levava uma, de platina, à *Joalheria Diamantina* e encomendara modificações.³⁰

Nessa mesma época, Alberto Cavalcanti instalava em Belo Horizonte sua clínica onde introduziria a colapsoterapia gasosa antes de torná-la prática corrente nas casas de saúde que viria a dirigir³¹.

Originalmente indicado para casos em que houvesse cavernização de um único pulmão ou para surtos de hemoptise, o pneumotórax passou a ser prescrito para a tuberculose pulmonar em todos os seus estágios, desde as

²⁸ Guillaume, P., *op. cit.*, p. 243; Waksman, S. A., *A vitória sobre a tuberculose*, SP, Cultrix, 1964, p. 96.

²⁹ Cavalcanti, A., "Pneumotórax artificial", *RMM*, BH, n. 64, ano XII, 1945, p. 80.

³⁰ Nava, *op. cit.*, 1985, p. 335.

³¹ Cavalcanti, A., "Pneumotórax artificial", *RMM*, BH, n. 64, ano XII, 1945, p. 80.

fases iniciais da doença até as mais avançadas, caracterizadas pelas cavernas gigantes ou pelo acometimento de ambos os pulmões³². Ao alargamento do campo das indicações do pneumotórax seguiria um rápido desenvolvimento das técnicas clínicas e cirúrgicas de correção das ocorrências imprevistas. Da aplicação do pneumotórax poderiam sobrevir acidentes - como a inflamação da pleura, os derrames pleurais, o pneumotórax espontâneo - freqüentes e graves, mas passíveis de serem controlados ou reparados pelo próprio clínico. Acontecimentos, como as aderências das membranas da pleura, demandariam a ingerência do cirurgião. A total falência da colapsoterapia gasosa ou a sua contra-indicação sinalizariam também a necessidade da intervenção cirúrgica.

Registros de uma intensa prática cirúrgica constam da literatura médica local da segunda metade da década de 30 em diante. Dois cirurgiões do tórax atuantes em Belo Horizonte, Octavio Marques Lisboa e Bayard Gontijo, operavam pacientes em todos os sanatórios da cidade. Transferindo-se o primeiro para o Rio de Janeiro na década de 40, coube ao Dr. Gontijo prosseguir realizando cirurgias torácicas naqueles estabelecimentos à exceção do Sanatório Minas Gerais que contratava serviços de um cirurgião daquela cidade³³.

Numa época em que a especialização médica e cirúrgica concernia à atividade prática, iniciando-se com a chamada residência médica para os recém-formados, a instituição da cirurgia torácica em Belo Horizonte viabilizou-se graças à constituição de um saber e de uma prática que, não obstante a escassez dos recursos materiais, vinham se desenvolvendo desde a primeira década deste século com a instituição da Clínica Cirúrgica na Santa Casa de Misericórdia e com a inauguração da cadeira de mesmo

³² Cavalcanti, A., "Pneumotórax artificial", *RMM*, BH, n. 64, ano XII, 1945, p. 90-7; Sá, Z. F. de, "Tratamento da tuberculose pulmonar", *Boletim da AATP*, v. I, n. 7, 1940, p. 7.

³³ Depoimento de José Santos, BH, 15/09/92.

nome na Faculdade de Medicina no ano de 1915³⁴. Dos rudimentos da cirurgia passariam os jovens médicos e futuros cirurgiões à residirem nos hospitais para complementação de sua formação. Foi o que se sucedeu com Bayard Gontijo que se fez cirurgião do tórax em estágio no Hospital São Lucas de Belo Horizonte³⁵.

No âmbito da terapêutica da tuberculose a ação primeira do cirurgião consistiria em possibilitar ou melhorar o pneumotórax nos casos em que a doença houvesse acometido a pleura resultando em aderências das suas camadas. O clínico perceberia a existência de aderências pleurais no momento da injeção do ar ou delas suspeitaria quando a terapêutica gasosa não conduzisse à compressão prevista do pulmão³⁶. Os exames radiográficos, julgados mais uma vez imprescindíveis, confirmariam a indicação operatória. E, suposto que as aderências não se revelassem mediante raios X, a comprovação viria com a pleuroscopia exploratória³⁷.

Em 1937, considerava-se que essa intervenção - conhecida como Operação de Jacobeus ou, simplesmente, como pneumólise - já poderia ser praticada em larga escala e tão logo fossem constatadas a presença de aderências na pleura³⁸. De fato, do estudo empreendido por Octavio Marques Lisboa, a partir de 132 intervenções realizadas de 1931 a 1936 no Sanatório Hugo Werneck, na Clínica de Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina e na Santa Casa de Misericórdia, depreende-se que vinha se tornando comum a execução dessa prática cirúrgica e muito entusiasticamente recomendada a sua aplicação³⁹.

Aliás, a consagração dessa terapêutica não se reduzia ao valor da cirurgia em si, mas ao seu poder de supressão dos obstáculos que se

³⁴ Nava, P., *op. cit.*, p. 305; Salles, "Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte", *RAMMG*, BH, v. XVIII, 1967, p. 30-1.

³⁵ Depoimento de José Santos, BH, 15/09/92.

³⁶ *Idem*.

³⁷ Lisboa, O. M., *op. cit.*, p. 13.

³⁸ Cavalcanti, A., "O valor da operação de Jacobeus para o Tisiólogo", *RMM*, BH, n. 22, ano IV, 1937, p. 45 e 50.

³⁹ Lisboa, O. M., *op. cit.*.

opunham ao bom êxito do tratamento pelo pneumotórax, no qual se depositavam as primeiras esperanças do médico de levar o doente à obtenção da cura da tuberculose. Mais do que tudo era necessário fechar cavernas tuberculosas, eliminar escarros bacilíferos; a isso, o bom pneumotórax se prestaria. E, finalmente, quando a expectoração não se reduzisse de imediato ou não se tornasse livre de bacilos após as primeiras tentativas de colapso do pulmão, se suspeitaria das aderências que deveriam ser logo, logo cauterizadas⁴⁰.

Pneumotórax, operação de Jacobeus, pneumotórax; ao fim dessa seqüência o colapso do pulmão, e o resultado negativo do exame do escarro seriam indícios de cura. Processando os dados fornecidos pelo Dr. Marques Lisbôa ao fim do seu estudo, tem-se - como resultado por ele considerado satisfatório - 48% dos pacientes apresentando exame de escarro negativo para bacilo de Koch depois de tratados e 24% falecidos⁴¹.

Da toracoplastia, um outro método de colapsoterapia, o cirurgião apresentava resultados menos promissores. Verificando os números fornecidos por relatos de cirurgias realizadas no Sanatório do Morro da Pedras e no Sanatório Imaculada Conceição, observa-se a proporção de 28% de doentes com escarros negativados após a terapêutica⁴². Esses fracos resultados, porém, pouco diziam àqueles autores nas suas tentativas de demonstração de habilidade e conhecimento. O destaque era para o fato dos estudos citados por esses mesmos autores apresentarem índices de cura de 80 a 92% resultantes da aplicação de técnicas aprimoradas de toracoplastia⁴³. No afã de obter-se o colapso pulmonar, importava ocupar-se

⁴⁰ Cavalcanti, A., "O valor da operação de Jacobeus para o Tisiólogo", *RMM*, BH, n. 22, ano IV, 1937, p. 49; Lisbôa, O. M., *op. cit.*, p. 13.

⁴¹ Lisbôa, O. M., *op. cit.*, anexo.

⁴² Gontijo, B. e outros, "Apicolise extra facial a Semb", *RBT*, RJ, v. VIII, 1938 e 1939, p. 434-41; Ayer F.º, E., "Sobre a indicação da toracoplastia em portadores de processo tuberculoso bilateral". *RMM*, BH, n. 43, ano VII, 1940, p. 465-87.

⁴³ Gontijo, B. e outros, "Apicolise extra facial a Semb", *RBT*, RJ, v. VIII, 1938 e 1939, p. 432-33.

sem demora de experimentos supostamente bem-sucedidos noutros contextos⁴⁴.

De mais a mais, para os casos em que indicação terapêutica era a toracoplastia, a esperança de cura convertera-se, por meio de uma operação conceitual, numa simples expectativa de “estabilização lesional”⁴⁵. Para doentes com diagnóstico de tuberculose bilateral, quase sempre cavitária, evolutiva e de prognóstico sombrio, que não poderiam se beneficiar senão de uma cirurgia radical, a melhora denotaria cura.

Clínicos e cirurgiões enchiam-se de entusiasmo ao defenderem a aplicação da toracoplastia e ao referirem-se aos resultados que essa terapêutica permitia alcançar⁴⁶. A cirurgia consistia na ressecção de costelas, podendo atingir a totalidade delas em um dos lados do tórax. Era indicada para doentes que não pudessem se favorecer do pneumotórax, quer pela localização das suas lesões pulmonares, quer pela existência de aderência pleurais. Com o desenvolvimento da cirurgia torácica, a indicação da operação estendeu-se aos pacientes com cavernas no ápice pulmonar ou acometidos por tuberculose bilateral. As inovações implicavam excisões cada vez mais extensas, como, por exemplo, na cirurgia de colapso do ápice do pulmão em que eram removidas não apenas as costelas, mas os músculos, vasos e nervos intercostais⁴⁷.

⁴⁴ Havia, da parte dos médicos, um grande empenho em atualizar-se. Sua prática apoiava-se em estudos divulgados muito recentemente. Exemplo disso pode-se extrair do texto do cirurgião Bayar Gontijo e dos clínicos Mario Pires e Paulo de Souza Lima sobre a apicolise - toracoplastia que afeta o ápice pulmonar. Entre os trabalhos por eles citados - dos quais constam informações sobre seus locais de publicação - há estudos de autores americanos e franceses em edições de 1937 e 1938. Gontijo, B. e outros, “Apicolise extra facial a Semb”, *RBT*, RJ, v. VIII, 1938 e 1939, p. 442.

⁴⁵ Ayer F.º, E., “Sobre a indicação da toracoplastia em portadores de processo tuberculoso bilateral”. *RMM*, BH, n. 43, ano VII, 1940, p. 464.

⁴⁶ Gontijo, B. e outros, “Apicolise extra facial a Semb”, *RBT*, RJ, v. VIII, 1938 e 1939, p. 421; Sá, Z. F. de, “Tratamento da tuberculose pulmonar”, *Boletim da AATP*, v. I, n. 7, 1940, p. 8; Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 88.

⁴⁷ Gontijo, B. e outros, “Apicolise extra facial a Semb”, *RBT*, RJ, v. VIII, 1938 e 1939, p. 426.

Recomendava-se que os médicos não temessem os riscos que acompanhavam tais intervenções⁴⁸. E se a nova técnica proposta causasse fortes sensações a alguns, o cirurgião poderia justificá-la nos seguintes termos: "Embora seja a sua execução mais trabalhosa, não é entretanto mais chocante que outras toracoplastias."⁴⁹

Para fechamento das cavernas rígidas e grandes da base do pulmão os cirurgiões recorriam à frenicectomia, ou seja, à remoção de um dos nervos frênicos⁵⁰ para anulação parcial dos movimentos do diafragma e conseqüente compressão de um dos pulmões. No artigo em que traça um histórico do desenvolvimento da prática da frenicectomia, desde as primeiras experimentações até as condições atuais de sua aplicação, o médico José Feldman - clínico do Sanatório do Morro das Pedras, na ocasião - afirma, sem se referir especialmente aos fisiologistas da cidade, que esse método de colapsoterapia, dada a simplicidade de sua técnica, havia conhecido uma era de prestígio mundial⁵¹. Como seu partidário, Feldman procurava definir a exata medida dos benefícios da frenicectomia, descrevendo as comparações que outros autores estabeleciam entre esta e as outras formas de colapsoterapia - principalmente a toracoplastia, designada também como "desossamento". Suas conclusões apontam para uma reabilitação da intervenção sobre o nervo frênico fazendo observar a superfluidade da remoção do mesmo. Uma utilização mais esclarecida e segura da frenicectomia consistiria, não no método definitivo de retirada do nervo frênico, mas nas ações reversíveis de alcoolização ou esmagamento do mesmo dirigidas para a cura das lesões da base pulmonar⁵².

⁴⁸ Ayer F.º, E., "Sobre a indicação da toracoplastia em portadores de processo tuberculoso bilateral", *RMM*, BH, n. 43, ano VII, 1940, p. 464.

⁴⁹ Gontijo, B. e outros, "Apicolise extra facial a Semb", *RBT*, RJ, v. VIII, 1938 e 1939, p. 441.

⁵⁰ Os nervos frênicos são os responsáveis pela inervação motora do diafragma. Beeson e Mcdermott, *op. cit.*, v. II, p. 1055.

⁵¹ Feldman, J., "A propósito da frenicectomia", *MCPH*, RJ, n. 83, 1943, p. 95.

⁵² *Id.*, p. 96-7.

Além de indicar aos cirurgiões a possibilidade de uma aplicação mais moderada da frenicectomia, José Feldman proporia, em fins da década de 40, uma inovação na terapêutica da tuberculose com a introdução de uma técnica - passível de ser conduzida pelo fisiologista em seu consultório ou no atendimento ambulatorial - voltada justamente para o tratamento das lesões tuberculosas localizadas na parte inferior do pulmão⁵³. O método proposto, chamado pneumoperitônio, nada mais era senão uma extensão dos princípios das injeções gasosas do pneumotórax. A diferença estaria no local de introdução do ar. No pneumoperitônio seria insuflada uma região intermediária entre os órgãos abdominais e o diafragma que se elevaria comprimindo o pulmão lesado⁵⁴. Indicado para os casos de impraticabilidade do pneumotórax - fosse pela presença de aderências pleurais que impediam sua efetivação, fosse pela sua impossibilidade de afetar as cavernas da base pulmonar⁵⁵ - o recurso ao pneumoperitônio, segundo José Feldman, apresentava menores riscos do que a aplicação dessa terapêutica tradicional.

Um confronto, por exemplo, entre a freqüência e a gravidade dos derrames pleurais no decurso do pneumotórax de um lado, e a reduzida incidência e a benignidade das efusões peritoniais no pneumoperitônio, de outro, estabelece facilmente a inocuidade deste último.⁵⁶

Introduzido na prática fisiológica local ainda no início da década de 40, o pneumotórax extrapleural - outra variação da colapsoterapia gasosa - parecia não ser tão inócuo para os tuberculosos a ele submetidos. O pneumotórax extrapleural consistia na formação, por meios cirúrgicos, de uma bolsa localizada entre a faixa de revestimento dos músculos intercostais e pleura parietal na altura da 4ª costela e mantida por

⁵³ Feldman, J., *O pneumoperitônio no tratamento da tuberculose pulmonar*, BH, Imprensa Oficial, 1950. (Tese de Livre Docência - Faculdade de Medicina / UFMG)

⁵⁴ *Id.*, p. 49.

⁵⁵ *Id.*, p. 185

⁵⁶ *Id.*, p. 63.

insuflações de ar⁵⁷. Desse método terapêutico, desenvolvido na Alemanha e introduzido na França também no começo dos anos 40, era feito o seguinte balanço em 1953: "durante os primeiros anos do extrapleural as complicações eram a regra. Choque operatório, hemorragia, infecção, perfuração pulmonar, fistulação parietal tornavam a operação especialmente grave."⁵⁸

A partir de uma singela casuística, composta apenas de duas observações de casos cirúrgicos, divulgada na Revista Minas Médica em 1940, o fisiologista Orlando Cabral Motta apresentaria conclusões muito diferentes sobre os riscos aos quais estariam expostos os tuberculosos tratados por aquela terapêutica. "O extrapleural é uma intervenção colapsoterápica para a qual os doentes manifestam apreciável tolerância" - dizia o Dr. Motta como precursor e defensor, junto ao cirurgião Bayard Gontijo, da aplicação dessa técnica cirúrgica entre os fisiologistas da cidade⁵⁹.

Com o pneumotórax extrapleural a colapsoterapia gasosa estaria também ao alcance do cirurgião, de cujos serviços se poderia prescindir na instalação do pneumotórax (intrapleural) ou do pneumoperitônio. Para além das terapêuticas de colapso pulmonar, os cirurgiões, de tanto experimentar, acabaram alcançando finalmente o próprio pulmão tuberculoso para dele retirarem sua porção doente. Notícias dessa última prática datam de 1950 a sua introdução como tratamento cirúrgico no Sanatório do Morro das Pedras⁶⁰. E, pelo menos, nessa instituição, a intervenção, denominada ressecção pulmonar - ou lobectomia, quando se procedia a completa

⁵⁷ Motta, O. C., "As indicações do pneumotórax extrapleural na pratica fisiologica", *RMM*, BH, n. 41, ano VII, 1940, p. 318.

⁵⁸ Guillaume, P., *op. cit.*, p. 245-46.

⁵⁹ Motta, O. C., "As indicações do pneumotórax extrapleural na pratica fisiologica", *RMM*, BH, n. 41, ano VII, 1940, p. 327.

⁶⁰ Feldman, J. "Queda da mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte e suas causas prováveis", *RBT*, RJ, v. XXII, 1954, p. 1051.

retirada de um dos lobos ou partes do pulmão - se tornaria e um "método de rotina"⁶¹.

Uma diferença fundamental distinguiria essa prática cirúrgica da década de 50 da cirurgia torácica dos anos precedentes. É certo que, nos últimos anos da década de 40, o avanço das técnicas e o emprego de antibióticos já havia tornado mais seguro o ato operatório e diminuído os riscos ou a gravidade das complicações no pós-operatório⁶². No entanto, nos anos 50, o cirurgião já poderia fazer acompanhar as operações do tórax da antibioticoterapia específica da tuberculose⁶³. Assim, anos antes da cirurgia torácica cair em desuso, em decorrência do estabelecimento da estreptomicina como terapêutica definitiva da tuberculose, recorria-se a esse antibiótico como um auxiliar do tratamento cirúrgico⁶⁴.

Alcançado o momento da introdução da estreptomicina no âmbito da tisiologia belo-horizontina, poderia dar-se por encerrada a história que até aqui vem se buscando compor. Do uso desse medicamento decorreria, assim como se sucedeu em todas as partes do mundo onde se pôde experimentar seus efeitos, a "vitória sobre a tuberculose". Talvez fosse mesmo possível narrar acontecimentos como o da "jovem de 21 anos de idade, vítima de tuberculose progressiva, em estado muito avançado", que entre 1944 e 1945 foi tratada com um preparado bruto de estreptomicina, curou-se, casou-se e tornou-se mãe de três filhos nascidos no período de 1950-54⁶⁵. Porém, numa história feita de desacertos, de sofrimentos e

⁶¹ *Id., ib..*

⁶² Feldman menciona as transfusões liberais de sangue e a anestesia gasosa sob pressão como exemplo de recursos que já haviam se tornado indispensáveis para a segurança das cirurgias. (*Id., ib..*)

Sobre a possibilidade de uso de antibióticos nos casos de infecções cirúrgicas ver Cançado, R., "Antibióticos", *MRU*, BH, n. 1, ano I, 1947, p. 42-3.

⁶³ Feldman, J., "Lobectomia de urgência no tratamento de hemoptise causada por tuberculose pulmonar". *RBT*, RJ, v. XXII, 1954, p. 115-18.

⁶⁴ Campos, J. U. A. e Feldman, J., "Modificações da mortalidade e da morbidade m recentes estatísticas de tuberculose", *RBT*, RJ, v. XXI, 1953, p. 102.

⁶⁵ Maiores detalhes da história da cura dessa jovem tuberculosa, submetida à primeira experiência de tratamento clínico por estreptomicina, podem ser encontrados no livro *A vitória sobre a tuberculose* de Selman Waksman - o responsável pelo isolamento da estreptomicina, que se dera em 1944. (Waksman, S. A., *op. cit.*, p. 140-41.)

mortes por uma causa que se supunha estar sendo abolida, um caso bem-sucedido não seria significativo. Evidentemente, a estreptomicina - associada a outros compostos sintéticos⁶⁶ - representaria a tão esperada cura da tuberculose. Mas, antes da superação das dificuldades para obtenção da droga, da padronização das dosagens e da eliminação da toxicidade dos preparados, novas personagens vivenciariam uma outra experiência da tuberculose. Estaria então principiando - justamente no ponto de início do desfecho da história de uma doença implacável - a história dos tuberculosos crônicos e dos tuberculosos curados porém incapacitados para a vida produtiva⁶⁷. O presente trabalho, programado para se encerrar nessa passagem, não poderia contudo deixar de investigar episódios dessa história intercorrente que se compõe no prosseguimento da antecedente, sobretudo quanto aos aspectos da exacerbação do caráter experimental da medicina.

Sobre a entrada do medicamento na cidade consta que a primeira remessa de estreptomicina adquirida por um órgão oficial chegou a Belo Horizonte no ano de 1948. A encomenda seria no entanto paga pelos próprios doentes. Uma associação entre o Ministério do Trabalho e o Sindicato dos Bancários permitiria que a droga comprada pelo primeiro fosse repassada aos trabalhadores associados a preço de custo⁶⁸. Nas instituições filantrópicas, parte dos auxílios aos indigentes internados passaria a se destinar à compra de estreptomicina⁶⁹. Os doentes abastados

⁶⁶ Uma terapia mais eficiente que o emprego exclusivo da estreptomicina foi estabelecida por uma combinação dos medicamentos PAS (ácido para-aminosalicílico) e INH (isoniazida), que tiveram seu potencial tuberculostático comprovado em 1949 e 1952, respectivamente. *Id.*, p. 201, 202 e 214.

⁶⁷ A mais grave ação tóxica dos primeiros preparados de estreptomicina se fazia sentir sobre o 8º nervo craniano e conduzia a uma perda irreversível da audição ou do equilíbrio. Cançado, R., "Antibióticos", *MRU*, BH, n. 1, ano I, 1947, p. 41.

⁶⁸ S/a, "Streptomicina para os bancários - Já teve início a distribuição do precioso medicamento em Minas Gerais", *Folha de Minas*, p. 5.

⁶⁹ S/a, "A cidade", *Folha de Minas*, 16/01/48, p. 4; Tavares, S. C., "A Fundação Imaculada e a generosidade da mulher mineira", *Folha de Minas*, 16/02/49, p. 4.

fariam chegar às suas mãos a droga importada diretamente dos centros produtores⁷⁰.

Uma euforia quanto aos benefícios da quimioterapia específica da tuberculose poderia ser contida por vezes que se levantavam para apontar os limites do medicamento ainda em fase de experimentação⁷¹. “Já são decorridos quatro anos da descoberta da estreptomina e, apesar disto, ainda não se chegou definitivamente à conclusão quanto às suas indicações, à sua dosificação, ao seu modo de aplicação” - afirmava em 1949 um dos chefes de clínica do Sanatório Imaculada Conceição⁷². Ainda segundo a sua opinião, as soluções definitivas para muitas das questões sobre a ação dos antibióticos contra a tuberculose demandariam muito tempo e trabalho para serem alcançadas⁷³.

Não obstante o uso do antibiótico se difundia, sendo que seu emprego, nesses primeiros tempos, se fazia de forma muito irregular. A droga de difícil obtenção tinha também um custo elevado. As encomendas iniciais foram feitas mediante o pagamento de um valor igual a 2 salários mínimos o grama. O medicamento deveria ser mantido resfriado e, para tanto, necessitava de conservação em geladeira. Sua administração era pela via intramuscular, através de injeções de 0,5g aplicadas de 6 em 6 horas. As dificuldades de obtenção somadas ao alto custo e às dificuldades de aplicação resultavam em regra numa administração de dosagens reduzidas que se faziam uma única vez ao dia⁷⁴.

Muito próxima estaria a época em que as recomendações se voltariam para a necessidade de controle do uso indiscriminado da estreptomina. No

⁷⁰ Depoimento de José Santos, BH, 15/09/92.

⁷¹ Cançado, R., “Antibióticos”, *MRU*, BH, n. 1, ano I, 1947, p. 40-1.

⁷² Pires, M., “Quimioterapia da tuberculose”, *RAMMG*, BH, v. I, ano 2, 1949, p. 183.

⁷³ *Id.*, p. 186.

⁷⁴ Depoimento de José Santos, BH, 15/09/92.

Ainda segundo o médico José Santos, quando os pesquisadores americanos concluíram que a dosagem de 1g ao dia era tão eficaz como a de 2g, os médicos brasileiros já o haviam observado na prática, dada a escassez da droga e os problemas relativos à sua aplicação.

início dos anos 50, superados os obstáculos para a obtenção dos medicamento, doentes e médicos passaram a ser censurados pelo uso excessivo e prejudicial da quimioterapia. Já naquela época, segundo o médico José Feldman, era fácil encontrar pacientes que, por iniciativa própria e para o controle de uma febre qualquer, houvessem se submetido à terapêutica pela penicilina e, tendo esta falhado, à estreptomicina⁷⁵. Mas, para Feldman, mais objetável que a atitude dos doentes, era a dos médicos que também adotavam tal comportamento, promovendo a diluição da distinção entre ele próprio e o leigo⁷⁶. Enfim, do próprio Feldman, já em 1969, ouvia-se ainda denúncias das conseqüências indesejáveis de prescrições inadequadas ou de irregularidades na observação das receitas médicas:

Quando falham os medicamentos de primeira linha por culpa do médico, do farmacêutico (em cerca de 200 municípios de Minas não há médico) ou do doente, é necessário substituí-los por outros, de custo muito mais elevado e muito mais tóxicos e irritantes.⁷⁷

Mas, quando os bacilos se mostrassem tão resistentes a ponto de não poderem ser vencidos pelos medicamentos secundários ou terciários, aos doentes não curáveis restaria a tradicional terapêutica cirúrgica, que, por sua vez, não representaria a garantia da cura. Pois mostravam as estatísticas que as complicações pós-operatórias seriam “freqüentes e graves se antes da cirurgia o doente eliminava bacilos resistentes”⁷⁸.

As experimentações com os medicamentos visando a destruição dos bacilos da tuberculose no interior do corpo doente não se iniciaram obviamente com a aplicação dos antibióticos. No âmbito internacional, entre as experiências mais molestas, encontra-se a promoção terapêutica da

⁷⁵ Feldman, J., “O diagnóstico etiológico e a epidemiologia das infecções pulmonares”, *RAMMG*, BH, v. II, ano 3 e 4, 1951, p. 359.

⁷⁶ *Id.*, *ib.*.

⁷⁷ Feldman, J., *op. cit.*, p. 217.

⁷⁸ *Id.*, *ib.*.

tuberculina patrocinada pelo próprio Robert Koch⁷⁹. O valor curativo, erroneamente atribuído à tuberculina, deu origem a uma terapêutica de funestos efeitos logo, logo abandonada⁸⁰. O desastroso método de cura, posto a prova em fins do século XIX, não inibiria novas tentativas com medicamentos diversos.

Entre os medicamentos preferidos pelos fisiologistas da cidade estavam os sais de ouro. A alta toxicidade desses produtos não impediria seu uso continuado até as vésperas da consolidação do emprego da estreptomicina⁸¹. Produto de síntese da indústria farmacêutica da novíssima era da quimioterapia⁸², os sais de ouro foram também produzidos no âmbito local. Antes que as grandes indústrias farmacêuticas internacionais dominassem o mercado com suas novas sínteses químicas - especialmente com os antibióticos⁸³ - pôde o Dr. Cartéia Prado desenvolver, produzir, testar e distribuir o sal de ouro de nome Pradex, com fórmula de sua própria autoria⁸⁴. Alberto Cavalcanti e Mario Pires, outros dois apologistas dos sais

⁷⁹ A tuberculina é uma mistura complexa de proteínas provenientes do bacilo de Koch, que tendo sido isolada pela primeira vez por Robert Koch, passou a ser utilizada a partir do início deste século - sendo empregada até o presente - com fins diagnósticos e epidemiológicos. Essa função atribuída à tuberculina baseia-se na sua capacidade de determinar reações - intensas ou mesmo fatais, conforme a dosagem - nos organismos já infectados e de não produzir efeitos nocivos nos organismos ainda não infectados com o bacilo de Koch. *Id.*, p. 16-7.

⁸⁰ Assis, A., "Robert Koch e a tuberculina", *RBT*, RJ, v. X, 1940, p. 61-8; Canguilhem, G., *op. cit.*, 172.

⁸¹ Pires, M., "Quimioterapia da tuberculose", *RAMMG*, BH, v. I, ano 2, 1949, p. 182. Nessa data, Mario Pires ainda considerava válida a prescrição dos sais de ouro, mesmo reconhecendo a grande intolerância dos doentes a essas substâncias, os graves insucessos que o emprego das dosagens elevadas havia ocasionado e o descrédito em que a auroterapia havia caído no contexto internacional.

⁸² Guillaume, P., *op. cit.*, p. 239-40.

⁸³ A respeito da produção farmacêutica brasileira anterior a 1945 e da ruptura promovida pela intensa penetração de capitais estrangeiros no setor a partir dessa data ver Giovanni, G., *A questão dos remédios no Brasil (produção e consumo)*, SP, Pólis, 1980, p. 50-75.

⁸⁴ Prado, C., "O tratamento chimiotherapico da tuberculose por um novo medicamento (Pradex)", *RM*, BH, n. 43, v. IV, 1937, p. 21-31; Prado, C., "O tratamento chimiotherapico da tuberculose por um novo medicamento (Pradex) - continuação", *RM*, BH, n. 46, v. IV, 1937, p. 17-32; Prado, C., "O tratamento da tuberculose por uma nova solução de ouro (Pradex) no Sanatorio Minas Gerais", *RMM*, BH, n. 33, ano VI, 1939, p. 65-9.

de ouro, realizavam também suas experiências⁸⁵. A administração do sal de ouro seguida de criteriosa observação clínica dos pacientes internados contribuiria para a escolha dos produtos disponíveis que eram vários e de procedências diversas. Porém, mais do que pela oportunidade da escolha do melhor medicamento, a experiência valia pela possibilidade de adequar a terapêutica a cada caso. O médico, ainda plenipotenciário, tinha a terapêutica em suas mãos - é o que sugerem as palavras de Alberto Cavalcanti:

(...) na terapêutica áurica da tuberculose, como em qualquer outro tratamento desta moléstia, não se pode nem se deve falar em geral, porém, é preciso adaptar cada tratamento a cada caso e só assim é que se consegue obter curas na tuberculose.⁸⁶

Aos médicos não faltariam medicamentos a serem experimentados. Contra um mal debilitante como a tuberculose e para o qual a terapêutica fundada no reforço nutricional tinha valor inestimável, existiam, em variadas composições, suplementos alimentares produzidos por laboratórios nacionais ou estrangeiros. A *Revista Minas Médica*, assim como as revistas especializadas em tuberculose editadas nas cidade do Rio de Janeiro e de São Paulo, sempre trouxe em suas páginas, ao longo dos seus 15 anos de circulação, uma enorme quantidade de propagandas de compostos tonificantes de metais associados a uma ou mais das vitaminas que na década de 30 vieram a ser sintetizadas⁸⁷. Ao pé do leito do doente em estado de caquexia, os médicos lançariam mão dos poderosos tônicos cardíacos, igualmente divulgados pelas revistas especializadas. Muito útil como tratamento de urgência ou para restaurar as forças de pacientes com

⁸⁵ Cavalcanti, A., "A auroterapia oleosa na tuberculose pulmonar", *RMM*, BH, n. 33, ano VI, 1939, p. 22-38; Pires, M., "Crisoterapia na tuberculose", *RMM*, BH, n. 3, ano I, 1934, p. 58-9.

⁸⁶ Cavalcanti, A., "A auroterapia oleosa na tuberculose pulmonar", *RMM*, BH, n. 33, ano VI, 1939, p. 38.

⁸⁷ A respeito das datas das sínteses das vitaminas consultar Giovanni, G., *op. cit.*, p. 53.

indicação de cirurgia torácica⁸⁸, o tônico cardíaco era também empregado para reanimar doentes submetidos ao calvário das intermináveis lavagens de redução dos derrames pleurais que sobrevinham como complicação freqüente do pneumotórax⁸⁹.

Sobre a profusão de medicamentos disponíveis para o tratamento da tuberculose, Henrique Marques Lisboa, o idealizador e diretor do Sanatório do Morro das Pedras, dava razão aos críticos da terapêutica:

(...) remédios que ontem foram calorosamente anunciados e aconselhados, desapareceram hoje dos receituários. É por esse motivo que um jornalista, pilheriando com um amigo, que saía de um consultório, disse-lhe: 'Vai, corre à farmácia mais próxima para comprar o remédio receitado, apressa-te, pois dentro em pouco pode ser que não cure mais.'⁹⁰

Porém, ainda segundo o seu ponto de vista, uma ressalva fazia-se necessária. Quando a terapêutica se encontrasse exclusivamente na fase de experiências, ao invés de criticar a variabilidade das afirmações científicas se deveria "lembrar que todas as ciências foram primitivamente empíricas, isto é, que todas se originaram de experiências que falharam ou acertaram".⁹¹

Muito poderia discorrer Marques Lisboa sobre erros e acertos cometidos por uma ciência aplicada que tinha no universo sanatorial um vasto campo de experimentação. E, como se viu, mais do que outros, o seu sanatório veio a se constituir nesse imenso laboratório onde todas as práticas, justificadas pela inadiável busca da cura, fizeram-se legítimas. O que talvez não pudesse fazer Marques Lisboa era deixar registrado um

⁸⁸ Ayer F.º, E., "A coramina no diagnóstico e na terapêutica da tuberculose pulmonar", *RPT*, SP, v. VII, 1941, p. 353-66.

⁸⁹ Cavalcanti, A., "O tratamento do pleuriz purulento pelo pioloco", *RMM*, BH, n. 6 e 7, ano II, 1935, p. 142. (Sobre a alta freqüência com que advinham os derrames pleurais ver Feldman, J., "O destino remoto dos derrames do pneumotorax artificial", *RMM*, BH, n. 51, ano IX, 1942, p. 177-78.)

⁹⁰ Lisboa, H. M., "Porque muito do que afirmamos hoje será negado amanhã", *Boletim da AATP*, v. I, n. 9, 1940.

⁹¹ *Id.*, *ib.*.

lamento pelos doentes que, esperançosos ou não, foram feitos instrumentos em detrimento dos quais se construiu o progresso de um saber.

A VIDA PROVISÓRIA NA EXPECTATIVA DA CURA

Ao se retirarem do antigo Sanatório Cavalcanti, os doentes eram convidados a deixarem registradas suas impressões acerca daquele estabelecimento. Regras de funcionamento da casa, relacionamento com o seu pessoal médico e administrativo, condutas do seu diretor e métodos terapêuticos ali aplicados foram assunto dos breves textos que compuseram o já mencionado livro *Sanatório Cavalcanti*. Não poderiam também faltar em livro de tal natureza as eternas “palavras de profunda estima e gratidão”. Fórmulas convencionais de agradecimento aparecem no texto inaugural da série de depoimentos e se repetem com pequenas variações em quase todos eles. O desvelo, o carinho, a solicitude, o amparo moral, a assistência necessária pontualmente prestada tanto pelo Dr. Cavalcanti como pelo seus auxiliares eram atitudes insistentemente elogiadas pelos pacientes agradecidos ou pelos seus parentes a lhes servirem de porta-vozes.

Menos cerimoniosos que esses agradecimentos eram os comentários sobre a sociabilidade vivenciada pelos doentes em recuperação naquele

ambiente sanatorial¹. Alguns relatos fazem crer que predominava entre os pacientes a solidariedade e uma convivência agradável e alegre². A dita “camaradagem” proporcionava a integração dos recém-chegados ao grupo dos que se autodenominavam hóspedes daquele lugar³.

Grande distância, porém, deveria haver entre essas manifestações formais e os sentimentos experimentados pelo doente em seus momentos de recolhimento, quando, olhando para si próprio, se confrontasse com o mal incurável que o levava a se apartar dos sãos, a perder o contato com todas as coisas significativas do seu mundo real. Os doentes - e em especial os pacientes do Dr. Cavalcanti - bem sabiam que, em público, o mais conveniente seria abstrair-se da sua condição de homem enfermo e, principalmente, não importunar seus companheiros. Discorrendo sobre os comportamentos reprováveis dos internados, Alberto Cavalcanti censuraria as conversações sobre assuntos mórbidos.

Hábito muito comum entre os doentes é, à mesa, falarem sobre sua doença e dos outros. Esta conversa que deve ser evitada até nos salões de música e de divertimentos, não pode ser consentida na sala de refeições, onde o doente deve conversar sobre coisas alegres e jamais sobre fatos tristes⁴.

Os que não podiam falar sobre seus males e, talvez, nem mesmo confidenciar seus problemas aos seus companheiros, não deixariam por certo de experimentar sensações de angústia. Alguns encontrariam meios de exprimir seus sentimentos e, mais ainda, de registrar suas críticas, mesmo que em breves apontamentos inscritos em folhas avulsas num momento qualquer de retraimento. Esses lamentos podem ser ouvidos na voz do poeta Ascânio Lopes, que teve preservados seus manuscritos

¹ *Sanatório Cavalcanti* (Livro de depoimentos de pacientes e familiares - manuscrito). 1927-31, fl. 6, 10, 13, 21, 42, 25 e 33

² *Sanatório Cavalcanti...* fl. 11, 15, 16 e 18.

³ *Sanatório Cavalcanti...*, fl. 9 e 14.

⁴ Cavalcanti, A., *op. cit.*, 1949 (1935, 1ª ed.), p. 116.

datados de 1928, quando esteve internado em um sanatório de Belo Horizonte⁵.

O médico.

Seus óculos duros espirram saber.

Impassível nunca percebeu as lutas desesperadas das nossas almas de doentes irremediáveis. Não sabe se tenho pai. Nunca perguntou se tenho mãe. Não sabe das piedosas mentiras com que encho as cartas quando consente que eu escreva: "Estou melhor, mamãezinha. Mais algum tempo..." Não sabe que há alguém que ainda me espera numa esperança desesperada. Os milagres nada (sic) acontecem."⁶

O médico, seria Alberto Cavalcanti? Não se sabe⁷. Porém, depois das palavras de Ascânio Lopes não se pode olhar as fotografias do Dr. Cavalcanti sem reparar nos óculos duros. Mas os mesmos óculos duros que ao poeta sugerem insensibilidade, evocam também severidade - virtude que parecia não faltar a Alberto Cavalcanti. Os seus pacientes, ainda que em tom de elogio, já haviam evidenciado sua conduta precisa para fazer cumprir a disciplina e seguir o regulamento da casa, assim como a direção enérgica e ativa do estabelecimento⁸. O próprio Alberto Cavalcanti nunca se preocupara em dissimular seu caráter austero. Com os doentes era declaradamente inflexível, pois os tinha como rebeldes que só se submeteriam ao tratamento prescrito sob cuidados e fiscalização constantes. Além dos pacientes do sanatório, os quais ele acreditava haver

⁵ A informação sobre o internamento de Ascânio Lopes é do professor Delson Gonçalves Ferreira que transcreveu poesias e manuscritos do poeta modernista para com eles compor livro sobre sua vida e obra. (Ferreira, D. G., *Ascânio Lopes*, BH, Difusão Pan-americana do Livro, 1967, p. 51.)

⁶ Manuscritos de Ascânio Lopes *apud* Ferreira, D. G., *op. cit.*, 75.

⁷ Sobre o estabelecimento em que esteve internado Ascânio Lopes, Ferreira imagina que se tratasse do Sanatório Belo Horizonte. (Ferreira, D. G., *op. cit.*, p. 75.) Entretanto, sabe-se que este sanatório só viria a ser inaugurado em 1929, ano da morte de Ascânio Lopes ocorrida na cidade mineira de Cataguases. Em 1928, o único estabelecimento reconhecido como sanatório em Belo Horizonte era o Sanatório Cavalcanti. Portanto, é provável que tenha sido este o local onde Ascânio Lopes se internara naquela data.

⁸ *Sanatório Cavalcanti...*, fl. 6 e 12.

subjugado, figuravam em seus textos, fora do universo sanatorial, doentes que não praticavam à risca as regras do repouso⁹, que guardavam suas noites para os cafés, o cinema ou para “farras”¹⁰. Esses últimos eram do tipo que, quando comparecem ao consultório - dizia Alberto Cavalcanti -, sempre mentem para os médicos.

E se escarram sangue ou na radiografia aparece uma nova caverna, fingem-se de inocentes ou nos perguntam porque o nosso tratamento não está dando certo, piorando em lugar de melhorarem¹¹.

O maior mentiroso - e certamente o mais ilustre - teria sido Noel Rosa. Escrevendo de Belo Horizonte ao seu médico que o aconselhara a se recuperar da tuberculose valendo-se do clima e de uma vida regrada nessa cidade, Noel Rosa, que segundo consta, não se renderia à vida reclusa, expressou-se por meio dos seguintes versos:

Já apresento melhoras,
Pois levanto muito cedo
E... deitar às nove horas
Para mim, é um brinquedo!

A injeção me tortura
E muito medo me mete;
Mas... minha temperatura
Não passa de trinta e sete!

Nessas balanças mineiras
De variados estilos
Trephei de várias maneiras
E... pesei cinquenta quilos!

Deu resultado comum
O meu exame de urina.
Meu sangue: - noventa e um
Por certo de hemoglobina

Creio que fiz muito mal
Em desprezar o cigarro:
Pois não há material
Pra meu exame de escarro!

Até agora, só isto.
Para o bem dos meus pulmões,
Eu nem brincando desisto
De seguir as instruções.

Que meu amigo Edgar
Arranque deste papel
O abraço que vai mandar
O seu amigo Noel¹².

⁹ Cavalcanti, A., “Tuberculose pulmonar e repouso”, *RBM*, RJ, v. VI, 1949, p. 567.

¹⁰ Cavalcanti, A., “Diretrizes para a melhor organização da luta anti-tuberculosa”, *RMM*, BH, n. 2, ano XIII, 1946, p. 37.

¹¹ *Id.*, *ib.*.

¹² Carta de Noel Rosa para Edgar Graça Mello *apud* Didier e Máximo, *Noel Rosa: uma biografia*, Brasília, Ed. da UNB/Linha Gráfica, 1990, p. 352-53.

Se são verídicas as narrativas que estão contidas em biografia de Noel Rosa e relatam os acontecimentos nos quais ele esteve envolvido por ocasião de sua estadia em Belo Horizonte, não se deve ler os versos acima senão como uma expressão de ironia. Contrárias às notícias que Noel comunicaria de forma divertida ao seu médico do Rio de Janeiro, são as informações que seus biógrafos trazem à público, tornando patente seu modo negligente de lidar com as prescrições médicas, sobretudo as de repouso. Contra a sua imprudência, contam os biógrafos que seus familiares, em cuja casa se hospedou, sempre se manifestaram, procurando adverti-lo ou, ainda, impor-lhe regras¹³.

Numa entrevista dada a um jornal local no início do ano de 1935, Noel mesmo não assumindo a doença, afirma que se mantinha em recolhimento naquela sua passagem pela cidade. Perguntado sobre o que viera fazer em Belo Horizonte, disse: "Engordar, já ganhei cinco quilos." E sobre seu dia-a-dia: "Não saio, não ando, nem nada. Como e durmo."¹⁴ De fato, ainda de acordo com seus biógrafos, Noel engordara sob os cuidados de sua tia¹⁵. Quanto à vida reclusa, seria difícil imaginar que ele buscasse iludir a si próprio dizendo-se recatado. Os fatos narrados comprovariam não apenas o caráter extravagante de Noel, como a sua opção pela vida boêmia.

Aí estaria um caso em que à boemia viria se juntar a afecção dos pulmões; um caso extremo: o de um boêmio típico acometido pela tuberculose. Exemplos como o de Noel poderiam inspirar a médicos como o Dr. Cavalcanti críticas às más condutas dos tuberculosos, reforçando a representação da doença como uma mazela comportamental. É certo, porém, que a biografia de Noel - ou talvez mesmo a memória que ela fez reviver - colocaria acento sobre o aspecto boêmio do caráter do compositor. Mas, sem travar polêmica em torno dessa questão, o que se quer observar

¹³ *Id.*, p. 347-59, *passim*.

¹⁴ S/a, "O samba local está de parabens", *Folha de Minas*, 16/02/35, p. 9.

¹⁵ Didier e Máximo, *op. cit.*, p. 359.

são as ações de um sujeito doente contrapostas ao exercício do poder médico, as atitudes, gestos ou expressões do homem doente que tornavam manifesto seu desejo de dispor de seu tempo, de seu corpo. A voz desse sujeito que supostamente resiste à imposição da ordem do cuidado de si é ainda a de Noel, que assim responderia a essa incitação: “Quem muito se cuida, pouco vive”.¹⁶

Haveria também aquele que assumiria perante seu próprio médico uma incapacidade de adaptação ao método de cura sanatorial:

Por motivos que me obrigam, deixo hoje este sanatório e sua boa gente. Infelizmente não me habituei ao regime que acertadamente aqui se impõe. Mas digo: para quem quiser sarar dessa doença, que se submeta a esse regime.¹⁷

Essas foram as impressões que deixou registrado no livro de depoimentos do Sanatório Cavalcanti um de seus pacientes. A culpa e a ambigüidade que encerram tais palavras sugerem que uma investigação psicológica contribuiria para lhes determinar o sentido. Mas para quem não se propõe a psicanálise dos discursos, resta tentar compreender a imprecisão dessa declaração considerando o significado oscilante da própria questão que ela menciona, isto é, a relação médico-doente no ambiente sanatorial.

Há na fala do paciente uma pertinaz afirmação do reconhecimento da eficácia da instituição sanatorial. Há ainda uma demonstração de que ele percebia o sanatório como um método de cura com um regime a ser seguido. Nisso consistiria a vitória do sanatório e, conseqüentemente, do médico especialista. Contudo, o próprio paciente ficara excluído desses proveitos. Nisso residiria a delimitação do poder médico. Ou seja, numa manifestação que, nesse caso, não seria de rebeldia, de relutância ou de

¹⁶ Essa seria a resposta de Noel Rosa ao seu tio e anfitrião quando - em diálogo talvez imaginário - o mesmo o aconselharia: “Você tem de se cuidar, Noel”. *Id.*, p. 352.

¹⁷ *Sanatório Cavalcanti...*, fl. 18.

negação, mas de simples resignação, encontraria o médico um cerceamento de sua possibilidade de ação.

Sobre a inadaptação dos doentes ao método de cura sanatorial - que pode ser entendida como uma recusa à ordem médica - dera notícias o próprio Alberto Cavalcanti. Na narrativa de seu exercício profissional como diretor do Sanatório de Palmira em 1923, aparecem referências aos primeiros conflitos que gerou a experiência inaugural de implantação do método higieno-dietético sob sua orientação no estado de Minas Gerais¹⁸. Ali, onde funcionava, segundo Alberto Cavalcanti, um "simples hotel de convalescentes", onde "passeava-se, conversava-se, fumava-se, jogavam-se cartas a dinheiro ou bilhar", procurou-se instituir o "verdadeiro sanatório para tratamento da tuberculose". "Da nossa resolução - dizia ainda Alberto Cavalcanti - resultou a saída da grande maioria dos internados, que não se conformava com o regime estabelecido."¹⁹

É provável que, naquela época, mesmo em Belo Horizonte, não estivessem suficientemente difundidos os preceitos que a medicina ocidental já reconhecera como métodos de cura da tuberculose pulmonar ou, quando menos, como imprescindíveis coadjuvantes no tratamento dessa enfermidade. Há porém indícios de que, em fins da década de 20 e início dos anos 30, tenha se delineado - pelo menos entre uma certa categoria de doentes que em Belo Horizonte teria acesso a serviços particulares de cuidados médicos - a figura do tuberculoso cioso da sua condição de homem enfermo e das regras a serem obedecidas para se alcançar a cura. O próprio Noel, nas quadras humoradas que remetera ao seu médico, já dera mostras do conhecimento que possuía sobre o processo terapêutico que deveria seguir. Há em seus versos o retrato de um doente atento ao repouso, à alimentação, aos resultados dos exames, aos sinais da sua enfermidade.

¹⁸ Cavalcanti, A., "Tuberculose pulmonar e repouso", *RBM*, RJ, v. VI, 1949, p. 567.

¹⁹ *Id.*, *ib.*.

Entre as alusões feitas a cada um desses itens, a atenção ao escarro é das mais curiosas. Na quinta estrofe de sua carta-poema, Noel comunica ao seu médico que deixou de fumar. Ele se apresenta, contudo, hesitante em festejar o abandono do hábito. Nas suas palavras, evidentemente carregadas de ironia, o desprezo ao cigarro traria como conseqüência a cessação da expectoração e, com isso, o desaparecimento do escarro. Mas quem, senão um tuberculoso, poderia reclamar, ainda que ironicamente, supressão do escarro? Não que o escarro fosse em si um bom sinal. O tuberculoso, porém, já aprendera a observá-lo como uma medida da marcha da sua enfermidade. Prova disso, contém os relatos feitos pelos próprios doentes nos momentos de anamnese²⁰. Já na década de 30 os tuberculosos mostravam-se capazes de reconhecer a expectoração produtora de escarros como sintoma da doença e narravam para os médicos detalhes desses produtos que lhes informavam em que estado se encontravam seus pulmões. "Amarelados", "cor de palha", "cor de tijolo", "sangüíneos", "volumosos" eram termos com os quais se compunha uma caracterização dos escarros assinaladora da gravidade ou não da doença²¹.

Nas consultas ao médico o paciente aprenderia também a reconhecer a importância laboratorial do escarro. Para o laboratório o escarro seria um material essencial na pesquisa da tuberculose. É a isso que se refere explicitamente Noel Rosa em seus versos. O compositor demonstrava ter

²⁰ As anamneses médicas pesquisadas estão registradas nos seguintes artigos e teses médicas: Cavalcanti, A., "Gravidez nas tuberculosas", *RMM*, BH, n. 1, ano I, 1934, p. 14-15; Motta, O. C., *Semiótica das cavernas tuberculosas*, tese - Faculdade de Medicina-BH, 1937, p. 66-84; Ayer F.º, E., "A coramina no diagnóstico e na terapêutica da tuberculose pulmonar", *RPT*, SP, v. VII, 1941, p. 368; Feldman, J., "O destino remoto dos derrames do pneumotorax artificial", *RMM*, BH, n. 51, ano IX, 1942, p. 186; Cavalcanti, A., "Pneumotórax artificial", *RMM*, BH, n. 64, ano XII, 1945, p. 92 e 114; Feldman, J., *O pneumoperitônio no tratamento da tuberculose pulmonar*, BH, Imprensa Oficial, 1950, p. 155 e 163 (Tese de Livre Docência - Faculdade de Medicina / UFMG).

²¹ Vários estudos de casos clínicos da literatura médica local reproduzem relatos de pacientes que demonstram uma atenção ao escarro. Ver, como exemplo Motta, O. C., *Semiótica das cavernas tuberculosas*, tese - Faculdade de Medicina-BH, 1937, p. 66, 75 e 83; Ayer F.º, E., "A coramina no diagnóstico e na terapêutica da tuberculose pulmonar", *RPT*, SP, v. VII, 1941, p. 368; Cavalcanti, A., "Pneumotórax artificial", *RMM*, BH, n. 64, ano XII, 1945, p. 92.

conhecimento de que o diagnóstico da tuberculose só poderia ser confirmado mediante a constatação da presença de bacilos no escarro²².

A manutenção do hábito de escarrar, o discurso médico associava também à prevenção das metástases, ou seja, da possibilidade do surgimento de focos extrapulmonares da doença. Além disso, havia ainda, o cuidado higiênico com o escarro. No sanatório, como se viu, os pacientes eram impelidos a se utilizarem das escarradeiras de bolso ou coletivas. Fora daquele ambiente deveriam também os tuberculosos controlar sua expectoração como forma de preservar seu entorno da contaminação. Um apelo à população da cidade publicado na imprensa local na década de 20, mostra que, já naquela época, se ouviam manifestações de inquietação quanto a essa possibilidade de contágio.

A gente bem educada deveria zelar pela saúde de seu próximo e pedir incontinentemente ao sr. dr. Prefeito que estabeleça uma lei severa contra esses cuspidores ambulantes que tanto têm contaminado o ar puríssimo de Minas Gerais.²³

Mas nada, nem mesmo todo o cuidado ou atenção que possam ter dirigido ao escarro os habitantes, as autoridades públicas ou os tisiologistas da cidade de Belo Horizonte, nada se compararia ao controle sanitário do escarro levado a efeito em outros países do mundo ocidental, especialmente na França dos anos 20. Ali, seguindo um padrão norte-americano, as chamadas enfermeira visitadoras fiscalizavam obstinadamente os domicílios

²² É importante ressaltar que a primazia do exame bacteriológico do escarro para o diagnóstico da tuberculose pulmonar estabeleceu-se recentemente. Em geral, a regra válida para a tisiologia brasileira desde a consolidação desse ramo como atividade médica especializada era o recurso ao exame radiológico seguido, para efeito de confirmação das suspeitas, do exame bacteriológico. Em 1969, o tisiologista José Feldman ainda indicava esse procedimento como o mais acertado. (Feldman, J., op. cit., p. 64-5.)

Sobre a prática recente recentes que deu prioridade ao exame bacteriológico do escarro e sobre a importância do escarro para o controle da tuberculose ver *Manual de normas para o controle da tuberculose*, Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 13-5.

²³ S/a, "Belo Horizonte é a cidade em que mais se cospe no chão", *Avante*, 10/08/24.

dos tuberculosos recolhendo e observando sistematicamente o escarro para depois remetê-los ao laboratório²⁴. Informações quantitativas e qualitativas sobre esses materiais coletados pela manhã ou ao longo do dia, seriam finalmente registradas em livro especial para orientação dos médicos em suas consultas²⁵.

Voltando às anamneses médicas, observa-se que, para além do sintoma da expectoração, outros sinais eram reconhecidos pelos doentes, se não como sendo da tuberculose, pelo menos como sintomas de um processo mórbido qualquer. Os mais citados seriam tosse, febre, fraqueza ou indisposição, emagrecimento e falta de apetite. Dores nas costas, suores noturnos, hemoptise e dispnéia foram também, em número menor de casos, os sinais do mal que conduziram os pacientes à consulta médica²⁶.

Não há indícios de que antes da consulta inicial ao especialista tenham os supostos doentes procurado outros tipos de tratamento ou tenham ainda se automedicado. Contudo, não faltariam nas farmácias locais medicamentos que eram anunciados como a promessa de cura de resfriados, bronquite e, inclusive, da tuberculose pulmonar²⁷. Para aqueles que quisessem combater o visível sintoma do emagrecimento ou os

²⁴ Uma incitação à ejeção deste material proveniente dos pulmões ia de encontro aos tabus e restrições ao hábito de escarrar que, tal como afirma Norbert Elias, acarretariam o desaparecimento até mesmo da necessidade de escarrar em grande parte da sociedade ocidental. (Elias, N., *O processo civilizador*, RJ, Zahar, 1990, p. 159-61.) Pode-se afirmar que, antes da proscrição do hábito de escarrar, decorrente de sentimentos de vergonha e repugnância ou da compreensão racional da origem de certas doenças, fora proposta uma modificação disciplinar desse ato com base numa dada teoria do contágio.

²⁵ Grellet e Kruse, *op. cit.*, p. 184-85.

²⁶ Apesar dos registros das anamneses médicas corresponderem à fala dos pacientes no momento da consulta inicial, são sempre depoimentos indiretos que se ouve. Assim sendo, é provável que os médicos tenham desprezado as informações que não julgaram pertinentes e que, portanto, tenham sido maiores as listas de reclamações dos pacientes.

²⁷ Não há novidade quanto à publicidade de medicamentos indicados para a cura desses males. Nos anos 30, eram comercializados na cidade remédios semelhantes aos medicamentos que, como se viu, eram anunciados nos jornais locais desde a segunda década deste século. Os produtos Untisal, Phospho-thiocol, Bromil são exemplos de remédios contra gripes, resfriados, bronquites ou tuberculose que foram divulgados nas seguintes edições *Estado de Minas*, 02/02/34, p. 2; *Estado de Minas*, 03/02/34, p. 6; *Estado de Minas*, 23/11/35, p. 10.

manifestos sinais de fadiga existiam os tradicionais tônicos ou revigorantes à base de óleo de fígado de bacalhau²⁸ que, como se viu, já se encontravam à venda nas farmácias e drogarias da cidade antes da virada do século. Esses mesmos tônicos seriam prescritos pelo médico como coadjuvantes do regime higieno-dietético²⁹.

Uma vez internados, alguns pacientes poderiam não se contentar com a terapêutica dos tônicos e da alimentação abundante. Apesar das pouquíssimas referências à vontade do paciente existentes na literatura médica belo-horizontina, há informações de que alguns requereram terapêuticas mais agressivas do que aquelas que os médicos estariam dispostos a empregar. Em um longo artigo sobre o pneumotórax artificial, Alberto Cavalcanti lembra a história de uma paciente que, tendo sido comunicada de uma contra-indicação do pneumotórax, insistiu na aplicação do método. Ainda segundo suas palavras, o pneumotórax foi instalado a contragosto. Na seqüência a paciente, que já havia sido informada do perigo, viria a sofrer uma perfuração do pulmão e a expelir escarros sangüíneos³⁰.

É provável que, ao longo das décadas de 30 e 40, com a vulgarização da terapêutica do pneumotórax, os doentes depositassem grandes esperanças nesse método de cura e solicitassem dos médicos sua aplicação. Em fins dos anos 30 seria a vez da literatura de ficção divulgar esse método terapêutico. Uma seção de insuflação de ar da chamada terapêutica gasosa corresponde justamente à cena inaugural do romance *Rola-Moça*, do escritor mineiro João Alphonsus. Nessa trama, a personagem principal, de nome Clara, passa pela experiência da colapsoterapia,

²⁸ *Estado de Minas*, 11/04/34, p. 7 (publicidade da Emulsão Scott de Óleo de Fígado de Bacalhau); *Estado de Minas*, 30/05/34, p. 3 (publicidade das Pastilhas McCoy de Óleo de Fígado de Bacalhau).

²⁹ Travassos, J. S., "Em torno de um caso de pneumotórax insaciável", *RMM*, BH, n. 77 e 78, ano XVII, 1950, p. 126; Motta, O. C., "A cura espontanea das cavernas tuberculosas do pulmão", *RMM*, BH, n. 43, ano VII, 1949, p. 515.

³⁰ Cavalcanti, A., "Pneumotórax artificial", *RMM*, BH, n. 64, ano XII, 1945, p. 104.

tomando-se em princípio de uma sensação de confiança para com o método: "Sentia convicta o pouco de 'ar' concentrado e vagaroso atuando magicamente no peito."³¹

Na poesia, Manuel Bandeira, em composição datada de 1930, já dera mostras do valor que o pneumotórax poderia vir a ter para o homem doente. Dando vida a um sujeito tuberculoso, que esperava do médico a adoção do procedimento normal no enfrentamento da sua enfermidade, o poeta fez da indagação sobre o pneumotórax a fala final do doente, seu último pedido.

Febre, hemoptise, dispnéia 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.

-
- 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

Ao ritmo sincopado do tango se encaminharia o ingênuo paciente para a morte? Para o médico que ainda não conhecia o pneumotórax bilateral a morte parecia ser o desfecho provável para o caso. No poema, intitulado justamente "Pneumotórax", o destaque é para a terapêutica que já havia se tornado o tratamento por excelência da tuberculose. Em suas memórias Manuel Bandeira recordaria um tempo remoto em que não se conhecia nem o pneumotórax, nem outras terapêuticas, que pudessem isentar o doente da

³¹ Alphonsus, J., *Rola-Moça*, RJ, José Olympio, 1938, p. 11.
Grande crédito mereceria também o pneumotórax no romance *Floradas na Serra*, composto à semelhança do romance mineiro. Na narrativa são várias as passagens em que as personagens, utilizando-se às vezes da forma abreviada "pneu", referem-se com entusiasmo a essa terapêutica. Queiroz, D. S., *op. cit.*, p. 6, 15, 24 e 107.

³² Bandeira, M., *Estrela da vida inteira*, RJ, Nova Fronteira, 1993, p. 128.

humildade exigida para a cura³³. A ele próprio, que fora acometido por tuberculose em 1904, não pudera beneficiar o pneumotórax³⁴.

Se pneumotórax representava a possibilidade de cura da tuberculose, não é difícil imaginar que a maior parte dos doentes tenha se disposto a se entregar à terapêutica. É difícil supor contudo que o doente mantivesse o mesmo ânimo no decorrer de todo o tratamento, que poderia se estender por anos a fio. Além disso, os acidentes dos derrames pleurais - que, como se viu, não eram raros - e a necessidade do recurso à operação de Jacobeus para possibilitar a insuflação da pleura seriam talvez responsáveis pela renúncia do homem doente ao triste papel de paciente naquele incansável jogo da busca incondicional da cura da tuberculose.

O que dizer então dos pacientes em estágio mais avançado da doença que, julgando ter encontrado no leito dos sanatórios populares um lugar de descanso, eram logo submetidos à maratona das cirurgias torácicas, das violentas intervenções chamadas de mutilantes pelos próprios fisiologistas? A literatura médica não deixa de mencionar as espantosas seqüências cirúrgicas que levavam os pacientes, já em estado de debilidade física, duas ou três vezes à mesa de cirurgia, num intervalo de 1 a 5 meses e sem o recurso da anestesia, para a retirada de 3, 5, 10 costelas³⁵.

Para esses doentes não houve composições poéticas. No discurso médico eram eles incógnitas personagens de casos clínicos ou números a engrossar as estatísticas de mortalidade da cidade. Desumanizados eles poderiam ser cinicamente mencionados como meros estorvos. Deles diria o Dr. Ernesto Ayer Filho, chefe de clínica do Sanatório do Morro das Pedras:

³³ Bandeira, M., *Itinerário de Passárgada - de poetas e de poesias*, RJ, Livraria São José, 1957, p. 60.

³⁴ *Id.*, p. 122.

³⁵ De um longo texto que descreve detalhadamente os procedimentos adotados pelos cirurgiões do Sanatório do Morro das Pedras, pode-se extrair os números da intensa prática da toracoplastia: entre 15 casos mencionados tem-se uma média de 4,2 cirurgias realizadas num prazo médio de 2,4 meses. (Ayer F.º, E., "Sobre a indicação da toracoplastia em portadores de processo tuberculoso bilateral". *RMM*, BH, n. 43, ano VII, 1940, p. 465-86.)

(...) convém apontar o valor terapêutico que a toracoplastia representa para a grande parte dos portadores crônicos de lesões bilaterais e que às vezes constituem autênticos fracassos de outros métodos de tratamento. Esses pacientes são um gravame para a sociedade pois como é sabido, eles criam amor ... dos leitos dos pobres e mal subvencionados sanatórios populares, "entopem-nos", como geralmente se diz, e passam então a constituir um problema sério para as suas finanças sempre ameaçadas de esboroamento. Em casos tais a toracoplastia, quase sempre, vem salvar o doente... e o Sanatório³⁶.

Egressos dos sanatórios populares, poderiam esses doentes - que raramente se restabeleciam - permanecer vagando pela cidade. Em 1948, um jornal local noticiou a triste sina de José Ferreira Prado. Tendo recebido alta do Sanatório do Morro das Pedras, por motivo de melhora do seu estado de saúde, estava ele a dormir ao relento em diferentes locais da Belo Horizonte³⁷.

Assim viviam os tuberculosos indigentes que, sem pensões ou benefícios, de nada dispunham, nem mesmo da sorte de encontrarem abrigo. Internados nos sanatórios populares, suas condições de vida continuariam precárias. A triste realidade dos homens pobres e enfermos é descrita em documento raro que narra aspectos do cotidiano dos tuberculosos internados no Sanatório Imaculada Conceição. Eram 120 os doentes que nessas condições se amontoavam nas enfermarias do sanatório:

As camas estão dispostas em filas paralelas e guardam pequenas distâncias umas das outras. Estamos diante da massa proletária dos tuberculosos pobres (...). Homens vindos das roças, sem banho, cheirando à terra, barbados e mal trapilhos, sem nenhuma noção de conforto e higiene; empregados domésticos, tropeiros, engraxates, agrários, uns sem

³⁶ *Id.*, p. 462.

³⁷ *S/a*, "Tuberculoso e dormindo ao relento", *Folha de Minas*, 08/02/48.

aposentadoria, outros miseravelmente aposentados, todos homens promíscuos dentro das enfermarias³⁸.

Dando a voz a um encarregado de enfermaria que por 4 anos vinha presenciando fatos ocorridos naqueles aposentos, o repórter faria falar também um dos doentes já falecidos que, laconicamente, se despedira da vida repetindo uma trivialidade que, na circunstância, se revestiria da ambivalência geradora de expressividade. Assim diria o pálido e franzino Sebastião:

- É... a vida do doente pobre é mesmo de amargar. Eu tenho visto coisas nesta sala de desanimar um indivíduo. Tem semanas que aqui morrem três pessoas, outras não morre ninguém. Estou aqui há quatro anos. Araújo, um amigo meu que morreu ontem, escreveu uma verdade aí na parede.

O repórter procurou a verdade de Araújo e encontro na parede o desenho de um coração dentro do qual lia-se a seguinte inscrição: 'ESTE MUNDO É UMA ILUSÃO'³⁹.

³⁸ Dantas, P., "Aspectos da tuberculose proletária em Belo Horizonte", Mensagem, 01/01/45, P. 8.

³⁹ *Id.*, *ib.*

O SANATÓRIO EM VERSO E PROSA

A MORTE À ESPREITA

No tempo em que a tuberculose era a doença infecto-contagiosa que mais óbitos causava na capital do estado, literatos mineiros fizeram dela tema de suas produções textuais. Entre os que apreciaram a doença como experiência estética estava o jovem modernista Ascânio Lopes. Não foram porém veleidades de poeta que fizeram seus versos expressarem sentimentos ocasionados pela presença da doença e pela morte iminente. Ascânio Lopes sofrera de fato o padecimento que a tuberculose impinge às pessoas por ela acometidas antes transpor tais sentimentos para sua poesia, em versos datados de 1928, época em que se encontrava muito perto de morrer e já de volta a Cataguases¹.

O doutor sabia que eu era forte
e resolveu dizer-me tudo.

E depois de tão longo sofrimento
brilhou dentro em mim a esperança, a certeza
do descanso infinito desconhecido.²

¹ Ferreira, D. G., *Ascânio Lopes*, BH, Difusão Pan-americana do Livro, 1967, p. 72.

² *Idem*, p. 80.

“Proximidade da morte”, título escolhido para o poema é também a expressão-síntese daquele momento de vida de Ascânio Lopes, quando a morte se tornara o único lenitivo de um homem enfermo. Intitulado o poema e anunciada a morte próxima, o poeta dá a voz a um sujeito lírico que, tendo conhecido a sua sentença, não chora, não se lamenta, não se revolta. Sereno e resignado toma a sentença como possibilidade de por fim ao seu sofrimento. No curto poema, o espaço em branco, intercalado entre a narrativa da atitude do médico e a descrição da reação do doente, não permite senão a contenção da respiração pelo temor de que o moribundo, julgado pessoa forte pelo médico, viesse finalmente a sucumbir ante a revelação inesperada. A pausa não rompe porém o fio da poesia, não desvirtua o comedimento que marca o confronto com a morte. Como nos outros poemas de Ascânio Lopes que falam da doença e da morte, a sobriedade domina a cena. É admirável que esse jovem tuberculoso de 22 anos tenha podido se manifestar com tamanha humildade e moderação estando frente a frente com a morte. Nenhuma dor pungente, nenhum sentimentalismo incitaria o poeta modernista ao uso confidencial da poesia.

Na transcrição poética do universo sanatorial há muito mais do que a angústia de um sujeito que sofre as dores trazidas pelo mal implacável.

SANATÓRIO

Logo, quando os corredores ficarem vazios,
e todo o Sanatório adormecer,
a febre do tísicos entrará no meu quarto,
trazida de manso pela mão da noite.

Então minha testa começará a arder,
e todo meu corpo magro sofrerá.
E eu rolarei ansiado no leito
com o peito oprimido e a garganta seca.

E lá fora haverá um vento mau
e as árvores sacudidas darão medo.
E os meus olhos brilharão procurando
a Morte que quer entrar no meu quarto.

Os meus olhos brilharão como os de uma fera
que defende a entrada da sua morada.

Esses versos, que teriam sido inspirados pela própria passagem de Ascânio Lopes por um sanatório da cidade, faz parte de um conjunto de poemas que, reunidos, comporiam, segundo a expectativa do próprio autor, uma obra intitulada *Sanatório*³.

O primeiro contato com o poema informa o leitor de uma história imaginária, um sonho talvez, em que um sujeito doente se defronta com a enfermidade e a morte dela decorrente numa noite qualquer no isolamento de um quarto de sanatório. O doente, para quem o futuro próximo do encontro com a morte se tornara todo o presente, pode descrever passo a passo sua luta final em vida como se já fosse ele um homem morto. Solidão e angústia fazem anteciper os acontecimentos que num instante se sucederão. O doente porém não permitiria que a morte tomasse o lugar da pouca vida que ainda restava em sua morada. Ele, que no seu delírio dá vida à própria morte, confere a si próprio muito mais vida e força do que ainda poderia dispor. Não haveria portanto verdadeiro desfecho. E, para que a luta entre vida e morte ainda perdurasse, seria preciso que o poema se equilibrasse sobre fina lâmina que pairava entre a dimensão real dos corredores vazios e do sofrimento corpo e a dimensão imaginária do encontro com a morte.

A essa primeira leitura, que dá a perceber o doente por um fio, imerso ainda num jogo de vida e morte, soma-se outra, assinaladora da grande qualidade do poema e da fina percepção do poeta. Ao fim da segunda leitura, pode-se dizer que a bem tramada intriga do confronto com a morte não seria para Ascânio Lopes mais do que um pretexto para a reprodução de uma imagem do sanatório que certamente impressionava a todos, internados ou não. A imagem retratada seria a do ambiente que encerra em si a doença incurável mas que, paradoxalmente, não comporta a morte. A morte que tenta acometer o doente só poderia vir de fora e à noite. Ali dentro, permaneceria a doença, mantida sob o controle institucional diurno. Verso por verso, o poema se tece numa contraposição, num jogo de fora e dentro. Fora estariam os corredores vazios, o vento mau, a morte que quer

³ Id., p. 52.

entrar. Por fora do corpo que sofre e se debate estão a testa que arde, os sinais de magreza, os olhos que brilham. Por dentro, o peito é oprimido, a garganta é seca e a febre agita o corpo. Mas o corpo está dentro do quarto que, por sua vez, está dentro do sanatório, que protege o homem doente contra a morte. Dentro do sanatório, o corpo doente, fora, a morte.

No sanatório Ascânio Lopes, com a vida por um fio, procuraria se refugiar. Ali o Dr. Cavalcanti estaria convencido de poder vencer a morte. No sanatório, tantos outros doentes queriam entrar para experimentar ainda a vida que uma atroz doença insistia em lhes tirar. Mas tudo isso poderia se revelar uma grande ilusão. O próprio Ascânio Lopes, que mantinha em seu corpo a doença crônica em vigília, não arriscaria morrer na solidão. Do sanatório partiu para encontrar a morte em Cataguases, a cidade da sua infância.

A MORTE EM SUSPENSÃO

O grande cenário do romance de João Alphonsus é a Serra do Rola-Moça. Ali predominam angústias e incertezas. Na serra habitam de forma irregular inúmeras famílias. Os grandes sofrendores são esses moradores que estariam ameaçados de despejo pela Prefeitura, responsável por um projeto de urbanização da região. Os acontecimentos se sucedem nesse universo instável. Escrito em capítulos breves, o texto intercala estados de tensão com acontecimentos amenos que funcionam como pausas para respiração. Tal estrutura permite a composição de uma trama cujos fios parecem estar a ponto de se romper. A narrativa que relata episódios intrincados é ela própria um emaranhado a girar em torno dos temas da doença e da morte e a compor um cenário sobre o qual pairam ameaças de desestruturação.

Ameaçados encontram-se também os cenários menores que figuram dentro desse grande cenário. São eles a casa do bacharel Anfrísio, os casebres dos pobres e o prédio do Sanatório Montanhês, todos edificadas na região da Serra do Rola-Moça. Esse último seria o lugar da experiência da angústia ligada à doença e à morte; os casebres que resistiram à ação dos ventos e das chuvas estão prestes a desaparecer após a remoção ou da morte de seus ocupantes; a casa de Anfrísio - a única edificação luxuosa da região, além do Sanatório, construída em conformidade com os cânones da arquitetura funcionalista - está nas mãos de credores. Prenúncios de aniquilamento mobilizam os personagens. Mas, contra estes acontecimentos temíveis que estão na iminência de se efetivar, a luta seria inglória. Todas as saídas imaginadas acabam se revelando meros paliativos. O caso de Anfrísio é exemplar: ele porta-se como um ser inatingível, mas em estado de alerta permanente, todo mau indício é imediatamente refutado pela sua postura pragmática frente às coisas da vida; suas atitudes positivas não o liberariam contudo dos seus fantasmas. Ele teme que a macumbeira do bairro enfeitice seus filhos por não os ter entregue à benzedura nos acometimentos de doenças infantis; teme que os populares, seus vizinhos, se revoltem e que sua casa seja alvo de investidas; teme enfim que a qualquer momento os credores tomem-lhe a casa. Também Clara, personagem central do livro, tuberculosa internada no Sanatório, tenta escapar à sua condição de condenada: nos primeiros tempos nega a doença e evita aproximar-se dos outros doentes, quando as circunstâncias não lhe permitem mais negá-la, tenta as fugas que, de meras transposições mentais, se transformam em fugas literais, verdadeiros arrebatamentos a fazem fugir do Sanatório para os braços do seu amado. Mas de nada lhe adiantam os distanciamentos e fugas. A proximidade com outros doentes é uma condição inevitável e seu amor assenta-se em uma mentira, pois ela oculta ao namorado sua condição de doente, dizendo estar ali para acompanhar uma irmã em tratamento.

Por fim, as atitudes dos personagens deixam transparecer a marca da resignação, seja pela submissão às circunstâncias, seja pela renúncia à possibilidade de reação. Assim, Anfrísio retoma seus afazeres cotidianos, Clara, ao retornar ao Sanatório após as suas fugas, deixa-se levar pelas prescrições médicas e pelas regras do tratamento, aproximando-se inclusive dos demais doentes e, por último, os populares acatam passivamente os despejos efetuados em decorrência do processo de urbanização.

Da história como um todo tem-se a impressão de que, exceto as mortes, nenhum episódio tem o seu verdadeiro desfecho, mas que há sempre um sopro de tragédia no ar. Os estados de tensão são sempre aplacados em algum momento para reaparecerem em seguida. A alternativa para esse jogo mesquinho da vida é a morte. A própria idéia de doença é transposta para trama.

Mas que representação da doença orienta o autor na composição do romance? Em primeiro lugar, ele não efetua a operação que igualaria a pobreza à doença. As famílias pobres - e centenas delas compõem cenas onde se desenrolam as ações - não estão ameaçadas pela tuberculose. Embora sejam bastante precárias as suas condições de vida e de higiene, o seu mundo está a salvo - ao menos desse mal. A tuberculose é uma doença do sanatório. Fora dele, os doentes encontrariam a morte. Assim se sucede com aquele doente boêmio que, mesmo internado no Sanatório, desperdiçara todas as possibilidades de cura, como aquele outro, também paciente do Sanatório, que fora morrer em decorrência de uma hemoptise no leito de uma meretriz e ainda com aquele amigo de juventude de Anfrísio que, não suportando os métodos frios e impessoais do tratamento sanatorial, partira para morrer na casa de sua família⁴.

⁴ Na passagem em que Anfrísio, rememorando acontecimentos da sua juventude, lembra-se do amigo vitimado pela tuberculose, há fatos verídicos que o autor resgata de sua memória pessoal. O amigo vinha a ser Ascânio Lopes, o poeta e companheiro de juventude de João Alphonsus na Belo Horizonte dos anos 20. No romance há inclusive uma transcrição de uma versão do poema "Sanatório" de autoria de Ascânio Lopes. Alphonsus, J., *op. cit.*, p. 63.

Para os doentes que permanecessem internados, obedecendo às regras de tratamento, havia a esperança, ou melhor, a certeza de que sua enfermidade seria enfim domada, graças à eliminação dos germes patogênicos - eliminação essa que no romance assume o caráter de controle da tuberculose. No interior do sanatório todos estão empenhados numa incessante luta contra os bacilos: esterilizam-se as roupas, as louças e os talheres, renova-se a pintura dos quartos a cada ocupante; renovam-se os ares. Mas as minúsculas gotículas de saliva, lançadas no ar por Antonieta e observadas à contraluz por Clara, são suficientes para desestruturar todo o aparato de perseguição aos bacilos. Empenhados também estão médicos e pacientes em combater os sintomas de emagrecimento e debilidade aparente tão identificados à tuberculose. É claro que assim o fazendo acreditam, ou procuram acreditar, que combatem a própria doença. Mas a respeito disso, é também através de Clara que se percebe os verdadeiros efeitos desse tratamento baseado no repouso e no regime alimentar

Engolia a maior parte das refeições, que mandava servir no próprio quarto. (...) O estômago, tardo no esforço maior de elaborar o bolo alimentício, ia transmitindo a todo o corpo a moleza benéfica, um aniquilamento que atingia também o espírito por vontade sua, deliberação de não pensar nem agir. (...) E o regime de refeições e repousos, repousos e refeições, rigorosamente seguido, organizado com sabedoria universal, tomava todo o tempo, para evitar divagações inúteis, recordações da vida imbecil de lá fora. Pensar em nada.⁵

A doença é portanto este mal domável pelo controle que lhe impõe as regras do sanatório. É uma enfermidade em estado de latência. Mas, para que ela assim se apresente, há que se renunciar à própria existência, pois a única alternativa deixada aos doentes, além do morrer, é este “conservar a

⁵ *Id.*, p. 149.

vida em conserva”⁶. As últimas páginas do romance são bem ilustrativas a este respeito. Clara está febril. É uma febre que não sobe nem desce, uma “febre mesquinha”. Ela se percebe “uma doente como os outros para os quais não há segredos nem ilusões”⁷. Ela está em crise; é uma “crise aguda de distância” que se manifesta da seguinte forma:

A alma se dobra, se recolhe, disposta a apiedar de si mesma. Porém esta piedade logo foge ao âmbito mesquinho de si mesma, atinge todas as distâncias dolorosas do mundo, anula as incompreensões que separam os espíritos, é uma solidariedade espiritual enorme e livre. A alma se sente liberta, sem próximo e sem tempo.⁸

Estranha contradição: Clara parece atingir a felicidade na doença. Entretanto, uma leitura mais atenta dessas páginas informa que esta é a felicidade dos que se alheiam do mundo. Como pode Clara, estando acamada, impossibilitada de correr para os braços de seu amado que faz soar a buzina de seu automóvel na escuridão da noite e sob a vigilância incansável de sua pagem e de seu médico, como pode ela atingir este estado próximo do êxtase? Só mesmo se alienando de tudo, ou melhor, aproximando-se da loucura.

Há que se lembrar a proximidade entre loucura e morte. Ambas são alternativas extremas que apontam para o fim de um percurso, de onde não se pode mais prosseguir. Em um certo sentido, o próprio internamento no sanatório é uma alternativa que se aproxima da morte, mas a deixa em suspensão. Essa sensação de que a morte está em suspensão é experimentada a todo momento na leitura do texto.

Na época da primeira edição do romance era talvez essa a sensação mais freqüentemente experimentada pelos que de alguma forma eram levados a se confrontar com aquele mal ainda incurável. O sanatório, que se

⁶ *Id.*, p. 63.

⁷ *Id.*, p. 269.

⁸ *Id.*, p. 271.

apresentava como um centro de tratamento e cura da tuberculose e que tanto sucesso fazia na cidade de Belo Horizonte, não alcançaria por certo a eliminação do fantasma da morte. Por fim, eram os últimos anos da década de 30, e outros mais que se seguiram, tempos de angústia no enfrentamento da tuberculose. Essa atmosfera aflita João Alphonsus captou, transpondo-a para o seu romance.

Capítulo 3

ENFERMIDADE, TERAPÊUTICAS E ENFERMOS FORA DOS LEITOS

POR UM LEITO QUE OS AMPARE

Em 1947, o IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários - comprou de Alberto Cavalcanti o Sanatório Minas Gerais. A aquisição viria se somar a outras já negociadas pelo instituto que se destacava no atendimento aos beneficiários acometidos pela tuberculose. Naquela mesma época, outras categorias profissionais imaginaram poder dispor de um amparo semelhante edificando ou adquirindo seus próprios estabelecimentos sanatoriais. Em órgãos próprios ou na imprensa ordinária, representantes de diferentes categorias fizeram publicar matérias relativas ao assunto.

Os ferroviários da Rede Mineira de Viação, que há muito contavam com a previdência social de sua caixa de aposentadoria e pensões, celebravam a construção próxima do Sanatório dos Ferroviários em fazenda nas imediações de Belo Horizonte¹. Os comerciários, por sua vez, reclamavam seu sanatório e esperavam que ele fosse construído nesta cidade para atender os "vitimados pela peste branca" que viessem a

¹ S/a, "Visitados os terrenos do futuro sanatorio dos Ferroviarios", *Boletim do Clube dos Ferroviarios*, n. 20, ano II, 1946, p. 1.

necessitar de um clima especial. Seus porta-vozes, representantes da Associação dos Empregados no Comércio de Minas Gerais, conclamavam os companheiros de outros estados a organizarem a Fundação do Sanatório para Comerciantes Tuberculosos do Brasil, visto que as pensões e aposentadorias concedidas pelo IAPC - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes - órgão do qual eram beneficiários, nunca eram suficientes para a manutenção do tratamento dos trabalhadores infortunadamente acometidos pela tuberculose². As professoras primárias requeriam também um sanatório exclusivo para acolhimento de suas companheiras enfermas. Para tanto, solicitavam uma ajuda mútua para a construção de um estabelecimento com capacidade para atendimento de 200 pacientes³.

Diferentemente de todas essas categorias profissionais que, a propósito, não puderam ver seus projetos realizados, os bancários, que poderiam se valer de pensões, como o auxílio-enfermidade em benefício próprio e de seus dependentes, ou de aposentadorias, na eventualidade de um afastamento definitivo, passaram a ter à sua disposição leitos em sanatórios de propriedade de seu instituto previdenciário. Tendo primeiramente instituído sanatórios em Campos do Jordão e em São José dos Campos⁴, o IAPB vinha ampliando continuamente sua rede sanatorial até a compra do Sanatório Minas Gerais em Belo Horizonte⁵.

² S/a, "Sanatorio para os comerciantes tuberculosos", *O Comerciante*, outubro/1947.

³ S/a, "Subscrição em favor do Sanatório para as professoras", *Folha de Minas*, 07/04/49. Consta desse mesmo artigo que o sanatório para recolhimento das professoras tuberculosas, apesar de não ter sido construído, já havia sido criado por lei estadual de 1948.

⁴ Franco, G., "Dez anos de fisiologia no Instituto dos Bancários de São Paulo", *RBT*, RJ, v. XVI, 1947, p. 218. Essas duas localidades - Campos do Jordão e São José dos Campos - são denominadas estâncias climáticas pelo autor do artigo que era o diretor do Serviço de Fisiologia do IAPB em São Paulo.

⁵ Em 1949 o IAPB já possuía sanatórios em Belo Horizonte, em Fortaleza, na cidade de São Paulo e no Distrito Federal, atual cidade do Rio de Janeiro. (Cavalcanti, A., "A participação das organizações privadas na luta contra a tuberculose", *RMM*, BH, n. 70, ano XVI, 1949, p. 13.)

Ao adoecerem, os funcionários públicos federais poderiam também ser encaminhados pelo IPASE - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado - a sanatórios para tuberculosos. Em Belo Horizonte acolhiam-nos os sanatórios particulares ou, por acordo estabelecido entre institutos, o sanatório do IAPB⁶. Outros arranjos poderiam fornecer a certas categorias profissionais a possibilidade de internamento de trabalhadores tuberculosos⁷. Mas acreditava-se que nenhuma dessas ações se equiparava ao programa de atendimento de tuberculosos implantado pelo IAPB em favor dos bancários e de seus dependentes.

O exemplo do IAPB inspirou certamente ações e reivindicações de outras categorias. Com base nesse exemplo, foram ainda elaboradas propostas que viam na ação das caixas de aposentadorias e pensões e organizações congêneres a solução para o problema da tuberculose no Brasil⁸. O próprio Alberto Cavalcanti, antes de efetuar a venda do Sanatório Minas Gerais para o IAPB, em comentário sobre o projeto do governo federal de criar um sistema de atendimento aos funcionários públicos tuberculosos, classificou de modelar o programa de socorro ao tuberculoso daquele instituto. Alberto Cavalcanti ia ainda mais longe ao avaliar a falta de assistência aos portadores de tuberculose do ponto de vista da própria classe médica e ao propor a criação de um instituto de aposentadoria para atendê-la⁹.

Nessa mesma época, o Ministro do Trabalho, da Indústria e do Comércio tinha em suas mãos o relatório de uma comissão por ele

⁶ *Id.*, p. 23.

⁷ Exemplo de um desses arranjos foi o acordo firmado entre o Ministério do Trabalho e a Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e do Material Elétrico de Minas Gerais que cedeu a esta a administração dos 100 leitos do Sanatório Palmira - que fora arrendado pelo próprio ministério - em benefício dos seus associados enfermos. Contudo, a possibilidade de efetivação do internamento, tamanha a burocratização do processo - parecia ser remota ou sujeita a algum favor político. (S/a, "90 operários tuberculosos internados no Sanatório Palmira", SESI, março/1950, p. 1.)

⁸ Franco, G., "Os institutos de previdência poderão resolver o problema da tuberculose no Brasil", *RPT*, SP, v. V, 1939, p. 443-47.

⁹ Cavalcanti, A., "Os médicos e a invalidez", *RMM*, BH, n. 70, ano XVI, 1949, p. 282-83.

constituída para organizar um plano de “luta antituberculosa” que atingisse todos os associados dos institutos e caixas de aposentadoria e pensões. O relatório propunha a criação do Instituto de Tuberculose e Previdência Social com finalidades de profilaxia e de assistência médica a ser mantido por verba originária de contribuição adicional arrecadada pelos institutos e caixas em atividade¹⁰.

Não passaria de um projeto esse sistema unificado de atendimento ao trabalhador tuberculoso. Para os segurados dos institutos e das caixas, quando acometidos pela tuberculose, continuariam sendo úteis os serviços médicos organizados por essas instituições previdenciárias de acordo com sua política própria de distribuição de benefícios. Assim sendo, enquanto determinado trabalhador tuberculoso poderia contar com ampla cobertura de assistência médica, outro, pertencente a uma categoria profissional diferente, teria à sua disposição, quando muito, um serviço médico não especializado.

É certo que a prestação de serviços médicos não seria *a priori* uma finalidade expressiva de nenhuma dessas instituições previdenciárias¹¹. Porém, ao longo do tempo - e até o reconhecimento oficial da carência de assistência médica sofrida pelo público beneficiário das instituições previdenciárias - esses limites de gastos com os serviços médicos foram sendo crescentemente superados¹². E, para tratamento do trabalhador tuberculoso, houve institutos, como o IAPB, que concorreram desde sempre

¹⁰ Assis, A. de, *Tuberculose e Previdência Social*, RJ, SNES, 1945, p. 97-9.

Na verdade, a comissão encarregada de formular a proposta, julgava poder atingir, por meio dela, não apenas os trabalhadores segurados, mas toda a população do país. Pois acreditava-se que a população, na sua quase totalidade, era constituída pela massa dos referidos beneficiários e que a menor porção restante era composta por pessoas que, por conviverem com esses, se tornavam interessantes sob o ponto de vista profilático.

¹¹ Em 1931, por decreto-lei, fixou-se em apenas 8% do total de fundos disponíveis o montante que poderia ser gasto em assistência médica pelas CAPs. Esse mesmo teto seria estabelecido pelo - IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos em 1933. (Santos, W. G. dos, *op. cit.* p. 24.)

¹² *Id.*, p. 25.

com verbas consideráveis¹³. A cobertura das necessidades de cuidados médicos dos bancários tuberculosos alcançava como se viu o internamento sanatorial, tão reivindicado por outras categorias profissionais. Essas - à exceção do funcionalismo público federal que tinha do IPASE encaminhamento para tratamento sanatorial - se ainda contassem com alguma prerrogativa, poderiam recorrer a um ambulatório¹⁴. Os tão almejados serviços de sanatoriais de primeira ordem estariam ao alcance de uns poucos.

¹³ Em São Paulo o serviço médico de atendimento ao tuberculoso do IAPB começou a ser estruturado há um ano apenas da criação desse instituto datada de 1934. (Franco, G., "Dez anos de fisiologia no Instituto dos Bancários de São Paulo", *RBT*, RJ, v. XVI, 1947, p. 217.)

Diretriz oposta seguiu o IAPI, que, não tendo nunca prestado socorro médico a mais de 30% dos seus beneficiários, se eximiu da proteção não pecuniária do industrial tuberculoso. (Travassos, C. M. R., "Estudo da política de assistência médica na Previdência Social - 1968/1976", in *Memórias - Instituto de Medicina Social da UERJ*, RJ, n.1, v. III, 1997, p. 24.)

¹⁴ Os comerciários que demandavam um sanatório só teriam atendimento médico no ambulatório geral do IAPC. (S/a, "Vitoriosa uma campanha da A.E.C.", *O Comerciário*, outubro/1947.) Os industriários, mal assistidos pelo seu próprio instituto, passaram a contar, a partir de 1948, com a Clínica de Doenças Pulmonares do Ambulatório Central do SESI. (S/a, "Aumento crescente da Clínica de Doenças Pulmonares do Ambulatório do SESI", *SESI*, janeiro/1950.)

A INSTITUIÇÃO DISPENSARIAL

É fato digno de nota a significativa redução das taxas de mortalidade por tuberculose pulmonar na Europa Ocidental no período compreendido entre o final do século XIX e o fim dos anos quarenta. A população dos países dessa região, bem como a dos Estados Unidos, antes mesmo da conquista da "vitória sobre a tuberculose", estava ano após ano mais distante da chamada morte branca¹. Grande flagelo europeu do século XIX², a tuberculose vinha sendo progressivamente contida, tendo sido surpreendida pela estreptomicina em fase de expressivo decréscimo de sua importância nos obituários europeus e norte-americanos.

Uma explicação razoável para esse intenso refluxo associa a regressão da doença à melhoria da habitação, da higiene, da alimentação,

¹ Em países como a Itália, a Grã-Bretanha e os Estados Unidos, os coeficientes de mortalidade por tuberculose, que em 1900 ultrapassavam a casa dos 100 óbitos por 100 mil habitantes, passaram a se situar na faixa dos 25 a 50 em meados da década de 40. E, mesmo na França, onde o número de mortes por tuberculose sempre fora, proporcionalmente, mais elevado do que naqueles outros países, a curva da mortalidade acompanharia esse movimento descendente. (Grellet e Kruse, *op. cit.*, p. 84.)

² Sournia e Ruffie, *op. cit.*, p. 149.

do nível da vida do conjunto de uma dada comunidade³. Indiscutivelmente, essas conquistas sociais, em quaisquer circunstâncias que viessem a ser alcançadas, proporcionariam à coletividade que delas se beneficiasse uma vida com melhores condições de saúde, uma menor exposição às doenças infecto-contagiosas.

Porém, especialmente no tocante à descensão das taxas de mortalidade por tuberculose nos países capitalistas avançados, outros esclarecimentos - igualmente relativos a medidas de alcance social e de reconhecida eficácia - concorrem para elucidar esse acontecimento ligado a uma doença que impiedosamente vinha afligindo grandes contingentes populacionais. Em todos os países onde se verificou uma diminuição do número de mortes por tuberculose, vinham sendo executadas ações ou programas de erradicação dessa enfermidade segundo as condições econômicas e as tradições políticas e sociais de cada nação⁴. As várias estratégias esboçadas e adotadas contra a tuberculose foram também decorrentes de uma dada percepção da doença predominante em cada uma dessas diferentes circunstâncias sociais.

Na Alemanha uma política de proteção aos operários trouxe como resultado a proliferação dos sanatórios populares, além de garantir a assistência aos familiares dos tuberculosos⁵. Na França, a algumas iniciativas isoladas, viriam se juntar ao longo da segunda década deste século as ações de instituições norte-americanas que forneceriam o impulso

³ *Id., ib.*

⁴ Guillaume, P., *op. cit.*, p. 146.

⁵ *Id.*, p. 145. A crescente ingerência do Estado junto à população doente na virada do século seguiu-se ao abandono do ideal da não-intervenção tão caro aos programas políticos liberais do século XIX. Políticas de saúde pública que incluíam a assistência médica ao homem doente e sistemas de previdência social que o amparavam, estendendo-se também à sua família, foram sendo assumidos por um Estado mais e mais aplicado a questões da esfera social e presente em campos antes reservados à iniciativa privada. Esses novos arranjos políticos deram ocasião ao desenvolvimento do conceito de medicina social que, na Alemanha, decorreria justamente do pioneiro programa de seguridade social de Bismarck regulamentado na década de 1880. (Hobsbawm, E., *op. cit.*, p. 150-52; Rosen, G., *op. cit.*, p. 122.)

decisivo à chamada *luta antituberculosa*⁶. Ali, diferentemente do programa levado a efeito na Alemanha, a campanha encetada pela iniciativa estrangeira, caracterizou-se no princípio pela criação de uma ampla rede de dispensários antituberculosos - centros de assistência médica ambulatorial convertidos em eficazes postos de controle da população doente. Paralelamente foram criadas condições de formação profissional das enfermeiras visitadoras e fixada a regulamentação do exercício da sua profissão. À enfermeira visitadora, figura chave da organização dispensarial dotada de amplos poderes, caberia o que se concebera como uma incansável perseguição ao bacilo. No seu encalço, iria até onde fosse necessário⁷. Com seu mandado oficial estaria pronta a penetrar nos domicílios infectados, nas "moradias fúnebres", nesses lugares onde ressurgia incessantemente a tuberculose na visão dos administradores, dos médicos e dos urbanistas franceses⁸.

Distante no espaço e no tempo dessa realidade francesa - seriam celebrados os resultados de um conjunto de operações de "combates", "campanhas" e "ofensivas" travados com a ajuda aguerrida da enfermeira visitadora no seio da pobreza urbana - procurou-se reproduzir na sua essência o modelo dispensarial. Em 1936 os belo-horizontinos poderiam contar com o seu dispensário antituberculoso⁹.

⁶ As organizações norte-americanas que se instalaram em território francês e ali implementaram programas ostensivos de erradicação da tuberculose foram o *America Field Service* e a Fundação Rockefeller, associações de iniciativa privada, e a Cruz Vermelha Americana, associação semi-oficial. (Guerrand, "Guerra à tuberculose!", in Le Goff, *op. cit.*, p. 184 e 185.)

⁷ *Id.*, p. 184-87.

⁸ A concepção da tuberculose como uma "doença da obscuridade" - como uma doença das habitações desprovidas de luz, mal ventiladas e densamente ocupadas - encontra sua forma acabada nas conclusões que acompanharam o balanço das primeiras estatísticas nacionais de mortalidade por tuberculose apresentado no Congresso Internacional de Tuberculose de 1905 pelos representantes franceses. (Cottureau, A., "La tuberculose: maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail?", *Sociologie du travail*, Paris, abr-jun, 1978, p. 200 e 201.) Vale mencionar que à essa percepção da tuberculose Cottureau - propondo uma nova leitura para os documentos oficiais e utilizando-se de dados e textos que compõe a memória do movimento operário - contrapõe a visão da doença como um mal associado às condições de trabalho da classe operária francesa.

⁹ S/a., "Combatendo a tuberculose", *Enfermagem em Minas*, n. 1, ano III, 1938, p. 25.

1936 seria também o ano em que a Escola de Enfermagem Carlos Chagas diplomaria sua primeira turma de enfermeiras¹⁰. Com isso, a cidade de Belo Horizonte, reputado local de desenvolvimento e aprimoramento do saber médico, poderia dispor de enfermeiras com passagem de três anos por escola especializada, prontas para o controle sanitário de uma população intensamente vitimada pela tuberculose. Entre as alunas dessa escola, formadas enfermeiras e empregadas no serviço de saúde pública da capital, estariam aquelas encarregadas, entre outras coisas, de levar ao conhecimento das autoridades sanitárias responsáveis os casos suspeitos de tuberculose pesquisados nos domicílios por elas inspecionados¹¹.

Visitas de caráter sanitário não eram contudo novidade para um certo grupo de habitantes da cidade. Disposições sobre vigilância de tuberculosos em domicílio já constavam do *Regulamento de Saúde Pública* de 1928¹². Ali estavam fixados também os preceitos aos quais se submeteriam os tuberculosos em isolamento domiciliar e as pessoas que com eles coabitavam¹³. Ficara estabelecido ainda que a fiscalização desses doentes deveria se fazer acompanhar da educação sanitária a cargo dos médicos e enfermeiras do serviço de profilaxia da Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Na cidade de Belo Horizonte esse controle estaria sob a direção dos agentes do Centro de Saúde da Capital instalado em 1929 para assegurar a execução de programas de saúde, entre esses, o primeiro projeto público de assistência médica aos tuberculosos e de profilaxia da doença¹⁴.

¹⁰ Feldman, J., "Importância da visitadora no controle dos contactos de tuberculose - Aspectos do problema em Belo Horizonte", *RBT*, RJ, v. XVII, 1949, p. 583.

¹¹ Rocha, R., "A missão da enfermeira", *Enfermagem em Minas*, n. 1, ano III, 1938, p. 17.

¹² *Regulamento de Saude Publica do Estado de Minas Geraes*. Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1928, p. 71-3.

¹³ *Id.*, 72 e 73.

¹⁴ A implantação de um centro de saúde em Belo Horizonte foi parte de um projeto de reestruturação dos serviços estaduais de saúde que, como já foi dito, acompanhava as reformas efetuadas em outros estados. O Centro de Saúde da Capital, que seguia o modelo americano dos centros comunitários de saúde, concentrava numa mesma estrutura assistência médica ambulatorial, profilaxia das doenças venéreas, das

O que seria a experiência inaugural de um serviço de inspeção sanitária domiciliar voltado para o doente tuberculoso foi registrada no *Relatório da Diretoria de Saúde Pública* relativo a 1930 e 1931. Conta o relatório que, no ano de 1930, foram realizadas pelas enfermeiras do centro de saúde, em razão da tuberculose, 650 visitas a habitações da cidade¹⁵. Mas, como previa o regulamento, a essas enfermeiras não se exigiria mais do que uma fiscalização do isolamento domiciliar somada a ensinamentos de higiene¹⁶. Essas ações estariam bem de acordo com a expectativa em que ainda permanecia a Diretoria de Saúde Pública naquele início dos anos trinta de ver isolados os tuberculosos de Belo Horizonte. Para os forasteiros - como já foi dito -, a diretoria previa o isolamento nos sanatórios que se inauguravam naquela época; para os doentes residentes na cidade o isolamento domiciliar, devidamente vistoriado apresentava-se como uma alternativa legítima.

A enfermeira visitadora, que surgira no cenário da saúde pública como uma fiscal do isolamento, só teria redefinido seu papel no momento da instalação do Dispensário Central Antituberculoso e da criação da Escola de Enfermagem Carlos Chagas. Daí em diante, a enfermeira profissional, dedicada à pesquisa de novos casos de contágio da tuberculose, à investigação de casos suspeitos, deveria encaminhar os tuberculosos e os seus familiares para tratamento e controle dispensarial.

Porém, a definição do lugar desse novo agente médico-social na organização de saúde não deixaria livre de embaraços a enfermeira profissional que viesse ocupá-lo. Antes de mais nada competiria a ela transpor a linha divisória entre a ação de caridade e o exercício profissional,

doenças transmissíveis e da tuberculose, serviços de fiscalização, de educação sanitária e de assistência à infância. (*Relatorio da Directoria de Saude Publica...*, *op. cit.*, 1927, anexo: organograma da *Directoria de Saude Publica*; Rosen, G.. *op. cit.*, p. 392 e 393; Bodstein e Fonseca, "Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde", in Najjar e outros, *Demandas populares, políticas públicas e saúde*, Petrópolis, Vozes, 1989, 1 v., p. 71.)

¹⁵ *Relatorio da Directoria de Saude Publica...*, *op. cit.*, 1927, p. 189.

¹⁶ *Regulamento de Saude Publica...*, *op. cit.*, 1928, p. 72.

rompendo com a tradição assistencialista que caracterizava o contato das "damas" da sociedade belo-horizontina com as famílias que compunham o que podia ser denominado roteiro de miséria¹⁷. Precisar uma exata postura no desempenho das atividades próprias do seu novo ofício seria talvez a outra tarefa da profissional que procurasse se instalar num meio que, dominado por uma ordem masculina, reservara tão somente para mulher a escuta compassiva das "queixas angustiadas", que requeria dela a solicitude e a compunção frente ao sofrimento do outro¹⁸.

A serem superadas contavam-se ainda as dificuldades que o próprio trabalho impunha. Num depoimento de 1940, a diretora da escola de enfermagem, em narrativas de episódios do dia-a-dia das enfermeiras visitadoras, descreve as particularidades do trabalho dessas profissionais, fazendo crer que eram mesmo as condições do exercício do ofício que transformavam em heroínas as jovens agentes de saúde¹⁹. E, pela sua exposição, parecia ser de fato muito penosa aquela função. Primeiramente, a extensão da zona sob a jurisdição de cada uma delas implicava longas caminhadas diárias, para muito além do fim das linhas de bonde que serviam à cidade. Era ainda opinião da diretora que, afora isso, grande esforço exigia o enfrentamento das vicissitudes e dificuldades diversas interpostas em seu caminho.

¹⁷ Especialmente para auxílio aos tuberculosos e segundo essa tradição de "assistência social", criou-se a Fundação Imaculada de Amparo ao Tuberculoso Pobre que, além de arrecadar fundos para a manutenção do Sanatório Imaculada Conceição, promovia visitas domiciliares para distribuição de alimentos, roupas e remédios aos doentes e aos seus familiares. (Tavares, S. C., "A Fundação Imaculada e a generosidade da mulher mineira", *Folha de Minas*, 16/02/49; S/a, "Assistencia aos tuberculosos", *Folha de Minas*, 17/02/49.)

¹⁸ Era também uma ordem cristã que definia o papel e o modo de inserção da mulher enfermeira, sobretudo da enfermeira visitadora, num universo em que se julgava prevalecer o sofrimento, a dor e, por vez, a hostilidade. Caridade e coragem eram virtudes consideradas indispensáveis à enfermeira permanentemente envolvida em situações críticas. Uma linguagem simbólica elevando ao sublime a missão da enfermeira, complementada por um recorrente apelo à vocação das candidatas à elevada função, era empregada nos artigos divulgados em periódico próprio da Escola de Enfermagem. (Zaratini, C., "Enfermeira visitadora", *5 pr'as 10*, n. 14, ano II, 1936, p. 2; Domingues, S., "Reflexões", *5 pr'as 10*, n. 6, ano III, 1938, p. 2; Rosá, "Vocação", *5 pr'as 10*, n. 8, ano IV, 1939, p. 2.)

¹⁹ Paixão, W., "Aspectos de uma profissão", *Boletim da AATP*, v. I, n. 7, 1940, 18 e 19.

Em 1949, José Feldman - médico do Sanatório do Morro das Pedras, mas também tisiologista do dispensário antituberculoso - reclamava a qualificação e a contratação de enfermeiras visitadoras monovalentes, ou seja, especializadas em tuberculose, para trabalho exclusivo junto ao dispensário. Do modo como vinham sendo desempenhadas as atividades de fiscalização e dadas as contingências da situação sanitária da cidade, era comum, segundo a apreciação de Feldman, a interrupção do controle dos focos bacilíferos de tuberculose por longo tempo, como nos meses em que as visitadoras polivalentes estiveram ocupadas com a vacinação antivariólica em massa²⁰. Prejuízo para o trabalho dispensarial era também acarretado pelo reduzido número de visitadoras que acorriam em várias áreas do sistema de saúde. As 10 profissionais empregadas na capital não poderiam satisfazer as necessidades da cidade, que naquela época, com uma população de quase 300 mil habitantes exigia - segundo uma estimativa julgada modesta por Feldman - 30 enfermeiras visitadoras²¹.

As palavras de Feldman tornam patente o fato de que, até as vésperas da década de 50, o Dispensário Central, a despeito dos seus vários anos de funcionamento como parte aparelho antituberculoso da cidade, pouco se assemelhava à organização que supostamente lhe servira de modelo, ou seja, à instituição dispensarial alicerçada na prática de ações de identificação e controle de focos bacilíferos levada a efeito pela enfermeira visitadora em vigilância constante e assídua do conjunto da população doente. Mais tarde, em veredicto mais categórico, Feldman diria que, ao Dispensário Central, pela sua função quase que exclusiva de assistência médica aos tuberculosos, não se poderia atribuir senão a denominação de ambulatório²². A enfermeira visitadora, "terminação

²⁰ Feldman, J., "Importância da visitadora no controle dos contactos de tuberculose - Aspectos do problema em Belo Horizonte", *RBT*, RJ, v. XVII, 1949, p. 583.

²¹ *Id.*, p. 585.

²² Feldman, J. "Queda da mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte e suas causas prováveis", *RBT*, RJ, v. XXII, 1954, p. 1043.

sensitivo-motora do dispensário”²³ não podia se fazer presente à medida das necessidades. À sua ação se oporiam os entraves institucionais, mesmo que na sua prática cotidiana ela já houvesse superado os obstáculos à sua plena inserção no universo médico-social.

O sucesso atribuído à organização dispensarial antituberculosa e, conseqüentemente, à enfermeira visitadora em países como a França e os Estados Unidos - que não caracterizaria o dispensário antituberculoso de Belo Horizonte - não pôde ser computado como resultado dos programas de controle da tuberculose implantados nas capitais de outros estados brasileiros, pelo menos até fins da década de 50. Ainda na década de 40, no âmbito da CNCT, Campanha Nacional Contra a Tuberculose, a opção pela hospitalização dos tuberculosos se faria em detrimento da consolidação da rede dispensarial e acarretaria uma valorização da enfermeira de sanatório²⁴. E, apesar dos cursos ministrados pelo próprio pessoal da CNCT a partir de 1948 e destinados à capacitação de “visitadoras sanitárias”, na prática, era no serviço interno dos dispensários ou em atividades administrativas que as enfermeiras especializadas encontravam sua ocupação²⁵.

Uma futura mudança de diretrizes na CNCT, alçando o dispensário a instrumento fundamental da luta antituberculosa, implicaria numa reconsideração da função da enfermeira de dispensário nesse

²³ Feldman, J., “Importância da visitadora no controle dos contactos de tuberculose - Aspectos do problema em Belo Horizonte”, *RBT*, RJ, v. XVII, 1949, p. 579.

²⁴ A CNCT, Campanha Nacional Contra a Tuberculose, instituída pelo governo federal em 1946, foi um programa de coordenação e de supervisão de projetos de controle da tuberculose em todo o território nacional, especialmente nas áreas de maior incidência da doença. Financiada pelas verbas ordinárias do orçamento da União, a CNCT apoiaria atividades desenvolvidas por todos os órgãos de saúde, fossem eles governamentais ou particulares. Na sua fase inicial, durante o governo Dutra, a CNCT caracterizou-se por um investimento maciço na construção e manutenção de sanatórios sendo 80% de seus recursos destinados à hospitalização de doentes. O sanatório de Curicica, com seus 1423 leitos, inaugurado no Rio de Janeiro em 1951 foi o ponto alto da primeira fase da história da CNCT. (Barreira, I. A., *op. cit.*, p. 60-78.)

²⁵ *Id.*, p. 83.

aparelhamento²⁶. Visando uma padronização da rede dispensarial em todo o país, seriam treinadas no Rio de Janeiro profissionais que assumiriam a tarefa de reorganização do serviço em várias capitais de estado, inclusive em Belo Horizonte. A reforma incluiria um aprimoramento da visitação sanitária²⁷. Tudo isso, porém, viria a se suceder somente a partir de 1961, no tempo em que a clínica tisiológica se converteria em fiscal da administração dos medicamentos específicos, dando à história da tuberculose a oportunidade de se recompor em novas bases.

Retornando à época em que para essa enfermidade não havia cura garantida, encontra-se no âmbito do serviço de saúde da capital belo-horizontina a enfermeira incumbida de aplicar os cuidados médicos prescritos pelos clínicos do dispensário. A esse estabelecimento, além da visitadora, que naquele tempo não poderia permanecer exclusivamente no rasto da tuberculose, estariam vinculadas enfermeiras no exercício da atividade ambulatorial mencionada por Feldman.

A respeito do serviço de assistência médica aos tuberculosos seria contudo difícil distinguir com exatidão a tarefa da enfermeira na estrutura de funcionamento do dispensário. Com grande dificuldade também se depararia o pesquisador ao tentar precisar a eficiência apresentada por essa instituição no atendimento à demanda de socorro médico dos habitantes da cidade. Uma descrição do movimento do Dispensário Central Antituberculoso relativo ao ano de 1937 revela que ali, com ajuda do laboratório e da radiologia, eram realizados diagnósticos de tuberculose e praticadas as terapêuticas do pneumotórax, da frenicectomia e das injeções de ouro e cálcio²⁸. Enfim, os procedimentos usuais da clínica tisiológica estavam sendo contemplados naquele ambiente transfigurado em lugar de cuidados médicos.

²⁶ *Id.*, p. 129.

²⁷ *Id.*, p. 140.

²⁸ *S/a.*, "Combatendo a tuberculose", *Enfermagem em Minas*, n. 1, ano III, 1938, p. 26.

As exíguas informações acerca da estrutura de atendimento médico do dispensário não autorizam asseverações sobre as condições de funcionamento e sobre a qualidade do serviço prestado no período compreendido entre aquele ano de 1937 e o momento de consolidação da antibioticoterapia. Não obstante, sabe-se que a assistência médica continuaria a ser oferecida e que os doentes não assimilados pelo aparelhamento sanatorial da cidade encontrariam provavelmente no serviço médico dispensarial uma alternativa para além da clínica particular.

Disso não se deve concluir que, na época da instalação do Dispensário Central Antituberculoso - e mesmo nos anos subseqüentes -, fizesse parte da política estadual de saúde um plano de organização de serviços públicos de assistência médica. Em meados dos anos 30, a produção de cuidados médicos no Brasil não era ainda assumida como finalidade dos serviços públicos de saúde fossem eles municipais, estaduais ou federais. Naquele tempo o estado assumira apenas um financiamento mínimo da organização dos serviços de assistência médica, que, enquanto projeto institucional, era na verdade regido pelas instituições previdenciárias por meio da contribuição compulsória de trabalhadores e empresas²⁹. O reconhecimento formal da assistência médica como função da saúde pública no Brasil ocorreria somente em fins dos anos 40³⁰.

O que dizer então da prática médica individual e curativa destinada ao atendimento de tuberculosos inscritos no serviço dispensarial da cidade de Belo Horizonte? Na verdade, os cuidados médicos ali ministrados eram especificação de um programa sanitário de alcance coletivo. Estruturas similares que davam lugar ao desenvolvimento de ações médico-sanitárias encontravam-se instaladas nas demais unidades sanitárias em

²⁹ Bodstein e Fonseca, "Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde", in Najar e outros, *op. cit.*, p. 70.

³⁰ lyda, M., *op. cit.*, p. 72.

funcionamento nos principais distritos urbanos e rurais do país³¹. Especificamente no caso da atenção que essas organizações dirigiam à tuberculose, a atuação sobre o corpo doente visava, antes de tudo, saneá-lo em conformidade com uma firme convicção médica da época de que o melhor a fazer seria atingir o agente patogênico no interior de cada organismo tuberculoso.

O grupo de médicos que na primeira metade dos anos 30 acreditava que uma autêntica luta antituberculosa não se cumpriria sem a concorrência dos dispensários estava bastante convencido da enorme importância da clínica tisiológica como portadora de um projeto profilático facilmente executável e socialmente imprescindível. Levando a efeito tal projeto, a clínica tisiológica almejava reparar efeitos de distorções econômicas e sociais que julgava insuperáveis pelo recurso a outros expedientes. Em circunstâncias de miséria social, onde considerava impossível fazer valer qualquer código sanitário, a clínica tisiológica compareceria com suas técnicas de colapsoterapia do pulmão³². Os métodos do pneumotórax e da frenicectomia aplicados nos dispensários destinavam-se ao agrupamento caracterizado como uma massa que vivia a se arrastar "sem pão e sem trabalho reinfecutando-se e estendendo aos do seu convívio a sua própria miséria"³³. Supunha-se ainda que, com a extensão dos serviços, os dispensários bem localizados nos grandes centros urbanos eliminariam as causas do desemprego e da segregação social dos tuberculosos, à medida que passassem a atender os doentes em atividade produtiva, ainda "integrados e úteis à sociedade"³⁴.

Os discursos que assim se construíram, outorgando à clínica tisiológica tão grande importância social, coincidiram com a criação de um

³¹ Bodstein e Fonseca, "Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde", in Najjar e outros, *op. cit.*, p. 70.

³² Editorial, "Os factores sociais na luta antituberculosa", *RBT*, RJ, v. I, 1933, p. 359.

³³ *Id.*, p. 360.

³⁴ Editorial, "O dispensario no tratamento dos tuberculosos", *RBT*, RJ, v. I, 1934, p. 370.

sistema previdenciário que estabelecia uma distribuição de benefícios e de assistência médica pela via da regulação profissional³⁵. Esse dispositivo, fixado pela política econômico-social do pós-30, além de implicar uma discriminação - dado que as categorias profissionais mais bem aquinhoadas eram melhor compensadas - deixaria sem a proteção dos benefícios e da assistência médica vários setores da sociedade brasileira³⁶.

Decerto, no decorrer das décadas de 30 e 40, a existência - e a delimitação mais precisa - desse grupo de excluídos inspiraria os "projetos sociais" dos tisiologistas ligados a instituições de setores da saúde pública. Na verdade, desde a primeira metade dos anos 30, esses tisiologistas já divisavam numa massa errante de sujeitos infectantes³⁷ ou nos "indigentes sem recurso ou conforto de espécie alguma"³⁸ o público preferencial dos dispensários.

Mas, para aqueles que se arrogavam o papel de redentores sociais, o significado da ação planejada para incidir sobre esse grupo não se reduziria aos bons resultados individuais da aplicação da colapsoterapia do pulmão. A clínica tisiológica queria ir ao encontro do homem doente e, sem que fosse preciso excluí-lo da vida em sociedade, queria expurgá-lo do mal, e, por meio disso, livrar todo o corpo social do contato com o agente patogênico. No dispensário, a tisiologia "ativa, tecnicamente eficiente e aparelhada"³⁹, comprimiria cavernas pulmonares impedindo que os germes da tuberculose, esses monstros da modernidade, escapassem dali para atormentar a comunidade de sadios. Na ação sobre o corpo doente, no exercício incansável de conter os bacilos no antro onde vinham se

³⁵ Santos, W. G. dos, *Cidadania e justiça*, RJ, Campos, 1979, p. 75.

³⁶ *Id.*, p. 74-9.

³⁷ Editorial, "Os factores sociaes na luta antituberculosa", *RBT*, RJ, v. I, 1933, p. 360.

³⁸ Amorim, Fernandes, Mac-Dowell, "Tratamento ambulatorio da tuberculose nos centros urbanos", *RBT*, RJ, v. IV, 1935, p. 1634.

³⁹ Amorim, Fernandes, Mac-Dowell, "Tratamento ambulatorio da tuberculose nos centros urbanos", *RBT*, RJ, v. IV, 1935, p. 1623.

proliferando, a clínica tisiológica manifestava todo o seu poder de controle e de coerção⁴⁰.

A clínica tisiológica fazia-se acompanhar de uma estratégia discursiva que se apoiava numa inversão por meio da qual as técnicas desenvolvidas e testadas como terapêutica da tuberculose pulmonar passavam a ser celebradas pela qualidade profilática que apresentavam quando aplicadas em "cura livre", ou seja, quando empregadas pelo serviço ambulatorial do dispensário. No novo modelo de luta antituberculosa nenhuma dicotomia faria figurar em campos distintos profilaxia e terapêutica da tuberculose. A clássica divisão entre medidas de prevenção das enfermidades e meios de cura de doentes se dissolveria no ambiente dispensarial⁴¹. "Pneumotórax de efeitos cavito-profiláticos"⁴², "pneumotórax profilático"⁴³ ou "profilaxia individual"⁴⁴, eram denominações de uma prática cujo efeito mais relevante supunha-se que fosse o estancamento das fontes de contágio bacilar⁴⁵.

⁴⁰ Sem poder contar ainda com uma estatística que informasse sobre a atividade ambulatorial em outros municípios do país onde estivessem em funcionamento dispensários para o controle da tuberculose, tisiologistas atuantes no Serviço de Tisiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, divulgavam os números referentes ao movimento daquele serviço, vangloriando-se de uma média de 105 pneumotórax diários e da quantidade total de 65.000 insuflações já realizadas desde a fundação da policlínica. (*Id.*, p. 1628.)

As estatísticas nacionais só estariam disponíveis depois da criação da SNT - Serviço Nacional de Tuberculose - em 1941. (Barreira, I. A., *op. cit.*, p. 57.)

⁴¹ Numa avaliação das funções dos dispensários antituberculosos organizados na década de 30, Lyda, apoiando-se em outros autores, afirma que com a introdução da colapsoterapia os problemas médicos e profiláticos passaram a ser encarados separadamente por essas instituições. (Lyda, M., *op. cit.*, p. 74.)

Tendo conhecimento, porém, de que uma prática discursiva promovia a metamorfose da terapêutica da tuberculose em profilaxia, vale ressaltar que a distinção entre essas ações médicas não era uma questão válida, pelo menos, para os apologistas do dispensário.

⁴² Editorial, "O dispensário no tratamento dos tuberculosos", *RBT*, RJ, v. I, 1934, p. 369.

⁴³ Amorim, Fernandes, Mac-Dowell, "Tratamento ambulatorio da tuberculose nos centros urbanos", *RBT*, RJ, v. IV, 1935, p. 1627.

⁴⁴ Editorial, "Os factores sociais na luta antituberculosa", *RBT*, RJ, v. I, 1933, p. 359.

⁴⁵ Dos textos que fazem apologia do "pneumotórax profilático", apenas um menciona dados para comprovar a eficácia do processo. Os dados, no entanto, são relativos a serviços de dispensários parisienses e informavam que "o pneumotórax suprimia a eliminação de bacilos em 50% dos casos tratados". (Pitanga, G., "Considerações acerca de clima e sanatório", *RBT*, RJ, v. IV, 1935, p. 1685.) Outros, referindo-se ao serviço sob sua própria coordenação se limitariam a afirmar que a supressão da eliminação de bacilos se daria "em regra ao cabo de um a dois meses no maior

Para colocar em tão grande evidência os tuberculosos contagiantes, representando cada um deles como um foco bacilífero, os tisiologistas não precisaram recorrer a uma explicação unicausal da doença. Ao contrário, as condições de pobreza ou miséria foram percebidas, quando menos, como geradoras de contágio. Uma outra estratégia discursiva seria justamente o reconhecimento dos problemas sociais como fatores predisponentes da tuberculose e a indicação da clínica como a excelente portadora de um projeto que os sanasse. Portanto, na economia discursiva, a identificação da tuberculose como um mal social contribuiria para a valorização do papel reservado à clínica tisiológica dedicada ao atendimento ambulatorial.

O dispensário que fora originalmente concebido como um lugar de cuidados médicos e, sobretudo, de assistência social⁴⁶, encontraria sua mais nova versão nesse centro que se supunha dinâmico, bem aparelhado, conduzido por profissionais especializados em tuberculose e empregados na aplicação de terapêuticas individuais sob a alegação de finalidades sociais. Muito distante desejariam estar os tisiologistas que idealizaram esse novo modelo daquele dispensário cujas atividades de consultas médicas não poderiam gerar mais do que um registro clínico dada a escassez de recursos da clínica tisiológica. Em tais moldes funcionara, há anos, o Dispensário Eduardo de Menezes - da cidade de Juiz de Fora -, o mais

número dos casos unilaterais". (Amorim, Fernandes, Mac-Dowell, "Tratamento ambulatorio da tuberculose nos centros urbanos", *RBT*, RJ, v. IV, 1935, p. 1627.)

⁴⁶ O dispensário é uma instituição de origem escocesa criada pelo clínico Robert Philip em 1887 para socorro médico e amparo social dos pobres. Na França, nos primeiros anos deste século - ou seja, bem antes da introdução do modelo dispensarial promovida pelas instituições norte-americanas - foram inaugurados vários desses estabelecimentos sendo alguns de caráter beneficente e outros de assistência pública, alguns mais próximos à caridade tradicional e outros mais ocupados com os cuidados médicos. (Guillaume, P., *op. cit.*, p. 187-88.)

Sobre o papel do dispensário na história da medicina, as palavras de Clavreul indicam que essa instituição - que dispensava a medicina como se dispensava a esmola - daria uma grande contribuição para o movimento de extensão da oferta de cuidados médicos, para o aumento do prestígio do saber médico e, conseqüentemente, para o aprofundamento da desigualdade da relação médico-doente. (Clavreul, J., *A ordem médica*, SP, Brasiliense, 1983, p. 215.)

antigo estabelecimento do gênero instalado em Minas Gerais e um dos primeiros do país⁴⁷.

Em 1908, no tempo dos expurgos e do isolamento de doentes portadores de moléstias contagiosas, das campanhas contra os surtos epidêmicos, o dispensário recém-inaugurado, trazia a público uma exposição das suas atividades entre as quais se incluíam as desinfecções domiciliares, os serviços de lavanderia e de duchas para os tuberculosos⁴⁸. Constava ainda que vinham sendo “dispensados socorros de habitação, pão, carne, leite, ovos a tuberculosos pobres” tanto para seu conforto físico e material, como para a “salvuarda dos sãos”. Eram essas as ações que se seguiam às consultas médicas e aos exames laboratoriais para diagnóstico da tuberculose. Descoberta a enfermidade, os clínicos pouco mais faziam além acionar o movimento das “Damas de Caridade” para cumprimento do programa assistencial junto aos tuberculosos e seus familiares⁴⁹.

Instituição beneficente, análoga a instituições dispensárias francesas fundadas no mesmo período, o Dispensário Eduardo de Menezes seria doado ao governo do estado pela Liga Mineira Contra a Tuberculose⁵⁰ em 1929 - sete anos, portanto, antes da criação do dispensário antituberculoso da capital⁵¹. Sob os auspícios da Diretoria de Saúde Pública o Dispensário

⁴⁷ *Estatutos da Liga Mineira Contra a Tuberculose*, Juiz de Fora, Typographia Brazil, 1909, p. 6.

⁴⁸ *Dispensario Eduardo de Menezes da Liga Mineira Contra a Tuberculose*, Juiz de Fora, Typographia Brazil, 1909, p. 30.

⁴⁹ *Id., ib..*

⁵⁰ A Liga Mineira Contra a Tuberculose, entidade civil de cunho filantrópico, foi criada em 1900 por iniciativa das categorias médica e farmacêutica da cidade de Juiz de Fora. Em 1908, instituiria o Dispensário Eduardo de Menezes e assumiria a direção do Instituto Pasteur de Juiz de Fora. Nessa mesma época estavam sendo criadas associações similares em outros estados do país. (*Estatutos da Liga Mineira Contra a Tuberculose*, Juiz de Fora, Typographia Brazil, 1909; Barreira, I. A., *op. cit.*, p. 29-30.) Não há notícias de que médicos de Belo Horizonte tenham se filiado à essa entidade. Notas dispersas mencionam a existência de outras associações civis de luta antituberculosa atuantes na cidade como a Ala Feminina Mineira Auxiliar Mineira de Luta Contra a Tuberculose, a Sociedade de Tisiologia de Minas Gerais e a Sociedade Mineira de Tuberculose.

⁵¹ Marques, C. V., “A tuberculose rural e dos pequenos centros”, *RMM*, BH, n. 49, ano IX, 1942, p. 34.

Eduardo de Menezes deveria estabelecer-se em novas bases. Pressupunha-se que à sociedade de assistência social se sucedesse a organização destinada à vigilância, diagnóstico e terapêutica da tuberculose. Uma avaliação posterior indicaria contudo que, uma vez responsável pelo dispensário, o governo do estado não concorreria para a sua adequada instalação. Vários anos decorridos desde a transferência de sua gestão para a instância pública e não fora sequer concedido ao estabelecimento um aparelho de raios X⁵².

Menos deficiente parece ter sido o funcionamento do dispensário antituberculoso de Belo Horizonte que fora equipado com laboratório e seção de radiologia desde a sua fundação⁵³. Os tisiologistas ali empregados poderiam tanto estabelecer “diagnósticos de certeza” como acompanhar pelo recurso a essa tecnologia os resultados das terapêuticas que, como se viu, eram por eles aplicadas.

Supostamente, esses clínicos trabalhavam para fazer cumprir o fim último do dispensário, que seria, segundo avaliação posterior de Feldman, “obstar, por todos os recursos de que dispõe, a transmissão do bacilo, a propagação da doença”⁵⁴. Não há como verificar se eles acreditavam que esse desígnio estivesse sendo alcançado. Não haveria ainda como identificar, entre os médicos de Belo Horizonte, um grupo coeso de tisiologistas que, tal como seus colegas do Rio de Janeiro, se ocupasse tão ativamente da apologia da instituição dispensarial do ponto de vista da profilaxia. Contudo, entre a época da instalação do primeiro dispensário antituberculoso da cidade e a da consolidação da antibioticoterapia, um ou outro discurso se compunha numa perspectiva similar a daqueles que primordialmente evidenciaram a qualidade profilática dos métodos de cura ambulatoriais.

⁵² *Id.*, p. 37.

⁵³ *S/a.*, “Combatendo a tuberculose”, *Enfermagem em Minas*, n. 1, ano III, 1938, p. 26.

⁵⁴ Feldman, J., “O dispensário frente ao conceito da tuberculose fechada”, *MCPH*, RJ, n. 154 e 155, 1949, p. 109.

Em 1940, era o próprio diretor de Saúde Pública que, numa conferência proferida em congresso promovido pelo Sindicato Médico de Belo Horizonte, fazia o elogio do dispensário, destacando tanto a sua viabilidade econômica como a sua eficácia enquanto instrumento de profilaxia⁵⁵. Sobre a ação profilática do pneumotórax ambulatorial, o Dr. Castilho Junior - sem mencionar a procedência dos dados aos quais se referia - informava que a aplicação desse método acarretava a eliminação de 50% dos focos⁵⁶. Anos mais tarde, Oliveira Lucena, médico da Divisão de Tuberculose da Secretaria de Saúde e Assistência⁵⁷, restabeleceria a questão da profilaxia e da terapêutica da tuberculose confirmando a precedência de uma sobre a outra no âmbito da tisiologia.

A cura do indivíduo doente, se bem que desejável não constitui finalidade precípua para o tisiologista. (...) Ao tisiologista, o indivíduo doente interessa muito mais pelo manancial disseminador de bacilos que ele representa, do que, propriamente, pelo doente que necessita ser tratado. Não é que a cura do indivíduo, com sua reintegração à sociedade, seja desprezível. Mas, em se tratando de saúde pública, o interesse coletivo se sobrepõe ao individual⁵⁸.

Assim se pronunciava o tisiologista orgulhoso de sua ascensão à condição de sanitarista. Mas, o clínico que, dessa forma, se imaginava pertencente à "época verdadeiramente dinâmica da tisiologia"⁵⁹, não se contentaria em permanecer passivo em seu ambiente de trabalho, deixando ao homem enfermo a decisão sobre a necessidade e o momento exato da

⁵⁵ Castilho Junior, J., "Alguns problemas sanitários". *RM*, BH, n. 78, v. VII, 1940, p. 49.

⁵⁶ *Id.*, *ib.*.

⁵⁷ A Divisão de Tuberculose foi criada em 1946 como órgão da Diretoria de Saúde Pública; diretoria essa que, no ano de 1947, daria lugar ao Departamento Estadual de Saúde, transformado, por sua vez, em Secretaria de Saúde e Assistência do Estado de Minas Gerais um ano mais tarde. (Matos, G., "Alguns aspectos da tuberculose em Minas Gerais", *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 404; Van Stralen, C. J., *op. cit.*, p. 18.)

⁵⁸ Lucena, O. A. de, "Cadastro torácico do professorado em Belo Horizonte", *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 547.

⁵⁹ Lucena, O. A. de, "O exame radiológico sistemático e periódico do tórax na profilaxia da tuberculose", *RAMMG*, BH, v. II, ano 3 e 4, 1951, p. 341.

intervenção médica. O tisiologista, esse imponente benfeitor, queria, além de tudo, ir ao encontro do doente, “procurando-o por toda parte, entre aqueles que nenhum sintoma apresentavam”, ou seja, entre os “aparentemente sãos”⁶⁰. Para tanto, penetraria num terreno em que havia falhado a enfermeira visitadora, assumiria a seu modo a tarefa de pesquisa e descoberta de novos casos de tuberculose, identificando, tão rapidamente quanto possível os focos de contágio para, na seqüência, aplicar uma terapêutica tempestiva alegando razões profiláticas⁶¹.

Esses argumentos em defesa do alargamento da autoridade médica, que, a partir de fins dos anos 40, passaram a ser reproduzidos, numa série de textos de tom inflamado, pelos tisiologistas atuantes em Belo Horizonte, não traziam em si a marca da originalidade. Desde a segunda metade da década de 30, tisiologistas de diferentes regiões do país, que encaminhavam artigos para publicação nas revistas especializadas do Rio de Janeiro e de São Paulo, vinham propondo programas de controle da tuberculose que se faziam inéditos precisamente por se apresentarem extensivos ao conjunto das pessoas sadias. A adoção desses programas em fins da década de 30 por parte de centros de saúde, de dispensários ou de ambulatórios engajados na luta antituberculosa daria início, em fins dos anos 30, ao que se poderia denominar *era dos cadastros torácicos*.

“A base da luta contra a tuberculose está no recenseamento torácico coletivo, isto é, no reconhecimento da maioria dos focos de contágio, perdidos na densa massa das populações urbanas.”⁶² Essas eram palavras de Manuel de Abreu, o próprio criador do método convertido no instrumental sobre o qual se sustentaria a clínica tentacular nesse exercício de abarcar doentes e não doentes. Todos, supostamente, seriam alcançados pelos

⁶⁰ *Id., ib.*

⁶¹ Feldman, J. e Lucena, O. A. de, “Com que freqüência devem ser examinados os contactos de tuberculose?”, *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 454.

⁶² Abreu., M de, “A situação atual da roentgen-fotografia na profilaxia da tuberculose”, *RBT*, RJ, v. VIII, 1938 e 1939, p. 55.

censos ou cadastros torácicos, ou seja, por exames pulmonares coletivos por meio da abreugrafia⁶³.

A seqüência de ações que teria como fim último a interrupção do contágio da tuberculose se iniciaria então com o exame sistemático de agrupamentos humanos. No prosseguimento, buscariam os tisiologistas estabelecer o chamado diagnóstico precoce. Originalmente preconizado pela clínica particular, ocupada em determinar o momento oportuno para aplicação das terapêuticas antituberculosas, o diagnóstico precoce passava a ser considerado medida essencial de profilaxia da tuberculose.

Às vésperas da inauguração da era dos cadastros torácicos, o diagnóstico precoce da tuberculose fora tema de artigos que médicos de Belo Horizonte fizeram publicar localmente⁶⁴. A preocupação clínica com a obtenção rápida da cura era a tônica desses textos. Nessa mesma época, outras vozes passaram a destacar a finalidade profilática do diagnóstico precoce em massa. Porém, não se mencionava ainda o recurso à abreugrafia. Como instrumento de sondagem das coletividades eram citados métodos radiológicos convencionais⁶⁵.

Não tardaria até que comesçassem a ser publicadas nas revistas especializadas não apenas propostas de reorganização dos serviços ambulatoriais - visando uma adaptação dos dispensários ou das unidades de saúde às suas novas funções⁶⁶ - como também os resultados dos

⁶³ Abreugrafia: "Método criado pelo médico brasileiro Manuel de Abreu (1894-1962), para fixar por meio de máquina fotográfica especial a imagem observada pela radioscopia; roentgenfotografia." *Dicionário Aurélio Eletrônico*, Nova Fronteira, 1994.

⁶⁴ Noronha, C., "Diagnostico precoce de tuberculose pulmonar", *RMM*, BH, n. 6 e 7, ano II, 1935, p. 144-45; Lima, P. S., "Diagnostico precoce da tuberculose pulmonar", *Folha de Minas*, 04/06/35; Cavalcanti, A., "O diagnostico precoce da tuberculose pulmonar", *RMM*, BH, n. 2, ano III, 1936, p. 61-71; Cavalcanti, A., "Diagnostico precoce de tuberculose", *RMM*, BH, n. 4, ano III, 1936, p. 131-37.

⁶⁵ Franco, G., "Exame pulmonar sistematico das coletividades", *RPT*, SP, v. III, 1937, p. 78-80.

⁶⁶ Barros, P., "Racionalização do trabalho anti-tuberculoso dos centros de saúde", *RBT*, RJ, v. VI, 1936 e 1937, p. 459-87; Abreu, M de, "A situação atual da roentgenfotografia na profilaxia da tuberculose", *RBT*, RJ, v. VIII, 1938 e 1939, p. 55-74.

primeiros cadastros torácicos realizados no âmbito das instituições públicas em várias localidades do país.

Almejando ainda um alargamento do seu campo de ação - que deveria se estender até atingir a totalidade da população -, os tisiologistas não deixavam, contudo, de demonstrar satisfação pelas realizações de exames que vinham abrangendo, segundo sua informação, vários grupos profissionais e diversas coletividades⁶⁷. Era também celebrada a colaboração das autoridades não médicas na campanha do exame pulmonar sistemático. Quanto à concorrência desses outros agentes, os tisiologistas estavam conscientes da imprescindibilidade de seus atos, pois somente a compulsoriedade poderia conduzir pessoas que se presumiam sadias à abreugrafia. Foi assim que, no Rio de Janeiro, com o favor da polícia - que pretendia ter registrado todas as "decaídas" da cidade - o centro de saúde do 1º Distrito Sanitário submeteu 1.684 prostitutas ao cadastro torácico, fazendo desta categoria um dos primeiros agrupamentos maciçamente examinados pelo novo método⁶⁸.

Em 1942, um balanço das operações de exame coletivo no Brasil computaria 130 centros radiológicos onde se praticava a abreugrafia - ou, roentgenfotografia, conforme a denominação da época - e um milhão de pessoas examinadas⁶⁹. Neste mesmo ano as atividades se expandiriam com a inauguração dos postos de recenseamento do Serviço Nacional de Tuberculose. Posteriormente, esse mesmo órgão criaria, sobretudo para

⁶⁷ Benedetti, F., Ferreira, C. R. e Paula, A. de, "Cadastro radiológico torácico do meretrício no Rio de Janeiro", *RPT*, SP, v. VII, 1941, p. 295.

⁶⁸ *Id.*, p. 295 e 300.

⁶⁹ Abreu, M. de, "O cadastro torácico na luta contra a tuberculose", *RBT*, RJ, v. XI, 1942, p. 365-66.

Não há informação confiável acerca da adoção do método de diagnóstico das coletividades por outros países. Vale mencionar que, na época da difusão desse método no Brasil, a guerra impedia os tisiologistas brasileiros de conhecerem o que se passava no âmbito da sua especialidade em outros países. (Paula, A. de, *Tuberculose inaparente*, RJ, Odeon, 1944, p. 21.)

atendimento de populações interioranas, os núcleos móveis transportados por lanchas, ambulâncias ou vagões⁷⁰.

Assim os tisiologistas, que inicialmente se imaginaram circunscritos ao dispensário à espera do doente, acabaram adquirindo mobilidade, fazendo chegar seu aparelhamento de investigação de tuberculose inaparente a coletividades previamente constrangidas a se exporem aos raios X. O que também se constituiria diferentemente da expectativa inicial seria a composição do público alvo dos programas de profilaxia da tuberculose. Esperando fazer de uma população de indigentes tuberculosos o objeto primordial de sua ação, os tisiologista acabaram se deparando com categorias profissionais, com estudantes, com o pessoal dos quartéis e com outros grupos menos homogêneos mas bastante vulneráveis, que seriam os agrupamentos que, por injunções diversas, poderiam ser mais facilmente submetidos aos exames compulsórios⁷¹.

Instituídos nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo em fins dos anos 30 e organizados pelos estabelecimentos antituberculosos de vários outros estados a partir do início dos anos 40, os cadastros torácicos só puderam ser impingidos à população belo-horizontina - ou a uma parcela

⁷⁰ S/a, "Estudos sôbre cadastro tuberculino-torácico em diversas cidades do Brasil", ", *RBT*, RJ, v. XV, 1946, p. 49.

⁷¹ A contribuição para a subordinação de tais grupos não seria difícil de se obter naqueles tempos ditatoriais em que o corpo estivera na ordem do dia. (Sobre a atenção dedicada ao corpo, sobretudo ao corpo do trabalhador, no período do Estado Novo, ver Lenharo, A., "Militarização do corpo", in *Sacralização da política*, Campinas, Papirus, 1986, p. 75-105.) Enquanto o Estado autoritário, visando o controle e a organização da sociedade, investia num projeto que - empregando os termos cunhados por Alcir Lenharo - poderíamos denominar de "docilização coletiva dos corpos" (p. 80) -, os médicos especialistas em tuberculose, a pretexto de salvaguarda da sociedade, conseguiam assegurar seu direito de dispor também sobre os corpos sãos. Alinhados portanto a um projeto político autoritário, os tisiologistas reforçavam e eram simultaneamente apoiados por um Estado muito empenhado em fazer emergir uma ordem social equilibrada. Sobre a sua importância nesse contexto, vale lembrar o mecanismo de constituição do corpo social apontado por Foucault: "a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos" é que faz surgir o corpo social. (Foucault, M., "Poder - corpo", in *Microfísica do poder*, RJ, Graal, 1985, p. 146.)

desta - de 1948 em diante, ou seja, depois da aquisição pelo governo do estado de aparelhos de raio X com dispositivos para abreugrafia⁷².

A introdução tardia desse serviço na cidade de Belo Horizonte foi acompanhada de textos abonadores que recuperavam a história recente da invenção e da difusão do propalado método de investigação diagnóstica de coletividades. Nesses breves históricos, o então denominado método de Abreu - em substituição ao termo roentgenfotografia -, que positivara o cadastro torácico, era celebradíssimo, tal como o fora nos primeiros textos que o noticiaram⁷³. Desenvolvida e introduzida nas organizações de saúde num momento político em que eram muito oportunas as manifestações ufanistas, a técnica continuava a ser elogiada, podendo mesmo ser considerada "a arma que, no domínio da profilaxia, representa a mais importante conquista desde a descoberta do bacilo de Koch"⁷⁴.

Convinha que se mencionasse também a viabilidade econômica de uma aplicação extensiva da abreugrafia. Afirmava-se que o custo de uma roentgenfotografia era cerca de 100 vezes menor do que o custo de uma radiografia comum⁷⁵. A ênfase dada a essa questão parecia justificar-se pela necessidade de legitimar a escolha da estruturação daquele programa de controle da tuberculose - que talvez não fosse o mais econômico e nem mesmo o mais eficaz - numa época de declínio da importância da tuberculose como *causa mortis* entre os habitantes da cidade.

Havia também a conveniência de advertir as autoridades da necessidade da imposição do exame⁷⁶. Assim, a respeito do cadastro torácico de professores de Belo Horizonte valia lembrar que

⁷² *Mensagem do Governo Mineiro - 1947, op. cit.*, p. 168.

⁷³ Feldman, J., "É prematura, no momento, a pesquisa da tuberculose inaparente?", *MCPH*, RJ, n. 174, 1950, p. 464-65; Lucena, O. A. de, "Cadastro torácico do professorado em Belo Horizonte", *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 547; Matos, G., "Alguns aspectos da tuberculose em Minas Gerais", *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 397-98;

⁷⁴ Lucena, O. A. de, "O exame radiológico sistemático e periódico do tórax na profilaxia da tuberculose", *RAMMG*, BH, v. II, ano 3 e 4, 1951, p. 342.

⁷⁵ *Id.*, *ib.*.

⁷⁶ Feldman, J., "Importância da visitadora no controle dos contactos de tuberculose - Aspectos do problema em Belo Horizonte", *RBT*, RJ, v. XVII, 1949, p. 578.

Para se conseguir a realização deste inquérito, que abrangeu a quase totalidade das professoras e serventes, conseguimos do senhor Superintendente do Departamento do Ensino Primário a compulsoriedade do exame.⁷⁷

Eis aí uma solicitação de colaboração que talvez fosse preciso reforçar naquele momento. Na ocasião em que se tornara possível computar os resultados de uma aplicação inicial do medicamento específico contra a tuberculose, os especialistas compareciam para revalidar uma “função social” muito recentemente inventada e atribuída à clínica tisiológica.

Para bem compreender o significado dessa função, que, no início da era da antibioticoterapia contra a tuberculose, os tisiologistas se ocupavam em preservar, é preciso lembrar a história do combate à doença em Belo Horizonte, remontando à época em que não havia ainda uma clínica médica que tomasse como objeto de suas ações essa indomável enfermidade. Naquele tempo, embora muito menos visada que certas moléstias infecto-contagiosas, era a tuberculose matéria de um saber e de uma prática sanitária dedicada fundamentalmente à destruição de germes patogênicos. Era então patente o primado da bacteriologia.

Entrando em cena, a clínica médica, sem prescindir dos métodos tradicionais do universo sanatorial, se apossaria daquele ambiente, exercendo ali uma prática tanto mais contundente quanto mais debilitados se lhe apresentassem os corpos doentes. No interior desses corpos havia “escavações” ou, mais provavelmente, “cavernas gigantes”, que, premidas, deveriam desaparecer juntamente com os bacilos nelas contidos⁷⁸. Ficaria

⁷⁷ Lucena, O. A. de, “Cadastro torácico do professorado em Belo Horizonte”, *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 548.

⁷⁸ As imagens dos pulmões escavados que constroem os tisiologistas em seus discursos podem ser associadas ao que seriam as formas mais corruptas da simbologia da caverna, ou seja, o covil, a morada de animais selvagens ou bandidos. Sobre os significados simbólicos da caverna, ver Chevalier e Gheerbrant, *Dicionário de símbolos*, RJ, José Olympio, 1991, p. 212-17.

então definido que o objetivo primeiro da clínica seria fechar cavidades pulmonares. Mediante a simples operação de associar a tuberculose a uma lesão do órgão pulmonar, de construir uma imagem da doença evocando antes os preceitos da anatomia patológica do que as lições da bacteriologia, a clínica médica delimitaria portanto seu campo de ação contra uma enfermidade que parecia ter estado fora do seu controle. Assim, na passagem dos anos 20 para os anos 30, fixando com precisão os limites de sua atuação, a tisiologia se instalaria no cenário médico belo-horizontino.

Na década de 30, a clínica tisiológica penetraria também no dispensário e, a pretexto de trazer sob seus cuidados a profilaxia da tuberculose, introduziria ali os já aprovados métodos de colapsoterapia do pulmão. A conversão dessas terapêuticas em práticas dispensariais de finalidades sociais pressupunha uma acentuação da percepção da tuberculose como uma doença do órgão pulmonar e um reforço da identificação de cada homem doente como um foco bacilífero. Essas estratégias permitiriam ao tisiologista incorporar a figura do sanitarista.

Já em fins dos anos 40, quando os tisiologistas vinculados à estrutura dispensarial do serviço de saúde pública de Belo Horizonte renovaram seus argumentos buscando criar condições de efetivação dos cadastros torácicos, era ainda destaque a função social da clínica médica no dispensário. Naquela época, aliás, estavam os tisiologistas ainda mais convencidos da finalidade profilática de sua especialidade clínica e, conseqüentemente, de sua importância social. A própria invenção da prática dos cadastros torácicos resultara de uma revalorização do papel da tisiologia fundada na concepção da tuberculose como uma doença inaparente, que seria dada a conhecer tão somente pela intervenção do especialista.

Parêntese aberto, vale dizer que a representação da doença inaparente se configurou como um desdobramento, ou melhor, como aprofundamento das noções que reconheciam na lesão do órgão o principal

acontecimento mórbido ligado à tuberculose fosse para efeito de profilaxia ou de terapêutica. Apurando seu olhar, a clínica deparara-se com a manifestação primária da tuberculose, que correspondia a uma lesão inicial - a qual chamaram de infiltrado precoce - revelada por sombras de uma prova radiográfica. As pesquisas que estabeleceram a importância dessas sombras datavam de 1922 e consistiram em investigações de achados radiológicos observados em exames de indivíduos assintomáticos e aparentemente são⁷⁹.

Aceito o princípio de que o infiltrado precoce seria a primeira alteração a partir da qual se desenvolveria a tuberculose pulmonar no adulto⁸⁰, a função do clínico no dispensário seria o cadastramento torácico da população pelo recurso à técnica da abreugrafia - julgada muitíssimo eficiente e econômica -, a descoberta precoce da infecção tuberculosa em indivíduos que não traziam indícios da enfermidade e, por fim, a aplicação também precoce da colapsoterapia⁸¹. Em suma, eram essas as ações que os tisiologistas responsáveis pelo dispensário antituberculoso de Belo Horizonte desejavam por em prática com a introdução da abreugrafia em seu serviço médico.

Diferentemente dos seus companheiros do Rio de Janeiro e de São Paulo, que planejavam em fins dos anos 30 estender o "inquérito radiológico" à totalidade da população dessas cidades, os especialistas de Belo Horizonte - em consequência talvez de uma avaliação do funcionamento do serviço em outras localidades - consideravam inexecutável

⁷⁹ Feldman, J., *op. cit.*, 58-60.

⁸⁰ Paula, A. de, *op. cit.*, p. 27.

⁸¹ A respeito da proporção de doentes que desenvolvia a enfermidade de forma assintomática em fase inicial da doença, era freqüente a afirmação de que 80% dos casos que se tornavam conhecidos haviam sofrido de tuberculose inaparente. (Matos, G., "Alguns aspectos da tuberculose em Minas Gerais", *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 417.)

a generalização do exame torácico periódico. Fazia-se então necessária a escolha de certos grupos⁸².

Entre os primeiros grupos examinados pela Seção de Cadastro Torácico do Dispensário da Divisão de Tuberculose de Belo Horizonte estavam professores e serventes de escolas primárias, estudantes e militares⁸³. Além desse serviço, contribuía para a descoberta de casos o centro de saúde da cidade, que havia sido recentemente dotado de uma seção de abreugrafia para exame de candidatos à carteira de saúde. Mesmo não sendo a pesquisa de casos de tuberculose a sua função primordial, o centro de saúde acabava encaminhando os suspeitos para o dispensário⁸⁴.

Antes que a saúde pública assumisse a função de realização dos cadastros torácicos, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários já havia instituído o serviço em Belo Horizonte. O primeiro censo torácico realizado pelo IAPB foi em 1942⁸⁵. Anos depois, e contemporaneamente à inauguração da pesquisa da tuberculose pulmonar no dispensário público antituberculoso, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários organizou também seu serviço de abreugrafia. O que ali se praticava, porém, não era ainda o "inquérito radiológico" feito entre indivíduos aparentemente sãos e sim um exame abreugráfico dos comerciários e dos seus dependentes que, por motivo de moléstia, procuravam o ambulatório⁸⁶. Em 1951, seria a vez do SESI - Serviço Social da Indústria, órgão de caráter

⁸² Lucena, O. A. de, "Cadastro torácico do professorado em Belo Horizonte", *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 548.

⁸³ Matos, G., "Alguns aspectos da tuberculose em Minas Gerais", *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 414.

⁸⁴ O centro de saúde da capital, graças ao alcance do seu serviço de abreugrafia, concorria com o dispensário na descoberta de casos suspeitos. Consta que, no ano de 1948, foram 20.000 os examinados no centro de saúde contra a mesma quantidade de pessoas submetidas ao controle torácico do dispensário. (*Id.*, p. 414-15.)

⁸⁵ Cavalcanti, A., "O censo torácico dos bancários de Belo Horizonte", *RMM*, BH, n. 53, ano X, 1943, p. 141.

A instalação de um ambulatório de tisiologia na delegacia do IABP de Belo Horizonte, no fim da década de 40, iria contribuir para a sistematização da prática dos cadastros torácicos entre os bancários da cidade. (Ciodaro, A., "O censo torácico dos bancários de Belo Horizonte", *Gazeta Bancária*, outubro, 1949, p. 3.)

⁸⁶ Matos, G., "Alguns aspectos da tuberculose em Minas Gerais", *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 416.

privado - dar início aos cadastros torácicos dos trabalhadores de fábricas da cidade⁸⁷.

Examinadas as coletividades, que as circunstâncias permitiam serem expostas aos raios X, restavam ainda para serem resolvidos os problemas ligados ao controle de grande parcela da população tuberculosa que a supervisão sanitária não conseguia atingir. Depois de demonstrar todo o seu entusiasmo com os novos métodos de controle, eis que o tisiologista volta a se deparar com uma massa incoercível de doentes. Uma massa humana frente a qual o tisiologista se sentiria impotente. Essa personagem, que se considerava a figura central do controle da tuberculose não poderia dirigir o olhar para os doentes não integrados à ação dispensarial sem fazer acompanhar sua observação de uma grande exclamação. José Feldman diria que, contra o agrupamento heterogêneo, que em comum só teria o risco de adoecer de tuberculose, se imporia a necessidade da procura domicílio por domicílio⁸⁸.

O tisiologista não poderia deixar de perceber a insuficiência de suas ações, mesmo frente àqueles aparentemente enredados na instituição dispensarial. Restrito ao atendimento dispensarial o clínico não poderia saber o que fora feito dos tantos doentes desaparecidos após terem sido matriculados como tuberculosos no dispensário. Preocupado com isso, Feldman empreende uma ampla pesquisa junto ao serviço de estatística do estado de Minas Gerais, confrontando os dados dos doentes que haviam se evadido do dispensário, no período de 1945 a 1947, com dados de atestados de morte de 1946 e 1947. Os resultados da investigação foram para ele surpreendentes, sobretudo quanto ao registro da causa da morte de alguns dos doentes indubitavelmente portadores de tuberculose pulmonar. Morte natural, insuficiência cardíaca, falta de assistência médica,

⁸⁷ S/a, "A luta contra a tuberculose no SESI conquista novos exitos", SESI, 15/4/52, p. 8.

⁸⁸ Feldman, J., "Importância da visitadora no controle dos contactos de tuberculose - Aspectos do problema em Belo Horizonte", RBT, RJ, v. XVII, 1949, p. 579.

gripe, entre outras tantas causas, foram mencionadas nos atestados em lugar da tuberculose. A culpa da omissão da tuberculose nos atestados de morte Feldman imputou primordialmente à negligência médica.

Seu texto contudo não deixa de demonstrar que uma intencionalidade dos doentes teria certamente ocasionado tais inobservâncias. Uma leitura mais apurada deixa entrever homens julgados doentes pela clínica que, de alguma forma, resistiram à imposição médica. A garantia de um leito hospitalar onde pudesse se recostar para morrer com um de mínimo conforto, poderia também ter levado o paciente a mentir sobre sua condição de tuberculoso. Isso se sucederia com um doente que, sofrendo de tuberculose muito avançada, se internara para morrer em um hospital geral da cidade há apenas dois meses do abandono do tratamento dispensarial. No seu atestado de óbito se inscreveria “insuficiência cardíaca congestivo-circulatória”⁸⁹. Os familiares dos tuberculosos poderiam também tomar parte no conveniente jogo de ocultação da doença. Uma deliberação de não informar ao médico os antecedentes mórbidos dos tuberculosos teria talvez motivado os parentes daqueles tantos doentes que, segundo o levantamento de Feldman, encontraram a morte em seus próprios leitos domiciliares⁹⁰. Mães de crianças portadoras de diagnóstico de tuberculose e falecidas poderiam ser as responsáveis pelas incorreções contidas nos atestados dos filhos⁹¹.

Apesar de todas essas evidências, que dão a entender que o doente teria suas razões para mentir ou fugir ao controle médico, Feldman preferia desconsiderar - convenientemente - a importância da intencionalidade na formulação dos atestados de óbito. Na busca de uma justificativa e tendo que escolher entre ação deliberada do doente ou de seus familiares e a negligência médica, Feldman diria:

⁸⁹ *Id.*, p. 220.

⁹⁰ *Id.*, p. 217.

⁹¹ *Id.*, p. 214.

Quanto à primeira causa, a intencional, deve-se presumir que não terá tido grande influência, pois os doentes cujos óbitos estudamos procediam das classes mais pobres da cidade, nas quais naturalmente não existe pronunciada, como nas camadas mais favorecidas, a preocupação social de ocultar a tuberculose.⁹²

Alguns anos mais tarde o próprio Feldman, em parceria com um colega da Divisão de Tuberculose, colocaria em questão a situação dos “numerosos portadores de sombras” que permanecia indefinida, apesar dos reiterados exames para identificação do bacilo e para avaliação das lesões.

Tratam-se de indivíduos que, descobertos no cadastro torácico de uma coletividade, apresentam alterações pulmonares de extensão em geral discreta, de potencial evolutivo incerto e com pesquisas bacteriológicas negativas.⁹³

Essas pessoas, a quem não caberia o diagnóstico de tuberculosos, estariam impedidas do exercício normal de suas atividades. Eram elas os “suspeitos de tuberculose”, considerados renitentes pelos tisiologistas por não respeitarem ou raramente se disporem para o repouso⁹⁴.

Ora, não seria difícil conjecturar sobre as condições de vida desses “suspeitos”, as situações constrangedoras às quais seriam submetidos, os vencimentos reduzidos que receberiam como pensão de um instituto qualquer - isso para não falar daqueles totalmente desamparados -, as injunções médicas que sobre cada um deles recaíam mesmo que não sentissem qualquer limitação em sua capacidade física. Além de tudo, estariam obrigados a comparecerem no dispensário a cada 30 dias.

Muitas vezes os doentes permaneceriam nessas condições como vítimas de erros de leitura dos exames radiológicos. Com a introdução da abreugrafia na prática tisiológica, as possibilidades de erro teriam se

⁹² *Id.*, p. 218.

⁹³ Campos, J. U. e Feldman, J., “Portadores de sombras mínimas e aptidão para o trabalho”, *RBT*, RJ, v. XX, 1952, p. 97.

⁹⁴ *Id.*, p. 98.

multiplicado, não apenas em consequência da extensão dos exames a numerosos agrupamentos da população, como por efeito da redução da qualidade da imagem obtida em miniatura pela abreugrafia. Pode-se supor que muitos teriam sido os condenados à segregação, ao desemprego e a outros tantos infortúnios com base nos achados presumivelmente patológicos revelados pelas chapas de pouco mais de 7 centímetros.

A intenção dos tisiologistas ao denunciarem esses erros era advertir seus colegas de profissão, sobretudo os não especialistas em tuberculose, no sentido de estarem mais atentos às sombras suspeitas⁹⁵. Os tisiologistas, em última hora transfigurados em sanitaristas, não esmoreceriam. Era necessário agir, nem que fosse preciso retornar ao ponto de partida, redescobrimo nos domicílios seus novos pacientes ou, quando menos, os casos suspeitos que estariam sobre vigilância até a manifestação quase certa da enfermidade⁹⁶.

A própria doença, por sua vez, também não diminuiria a intensidade com que vinha acometendo a população da cidade. Ao contrário disso, as taxas indicavam uma crescente presença da tuberculose em Belo Horizonte. De 1935 a 1940 o coeficiente de mortalidade por tuberculose na cidade passaria de 230 para 259 por 100 mil habitantes. Em 1944 a taxa saltaria para 341, atingindo seu valor máximo⁹⁷. A partir daí, a curva da mortalidade

⁹⁵ Lucena, O. A. de, "O exame radiológico sistemático e periódico do tórax na profilaxia da tuberculose", *RAMMG*, BH, v. II, ano 3 e 4, 1951, p. 342.

⁹⁶ Tão logo se viram preparados para a realização dos cadastros torácicos, os tisiologistas passaram a demonstrar grande preocupação com o agrupamento denominado contatos de tuberculose, que seriam as pessoas que coabitavam com os tuberculosos já identificados e matriculados nos dispensários. Sobre o esquema de controle dos coabitantes e sobre a importância que passara a ser atribuída a tais figuras ver Feldman, J. e Lucena, O. A. de, "Com que frequência devem ser examinados os contactos de tuberculose?", *RBT*, RJ, v. XVIII, 1950, p. 451-63; Feldman, J. e Lucena, O. A., "Principais fatores responsáveis pela morbidade nos contactos de tuberculose", *RBT*, RJ, v. XVII, 1949, p. 357-78.

⁹⁷ Albuquerque, Pereira Fº, Rodrigues, "Cotejo da mortalidade por tuberculose nas capitais brasileiras nas duas últimas décadas", *RBT*, RJ, v. XX, 1952, p. 86. Ao longo de todo esse período a taxa mortalidade por tuberculose na cidade de Belo Horizonte acompanharia o movimento das taxas de outras capitais brasileiras que, na sua quase totalidade, se apresentavam classificadas como fortes coeficientes. Em 1944 a taxa de mortalidade por tuberculose em de Belo Horizonte ultrapassaria a taxa

decreceria num movimento oscilante até se apresentar em franco declínio na década de 1950⁹⁸.

Após empreender um amplo estudo, buscando identificar os fatores que pudessem ter concorrido para tal declínio, Feldman concluiu pela responsabilidade da antibioticoterapia na ocorrência do surpreendente fenômeno epidemiológico⁹⁹. Muito criterioso na sua pesquisa e apreciação, ele procurara analisar vários dos aspectos referentes ao comportamento da população belo-horizontina naquele final de década, como situação sócio-econômica, natalidade e composição etária. Não podendo encontrar nas modificações desses dados a explicação que procurava, partiu para a avaliação do trabalho que ele próprio e seus colegas fisiologistas vinham desenvolvendo à pretexto de profilaxia e daí chegou a seguinte conclusão: "Os dados disponíveis indicam que as medidas de profilaxia têm sido insuficientes para ocasionar ou contribuir para o declínio da mortalidade."¹⁰⁰

Pouco tempo antes dessa revelação, teria sido a vez do próprio governo do estado admitir que seus serviços de profilaxia não se realizavam em condições desejáveis. Elogiando o novo Dispensário da Capital - que através de convênio com a CNCT, fora construído, equipado e estava sendo inaugurado naquele início de década -, o governo compararia a nova instituição com aquela que a antecederia, afirmando: "O outro Dispensário da Capital, anteriormente funcionando em acomodações inadequadas, sem condições higiênicas próprias a serviços dessa natureza, foi transferido de prédio."¹⁰¹

da cidade do Rio de Janeiro, sendo ainda superada pelas taxas de cidades como Porto Alegre, com 370 e Salvador, com 519. (*Id., ib..*)

⁹⁸ Becker e Feldman, "Declínio da mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte e sua provável significação epidemiológica em Minas Gerais". *RBT*, RJ, v. XXI, 1953, p. 614-16.

⁹⁹ Feldman, J. "Queda da mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte e suas causas prováveis", *RBT*, RJ, v. XXII, 1954, p. 1045.

¹⁰⁰ *Id.*, p. 1053.

¹⁰¹ *Mensagem do Governo Mineiro - 1951, op. cit.*, p. 220.

Na mesma mensagem em que noticia a inauguração do novo dispensário o governo refere-se também ao Sanatório Estadual que seria inaugurado dentro em breve¹⁰². Essa nova instituição pública, fruto do mesmo convênio com a CNCT e que representava o primeiro investimento direto do governo na criação de leitos para a tuberculosos, só viria a ser inaugurada, como se viu, no ano de 1954¹⁰³. A cidade teria então mais 300 leitos para atendimento de casos de tuberculose.

Contudo, essa seria uma nova etapa da história da tuberculose na cidade. Os novos leitos serviriam antes de tudo aos doentes tornados crônicos por não se beneficiarem totalmente do uso dos antibióticos. Daí em diante, os tisiologistas, antes de verem sua especialidade desaparecer no âmbito medicina ou antes de virem a se transformar em pneumologistas, se defrontariam com novos problemas talvez tão insolúveis para clínica médica quanto teriam sido os problemas verificados no decorrer do longo período em que a tuberculose permaneceu sendo, se não a principal, pelo menos uma importante *causa mortis* entre os habitantes adultos da cidade¹⁰⁴.

¹⁰² *Id.*, p. 222.

¹⁰³ Esse Sanatório Estadual daria lugar em época mais recente ao atual Hospital Júlia Kubsticheck da rede da Fundação Hospitalar de Minas Gerais.

¹⁰⁴ Sabe-se que, pelo menos de 1937 à 1947, excluída a mortalidade infantil, a mortalidade por tuberculose foi a primeira entre as causas de morte em Belo Horizonte, caindo para a 3ª colocação em 1951 e para a 4ª no ano seguinte. Feldman, J., "A morbi-tetalidade tuberculosa em Belo Horizonte dentro da epidemiologia da doença no Brasil", *MCPH*, RJ, n. 117, 1946, p. 54; Becker e Feldman, "Declínio da mortalidade por tuberculose em Belo Horizonte e sua provável significação epidemiológica em Minas Gerais". *RBT*, RJ, v. XXI, 1953, p. 610.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

DOCUMENTOS OFICIAIS

ALBUM MEDICO DE BELLO HORIZONTE, Estado de Minas Geraes, abril de 1912.

ANUARIO DE ESTATISTICA DEMOGRAPHO-SANITARIA DE BELLO HORIZONTE, Bello Horizonte, Imprensa Official, 1910-12, 1914-16, 1918, 1920-21, 1924-26, 1927-29, 1930-31.

FERREIRA, Cicero. "Bello Horizonte sob o ponto de vista hygienico". *Revista Geral dos Trabalhos*, Rio de Janeiro, v. I, p. 17-22, 1895.

MENSAGEM DO GOVERNO MINEIRO, Belo Horizonte, Imprensa Official, 1935, 1947, 1951.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Conheça Belo Horizonte*. Escritório Técnico de Tipografia e Urbanismo, 1942

REGULAMENTO DA POLICIA SANITARIA, Cidade de Minas, Imprensa Official, 1900.

REGULAMENTO DE SAUDE PUBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAES. Bello Horizonte, Imprensa Official, 1928

REGULAMENTO DO SERVIÇO SANITARIO DO ESTADO DE MINAS GERAES, Bello Horizonte, Imprensa Official, 1910.

RELATORIO DA COMISSÃO DE ESTUDOS DAS LOCALIDADES INDICADAS PARA A NOVA CAPITAL, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1893.

RELATORIO DA DIRECTORIA DE HYGIENE DO ESTADO DE MINAS GERAES. Belo Horizonte, Imprensa Official, 1910, 1912-23.

RELATORIO DA DIRETORIA DE SAUDE PUBLICA DE ESTADO DE MINAS GERAIS, Belo Horizonte, Imprensa Oficial de Minas Gerais, 1927, 1928, 1930 e 1931.

PERIÓDICOS DE PUBLICAÇÃO LOCAL

ACTUALIDADE, 1906.

O AEROPLANO, 1913.

AVANTE, 1924.

BOLETIM DA A. A. T. P. (Associação de Assistência aos Tuberculosos Proletários), 1940.

BOLETIM DO CLUBE DOS FERROVIARIOS, 1946.

A CAPITAL, 1896, 1898, 1913, 1914.

5 PR'AS 10, 1936, 1938, 1939.

O COMBATE, 1947.

O COMERCARIO, 1947.

CORREIO MINEIRO, 1926.

CRÍTICA, 1937, 1952.

DIARIO DA MANHÃ, 1928.

ENFERMAGEM EM MINAS, 1938.

ESTADO DE MINAS, 1933, 1934, 1935, 1936.

FOLHA DE MINAS, 1934, 1935, 1938, 1939, 1945, 1946, 1948, 1949.

GAZETA BANCÁRIA, 1949.

JORNAL DE MINAS, 1918, 1919.

JORNAL DO POVO, 1899, 1900.

MENSAGEM, 1945.

MINAS GERAES, 1912.

O LABOR, 1906.

A NOTA, 1917, 1918.
O OPERARIO, 1903.
A SEMANA, 1928.
SESI, 1950.
A VANGUARDA, 1907, 1910.

REVISTAS

Laboratorio Clínico (LC), Rio de Janeiro, 1943.
Medicina-Cirurgia-Pharmacia (MCPH), Rio de Janeiro, 1944, 1946, 1949, 1950.
Medicina - Revista Universitária (MRU), Belo Horizonte, 1947.
Revista da Associação Médica de Minas Gerais (RAMMG), Belo Horizonte, 1949, 1951.
Revista Brasileira de Medicina (RBM), Rio de Janeiro, 1946, 1949.
Revista Brasileira de Tuberculose (RBT), Rio de Janeiro, 1933-1954.
Revista Paulista de Tisiologia (RPT), São Paulo, 1935-1941.
Revista Médica de Minas (RM), Belo Horizonte, 1934, 1937, 1940, 1941.
Revista Minas Médica - dir. Octavio de Oliveira, (RMM), Belo Horizonte, 1929.
Revista Minas Médica - dir. Alberto Cavalcanti, (RMM) Belo Horizonte, 1934-1950.

ENTREVISTAS

Depoimento de Hugo Eiras Furquim Werneck. Belo Horizonte, 15/06/93.
Depoimento de Alberto Cavalcanti Filho. Belo Horizonte, 16/10/92.
Depoimento de José Santos. Belo Horizonte, 15/09/92.

TESES MÉDICAS

CARVALHO, Mario Theodomiro de. *Pequena contribuição à prophylaxia da tuberculose*. Tese - Faculdade de Medicina da Bahia, 1926.

FELDMAN, José, *O pneumoperitônio no tratamento da tuberculose pulmonar*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1950. (Tese de Livre Docência - Faculdade de Medicina / UFMG)

GUIMARÃES, Jose Procopio Teixeira. *Da prophylaxia social dos tuberculosos*. Tese - Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1907.

LIMA, Heraldo de Campos. *Os sanatorios e a luta contra a tuberculose*. Tese - Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1918.

LISBÔA, Octavio Marques, *Pneumolise intra pleural*. Tese - Faculdade de Medicina / UMG, 1936.

SANTOS, Manuel Valdomiro Rodrigues dos. *Da organização dos sanatorios e do tratamento higienico-dietetico da tuberculose*. Tese - Faculdade de Medicina / RJ, 1910.

MOTTA, Orlando Cabral. *Semiótica das cavernas tuberculosas*. Tese - Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, 1937.

SALVATORI, Filippi. *Prophylaxia geral das doenças infecciosas e contagiosas - tuberculose e lepra*. Tese - Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, 1920.

BIBLIOGRAFIA

AGUIAR E SILVA, Vítor Manuel de. "O conceito de literatura - A teoria da literatura". *In: Teoria da literatura*. Coimbra: Livraria Almedina, 1979, p. 21-69.

ALMEIDA Fº, Naomar de. ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Introdução à epidemiologia moderna*. Belo Horizonte/Salvador/Rio de Janeiro: COOPMED/APCE/ABRASCO, 1992.

ALPHONSUS, João. *Rola-Moça*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1938.

ANTUNES, Márcia P. e outros, "Hospital Alberto Cavalcanti nasceu com pioneirismo de um pernambucano". *In: Boletim dos centros de estudos - INAMPS/MG*, BH, n. 9 e 10, ano II, 1980, p. 34-50.

BANDEIRA, Manuel. *Estrela da vida inteira*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

_____. *Itinerário de Passárgada - de poetas e de poesias*. Rio de Janeiro, Livraria São José, 1957.

BARBOSA, P.. REZENDE, C. B.. *Os serviços de Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. *In: FALCÃO, E. C.. Oswaldo Cruz - Monumenta Historica*. São Paulo: s/e, 1978. Tomo IV, v. I, 1ª parte, p. 1-517.

BARREIRA, Ieda de Alencar. *A enfermeira ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, 1992.

BARRETO, Abilio. *Bello Horizonte - Memoria historica e descriptiva*. Bello Horizonte: Livraria Rex, 1936.

BARTHES, Roland. "Literatura e significação". In: *Crítica e verdade*. São Paulo: Perspectiva, 1970, p. 165-84.

BEESON, Paul B. e McDERMOTT, Walsh. *Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1975. 2 v.

BENCHIMOL, Jaime (coord.). *Manguinhos, do sonho à vida - A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

_____. "Notas prévias - História da febre amarela no Brasil". In: *Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. I, 1994, p. 121-26.

BLOCH, Marc. *Os reis taumaturgos: o caráter sobrenatural do poder régio, França e Inglaterra*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CAMPOS, Mario Mendes. "Medidas objetivas para a fundação da Faculdade". In: CAMPOS, Mário M. e outros. *Cinqüentenário da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais*. Belo Horizonte: sle, 1961. p. 35-111.

CÂNDIDO, Antônio. *Literatura e sociedade*. São Paulo: Nacional, 1975.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1990.

CASTORIADIS, Cornelius., "A criação histórica e a instituição da sociedade". In: CASTORIADIS e outros. *A criação histórica*. Porto Alegre: Arte e Ofícios, 1992

_____. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CAVALCANTI, Alberto. *Como evitar e curar a tuberculose*. Belo Horizonte: Gráfica Santa Maria, 1949 (1935, 1ª ed.).

CAVALCANTI, Alberto. *Belo Horizonte e seu clima*. Belo Horizonte: Gráfica Santa Maria, 1948.

CHEVALIER, Jean. GHEERBRANT, Alain. *Dicionário de símbolos*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1991.

CHOAY, Françoise. *O Urbanismo*. São Paulo: Perspectiva, 1979.

CLAVREUL, Jean. *A ordem médica - O poder e a impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CORBIN, Alain. *Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

COTTEREAU, Alain. "La tuberculose: maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail?". In: *Sociologie du travail*, Paris, abr-jun, 1978, p. 192-224.

DICIONÁRIO AURÉLIO ELETRÔNICO, Editora Nova Fronteira, 1994.

DIDIER, Carlos. MÁXIMO, João. *Noel Rosa: uma biografia*. Brasília: Editora da UNB/Linha Gráfica, 1990.

DISPENSARIO EDUARDO DE MENEZES DA LIGA MINEIRA CONTRA A TUBERCULOSE. Juiz de Fora: Typographia Brazil, 1909.

ELIAS, Nobert. *O processo civilizador. Uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

ESTATUTOS DA LIGA MINEIRA CONTRA A TUBERCULOSE. Juiz de Fora: Typographia Brazil, 1909.

FELDMAN, José. *Curso de Pneumologia*. Belo Horizonte: Cooperativa Editora de Cultura Médica, 1969.

FERREIRA, Delson Gonçalves. *Ascânio Lopes - Vida e obra*. Belo Horizonte: Difusão Pan-americana do Livro, 1967.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.

GIOVANNI, Geraldo. *A questão dos remédios no Brasil (produção e consumo)*. São Paulo: Pólis, 1980.

GRELLET, Isabelle. KRUSE, Caroline. *Histoire de la tuberculose - Les fièvres de l'âme: 1800-1940*. Paris: Ramsay, 1983.

GUILLAUME, Pierre. *Du désespoir au salut: les tuberculeux aux XIXe et XXe siècles*. Paris: Aubier, 1986.

HOBBSAWM, Eric J.. *A era dos impérios: 1875-1914*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

IYDA, Massako. *Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada*. São Paulo: Editora da UNESP, 1994.

KOCH, Robert. *A etiologia da tuberculose*. Vitória: Liga Espírito-Santense contra a Tuberculose, 1982.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LE GOFF, Jacques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, s/d (trad. de *Les maladies ont une Histoire*, 1985).

_____. *Histoire et imaginaire*. Paris: Poiesis, 1986.

LENHARO, Alcir. *Sacralização da política*. Campinas: Papirus, 1986.

LE VEN, Michel Marie. *As classes sociais e o poder político na formação espacial de Belo Horizonte (1893-1914)*. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas) - DCP / UFMG, 1977.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, Madel Therezinha. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

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

MANN, Thomas. *A montanha mágica*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980 (1924, 1ª ed.).

MANUAL DE NORMAS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo*. Campinas: Papyrus, 1987.

MIRANDA, Mônica Liz. *De "albergue de doentes" à hospital moderno: estudo do processo de estruturação da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (1899-1916)*. Dissertação (Mestrado em História) - FAFICH / UFMG, 1996.

NAJAR, Alberto Lopes e outros. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes, 1989. 1 v.

NAVA, Pedro. *Beira-mar*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

_____. "Cícero Ferreira e Aurélio Pires". In: FACULDADE DE MEDICINA - CINQUENTENÁRIO DE FUNDAÇÃO. Belo Horizonte: s/e, 1961, p. 21-44.

PANORAMA DE BELO HORIZONTE: ATLAS HISTÓRICO. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centros de Estudos Históricos e Culturais, 1997.

PASSOS, Luiz Mauro do Carmo. *A metrópole cinquentenária - Fundamentos do saber arquitetônico e imaginário social da cidade de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em História) - FAFICH / UFMG, 1996.

PAULA, Aloysio de. *Tuberculose inaparente*. Rio de Janeiro: Odeon, 1944.

QUEIROZ, Dinah Silveira de. *Floradas na serra*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1984 (1939 - 1ª ed.).

RIBEIRO, Lourival. *Figuras e fatos da medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Sul Americana, 1964.

RIBEIRO, Lourival. *Tisiólogos Ilustres*. Rio de Janeiro: Sul Americana, 1955.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social - Ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

RUFFIE, Jacques. SOURNIA, Jean-Charles. *As epidemias na história do homem*. Lisboa: Edições 70, 1984.

SALLES, Pedro. "Contribuição para a história da medicina em Belo Horizonte". *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. XV, p. 57-64, jan./dez., 1964; v. XVI, p. 61-4, jan./dez., 1965; v. XVII, p. 54-65, jan./dez., 1966; v. XVIII, p.31-47, mar., 1967; v. XIX, p. 120-28, jun., 1967; v. XIX, p. 165-76, jun., 1968.

SALLES, Pedro. *História da medicina no Brasil*. Belo Horizonte: G. Holman, 1971.

SANATÓRIO CAVALCANTI (Livro de depoimentos de pacientes e familiares - manuscrito). 1927-31.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SARINHO, Clóvis Travassos. *Faculdades de Medicina do Brasil (as dez mais antigas) - resumo histórico*. Natal: Nordeste Gráfica, 1989.

SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina - Mentres insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil - 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SIQUEIRA, Moema Miranda de. *Estado e burocratização da medicina*. Belo Horizonte: UFMG/PROED, 1987.

TRAVASSOS, Cláudia Maria Rezende, "Estudo da política de assistência médica na Previdência Social - 1968/1976". In: *Memórias - Instituto de Medicina Social da UERJ*, RJ, n.1, v. III, 1979, p. 20-40.

TRONCA, Ítalo, "História e doença: a partitura oculta". In: RIBEIRO, Renato Janine (org.). *Recordar Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes. *O sistema regional de saúde no norte de Minas. Um programa social como processo político*. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas) - DCP / UFMG, 1985.

WAKSMAN, Selman A.. *A vitória sobre a tuberculose*. SP: Cultrix, 1964.