

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA SOCIAL DAS
RELAÇÕES POLÍTICAS

MARIA ZILMA RIOS

SANATÓRIO GETÚLIO VARGAS:
medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo
(1942-1967)

Vitória – ES

2009

MARIA ZILMA RIOS

**SANATÓRIO GETÚLIO VARGAS:
medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo
(1942-1967)**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas do Centro de Ciências Humanas e Naturais, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em História.

Orientador: Prof.º Dr.º Sebastião Pimentel Franco

Vitória – ES

2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Rios, Maria Zilma, 1958-

R586s Sanatório Getúlio Vargas: medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967) / Maria Zilma Rios. – 2009.
148 f.: il.

Orientador: Sebastião Pimentel Franco
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais

1. Sanatório Getúlio Vargas. 2. Tuberculose. 3. Políticas Públicas. I. Franco, Sebastião Pimentel. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU:93/99

MARIA ZILMA RIOS

**SANATÓRIO GETÚLIO VARGAS:
medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo
(1942-1967)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas do Centro de Ciências Humanas e Naturais, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em História.

APROVADA POR:

Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco (Orientador)
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Prof^a. Dr^a. Sônia Maria da Costa Barreto
Faculdade Batista da Serra

Prof. Dr. Gilvan Ventura da Silva
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Prof^a. Dr^a. Maria Beatriz Nader
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Vitória, ____ de _____ de 2009.

ODE

“Que saudade de ti, Tuberculose!”

Do clima de montanha: Suíça, Belo Horizonte, Campos do Jordão, Campinho de Santa Izabel. Da calma e do repouso, do ar puro, da alimentação farta e sadia.

Tuberculose dos poetas, dos artistas, dos escritores, da angústia fértil de Kafka, da cérea palidez de Casimiro, do sangue de Castro Alves, da tristeza de Antonio Nobre, “ó neurastenizante figurinha magra, esquelética,

transfigurada morre morrendo

como chama mística

da lâmpada eucarística

de uma capela abandonada”.

Saudade de ti, dama branca que inspirou as **Floradas da Serra** de Dinah, a **Montanha Mágica** de Thomas Mann e os versos gêmeos de Assis e de Bandeira.

“cuidado amigo com o poeta

não o faças rir.

Pode acontecer

que venha a tosse

e o poeta tossindo

o poeta tossindo pode morrer”.

Ah, romantismo de viver morrendo de Gonçalves Dias, de Jonas Montenegro, de Augusto dos Anjos. Hemoptises de Álvares de Azevedo, tão revividas em suas “Lembranças de morrer”. Transparência vibrante de Rousseau, delírios da Duse e da Bernhardt, suores noturnos de Mozart. “Viva o eterno moribundo!” saudava Arthur Azevedo a seu amigo Júlio Ribeiro. “Interrompi minha agonia apenas para abraçá-lo”, dissera Voltaire com altiva serenidade, e Baudelaire define-se, com orgulho, um tísico profissional.

Ah! Tuberculose horizontal do eretismo fácil, das noites claras de Goethe e de Musset, dos arroubos de Teresa de Jesus, das chagas místicas de São Francisco. Violino espiritual de Paganini, longos cílios de Mimi, lábios ardentes da Dama das Camélias, valsas e prelúdios de Chopin. Tuberculose dos orgasmos febris, matriz de santos, oficina de gênios, não és mais a mesma. Perdeste os teus encantos.

Não mais repouso, sanatórios, climas, licenças prolongadas, ócio com dignidade, pensões e aposentadorias integrais...

Agora apenas drogas, drogas e drogas.

Sequer uma injeção.

Tuberculose vertical.

Droga!

Ao meu pai (in memória) e minha mãe,

À Christal e Giovanni.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS, meu Pai amado e misericordioso, que me permitiu concluir mais uma etapa em minha vida, apesar de todas as dificuldades enfrentadas durante a caminhada. O Senhor me fortaleceu e me fez seguir em frente mesmo quando pensava que o melhor seria desistir.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco, todo o meu respeito por aceitar o desafio de me orientar em uma área tão pouca explorada – história da saúde. Mais que um orientador, considero o Prof. Sebastião um pai-amigo, carinhoso, paciente quando das minhas crises de insegurança e ao mesmo tempo severo e terno quando me via desanimada e desorientada diante de todas as diversidades pelas quais passei, portanto, merece toda minha admiração não somente no que tange ao profissional, mas também à sua pessoa.

De forma coletiva, agradeço a todos os Docentes do Programa de Pós-Graduação em Mestrado em História Social das Relações Políticas da UFES, em especial, àqueles com quem tive um contato maior enquanto aluna do Programa: Prof. Dr. Valter Pires, Prof.^a Dr.^a Maria Beatriz Nader e Prof.^a Dr.^a Adriana Pereira Campos.

Agradecimento em especial, mas muito especial mesmo, à Ivana Ferreira Lorenzon, secretária do Mestrado, a quem pude contar com o auxílio durante todo o decorrer do Mestrado.

A Prof.^a D.^a Adriana Campos agradeço também por sua grandeza e sensibilidade ao lidar com mestrandos tão desorientados. E aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em História da UFES, por contribuírem na minha formação durante os últimos dois anos.

Em especial, deixo a minha gratidão à Banca Examinadora, pelo tempo despendido na leitura e na avaliação de minha Dissertação. À Prof.^a Dr.^a Sônia Maria da Costa Barreto, sou grata pela pronta disponibilidade para compor a Banca Examinadora. Ao Prof. Dr. Gilvan Ventura da Silva que por em meio das reuniões do CEPE, me mostrou o caminho do Mestrado em História e pelas orientações precisas durante a minha qualificação. Agradeço também por ter aceitado compor a banca examinadora da presente Dissertação. À Prof.^a Dr.^a Maria Beatriz Nader por aceitar fazer parte da minha banca examinadora e pelas valiosas contribuições prestadas em sala de aula.

Com igual importância na finalização desta Dissertação, deixo aqui meu reconhecimento a Karen Muniz Ferregueti pela correção ortográfica e gramatical que realizou, obrigado amiga; como também, Giany Terra, que gentilmente, auxiliou na tradução do resumo para a língua inglesa; sendo de minha inteira responsabilidade o texto final.

Entre meus amigos, posso citar aqueles que foram de fundamental importância durante os últimos dois anos: Taty, Elze, Lucinete, Jussara e Terezinha. Sem a presença de vocês o trabalho teria sido mais árduo, por isso, meu agradecimento a todos, pois sei que continuarão fazendo parte da minha vida.

Entre as pessoas que contribuíram com depoimentos e fontes primárias para compor a Dissertação, deixo o mais sincero agradecimento aos funcionários do Sanatório Getúlio Vargas e seus familiares: Linda Uliana, Maria das Neves (Nevinha), Dr. Wilson Ferreira, Maria Lima, Maria Henrique, Guilherme Locatelli, Colômbia Monteiro, Carmem Martins, entre tantos outros.

A Elidia Maria Franzin, minha gratidão especial, sem você poderosa Isis, com certeza, metade dessa dissertação não existiria.

A Enaile Carvalho, pelo caminho das fontes e a desprendida colaboração.

Ao Prof. Dr. Olívio Louro Costa (*in memoriam*), pelas constantes cobranças para que a história do Sanatório fosse resgatada. Tarefa modestamente cumprida.

Enfim, agradeço a minha mãe, irmãos, cunhados e sobrinhos, pela compreensão na minha ausência em festividades familiares, e o apoio, mesmo que à distância. Entre os mais próximos, meu agradecimento ao meu marido, Giovanni, e minha filha Christal, as duas pessoas sem as quais minha vida não teria sentido.

Sem a ajuda de todas as pessoas acima mencionadas, a presente Dissertação talvez não conseguisse ser concluída.

RESUMO

A presente Dissertação – SANATÓRIO GETÚLIO VARGAS: medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967) –, tem por finalidade apresentar um estudo sobre a trajetória do Sanatório Getúlio Vargas e sua importância no combate a tuberculose para o Estado do Espírito Santo. Confrontando informações obtidas em fontes escritas, orais e iconográficas com a bibliografia sobre a história da saúde do Brasil, foi possível desenvolver uma pesquisa qualitativa tendo como principal objeto a própria história do Sanatório Getúlio Vargas. A pesquisa proporcionou o conhecimento do cotidiano de pacientes tuberculosos e profissionais da área da saúde que figuraram entre os anos de 1942 a 1967, período de construção e funcionamento do Sanatório. Através do estabelecimento de relações sociais dentro do espaço físico que foi estabelecido a rede hospitalar de combate a tuberculose, em Vitória, se formou uma sociedade sanatorial, auto-suficiente em diversos aspectos e, em certa medida, isolada do restante da sociedade. A partir dessa identificação, o trabalho foi desenvolvido tendo como escopo a tuberculose e seu combate, sendo indispensável a análise das políticas públicas voltadas para a área da saúde e intensificadas com a chegada da década de 1930.

Palavras-chave: Sanatório Getúlio Vargas, Políticas Públicas, Tuberculose.

ABSTRACT

The present work – SANATORIUM GETÚLIO VARGAS: medicine and social relations in the combat of the tuberculosis in Espírito Santo State (1942-1967) -, has the purpose of presenting a study on the trajectory of the Sanatorium Getúlio Vargas and its importance in the combat of the tuberculosis for the State of Espírito Santo. According to data collected through written records, interviews and iconographic sources which were compared to the bibliography about the history of the health in Brazil, it was possible to develop a qualitative research which main object is the Sanatorium Getúlio Vargas itself. The research provided the knowledge of the daily routine of patients with tuberculosis and health professionals who were responsible for this area between the years of 1942 and 1967 (period of the construction and functioning of the Sanatorium). Through the establishment of social relations inside the physical space where the hospital net of combat of the tuberculosis in Vitória was established, a senatorial and self-sufficient society was formed in several aspects and, in a certain way, isolated from the rest of the society. From this identification on, the work was developed and the target was the tuberculosis and its combat, being indispensable the analysis of public politics toward the health and intensified with the arrival of the 1930 decade.

Key words: Getúlio Vargas Sanatorium, Public Politics, Tuberculosis

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| TABELA 1: Mortalidade na cidade do Rio de Janeiro (1870 a 1889)..... | 29 |
| TABELA 2: Óbitos nas capitais brasileiras no período de 1908 a 1912..... | 31 |
| TABELA 3: Armamento Hospitalar Antituberculose..... | 62 |
| TABELA 4: Mortalidade por Tuberculose em Vitória (1929-1955)..... | 67 |
| TABELA 5: Despesas Federais em Sanatórios (1938-1942)..... | 89 |
| TABELA 6: Verba Anual de Manutenção do Sanatório (1942 – 1951)..... | 104 |
| TABELA 7: Atividades Médico-Cirúrgicas (1943-1950)..... | 105 |
| TABELA 8: Solicitações feitas pelo Serviço Social..... | 124 |

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Figura 1: Cruz de Lorena..... | 37 |
| Figura 2: Cartaz “Cartaz “Combattiez La Tuberculose”, Paris/França – século XIX..... | 38 |
| Figura 3: Cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Brasil – década de 1920..... | 39 |
| Figura 4: Sandro Botticelli – A Primavera, 1478 | 42 |
| Figura 5: Cartas da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, 1922..... | 47 |
| Figura 6: Formas de transmissão da Tuberculose | 50 |
| Figura 7: Sede da Liga Espírito-Santense Contra a Tuberculose (LESCT) | 70 |
| Figura 8: Sede do Dispensário Antonio Cardoso Fontes..... | 72 |
| Figura 9: Setor de Cadastro do Dispensário Antonio Cardoso Fontes | 74 |
| Figura 10: Aparelho de Abreugrafia..... | 75 |
| Figura 11: Leitura de abreugrafias, realizada pelo Dr. Jurandyr Décio Frossard..... | 76 |
| Figura 12: Setor de Fichas Cadastrais de Pacientes do Dispensário Dr. Antonio C. Fontes.... | 77 |
| Figura 13: Revisão da colapsoterapia em ambulatório..... | 79 |
| Figura 14: Gráfico elaborado pelo Dr. Jurandyr Frossard (1949-1951/1952-1953) | 80 |
| Figura 15: Organograma da Campanha contra a Tuberculose no Estado do Espírito Santo.... | 82 |
| Figura 16: Preventório Gustavo Capanema..... | 85 |
| Figura 17: Preventório Gustavo Capanema..... | 86 |
| Figura 18: Área visitada por Dr. Jayme Santos Neves e Major Punaro Bley, em 1936..... | 95 |
| Figura 19: Fachada desenhado por Olympio Brasiliense (1937) | 96 |
| Figura 20: Alicerces do Sanatório Getulio Vargas | 97 |
| Figura 21: Fachada do Sanatório Getulio Vargas em fase de conclusão (1941)..... | 97 |
| Figura 22: Inauguração do Sanatório Getúlio Vargas (1942)..... | 99 |
| Figura 23: Equipe de médicos tisiologistas do Espírito Santo | 106 |
| Figura 24: Plantio de Hortaliças | 107 |
| Figura 25: Casa do Diretor a esquerda e a direita Alojamento Feminino. | 110 |

| | |
|---|-----|
| Figura 26: Residência da chefe da lavanderia e de médico plantonista residente..... | 111 |
| Figura 27: Visita ao Serviço de Nutrição (1951)..... | 112 |
| Figura 28: Equipe do Serviço de Nutrição | 113 |
| Figura 29: Construção do Terceiro Pavimento (1949)..... | 117 |
| Figura 30: Fachada de frente da ala esquerda do SGV (1949)..... | 117 |
| Figura 31: Ficha de Admissão de Pacientes | 119 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 15 |
| 1. O MAL DOS SÉCULOS | 20 |
| 1.1 Civilização e Tuberculose: transmissões universais..... | 20 |
| 1.2 A propagação da Tuberculose no Brasil..... | 24 |
| 1.3 Concepções sobre a Tuberculose..... | 40 |
| 1.4 Conhecendo a tuberculose e suas formas de transmissão..... | 48 |
| 2. SAÚDE NA ERA VARGAS: o problema da tuberculose | 52 |
| 2.1 Saúde e Políticas Públicas | 52 |
| 2.2 Papel do estado do Espírito Santo no Combate à Tuberculose | 64 |
| 2.3 O Dispensário Dr. Antonio Cardoso Fontes..... | 71 |
| 2.4 A importância do Preventório Gustavo Capanema | 83 |
| 3. A HISTÓRIA DO SANATÓRIO GETÚLIO VARGAS | 88 |
| 3.1 A Política Sanatorial do Governo Vargas..... | 88 |
| 3.2 Construção e Instalação do Sanatório Getúlio Vargas | 91 |
| 3.3 A Administração do Sanatório a partir de 1950 | 102 |
| 3.4 A Sociedade Sanatorial: Pacientes e o Serviço Social | 116 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 133 |
| REFERÊNCIAS | 136 |
| Fontes Primárias | 136 |
| Fontes Bibliográficas..... | 139 |

INTRODUÇÃO

A saúde pública, tema relevante para a compreensão das estratégias político-sociais de determinado contexto, ganha destaque quando a sociedade se encontra submersa por surtos endêmicos e epidêmicos. Na virada do século XIX para o XX, o Brasil foi palco não apenas de profundas modificações em âmbito político que regeram toda a nova estrutura republicana, como também compartilhou com a maior parte dos países ocidentais, os flagelos provocados por diversas doenças infecto-contagiosas.

A eminência de políticas sanitárias, dentro do processo de urbanização que várias cidades brasileiras atravessaram nas primeiras décadas do século XX, contribuiu para o desenvolvimento científico local, destacando-se nomes como o de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, em âmbito nacional, e do capixaba Jayme dos Santos Neves, entre tantos outros médicos sanitaristas. Homens visionários que trabalhando com a idéia profilática como melhor opção de conter e prevenir as doenças contagiosas.

No entanto, a tuberculose, doença milenar que assolava populações em todos os continentes, permanecia como uma incógnita para os sanitaristas. Vista primeiramente como doença hereditária, mais tarde passaria a ser vinculada a pobreza e maus hábitos dos boêmios e artistas, somente mais tarde, com o desenvolvimento de pesquisas em âmbito internacional, a transmissão do bacilo de Koch viria a ser relacionada ao contato entre tuberculosos e comunicantes, sem se considerar a hereditariedade ou mesmo classe social. Era a doença das multidões que apareceria em formas endêmicas e epidêmicas conforme a possibilidade de contatos entre as pessoas. Portanto, no ambiente urbano, local onde as pessoas mantêm freqüentes contatos, condiciona a cidade como ambiente propício à permanência da tuberculose em sua forma epidêmica.

O propósito do presente estudo, tendo como pano de fundo a trajetória da tuberculose no mundo e no Brasil, e em especial no Espírito Santo, é avaliar a representatividade do Sanatório Getúlio Vargas no tratamento e na redução da prevalência de óbitos por tuberculose, abordando também as possíveis mudanças nos paradigmas dessa terapêutica no Estado.

Apesar do elevado número de óbitos de tuberculose no Espírito Santo, esse tema destaca-se pelo seu ineditismo no âmbito capixaba. Vários trabalhos sobre a tuberculose e sanatórios foram realizados, em grande parte tratando a doença em seu contexto nacional. No entanto, o

Sanatório Getúlio Vargas, apesar de ser o primeiro local destinado ao tratamento de tísicos criado no Espírito Santo, até o momento não foi objeto de estudo. Diante disso, existe uma grande dificuldade na obtenção de fontes bibliográficas específicas sobre essa instituição, como também sobre a história da saúde no Espírito Santo.

O recorte temporal (1942 a 1967) utilizado no presente trabalho justifica-se por ser o período de inauguração e funcionamento do Sanatório Getúlio Vargas, não obstante a abordagem de períodos anteriores como forma de contextualização da história da tuberculose e das pesquisas de combate da mesma.

O destaque ao período de fundação e funcionamento do Sanatório Getúlio Vargas se justifica por se tratar do momento de intensificação das intervenções do Estado, em âmbitos nacional e estadual, no combate à doença, perdurando até a década de 1960, quando os sanatórios começaram a ser superados como concepção terapêutica e de controle da doença pela difusão dos tratamentos via ambulatorial. Em relação ao âmbito nacional, é nesse período que se intensificam as políticas públicas sociais, iniciadas durante a Era Vargas (1930-1945), mediante a criação de órgãos de saúde específicos voltados para as questões de saúde da população como um todo. Com relação a tuberculose, em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), destinado às ações de combate à tuberculose, entre elas a construção de leitos para o tratamento dos doentes, por meio da Campanha Nacional contra a Tuberculose (CNCT – 1946). No entanto, como já mencionado, tal recorte não representa um marco rígido, podendo ocorrer avanços ou retrocessos temporais de acordo com a necessidade dos temas abordados.

Para um melhor entendimento da luta contra a tuberculose no Brasil, dividiu-se o estudo em dois momentos. O primeiro diz respeito à Primeira República (1889-1930), quando a enfermidade surgiu como questão pública e não governamental. Naquela época, os setores sociais se viram forçados a implementar diversas ações, por conta da ausência de uma política oficial. O segundo momento deu-se a partir de 1930, tendo sido iniciado e mantido durante os governos de Getúlio Vargas (1930-45 e 1951-54), com ações que se fortaleceram no governo Eurico Gaspar Dutra (1946-1950). Nesse período, houve a intensificação das intervenções do Estado no controle da doença no território nacional. As ações mais eficazes aconteceram a partir da criação de órgãos centralizadores da política de saúde, como o Ministério da Educação e Saúde, ao contrário da política descentralizadora promovida pelas oligarquias da Primeira República (BITTENCOURT, 2000).

Acreditamos que uma das razões que contribuíram para esse aparente descaso foram as inúmeras epidemias que o Estado teve que enfrentar, tais como cólera e febre amarela, que, por envolverem doenças de evolução rápida, acabavam por tornar-se prioridade para as ações estatais. Entretanto, a partir do momento em que a tuberculose se torna uma questão crônica para a sociedade e o Estado, atacando sem distinção todas as etnias e classes sociais, mesmo em países mais desenvolvidos, o problema passa a compor a pauta de políticas públicas (CHALHOUB, 1996).

Outro fator que merece destaque é a estigmatização que os portadores da tuberculose sofriam. Devido ao enorme preconceito em relação à doença, muitos pacientes e famílias optavam por esconder os doentes, fato que dificultava o acesso do governo aos números reais da doença no Brasil (ROSEN, 1994).

Argumento que corrobora com a ausência governamental é a falta de destaque que a saúde pública possuía no interior da política do Estado brasileiro. Esta sempre foi deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que se refere à solução dos grandes problemas que afligiam a população, quanto na destinação de recursos a esse setor. Com Vargas, tendo o objetivo de centralizar a administração pública a partir de um projeto federal de políticas públicas sociais, ampliando a assistência aos mais carentes. Um dos componentes da política de saúde pública implementada pelo governo para o combate à tuberculose foi a construção de sanatórios. Vale destacar que a expressão edificações sanatoriais está relacionada à construção de hospitais específicos para o tratamento de pacientes com tuberculose.

Nesse trabalho, pretendemos desenvolver uma pesquisa histórica documental, pois de acordo (RICHARDSON, 1999:245), ao se referir à pesquisa histórica, ressalta: a pesquisa histórica ocupa-se do passado do homem, e a tarefa do historiador, consiste em “[...] localizar, avaliar e sintetizar sistematicamente e objetivamente as provas, para estabelecer as falas e obter conclusões referentes aos acontecimentos do passado”.

Para melhor responder aos questionamentos se a opção de tratamento da tuberculose, via sanatórios, amenizou o problema, foram utilizadas fontes primárias, tais como: prontuários médicos, fichas sociais de admissão de paciente, mapas cirúrgicos, ofícios administrativos e o acervo fotográfico do Sanatório Getúlio Vargas, além da análise dos discursos presidenciais, bem como relatórios dos governadores do Estado do Espírito Santo e dados estatísticos.

A partir das questões levantadas, a presente Dissertação – Sanatório Getúlio Vargas: medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967) – foi dividida em três capítulos. No Capítulo 1 – O Mal dos Séculos – a principal preocupação se manteve em apresentar a trajetória histórica da tuberculose, destacando as formas de proliferação e primeiras pesquisas científicas desenvolvidas para identificar e epidemiologia da doença. Nesse capítulo, foi trabalhada ampla bibliografia concernente ao aparecimento da tuberculose no mundo e como se deu a transmissão do bacilo. Em tópico específico, as características dessa doença ganharam destaque, com a abordagem das diferentes concepções criadas sobre a tuberculose no mundo e no Brasil. Da doença hereditária, ligada a herança africana, aos romancistas da Segunda Fase Romântica literária, o Capítulo 1 faz uma análise da epidemia a partir das concepções fundamentadas em cada momento histórico, finalizando com uma explanação sobre a política pública para a tuberculose na Primeira República.

No segundo capítulo – Saúde na Era Vargas: o problema da tuberculose –, se privilegiou o estudo das políticas públicas sociais inauguradas durante a gestão de Getúlio Vargas como Presidente do Brasil. A centralização das políticas públicas, como projeto nacional, fez surgir o sistema assistencialista e previdenciário do Brasil, com a criação de uma legislatura própria aos operários. Ao mesmo tempo, ‘o pai dos pobres’, como fora denominado Getúlio Vargas, ampliou as obrigações do Estado em relação a saúde pública, permitindo assim, a maior acessibilidade da população em termos de tratamento hospitalar e profilático. No mesmo capítulo, se fez uma análise da história da saúde no Espírito Santo, dando ênfase as ações voltadas para o combate da tuberculose. Da criação da Liga Espírito-Santense Contra a Tuberculose (LESCT), em 1933, se deu início ao projeto de formação da estrutura de combate e mapeamento da tuberculose no Espírito Santo. O primeiro resultado obtido pela LESCT, a fundação do Dispensário Dr. Antonio Cardoso Fontes, um ano após sua criação, possibilitou, mesmo que de forma incompleta, diagnosticar o problema, passando a ser meta de alguns personagens, como do Dr. Jayme dos Santos Neves, a busca de soluções que diminuíssem a gravidade da epidemia que assolava principalmente Vitória, a capital do Estado. No último tópico do segundo capítulo, se apresenta outra instituição que teve sua criação vinculada a LESCT, o Preventório Gustavo Capanema. Inaugurado em 1939, o Preventório, assim como a política dispensarial, se insere dentro da lógica de combate a tuberculose da década de 1930. O principal objetivo dos Preventórios era a preservação da infância, que no formato de internatos, assegurava a saúde de crianças que foram expostas ao contágio da tuberculose através de seus pais.

No Capítulo 3 – A História do Sanatório Getúlio Vargas – foi abordada a questão sanatorial no Brasil, destacando o número de instituições e de leitos existentes até 1942, a demanda por atendimento e quais os critérios que o Governo Federal adotou para a construção de sanatórios no território nacional. Ainda no terceiro capítulo foi realizado um levantamento iconográfico da arquitetura do Sanatório Getúlio Vargas, destacando a construção, a partir de 1938, até sua inauguração em 1942. Sobre o Sanatório Getúlio Vargas, principal objeto de análise desta Dissertação, o estudo também fez um levantamento concernente ao aspecto das dependências, levando em conta a divisão do espaço interno da edificação e sua funcionabilidade como: enfermarias, cozinha, lavanderia, parte administrativa, laboratório, entre outros. A trajetória histórica do Sanatório Getúlio Vargas se inicia desde a análise da escolha de sua localização, dos custos de seu projeto, sua estrutura física, sua capacidade de atender à demanda local e as possíveis modificações e ampliações em sua área física.

Além da parte arquitetônica (espaços físicos), a pesquisa abordou o aspecto social, destacando o cotidiano dos médicos, funcionários e pacientes internados no Sanatório Getúlio Vargas, no período de 1942 até 1967. Através do cotidiano dos pacientes internados no Sanatório, quais eram os tratamentos que recebiam, se dispunham de outro tipo de assistência além da médica, a forma e duração da internação, possibilitando o conhecimento da existência de uma sociedade sanatorial estabelecida em Vitória, espaço esse em que os tuberculosos puderam formar novas relações sociais, na medida em que as antigas deixavam de existir por causa da doença. Médicos e demais funcionários do Sanatório, também compartilhavam aquela estrutura como um prolongamento de suas vidas. Ao término do recorte temporal proposto, o Sanatório se transformou em Hospital Escola, vinculado a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), passando o tratamento da tuberculose a ser efetuado no Hospital da Ilha da Pólvora e ambulatorial com o atendimento nas Unidades de Saúde.

1. O MAL DOS SÉCULOS

1.1 Civilização e Tuberculose: transmissões universais

No curso de milhares de anos, a tuberculose encerrou mensagem ainda não totalmente decifrada. Pela sua influência cultural, seus efeitos sobre a obra humana, suas implicações históricas, sociais, econômicas e políticas, constitui modelo científico peculiar. Modernamente continua causando as maiores devastações. Seu valor epistemológico é imenso. Misteriosa e ameaçadora permanece o paradigma dos temores, das paixões e dos conhecimentos humanos (CHRÉTIEN, 1995:55).

A presença da tuberculose entre os homens pode ser observada na história das sociedades de diferentes séculos. Essa presença é tão ou mais antiga que o advento da civilização, provavelmente os primeiros homens que viviam em grupos tenham tido contato com a tuberculose. Mesmo que a vida em grupos isolados inibisse a transmissão maciça da moléstia, o menor contato, entre esses grupos, não impediu o surgimento de alguns casos entre povos nômades.

Alguns autores defendem que em papiros hebreus e egípcios existem referências da presença da tuberculose entre esses povos. Verificações recentes, com a utilização do Carbono 14, feitas em múmias de reis e nobres da civilização faraônica, constataram a existência de lesões ósseas semelhantes às causadas pela referida doença, sendo as mais antigas de 5.000 a. C. Porém, a primeira evidência segura a informar sobre a presença da tuberculose entre os homens encontra-se em quarenta e quatro múmias, todas de Tebas, datadas de 3.700 a 1.000 a. C. (STEPHANI, 2003).

Assim, apesar da precariedade de informações sobre a origem da enfermidade em períodos anteriores à antiguidade clássica, as poucas informações levantam que os vestígios deixados entre múmias egípcias, são elementos indicadores de que a presença da tuberculose entre os homens remonta há aproximadamente 6.000 anos atrás (BERTOLLI FILHO, 2001). Perante a informação denota-se ser a tuberculose uma doença extremamente antiga e sua aparição se perde nas origens da própria história da humanidade.

Sua presença, mesmo que observada em períodos anteriores ao século IV a. C., foi Hipócrates o primeiro a dedicar-lhe atenção e a descrever-lhe no seu *Corpus Hipocraticus*, sob a denominação de tísica, palavra grega que significa decair, consumir, definhar (REZENDE, 2004). Na própria evolução da palavra que a nomina, muito se pode aprender sobre a moléstia, em latim, a partir do século XIV, a palavra *phthisis* ganhou o sinônimo de

consumptio, onis (consumpção), cujo sentido equivale ao mesmo de tísica. Ou seja, doença que vai consumindo as forças do indivíduo, levando-o a desnutrição progressiva, debilidade e inanição, até causar-lhe a morte (REZENDE, 2004).

Outros sinônimos de cunho popular surgiram para designar tísica ao longo dos tempos, como ‘peste branca’, nome relacionado à palidez da pele em contraste com a cor rosa dos pômulos durante o acesso febril; e ‘mal do peito’, denominação que faz referência aos sintomas pulmonares que acometem o doente. Singular denominação popular, a de doença galopante, exprime as características evolutivas da tísica no organismo humano, como rápida e fatal.

Assim, endêmica¹ na antiguidade, permaneceu como uma doença sem importância durante o feudalismo e a expansão comercial, não obstante, surtos de tuberculose terem existido durante a Idade Média, afetando quase toda a Europa. Portanto, a tuberculose acompanhou todo o processo de formação dos Estados Nacionais europeus e, a partir desse momento, ganha espaço com a constituição de povoados mais densos e fixos dentro da Europa.

Da Europa para o Novo Mundo bastou o primeiro contato para se iniciar o contágio de nativos das colônias, antes mesmo de se levar a “civilização” a esses povos. Assim, em toda a história das conquistas territoriais, incluindo a colonização das Américas, aonde o homem civilizado chegou, levou consigo não somente os valores de sua cultura, como também alguns de seus males. O bacilo da tuberculose, trazido pelos colonizadores do Antigo Mundo para o Novo, contaminou povos nativos, os quais, sem defesa imunológica para a doença, tiveram grandes contingentes dizimados.

Semelhante acontecimento ocorrera na colonização da África, Ásia e Polinésia. Perante o referido quadro, o fator de propagação da doença e a mortandade que a mesma provocou nas populações submetidas pela missão colonizadora, pode ser visto como um dos fatores que auxiliaram no domínio dos povos aborígenes por parte dos colonizadores. Mesmo que inconscientemente, ao trazer consigo doenças contagiosas, o colonizador europeu obteve assim seu maior aliado nas conquistas ultramarinas.

¹ Endemia faz referência a doenças que ocorrem constantemente e que são próprias de determinadas regiões, como a malária e a doença de Chagas, característica das regiões rurais do Brasil, enquanto a epidemia é um ataque a considerável número de indivíduos de um país simultaneamente por uma doença particular, como a gripe, a cólera, a febre amarela, entre outras. Algumas doenças endêmicas podem assumir a forma epidêmica, dependendo, para isso, das condições favoráveis para sua proliferação: insalubridade pública, condições climáticas, más condições higiênicas, entre outras (KOOGAN & HOUAISS, 1998).

No Continente Americano, embora estivessem presentes formas endêmicas de tuberculose, das variedades humanas e/ou bovinas entre os povos pré-colombianos, foram os navegantes espanhóis e portugueses, a partir do século XVI, que expandiram a doença, tornando-a, em alguns contextos, uma epidemia generalizada. As migrações e imigrações, provocadas pelas perseguições religiosas, bem como a busca de oportunidades, contribuíram ainda mais no processo de transferência da tuberculose ao restante do continente, atingindo até a região norte (MELO, 2005).

O processo de disseminação da tuberculose atinge seu ápice quando os processos de desenvolvimento dos meios de produção e do trabalho contribuíram para a criação de um ambiente em que passa a existir mais contato entre os indivíduos da sociedade. Entre o final do século XVIII e início do seguinte, a doença explodiu como a grande peste branca européia, de forma epidêmica em meio a Revolução Industrial e urbanização capitalista. Epidemia essa que se prolongou por 200 anos, entre os séculos XVIII e XX, estendendo-se aos demais continentes com a mesma rapidez que se universalizavam os ideais de urbanização moderna provenientes dos exemplos urbanísticos adotados por cidades européias.

No século XIX, sob a alcunha de ‘Mal do Século’, a tuberculose se transforma em doença epidêmica, que afeta, de forma espantosa e avassaladora, primeiro as sociedades européias, depois suas colônias. Com a Revolução Industrial na Inglaterra, e depois por toda a Europa, multidões operárias concentraram-se nos centros urbanos sem infra-estrutura básica, propiciando a proliferação de diversas doenças, dentre elas, a tuberculose, que fez milhares de vítimas. Por exemplo, em Londres, o índice de mortalidade se elevou ao coeficiente de 2.000 para cada milhão de habitante durante o processo de modernização da cidade. Na França, em 1901, a cada milhão de habitantes, a mortandade por tuberculose atingia a 3.000 franceses, chegando a 100.000 por ano; enquanto na Noruega esse índice atingia 2.500 por cada milhão de habitantes. Ou seja, corria-se o risco concreto de que a totalidade das populações dos referidos países se contaminassem, na medida em que para cada portador da doença dez outros eram expostos ao bacilo.

Na Europa, a tuberculose faz victimas em todos os paizes, e as formas chronicas, quer dizer vagarosas, assim como as formas curaveis representam a maioria dos enfermos [...] sobre cem indivíduos de mais de quinnze anos de idade, e em apparencia perfeitamente sãos, noventa e nove têm bacillos no organismo (STEPHANI, 1933:31).

Igualmente, por volta de 1845, a tuberculose não era apenas a principal causa isolada de mortalidade nos Estados Unidos. O ‘Capitão dos Homens da Morte’, como era denominada, se tratava da enfermidade que mais produzia um volume imenso de doenças crônicas e de incapacidade entre milhões de vítimas norte-americanas. Ao mesmo tempo, os médicos consideravam-na uma doença constitucional, hereditária, mas relacionada, de uma maneira vaga, a condições dos ambientes insalubres. Somente uma mudança climática poderia oferecer alguma esperança de cura aos convalescidos (ROSEN, 1994).

No Brasil, a chegada da tuberculose, como da maioria das epidemias que afetavam a Europa durante o Período Moderno, se fez através do colonizador que, a partir do século XVI, passou a ocupar o território da colônia lusitana, proliferando não apenas os valores modernos e da fé, como também as mazelas que se encontravam no Velho Continente.

Não havia tuberculose entre os nativos brasileiros antes da chegada dos colonizadores europeus. A doença chega ao Brasil quando, atraídos pelas qualidades climáticas tropicais, na época considerada como saudáveis para a cura do mal, para cá se dirigiram os convalescentes em busca de alguma esperança de melhora. Assim, padres jesuítas, com a missão de catequizar os gentílicos, mantinham contato constante com populações indígenas, esse contato contribuiu para transmissão da tísica e de outras doenças (MELO, 2005).

Um dos mais famosos jesuítas, o Padre Manoel da Nóbrega, destacou-se por seus sermões e pela sua tísica. Após chegar ao Brasil, Nóbrega dirigiu uma carta ao mestre Navarro, em que descreveu, com estranheza, a coincidência entre o número de índios batizados e os que adoeceram: “Só de uma coisa estamos espantados, que quase que quantos batizamos caíram doentes, que do ventre, quais dos olhos, quais de inchaço, e tiveram ocasião seus exageros de dizer de nós, com a água que os batizamos lhes damos a doença e com a doutrina a morte” (Apud SANTOS NEVES, 1984:27).

Santos Neves (1984), em estudo sobre a Companhia de Jesus no Brasil, destacou que alguns membros da Escola Paulista insistiam em afirmarem, baseados em raras referências sobre os padecimentos gástricos sofridos por padre Manoel da Nóbrega, que ele, na verdade, sofria de grave úlcera estomacal e não de tuberculose.

Seja como for, a referida enfermidade teve lugar entre os nativos após os primeiros contatos com o colonizador, estando os padres jesuítas na linha de frente desse contato. Fisionomia diversa e oposta daquela que nos habituamos a encontrar, ou seja, de considerar os trópicos

como origem dos males que afligem a humanidade. Não possuíram ao se iniciar o contágio, ao contrário do que se vê atualmente, uma evolução arrastada e esparsa, e sim, formas agudas fulminantes, disseminadas e fatais, manifestando-se entre a população da colônia em sua forma epidêmica mais grave e letal (SANTOS NEVES, 1984).

A chegada dos negros para o trabalho escravo, desnutridos, extenuados pela longa viagem e alocados em senzalas insalubres, facilitou ainda mais a expansão da tuberculose no Brasil. Porém, os números reais de casos de tuberculose que envolviam escravos não são precisos, devido a uma série de fatores: deficiência dos censos sobre as causas de mortalidade entre os cativos, péssimas condições de vida a que os escravos estavam submetidos, falta de atendimento médico que acompanhasse os doentes em seus cativeiros, aglomerações de escravos doentes e sãos na mesma senzala, entre outros fatores. Por sua condição de propriedade, os cativos não recebiam tratamento adequado e nem mesmo entravam nas estatísticas oficiais. Mesmo que existam indicações de terem sido altos os índices de óbitos entre os escravos tísicos, esses números foram calados e enterrados no interior das senzalas.

No século XIX, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, os fluxos imigratórios e migratórios que se instauraram, principalmente em direção ao Rio de Janeiro, contribuíram ainda mais para a disseminação da doença, principalmente entre os cativos e a população menos favorecida. Destaca-se que durante todo Período Colonial e Imperial, os especialistas em medicina, em níveis nacional e internacional, relacionavam a tuberculose com a etnia africana e sua hereditariedade, desconsiderando o fator social da doença. Dessa maneira, o ambiente e o contato entre as pessoas contaminadas e as não contaminadas, até então, não era visto como fator preponderante para a disseminação da tuberculose.

1.2 A propagação da Tuberculose no Brasil

Da colonização ao império, os relatos dão conta dos altos índices de morbidade e mortalidade², provocadas pela doença na região urbana do Rio de Janeiro. Um quinto dos

² Morbidade ou morbidade diz respeito ao índice de portadores de determinada doença em relação a população total. No caso da tuberculose, a taxa de contaminação somente veio a ser medida, tendo como referência a morbidade, no século XX, anteriormente, os dados sobre as mortalidades eram os únicos disponíveis para se medir o grau de contaminação da população. Feita a relação das mortes por tuberculose com o número total da população, procedia-se à amostragem dos tuberculosos por probabilidade em que para cada doente, outros dez indivíduos tinham sido contaminados. Assim, no Brasil, a morbidade era calculada multiplicando a taxa de mortalidade por dez, até a Segunda República. Importante destacar que os índices de mortalidade se referem ao

doentes internados em hospitais, no ano de 1855, sofria de tuberculose. Nas necropsias realizadas, raros eram os casos em que não se encontravam lesões pleuropulmonares. O atendimento aos tísicos se fazia nos Hospitais Filantrópicos, principalmente nas Santas Casas de Misericórdia, não existindo nenhuma distinção dentro das Santas Casas, ou mesmo hospitais, com estrutura mínima para o atendimento a esses doentes.

Embora precários, os dados na área de saúde do Brasil são suficientes para avaliar o dano causado pela tuberculose no final do século XIX até meados do XX. A mortalidade, principal indicador para avaliar o problema, mesmo com a tendência para a queda, sempre esteve elevada. A mortalidade específica por tuberculose, na segunda metade do Oitocentos, ficava em torno de 700 a cada 100.000 habitantes. Somente com o advento da quimioterapia e seu amplo uso foi que a mortalidade, provocada pela enfermidade, apresentou queda acentuada para 250 a cada 100.000 habitantes, na década de 1940; e, 85 para cada 100.000 na década seguinte (MELO, 2005).

Portanto, no Brasil, a tendência de proliferação da doença seguiu o exemplo de outros países. Nações européias como França, Noruega e Inglaterra, têm os maiores índices de mortalidade, que variaram de 3.000 a 2.000 para cada milhão de habitante. Entre as justificativas possíveis para isso, podemos citar o pioneirismo no desenvolvimento urbano, durante o século XIX. Assim sendo, a tuberculose, que por séculos vitimava a humanidade, acentuou-se ainda mais nas cidades que recebiam a grande massa humana atraída pelo processo de modernização urbana, iniciado ainda no século XIX e concretizado nas primeiras décadas do século XX.

No entanto, a doença não figurava como epidemia que necessitasse de controle, pois encará-la como tal requeria considerar outros aspectos importantes para a solução do problema. Ou seja, a constatação de ser a tuberculose um problema específico requeria reformas profundas nos sistemas de saúde e de educação, que o governo não estava disposto ou não conseguia realizar. As ações governamentais, ao término do século XIX e início do seguinte, se resumiam em algumas medidas pouco eficazes no sentido de impor normas de condutas higiênicas e sanitárias.

número de óbitos, enquanto, morbidade diz respeito ao número de contaminados. A tuberculose, por se tratar de uma doença que, em alguns casos, apresenta-se em sua forma silenciosa, sem sintomas aparentes, o indivíduo pode carregar e transmitir o bacilo de Koch por anos antes da doença se manifestar.

A urgente necessidade de controlar as doenças transmissíveis, em especial aquelas ligadas à falta de saneamento básico e higiene, mobilizou toda uma geração de médicos e governantes. Em meados do século XIX, a medicina associava a tuberculose “[...] diretamente às condições de miséria em que vivia a população” (CHALLHOUB, 1996:53).

A grande preocupação, em termos de saúde pública, estava na destruição dos cortiços, na recuperação e remodelação da zona urbana. Segundo Gonçalves (2000), acreditava-se que os cortiços eram mantenedores, propagadores e acumuladores de sujeira e perigo social, antro de doenças, pessoas perigosas e locais onde ocorriam as conspirações contra o governo.

Com a difusão do conceito de polícia médica, a concepção militar é aplicada à saúde pública. Dentro dessa concepção, justificam-se o uso da coerção para o alcance dos objetivos da saúde pública e de uma pedagogia normativa, que enquadrava e culpabilizava os que não seguissem os preceitos higiênicos. A representação do pobre é de um suspeito em potencial, seja como portador de germes, seja como possível criminoso, o que justificava a aplicação de uma pedagogia totalitária, que pretende impor hábitos de higiene (ORNELLAS, 1995:136).

Somente no início do século XX, a percepção de que a tuberculose tratava-se de um mal social começou a se solidificar. Isso não quer dizer, necessariamente, que caberia ao poder público modificar a situação precária de infraestrutura, vivida pela maior parte da população. Na maioria das vezes, o culpado continuou a ser o indivíduo que, no final das contas, não dispunha de recursos financeiros para garantir melhores condições de moradia, higiene e trabalho para si e para sua família (GILL, 2004).

Na década de 1920, com o “boom” industrial, as aglomerações urbanas precárias acentuaram o problema, propiciando a disseminação de doenças, entre elas a tuberculose. Desprovidas de uma política sanitária capaz de ordenar o espaço urbano, as cidades brasileiras geraram condições, modos, de potencializar o contágio dessa e de outras doenças infecciosas (BITTENCOURT, 2000).

Ainda que o Estado pudesse intervir a fim de amenizar a situação dos doentes, através de obras de infraestrutura, de melhoria das moradias populares e da construção de espaços adequados para o cuidado dos enfermos dentro dos hospitais, a gestão pública preferiu legitimar as concepções que mais lhe apraziam: transferir a culpa da doença para as classes menos favorecidas. Pois, ao fazer isso, o poder público se isentava de realizar a transformação urbana, partindo da necessidade da maior parte da população, concentrando as obras em melhorias que atendessem o setor econômico, a saber, a elite social.

Se uma população saudável significava a coerência do processo de urbanização, experimentado a partir das últimas décadas do século XIX, a disseminação de doenças tinha o sentido oposto. Fora da lógica urbana moderna, as doenças representavam a prova de que a racionalização do espaço urbano possuía falhas e/ou não atendia a sociedade em sua plenitude. Ao ligar as epidemias com a pobreza ou hereditariedade de determinados grupos sociais, mais propensos ao contágio e proliferação de doenças, como a tísica, o Estado preferiu optar em deslocar o risco para regiões periféricas das cidades.

Com o fim último de proteger a produção industrial incipiente, medidas de combate às doenças acabavam por tornarem-se uma questão vinculada ao processo de urbanização, que, por sua vez, gerava o crescimento populacional e a sociedade do trabalho, intimamente ligados ao setor urbano e à aglomeração de pessoas.

Como efeito desse embate nasceriam novas formas de sociabilidade com o objetivo de adequar tais relações às demandas das vontades capitalistas das camadas dominantes. Processo conjunto de urbanização cujas intervenções na ordem social atingiam diferentes esferas e apontavam para uma nova constituição disciplinar das cidades, atuando sobre a higiene, regulando a moral, reformulando os costumes tanto das esferas privadas como nas públicas (SILVA, 2007:244).

Assim, ainda no século XIX, a sistematização de pesquisas na área da saúde contribuiu para que o médico-sanitarista ganhasse espaço no processo de urbanização, dedicando-se muito mais à identificação dos espaços perigosos, do que à solução do problema da saúde pública. A pesquisa da literatura médica publicada no Brasil, entre 1870 e 1940, mostra que o paradigma ambiental foi o escolhido para explicar o aumento do índice de morbidade e mortalidade nas chamadas "classes pobres". A tuberculose foi a doença escolhida como estudo de caso no Brasil, por ser uma das enfermidades de efeito prolongado e devastador, afetando principalmente as classes menos favorecidas por políticas públicas.

A incidência de tuberculose no Brasil cresceu indubitavelmente desde 1850, principalmente no Rio de Janeiro, mas somente em 1868, Otto Wücherer, um dos mais prestigiados médicos que atuava no país naquela época, levantou a questão de qual seria a causa da incidência. O referido médico condenou a noção européia ainda predominante de que a doença era rara nos trópicos, ao contrário, reconheceu que era uma doença tida como das cidades e achava que os mais suscetíveis a ela teriam herdado tal suscetibilidade.

O fator mais importante a favorecer essa suscetibilidade, seria a deterioração do meio de vida da maior parte da população, devido à impossibilidade de o preço da mão-de-obra se manter em igualdade de condições com o custo de vida. O aumento da frequência da doença, neste caso, seria resultante do aumento do número de pessoas empobrecidas vivendo nas cidades, em verdadeiros aglomerados humanos. Torna-se necessário sublinhar que o Dr. Wücherer não foi o primeiro médico que indicou a pobreza como causa principal da doença. Seu estudo teve o mérito de ser o primeiro dedicado, em profundidade e com exclusividade, à tuberculose no Brasil (SHEPPARD, 2001).

A Tabela 1 evidencia o alto grau de mortalidade por doenças contagiosas no Rio de Janeiro durante as duas últimas décadas do Período Imperial, o que demonstra as condições encontradas no perímetro urbano dessa capital federal, que seria também a capital da República, a partir de 1889. Portanto, a principal cidade do país pouco se desenvolveu ao longo do tempo e mesmo se tornando o exemplo urbano a ser seguido pelas demais cidades brasileiras, as calamidades públicas, envolvendo endemias e epidemias, se definiram como uma constância de difícil solução.

TABELA 1
Mortalidade na cidade do Rio de Janeiro (1870 a 1889)

| Ano/Doença | Febre Amarela | Varíola | Tuberculose | Doenças Diversas | Total |
|--------------|---------------|---------------|---------------|------------------|----------------|
| 1870 | 1118 | 338 | 1861 | 997 | 4314 |
| 1871 | 8 | 120 | 2003 | 1165 | 3296 |
| 1872 | 102 | 921 | 1170 | 293 | 3086 |
| 1873 | 3659 | 1629 | 1900 | 1830 | 9018 |
| 1874 | 829 | 576 | 1888 | 897 | 4190 |
| 1875 | 1292 | 363 | 1998 | 1313 | 4966 |
| 1876 | 3476 | 169 | 1968 | 1249 | 6862 |
| 1877 | 282 | 103 | 2055 | 1075 | 3515 |
| 1878 | 1176 | 2175 | 2197 | 1426 | 6974 |
| 1879 | 974 | 197 | 2145 | 1096 | 4412 |
| 1880 | 1625 | 27 | 2131 | 1108 | 4891 |
| 1881 | 257 | 127 | 2032 | 967 | 3383 |
| 1882 | 89 | 937 | 2080 | 961 | 4067 |
| 1883 | 1608 | 1366 | 2072 | 1488 | 6534 |
| 1884 | 863 | 90 | 1943 | 874 | 3730 |
| 1885 | 445 | 4 | 1884 | 1172 | 3505 |
| 1886 | 1449 | 164 | 2077 | 1497 | 5187 |
| 1887 | 137 | 3357 | 2025 | 1565 | 7084 |
| 1888 | 747 | 171 | 1890 | 1460 | 4268 |
| 1889 | 2156 | 609 | 2177 | 2986 | 7928 |
| Total | 22.292 | 13.443 | 40.096 | 25.419 | 101.210 |

Fonte: Diretoria Geral de Saúde Pública. Anuário de Estatística Demógrafo-Sanitária pelo Dr. Cássio de Rezende ajudante do médico demografista da Diretoria Geral de Saúde Pública, 1908. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1910:127.

Como podemos observar pela Tabela 1, a tuberculose era responsável por 40% do número de óbitos ocorridos por doenças na cidade de Rio de Janeiro entre os anos de 1870 a 1889. Considerando que a mortalidade por doenças infecciosas chegou ao número de 101.210 vítimas em vinte anos, somente a tuberculose foi responsável por 40.096 desse número, seguida pela febre amarela que vitimou 22.292 pessoas do total de mortes por doenças.

Diante do elevado índice de mortalidade que a doença provocou, a tuberculose passou a ser uma preocupação do Estado republicano brasileiro, embora possamos afirmar que pouco se

sabia sobre a doença, ainda no século XIX. A partir do século XX, trabalhos dedicados ao estudo da doença e suas formas de propagação começam a serem difundidos no Brasil. A maior parte dessa literatura continuava a discutir a pobreza como uma das suscetibilidades à doença, ou seja, pobreza e tuberculose continuam correlacionadas. Ocasionalmente, mantinha-se alguma referência específica às pessoas negras, como as mais propensas ao contágio.

Em 1907, o Dr. Mariano Dias, do Rio de Janeiro, fez suas as palavras dos seus predecessores sobre má nutrição e residência insalubre como fatores que predispunham à tuberculose: a pobreza criava condições para a doença. Ele argumentou, ainda, ser somente pobreza e não raça que predispunha uma pessoa a contrai-la, bem como a frequência com que se expunha à doença. Sendo assim, aqueles que freqüentavam igreja, teatro e outros ajuntamentos públicos correriam maior risco de contrair tuberculose, se comparados aos que não freqüentavam lugares de grande concentração humana (SHEPPARD, 2001:176).

Mesmo tornando indissociável a relação pobreza e epidemia de tuberculose, eram os negros e mestiços que, em grande maioria, enfrentavam as piores condições econômicas. Por conseguinte, os ex-cativos estavam mais propensos a se contaminarem pelas diversas doenças relacionadas às condições de insalubridade e pobreza. Quando da substituição da mão-de-obra escrava pela livre se torna uma realidade, a pobreza que acometeu vários dos imigrantes de etnia européia fez com que as doenças ligadas a problemas sociais passassem a afetar também a parcela da população branca que vivia em péssimas condições. Provavelmente, o mencionado fator tenha contribuído para desassociar a questão do contágio por tuberculose do fator étnico e hereditário.

Na virada do século XIX para o seguinte, os médicos brasileiros não consideravam etnia um fator válido em suas explicações sobre a alta mortalidade dos negros vitimados pela tuberculose. Em todos os casos, os artigos discutiam a etiologia da doença ou sugeriam tratamento. O quesito etnia foi desaparecendo dos estudos etiológicos ligados à tuberculose, mesmo quando estatísticas sobre negros ou mulatos eram apresentadas, destacando esses grupos como os que mais eram afetados pela tísica.

Como os negros e seus descendentes estavam mais propensos e suscetíveis à pobreza e, conseqüentemente, às piores condições de vida, se tornaram o grupo em que as doenças contagiosas mais proliferaram, gerando uma preocupação por parte do poder público em monitorar seus hábitos e costumes.

Com a chegada do ano de 1908, passou-se a levantar as ocorrências de doenças contagiosas em diferentes capitais brasileiras, demonstrando que, a partir dessa data, houve a preocupação em se monitorar o problema em diferentes cidades. No período de 1908 a 1912, pelo Serviço de Estatística da Educação e Saúde, foi responsável em traçar um panorama da disseminação e, paralelamente, da evolução da tuberculose e outras doenças endêmicas e epidêmicas.

TABELA 2
Óbitos nas capitais brasileiras no período de 1908 a 1912

| CIDADES | TUBERCULOSE | FEBRE | VARIÓLA |
|----------------------|---------------|--------------|---------------|
| Aracajú | 175 | — | — |
| Belém (Sede) | 2.347 | 774 | 70 |
| Bello Horizonte | 237 | — | 1 |
| Curityba | 333 | — | 4 |
| Districto Federal | 17.917 | 9 | 9.422 |
| Florianópolis (Sede) | 250 | — | 1 |
| Fortaleza | 897 | 34 | 7 |
| Maceió | 735 | — | 4 |
| Manaus (Sede) | 686 | 834 | 50 |
| Natal | 215 | 1 | 1 |
| Nictheroy | 1490 | — | 981 |
| Parayba | 547 | 1 | 93 |
| Porto Alegre | 1900 | — | 4 |
| Recife | 6842 | 81 | 5.812 |
| São Luiz | 586 | 15 | 231 |
| São Paulo | 2148 | — | 477 |
| São Salvador | 3876 | 128 | 1.253 |
| Terezina | 1301 | 1 | 1 |
| Vitória | 354 | 1 | 5 |
| Total | 42.836 | 1.879 | 18.417 |

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil (1908-1912).

Os dados apresentados na Tabela 2 demonstram que a tuberculose passou a ser um problema em nível nacional, continuando, no início do século XX, a ser a doença mais letal, também naquele período. Pela comparação da Tabela 1 com os dados da Tabela 2 verifica-se que a cidade do Rio de Janeiro continuou a manter altos índices de mortalidade provocados pela tuberculose, sendo que a segunda tabela revela que o Distrito Federal superava as demais capitais com 17.917 casos de mortes ou mais de 41% do total de 42.836 registros catalogados entre os anos de 1908 a 1912. Pela Tabela 2, nota-se que a cidade de Niterói acumulou um

total de 1.490 óbitos por tuberculose que, somados com os da capital federal, chegavam a 19.407 vítimas das duas principais cidades do estado do Rio de Janeiro. Ou seja, o Rio de Janeiro detinha quase 50% da totalidade desses óbitos.

Outro ponto que merece destaque, e pode ser observado pelos dados da Tabela 2, é a alta concentração da doença nos grandes centros populacionais. Talvez a explicação para tal fenômeno seja encontrada nas condições de higiene da população que residia nos grandes centros urbanos, pouco estruturados para receber os fluxos migratórios decorrentes do processo de industrialização. Chalhoub (1996:45), sobre esta questão, argumenta que:

Há aqui a idéia de que as condições de vida nos cortiços não se revelaram mais letais apenas quando da ocorrência de febres ou epidemias; na verdade era a “tísica”, isso é, a tuberculose, que ameaçava “tornar-se a moléstia endêmica do país”. Em outras palavras, o que provava que as condições de saúde estavam se deteriorando não era apenas a ocorrência eventual de epidemias de febre amarela, varíola, cólera, etc.; mas a mortandade crescente e constante pela tísica, uma doença que o saber médico da época já associava diretamente às condições de miséria em que vivia a população.

A questão endêmica e epidêmica da tuberculose, coadunando com os altíssimos números de mortalidade da população urbana foram determinantes para que o Estado brasileiro, seja em nível federal ou em nível estadual, começasse a definir uma ação efetiva para solucionar esse grave problema. O controle de doenças epidêmicas estava intrinsecamente ligado ao processo de urbanização. “No Brasil, São Paulo e Rio de Janeiro foram as primeiras cidades em que se construiu um modelo de atenção à saúde pública originando no combate entre o mundo do trabalho, seus efeitos econômicos e políticos, e uma face repressiva que incidia sobre a população” (SILVA, 2007:244).

Portanto, com a Proclamação da República, estabeleceu-se uma forma de organização Jurídico-Política típica dos estados capitalistas. No entanto, essa nova forma de organização do aparelho estatal assegurou apenas as condições formais da representação burguesa clássica, especialmente a adoção do voto direto pelo sufrágio universal, desconsiderando demasiadamente as necessidades imediatas impostas pela população urbana em especial.

Segundo Risi Junior, (2002:119):

A saúde emergiu como efetiva prioridade de governo no Brasil no começo do século XX, com a implantação da economia exportadora de café, na região Sudeste. A melhoria das condições sanitárias, entendida então como

dependente basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano, tornou-se uma efetiva política de Estado, embora essas ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Com importância crescente desde as primeiras décadas do século XIX, a exportação de café, entre 1924 e 1928, chegou a representar 72,5% das receitas de exportação do Brasil, superando a exportações de outros produtos tradicionais, tais como o algodão, a borracha e as peles e couros.

Assim, o advento da República correspondeu ao período em que se formou um verdadeiro mercado de trabalho no Brasil, principalmente nas cidades. A cultura rural que dominava a sociedade brasileira desde o Período Colonial, pela primeira vez, era substituída por formas culturais urbanas, muitas dessas formas, absorvidas de modelos estrangeiros.

Portanto, processos de migrações internas, além da contribuição fundamental dos imigrantes de países estrangeiros, constituíam para a distinção entre a integração produtiva dos setores urbano e rural. Entre 1901 e 1920, desembarcaram no país nada menos que 1,5 milhões de estrangeiros, dos quais 60% se fixaram nas áreas urbanas e rurais de São Paulo.

Melhores condições sanitárias, de um lado, significavam uma garantia para o sucesso da política governamental de atração de força de trabalho estrangeira e, de outro, impunham-se como uma necessidade de preservação do contingente ativo de trabalhadores, em um contexto de relativa escassez de oferta de trabalho. O destaque em matéria de atenção à saúde ficava, assim, por conta do controle de enfermidades, tais como, a febre amarela, a peste bubônica, a varíola, entre outras, para qual o Governo Federal impôs medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores. No entanto, as políticas de contenção do contágio e tratamento dos convalescidos, não se direcionavam para solucionar o problema causado pela tuberculose (RISI JUNIOR, 2002).

Concomitante, a tuberculose continuaria a atingir severamente a população no início do século XX, por não existir tratamento específico para esta doença, o que contribuiu para que a mortalidade da população fosse elevada. As ações de combate à enfermidade contavam apenas com as desenvolvidas pela sociedade civil, sendo exemplar o trabalho realizado pela Liga Brasileira Contra a Tuberculose, fundada em 1900, por um grupo de intelectuais e médicos. Além de amplo trabalho educativo, a Liga foi a responsável pela construção dos primeiros dispensários, estrutura destinada ao diagnóstico e tratamento ambulatorial da tuberculose no país e, em 1927, iniciou as ações profiláticas através da vacina BCG – Bacilo de Calmette-Guérin (RISI JUNIOR, 2002).

No final do século XIX e início do XX, o pensamento médico e as políticas de saúde pública do Brasil, estavam profundamente centrados numa ideologia bastante precisa e voltada muito mais para o embelezamento urbano que para as questões de saneamento. No mesmo momento, todos os esforços e recursos foram dirigidos à febre amarela, enquanto doenças como a tuberculose e a varíola, ambas normalmente associadas a mestiços e à pobreza, eram negligenciadas pelo poder público (CHALLOUB, 1996).

Para tentar amenizar o problema das doenças que afetavam a população brasileira, em 1920, Carlos Chagas, médico sanitaria, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O Dr. Carlos Chagas foi responsável por introduzir a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação ao combate das moléstias, inovando o modelo de Sanitarismo Campanhista³, de Oswaldo Cruz, pautado pela fiscalização repressiva, com utilização do aparato policial. A partir de então, são criados órgãos especializados na luta contra diversas doenças, entre as quais, a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados e intensificaram-se as do Rio de Janeiro.

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, assentada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e à erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por essa razão, desde o final do século XIX até o início dos anos de 1960, predominou o modelo do Sanitarismo Campanhista, desenvolvido inicialmente pelo médico sanitaria Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro.

As ações, identificadas com a terminologia militar, tomaram a forma de “campanha”, “luta”, “combate”, e empregavam armas e estratégias. A doença se transformou num “inimigo” a ser aniquilado e para tanto usou-se todo o “armamento” necessário. Essa representação – “metáfora da guerra” – para controle da tuberculose, usava palavras que tinham mais peso semântico do que tradução em ações sanitárias e foram utilizadas também durante toda a primeira metade do século XX (BITTENCOURT, 2000:39-40).

³ O Sanitarismo Campanhista foi concebido dentro de uma visão militar, em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade era considerado o instrumento preferencial de ação e tinha um caráter coletivo (CORDONI JUNIOR, 2001).

Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras, o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, dado ser a agricultura a atividade hegemônica da economia naquela época. Destaca-se que ainda nas primeiras décadas do século XX, alguns fundos de trabalhadores, definidos pela categoria profissional, surgiram em âmbito nacional, sendo consideradas o embrião da Previdência público-privada. Esses Fundos de Previdência surgiram como resposta à falta de assistência médico-hospitalar e previdenciária, até aquele momento, suprimindo também a falta de assistencialismo do poder público para com a classe operariada.

Os operários não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como, férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Por seu turno, os imigrantes, especialmente os italianos, traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido adquiridos pelos trabalhadores europeus. Dessa forma, procuraram mobilizar e organizar a classe operária brasileira na luta pela conquista dos mesmos direitos. Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919 (POLIGNANO, 2001).

Através desses movimentos, os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais. Assim, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional, a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta Lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). A primeira Caixa de Aposentadoria criada por meio dessa lei foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado pela importância que esse setor desempenhava na economia do país e pela capacidade de mobilização que a categoria possuía. Segundo Possas (1981:29): “[...] tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAP's possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e dos empregadores”.

Portanto, a comissão que administrava a Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) contava com participação do empregador e do empregado, compondo-se de três representantes da empresa, um dos quais assumia a presidência da comissão, e de dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos.

O regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes de empregados e empregadores, permaneceu até a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, quando foram substituído o sistema previdenciário das CAP's por aquele instituído em âmbito nacional pelo Governo Federal (POSSAS, 1981).

Até então, o Estado não participava propriamente da manutenção das Caixas, que de acordo com o determinado pelo Artigo 3º da Lei Eloy Chaves, o custeio cabia: a empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos); a empresas (1% da renda bruta); e a consumidores dos serviços das mesmas. No sistema das Caixas estabelecido pela Lei Eloy Chaves, as próprias empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita e depositar diretamente na conta bancária da CAP sob sua responsabilidade (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989). Além das aposentadorias e pensões, os fundos de previdência particular proviam os serviços funerários e médicos requisitados por seus associados e dependentes, respondendo pela deficiência do poder público nesses setores. As políticas sociais, no período anterior à Revolução de 1930, eram fragmentadas e emergencialistas. A questão da saúde pública cabia às autoridades locais, não havendo por parte do governo central um programa de ação integrada no sentido de atendê-las em todo o território nacional. A atuação do Estado restringia-se, em grande parte, a situações emergenciais, como as epidemias em centros urbanos (RISI JUNIOR, 2002).

No que tange à assistência média e social dos tuberculosos, as CAP's se tornaram, em menos de uma década, de vital importância como ajuda ao paciente em caso de internação prolongada, podendo pagar por seu tratamento e também no sustento doméstico de seus familiares durante o seu período de afastamento do trabalho.

Ao Governo coube a alternativa de difundir informações por meio de uma ampla campanha pedagógica, buscando, com isso, o combate da tuberculose com a utilização de cartazes explicativos, para que a população fosse orientada e contribuísse, com suas atitudes, para diminuir os índices de tuberculosos nas cidades. Portanto, o Estado, seguindo o modelo internacional, concentrou as ações de combate à tuberculose mediante a divulgação de informações, transferindo para a população a responsabilidade de tomar medidas cabíveis contra o contágio e para o tratamento. Da década de 1920 até meados da de 1960, a iconografia teve papel importante contra a tuberculose, servindo de suporte bastante difundido pelo poder público. Inúmeras referências materiais existiram apoiadas em técnicas e suportes diversos, autênticos documentos visuais, entre os quais se destacaram: as litografias de

costumes publicadas em jornais; os desenhos produzidos para campanhas de educação sanitária e divulgados para o público sob forma de folhetos, almanaques, cartazes, geralmente afixados e distribuídos em locais públicos; como também selos comemorativos usados pelas Ligas Estaduais, que serviam tanto como informação, como também para angariar fundos no combate à doença.

A Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, órgão federal, criado em 1920, especificamente para combater a disseminação da tísica, teve atuação mais significativa no Distrito Federal. O trabalho feito pela Inspetoria se pautou na iconografia como propaganda de prevenção e de educação no combate da doença. Em quase todas as representações iconográficas produzidas pela Inspetoria observa-se a presença da Cruz de Lorena, antigo símbolo das Cruzadas pela expansão do catolicismo. Foi o médico francês Gilbert Sersiron, Secretário-geral da Federação das Associações Francesas Contra a Tuberculose, que em 1902, durante a Conferência Internacional de Tuberculose, em Berlim, Alemanha, propôs a adoção da Cruz de Lorena como insígnia internacional da luta contra a moléstia. Entretanto, somente anos depois, a Cruz foi adotada internacionalmente pelas associações de combate à tuberculose, como a "American Lung Association".

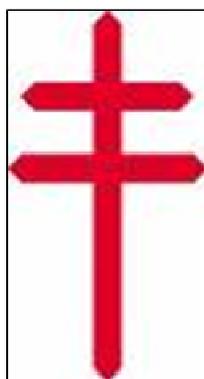


Figura 1: Cruz de Lorena

Na luta contra a tuberculose, em nível mundial, a cor vermelha e as dimensões da cruz foram padronizadas a partir de 1923, porém observa-se a Cruz de Lorena reproduzida com as mais variadas dimensões e, por vezes, com outra cor. Com a ampla utilização de cartazes se esperava conscientizar a população quanto aos riscos da tuberculose, educando e atraindo os doentes para receberem tratamentos específicos, ao mesmo tempo em que instruíam a população quanto aos hábitos higiênicos que deveriam ser adotados para evitar uma série de doenças que tinham a transmissão relacionada a hábitos e costumes descomprometidos com as questões salutaras. Pelas Figuras 2 e 3 fica nítida a simbolização da ciência na luta contra o

nocivo hábito social fomentador da tuberculose, seja em nível internacional (Figura 2) ou nacional (Figura 3).

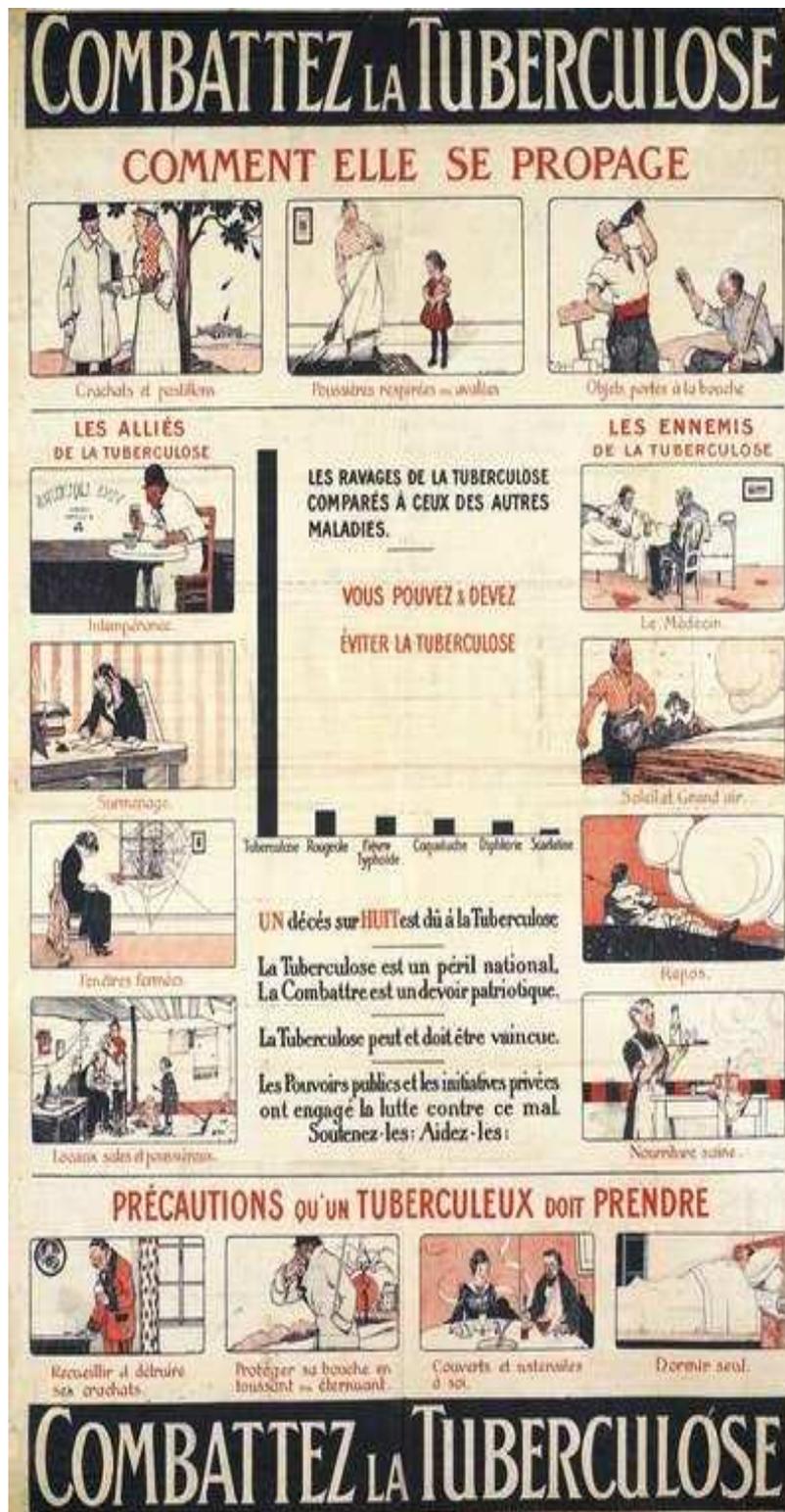


Figura 2: Cartaz “Cartaz “Combattiez La Tuberculose”, Paris/França – século XIX
 Fonte: Collection War Museum of London (www.iwmcollections.org.uk/).

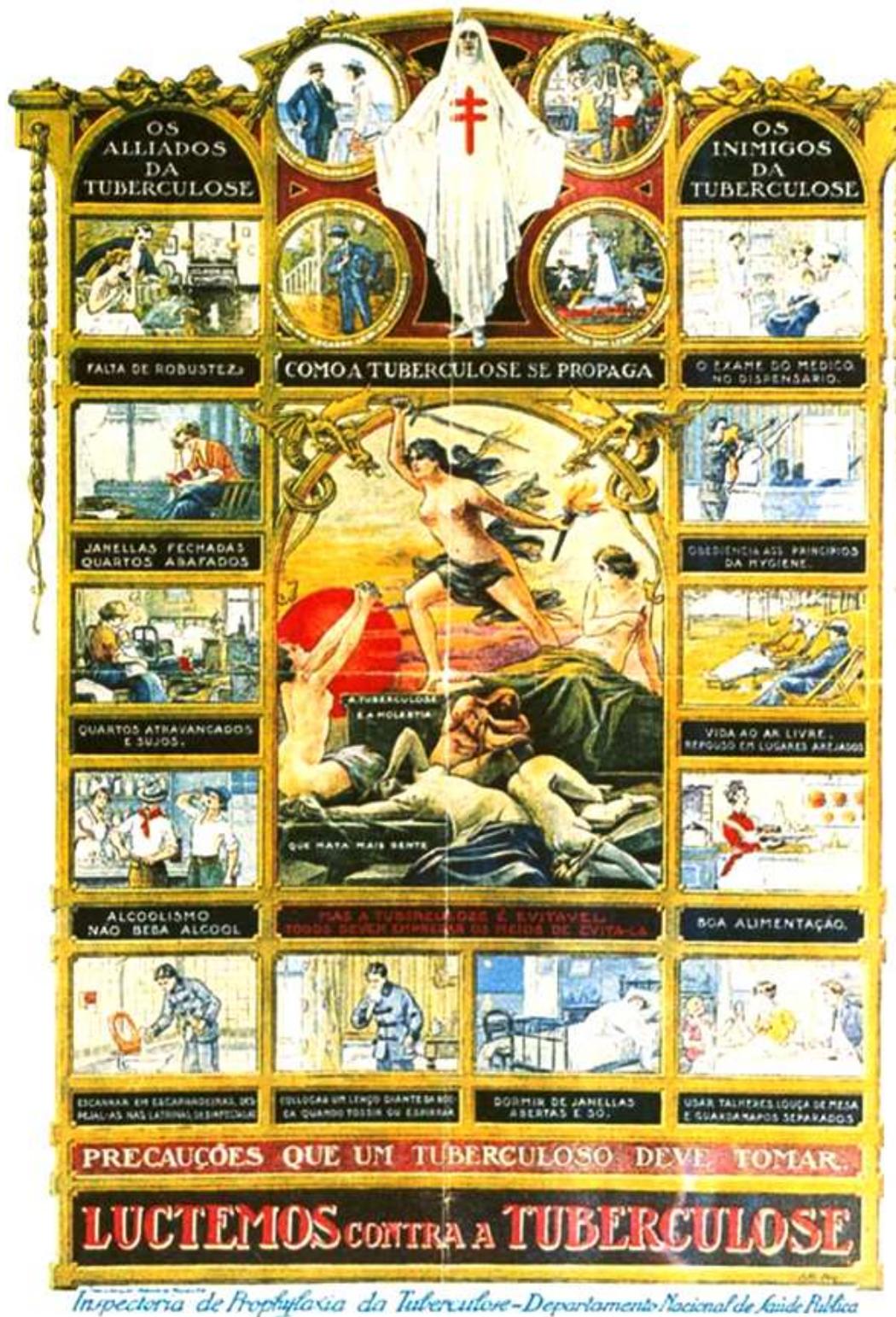


Figura 3: Cartaz da Inspeccão de Profilaxia da Tuberculose do Brasil – década de 1920.

Fonte: Acervo Casa Oswaldo Cruz (COC) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

As informações contidas nos cartazes deixam bem claras a importância e a força do saber racional na luta contra a doença. Em ambos, na coluna da esquerda são representados os

hábitos da população que contribuía para a proliferação da tuberculose, enquanto na coluna da direita estão as medidas profiláticas que deveriam ser tomadas para inibir o bacilo transmissor: se a pessoa se sentir fraca e esgotada, a orientação era que fizesse um exame médico; recomendava-se que se evitassem ambientes fechados e sujos, tendo como profilaxia obedecer aos princípios de higiene e dar preferência a ambientes ao ar livre, arejados e limpos; recomendava-se também que as pessoas evitassem o álcool e mantivesse uma alimentação saudável. Por último, no topo ou na base das imagens estavam as orientações sobre o comportamento que o tuberculoso deveria adotar como forma de evitar o contágio de seus familiares e demais pessoas do seu grupo social, entre os quais se destacam: escarrar em locais apropriados, como latrinas e escarradeiras; proteger com um lenço o ambiente ao tossir; dormir com janelas abertas e sozinho; separar os talheres, as louças e os guardanapos a serem utilizados pelo tísico.

Não por acaso se manifesta várias semelhanças entre o cartaz produzido na França com o adotado pela Inspetoria de Profilaxia do Brasil. Entre os séculos XIX e XX ocorreu a universalização das pesquisas, principalmente as desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos, concernentes aos tratamentos, medicamentos e medidas profiláticas adequadas ao combate da tuberculose. No Brasil, as pesquisas científicas na área médica somente ganham espaço acadêmico na década de 1930. Na Figura 3, a representação da imagem da mulher, tão valorizada pelos higienistas e pelo ideal iluminista, que se encontravam no pensamento científico da época, traz de um lado a religiosidade, com a presença da figura feminina vestida de branco e com a Cruz de Lorena no peito, e de outro, ao centro da imagem, aparece a mulher lutadora capaz de vencer a batalha contra o mal que consumia a humanidade por vários séculos. A finalização da sustentação de toda esta epopéia do clarão da razão e da ciência contra este mal devastador, com a invocação guerreira: “*Luctemos contra a tuberculose*”.

1.3 Concepções sobre a Tuberculose

Ao longo do processo histórico, as concepções acerca da tuberculose se firmaram ou se modificaram através da negociação entre o indivíduo, o Estado e a sociedade, sendo sempre relacionadas ao grau de expansão ou retração da doença. Embora, freqüentemente ausente,

enquanto objeto das políticas públicas de saúde, ela se faz presente enquanto imagem que permeia a memória coletiva.

Algumas concepções da tuberculose referem-se a ela como uma doença que vem do ‘outro’, do comportamento desregrado e amoral, do ar impuro, do local aglomerado e não higiênico, do que é colocado para fora e que contagia; do crescimento acelerado e desestruturado. Parte dessas concepções se mantém não importando o quanto a medicina tenha evoluído na sua cura (GONÇALVES, 2000:43).

Além dessas, algumas outras concepções a respeito dos tuberculosos eram largamente difundidas. Oracy Nogueira (1944), um pioneiro na área das ciências sociais, analisou a tuberculose com base em descrições etnográficas, publicando a pesquisa num artigo datado de 1949. Nesse trabalho, Nogueira aponta a existência de três concepções sobre a doença: uma ‘sanção sobrenatural’, associada ao castigo dado aos pecadores e transgressores; uma ‘condição romântica’, onde o tuberculoso deixa de ser um doente e torna-se o ‘herói sofredor’; e a última, o ‘flagelo social’, dentro da ótica utilitarista, que enxerga o doente como um peso morto, inútil para a família e para a sociedade.

Na primeira concepção abordada por Nogueira (1944), a ‘sanção sobrenatural’, o indivíduo que contraía a tuberculose estava recebendo uma punição divina, justificada pelo código moral da sociedade que, em contra partida, passava a ter dois elementos pejorativos para estigmatizar e isolar o tuberculoso, pecador e doente. Diante do problema proposto na presente Dissertação, optamos por trabalhar com a concepção romântica, mais detidamente e em separado, enquanto, a concepção que aborda a tuberculose como ‘flagelo social’, envolvendo as questões sociais da tuberculose serão abordadas no decorrer do texto.

A tuberculose associada ao amor, trata-se de uma das imagens de representação da doença que mais influenciou toda uma geração de intelectuais do século XIX. A concepção romantizada, importada da Europa, que relaciona a transmissão e presença da tísica, aos sentimentos, às artes e ao refinamento do enfermo. “De acordo com a mitologia da tuberculose, geralmente há alguns sentimentos da paixão que provocam o ataque da doença ou que se exprimem nesse ataque. Mas as paixões devem ser contrariadas e as esperanças, frustradas” (SONTAG, 1984:33). O auge da ‘condição romântica’, em que a tuberculose foi correlacionada ao Período do Romantismo Literário, ocorreu na segunda metade do século XIX. Dessa maneira, concomitantemente às questões referentes à educação higiênica, à responsabilidade do Estado e do indivíduo contaminado, a tuberculose também se definia e

era reconhecida, no campo artístico e literário, como a doença do amor e, portanto, fonte de inspiração estilística de textos, gravuras e composições musicais.



Figura 4: Sandro Botticelli – A Primavera, 1478, têmpera sobre painel de madeira, 205 x 315 cm.
Fonte: Galeria Uffizi – Itália (www.casthalia.com.br/a_mansao/obras/botticelli_primavera.htm).

A Primavera, obra temática que retrata a chegada dessa estação, entre as alusões feitas sobre as alegorias ali representadas, destaca-se a análise do pesquisador Pedro Paulo Soares (1994:127), que ao observar a pintura correlaciona-a parte da mesma, com a imagem atribuída à tuberculose naquela época:

No detalhe de *A Primavera*, de Sandro Boticelli, a modelo coberta por flores: Simonetta Vespucci, célebre tísica, musa do pintor e dama de Giuliano de Médicis. A seu lado, uma ninfa em vestes diáfnas verte flores negras pela boca, em uma hemoptise⁴ floral, uma referência clássica retirada da tradição renascentista. Na alegoria, a valorização da jovem tuberculosa sublinha o efêmero de sua existência, sinalizado pela passagem das estações. O artista contribuiu para estabelecer, no plano dos cânones do belo físico, alguns parâmetros relativos à descrição dos tipos femininos. A beleza pálida, frágil, fugaz de Simonetta transformou-se em uma das matrizes arquetípicas da iconografia ocidental.

⁴ Hemoptise: Qualquer hemorragia do aparelho respiratório e que se descarrega pela glote, acompanhada de tosse. A tuberculose pulmonar produz a hemoptise (KOOGAN & HOUAISS, 1998).

As imagens e obras literárias conduziam o leitor-observador à idealização do mal e do belo, conseqüentemente, transferia para o doente as representações e alegorias que retratavam a enfermidade, provocando assim, “[...] uma interferência direta sobre a doença, um olhar desmistificador que utiliza modernas técnicas de reprodução e novas formas de linguagem para construir representações 'realistas' para a enfermidade” (SOARES, 1994:127).

Igualmente ao que ocorre no campo da pintura renascentista, também na literatura a tuberculose foi bastante representada por escritores ao final do século XIX e início do XX. Nos romances, a tísica tinha correspondência com as concepções de paixões fortes, frustrações amorosas, levando a uma decadência física, em conseqüência da febre das paixões excessivas e do tipo de vida. Era vista como uma doença egoísta em sua essência, tanto por roubar o tempo que cabia aos mais novos, quanto por enclausurar os enfermos em si mesmos.

Uma porção da sociedade teve uma interessante ligação com a doença: os artistas, poetas e boêmios. Essa porção representava todo um processo de inovação, protestos e exacerbação de sentimentos que se expressavam fisicamente. Assim, os literários eram presas fáceis, como salienta o médico Aloysio Veiga de Paula (Apud FERNANDES, 1993:21):

[...] o que acontece é que a tuberculose, naquele tempo, era uma doença dos inquietos. O artista não se preocupava em se alimentar bem, era pobre, muitos se entregavam à bebida. Isso lhes criava uma condição de inferioridade orgânica. E como a tuberculose era muito espalhada, e havia muito contágio, eles eram presas mais fáceis da tuberculose.

A doença foi vista e relacionada, mas não tratada, criando uma sequela decorrente de uma frustração amorosa tanto na Europa como no Brasil (SONTAG, 1984). Nessa vertente, a origem da tuberculose vinha do amor, da decepção que levava à boemia, ao descuido de si, ao amor platônico e conseqüentemente, à inspiração. Uma doença de personalidade feminina, na sua etiologia: sensível, romântica, capaz de levar à morte por um objetivo, por um ideal amoroso.

Mesmo com a descoberta do Bacilo de Koch, em 1882, a simbologia da doença não se modificou, porque fazia sentido nos meios artísticos manter a fonte de inspiração. Essas representações sociais da tuberculose eram importantes para questionar e avaliar como estavam articuladas na execução e na falência dos programas de saúde e políticas intervencionistas, implantados para doenças contagiosas, como a tuberculose.

Era na exposição de alguns dos sintomas, como o sangue no escarro, a fraqueza decorrente do emagrecimento, que se visualizavam os limites corporais entre a vida e a morte. Para alguns escritores, a fonte instigadora que acompanhava a doença estava justamente nesses limites, na sensibilidade aflorada pelas decepções e na avaliação do que fora sua vida. A caracterização do indivíduo com tuberculose, quando dedicado às artes, sempre era relacionada ao boêmio, magro, pálido e profissional, reconhecido por sua capacidade criativa, o que foi legitimada e legitimadora, naquele período, a partir da doença.

A tuberculose era uma doença importante, que reforçava a afirmação profissional artística, sobretudo literária, visto que vários poetas e escritores a contraíram e, principalmente, não a escondiam em suas produções (MONTENEGRO, 1949). Portanto, para o fazer literário, ser tísico o aproximava da dor, fonte de inspiração dos mais singelos sentimentos que a literatura, daquele momento, fez questão de eternizar.

As histórias dos tísicos por longos tempos internados, com as suas desventuras e esperanças, foram por eles ou por seus familiares convertidas em obras literárias, no Brasil e no mundo.

A inatividade, em virtude das condições físicas e do repouso, bem como as mudanças de moradia para estações climáticas e sanatórios, aliadas a uma visão mais introspectiva, produziram poemas e histórias admiráveis. Podemos destacar na literatura Thomas Mann com a obra ‘A montanha Mágica’, de 1931, bem como o romance de Alexandre Dumas Filho, ‘A Dama das Camélias’.

No Brasil, podemos citar a segunda geração de poetas românticos do século XIX como os que mais representaram a ligação entre a tuberculose e o amor. Por seu intimismo, tédio e melancolia, poetas e escritores abraçaram o negativismo boêmio, a obsessão pela morte, o satanismo, a necrofilia, buscando assim, inspiração às suas obras. A segunda fase romântica, também conhecida como geração byroniana, alusão ao poeta inglês Lord Byron, ganhou a alcunha de “Mal do Século” por se tratar não apenas de um fazer poético, mas de uma forma autodestrutiva de conceber o mundo, adotada por seus representantes.

Entre os literatos que mais se destacaram, podemos citar: Álvares de Azevedo, Casimiro de Abreu, Fagundes Varela, Junqueira Freire, Manoel Bandeira, José de Alencar, Dinah Silveira de Queiroz, entre outros.

Álvares de Azevedo, em um livro de seus dois livros de contos, 'Noite na Taverna', obra póstuma publicada em 1855, vincula a mulher ideal à tísica e a morte. Em uma das histórias da narrativa, a beleza feminina se faz representar na palidez da pele e fragilidade do corpo de uma mulher já falecida por conta da tuberculose. Para o autor, um dos maiores no gênero bayoriano no Brasil, o amor perfeito se vinculava a morte e à doença, quanto mais difícil de ser concretizado maior se tornava. Quanto à biografia de Álvares de Azevedo, como ocorria com a maioria dos jovens literatos, buscou na doença e na dor a perfeição de sua escrita. Não obstante, complicações decorrentes de uma queda de cavalo, levaram Álvares de Azevedo à morte, com apenas 20 anos, em 1852.

Em 'Cinco Minutos' (1856), José de Alencar faz da tuberculose como um dos personagens principais do enredo. No romance, o casal que se apaixona não se permite viver esse amor por causa da doença, que fragiliza ainda mais a heroína. A possibilidade de cura permeia a obra, que acaba salvando o destino dos amantes nas últimas linhas, com a cura súbita da personagem feminina. Novamente, a beleza e o amor se relacionam ao personagem feminino acometido pela tuberculose.

O romance 'Floradas da Serra' (1939), de Dinah Silveira de Queiroz, cuja trama se passava em Campos do Jordão, foi um sucesso de público, ganhando posteriormente, adaptações para o cinema e para televisão.

Manuel Bandeira, dentre os diversos poemas em que retratou sua tísica, destaca-se o Pneumotórax, que nos dá uma amostra do reflexo da tuberculose, presente em sua vida e obra:

Pneumotórax
 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.

Na reunião das possibilidades dadas pelo sofrimento e pela capacidade de expressão escrita, dos poetas e romancistas, era que se podia explicar, em parte, a associação de uma maior capacidade intelectual do escritor tuberculoso. Foi escolhendo, dentro de suas condições e

estilo de vida, que os artistas literários encontraram um modo próprio de manejar e se impor frente às dificuldades e aos estigmas inerentes à doença, alcançando o reconhecimento do público. Ou seja, estar doente trazia o amadurecimento intelectual e estilístico aos jovens escritores.

Uma vez doentes, poderiam sentir no corpo as dores e privações, transformando-as em histórias e versos que representavam o espelho da sua vida; expondo sensações e conflitos que somente àqueles que os possuíam, seria possível os descrever. Assim, muitos escritores que não tiveram tuberculose expressavam desejo de contraí-la. A idéia parecia ser a de que a inspiração dependia da experiência real e pessoal de estar condenado pela moléstia do século XIX. Para alguns não bastava ler, saber e ver coisas para escrever sobre elas, mas era necessário, sobretudo, sentir no corpo as emoções que seriam anexadas ao texto (GONÇALVES, 2000).

Além disso, a doença tinha uma incidência maior no início da vida adulta, tolhendo a liberdade de experimentar e vivenciar as paixões, logo, a idade em que se ama é também aquela em que se morre. Concomitantemente, o primeiro cartaz idealizado pela Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, em 1922, traz uma mensagem iconográfica que sugere uma concepção romântica da doença, acompanhando a visão das artes do século XIX. No seu centro vê-se a imagem de uma mulher seminua, em vestes diáfanas, apagando de forma cuidadosa uma figura sombria e negra, a da morte, estampada no mapa do Brasil. Pode-se interpretar essa imagem como a representação de Higéia ou Hígia – raiz da palavra moderna higiene –, considerada a deusa da saúde, da prevenção da doença e da promoção da vida.

LUTEMOS CONTRA
A TUBERCULOSE

APAGUEMOS DO BRASIL
ESSA MANCHA DE MORTE

A TUBERCULOSE
é a doença mais grave
do Rio de Janeiro. É
a que mata mais gente, e
quando não mata entra-
quece, atormenta, deforma,
torna a vida cheia de acha-
ques. Mas a
TUBERCULOSE
é seguramente evitável.
Aprende, ensina, ajuda a
evitá-la.

Dirija-se à Inspeção de Profilaxia da Tu-
berculose - rua Tenente
Fossato N.º 15 - Tel. C. 8449,
ou aos dispensários: de
Botafogo - rua General Be-
veriano N.º 911; do Estácio -
rua Estácio de Sá N.º 49;
do Meyer - Rua Imperial N.º
40; do Ramos - rua Roberto
Silva N.º 25.

Inspeção de Profilaxia da
Tuberculose - D. N. S. P.

Figura 5: Cartas da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, 1922

Fonte: Acervo Casa de Oswaldo Cruz (COC) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A imagem feminina fragilizada pela doença, amplamente difundida como a perfeição estética pela Segunda Geração Romântica, foi adaptada pela Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose no sentido de inverter a fragilidade feminina em força capaz de vencer a grande moléstia de todo os tempos. A adaptação feita na forma iconográfica, com a deusa Hígia vencendo a luta contra Tântatos, o deus da morte, e na forma textual convocando a todos para que: “*Luctemos contra a Tuberculose e Apaguemos do Brasil essa Mancha da Morte*”.

1.4 Conhecendo a tuberculose e suas formas de transmissão

A tuberculose, possivelmente, trata-se da doença mais comum e antiga da humanidade. Doença infecciosa de evolução crônica, que compromete principalmente os pulmões. Antes de atingir o ser humano, a tuberculose afetou primeiro animais. Os primeiros humanos possivelmente infectaram-se por ingestão de carne ou leite contaminado. Com o decorrer do tempo, bacilos mutantes de localização pulmonar facilitaram a transmissão por via aerógena, com uma virulência maior, o que favoreceu a sua disseminação, passando a doença a se firmar como própria da espécie humana (MELO, 2005).

Antonie Villemin, médico francês relatou uma série de experimentos que demonstram ser possível transmitir a tuberculose de um animal a outro por inoculação. Em seu importante livro *Étude sur la Tuberculose*, publicado em 1868, o referido cientista desenvolveu ainda mais o seu trabalho. Estudos posteriores de Villemin levaram-no à conclusão de que a tuberculose não se origina em homens ou animais em virtudes de alterações atmosféricas, hereditariedade ou condições ambientais ruins. Sua causa é, ao invés, algum princípio virulento organizado, presumivelmente um germe microscópico capaz de se multiplicar no organismo e de se transmitir por contato direto ou através do ar. Entretanto, por não ter conseguido isolar o vetor transmissor da doença, seu trabalho não teve a repercussão merecida (ROSEN, 1994:241).

No entanto, a continuidade de pesquisas possibilitou, em bem pouco tempo, que o agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis*, fosse descoberto por Robert Koch, em 1882, que mediante pesquisas conseguiu isolar e descrever o bacilo, permitindo o seu cultivo e reprodução da doença em animais de laboratório (MELO, 2005).

A tuberculose não se assemelha a qualquer outra doença, não podendo ser comparada a outro tipo de moléstia. Começa de um modo singular, tão insidiosa que, na maior parte das vezes, a data de seu exato início não pode ser determinada. Evolui de forma toda particular, tão imprevisível que as recaídas parecem não ter a mínima causa, e as curas espontâneas por

vezes rápidas, se produzem igualmente, sem que o próprio doente tenha recebido qualquer tipo de tratamento (STEPHANI, 1933).

A tuberculose aproxima-se de nós, ou dos membros de nossa família, disfarçada sob os nomes de fadiga, de febre de crescimento, de resfriado, de bronquite, de pleurisia⁵, de escrofulose⁶, de clorose⁷, de anemia, instalando-se com uma etiqueta falsa, para mais tarde mostrar sua verdadeira identidade.

As primeiras manifestações clínicas associadas à tuberculose são: a palidez, a febre, a sudorese, e os sintomas pulmonares, caracterizados pela tosse, expectoração purulenta ou sanguinolenta e, por vezes, a hemoptise (ver nota 4). Apesar de a hemoptise constituir manifestação freqüente da doença e da semelhança morfológica das palavras, o radical *ptise* tem outra etimologia, inteiramente diversa da tísica. Hemoptise formou-se do grego *haîma*, sangue, somado ao verbo *pyto*, que significa escarrar, enquanto tísica, como já visto, tem sua origem no radical latino *phthisis*. (REZENDE, 2004).

Entre as formas de tratamento e prevenção ao contágio, o método tradicional era o isolamento do enfermo, método adotado pelos egípcios que a conheciam e isolavam os doentes. No entanto, a natureza infecciosa da tuberculose somente fica mais clara no século XVI, com Gerolamo Fracastoro de Verona, expressão médica da Renascença italiana, precursor dos estudos das doenças infectoparasitárias. Fracastoro reconhecia que a doença era transmitida por via aérea, sendo o responsável, provavelmente, um agente vivo eliminado pelos doentes, e separava essa forma de disseminação das que se observavam em outras doenças transmitidas por contágio direto, materiais contaminados ou vetores animais (ROSEN, 1994).

O encontro entre o germe da tuberculose e a espécie humana levou o agente infeccioso a desenvolver estratégias de adaptação ao novo hospedeiro. Além da perda da capacidade de

⁵ Pleurisia: inflamação na pleura. O pleuris, na maioria das vezes, é devido a uma infecção tuberculosa ou a uma infecção por germes piógenos. Manifesta-se por aparecimento de grande quantidade de líquido que pressiona o pulmão e dificulta a respiração (KOOGAN & HOUAISS, 1998).

⁶ Escrofulose: é uma doença de origem tuberculosa, que provoca escrófulas, isto é, ingurgitamento dos gânglios linfáticos devido a causa vária, às vezes infecciosas (KOOGAN & HOUAISS, 1998).

⁷ Clorose: Descrita por médicos ingleses e americanos no século XIX como um grave e comum problema entre as meninas adolescentes e que desapareceu dos registros médicos por volta da terceira década do século XX. Também chamada de “doença verde”, caracterizava-se pela palidez, fraqueza, cansaço, irritabilidade, constipação e irregularidade menstrual (CORDÁS, 2002),

multiplicação no meio exterior, o bacilo inicialmente sofreu um significativo aumento de virulência para, na continuidade, restringir sua capacidade destrutiva, tornando-se um comensal aceitável para os indivíduos e para os agrupamentos humanos (BERTOLLI FILHO, 2001).

Nessas condições, o micróbio da tísica encontrou nos pulmões do ser humano o ecossistema favorável à sua sobrevivência, ganhando possibilidade de reprodução em um ambiente ao mesmo tempo quente e úmido, arejado e sombrio. Com a proliferação bacilar em forma de colônias, partes das sementes usualmente migram para outras regiões do aparelho respiratório, podendo se disseminar por todo o organismo contaminado, por meio das vias bronco-gênica, linfática e hematogênica. Outra parcela dos germes é expulsa pelas vias aéreas, poluindo o meio ambiente, caracterizando a principal forma de difusão da doença.

No prazo de 24 horas, um indivíduo infectado pode expelir até 3,5 milhões de bacilos da tuberculose, muitos dos quais presentes em gotículas microscópicas que são eliminadas através da tosse, do espirro ou no processo da fala. Essas minúsculas partículas podem flutuar por um período de 8 horas, depositando-se em roupas, lenços, livros, móveis e na poeira, como demonstra a Figura 6:

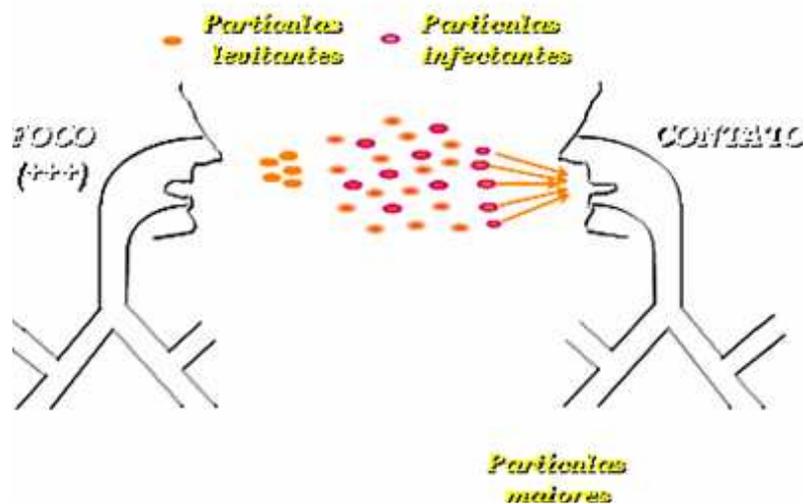


Figura 6: Formas de transmissão da Tuberculose
Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 1937.

Ao se instalar no organismo humano, o Bacilo de Koch permanece inativo por cerca de três dias. A partir desse momento inicia-se o ciclo de reprodução que se renova a cada 18 horas,

média superior à de outras variedades microbianas. Também, no mesmo período é ativado o processo de defesa orgânica, primeiramente como resposta imunológica inespecífica e logo depois por meio de reações imunológicas específicas, mediante a ampliação da capacidade de fagocitose das células, que se mobilizam contra o elemento invasor.

Neste encaminhamento, o foco primário da infecção geralmente produz uma lesão inflamatória, localizada na região subpleural. Entre a terceira e a oitava semana, os bacilos já formaram colônia capaz de produzir reação inflamatória elementar, evidenciando a existência de um processo destrutivo dos tecidos pulmonares. Estabelecida a primoinfecção, a continuidade da doença permanece incerta, podendo evoluir para uma tuberculose crônica ou, mais raramente, para a tísica progressiva aguda. A infecção, contudo, pode permanecer estacionária, abrindo chances para que os bacilos latentes reiniciem sua ação destrutiva anos após o evento inicial. (MELO, 2004).

O quadro clínico apresentado pela tuberculose é extremamente complexo, advogando-se que essa patologia é a mais caprichosa de todas as doenças, dada a multiplicidade de sintomas que podem confundir o diagnóstico médico. Na fase inicial, a infecção apresenta-se quase sempre silenciosa, ou com manifestações discretíssimas, difíceis de serem detectadas pelo Raio X. O diagnóstico definitivo encontra apoio numa radiografia pulmonar, na tomografia, na análise laboratorial do esputo e na prova tuberculínea.

Importante lembrar que essas formas de diagnosticar a tuberculose, hoje utilizadas, possuem suas origens naqueles que surgiram a partir da década de 1940, quer seja, Raio-X, Abreugrafia, prova de escarro, entre outras.

2. SAÚDE NA ERA VARGAS: o problema da tuberculose

2.1 Saúde e Políticas Públicas

O período denominado pela historiografia como Primeira República, que se estendeu de 1889 a 1930, pode ser identificado como momento de intensa instabilidade política, em que a maior parte da sociedade brasileira esteve apartada do processo de democratização do país. Em termos de políticas públicas, como observado no capítulo anterior, a demanda por respostas às necessidades de infraestrutura somente se tornavam realidade no sentido de atender ao mercado cafeeiro e à produção industrial incipiente que traçavam os rumos do espaço urbano. Portanto, durante a Primeira República, o poder político, em nível federal, era regido pela elite oligárquica dos principais estados – Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais –, que se revezavam na gestão poder político de âmbito nacional.

Importante lembrar que, unido ao processo de implantação da República do Brasil, diversos outros acontecimentos contribuíram para modificar toda a estrutura político-social da nação: a abolição da escravatura, a inserção da mão-de-obra livre imigrante, e, principalmente, o processo de urbanização das cidades brasileiras, tendo como parâmetro a concepção moderna de urbanismo.

Essa é a época que a cidade começa a suplantar o campo, como universo civilizatório diferente. Aliás, é nessa ocasião que se instaura efetivamente o conflito entre a cidade e o campo no Brasil. As campanhas de opinião pública realizadas nesses tempos simbolizam as tensões crescentes entre o mundo agrário e o mundo urbano em formação. Em certos casos, implicam uma reformulação das relações entre ambos. Essa é a fase da história nacional em que se desenvolvem os debates relacionados aos seguintes problemas: abolição da escravatura, imigração colonizadora e de ‘braços’, livre-cambismo e protecionismo à indústria nascente, a República e a Federação, a grande nacionalização, a separação entre a Igreja e o Estado. Esses são temas da civilização urbana (COSTA, 1982:313).

Ou seja, a configuração da sociedade se alterara de forma significativa e muito rápida, exigindo-se, cada vez mais, ações governamentais que atendessem às necessidades da população que crescia, principalmente nas cidades.

A República, como sinônimo de Governo Moderno, encontrou um país arraigado por permanências culturais e estruturais advindas do Período Colonial e Imperial, principalmente nos perímetros urbanos. Portanto, para a chegada da modernidade, fazia-se necessário por em prática planos de desenvolvimento urbano de forma emergencial, que atendessem à crescente

industrialização. Não obstante, crescia a necessidade latente do aglomerado populacional que migrava para as cidades, a criação desses ambientes acabavam por otimizar a proliferação de diversas doenças infecto-contagiosas. O período que compreende a Primeira República, os governos em âmbitos federal e estaduais, pouco realizaram no sentido de implantação de políticas públicas voltadas para a saúde da população menos favorecida, deixando, muitas vezes, ao encargo de instituições filantrópicas as atribuições de atendimento e cuidados com os doentes carentes. A opção foi criar um cenário de modernidade, transferindo para as margens das cidades as imagens da pobreza e tudo que lembrasse a debilidade da sociedade.

Indiferente aos problemas sociais que existiam na Primeira República, o governo tinha por preocupação básica atender aos interesses das elites regionais, principalmente nas regiões produtoras de café. O favorecimento do governo aos produtores de café provocou ressentimentos entre os industriais, que desejavam que o governo, a todo custo, incentivasse a produção local (FRANCO & HEES, 2003:83).

Assim, as pesquisas no campo da saúde, no contexto de formação da República do Brasil, estiveram ligadas às políticas públicas desenvolvidas no sentido de urbanização das cidades, mediante a integração de médicos, higienistas e/ou sanitarista, que compunham as equipes de profissionais contratados pelo poder público para sanear as cidades. No primeiro momento, a importância em criar um ambiente adequado para atrair investimentos estrangeiros fez com que se afastasse dos centros urbanos qualquer imagem relacionada à pobreza e às doenças, nesse contexto, encaradas como sinônimas. Mesmo assim, algumas enfermidades não se restringiram às populações periféricas ou aos limites territoriais que dividiam a *urbe* salubre da insalubre. Em outros termos, a opção por criar uma infraestrutura sanitária excludente acabou por proporcionar a ocorrência de epidemias sem distinção de espaços.

Em termos de pesquisas médicas, desenvolvidas nacionalmente, o marco inicial se fez em 1892, na cidade de São Paulo, com a criação dos laboratórios: Bacteriológico, Vacinogênico e de Análises Clínicas e Farmacêuticas, que se tornaram respectivamente o Instituto Butantã, o Instituto Biológico e o Instituto Adolfo Lutz. No Rio de Janeiro, a partir de 1899, foi criado o Instituto Soroterápico de Manguinhos que em 1908 deu origem ao Instituto Oswaldo Cruz. No entanto, as atividades desenvolvidas nas referidas instituições de pesquisa tinham alcance limitado nos demais estados da federação, conseguindo melhores resultados de diminuição e estabilidade das doenças contagiosas ou parasitárias em São Paulo e no Rio de Janeiro, onde se localizam. Portanto, o período foi marcado pelas doenças que afligiam à população

brasileira e vitimavam inúmeras pessoas, no sentido de dar fim a essa problemática, implementar ações passou a ser uma preocupação efetiva do Estado Federal.

Com a chegada da década de 1930, a conjuntura política, em termos federais, se altera significativamente, mantendo certa instabilidade política. Mediante a Revolução de 1930, Getúlio Vargas passa a gerir a presidência do Brasil, o que significou o fim da República Velha e da supremacia oligárquica no poder. A primeira ação tomada por Vargas foi uma ampla reforma político-administrativa, como mecanismo de controle social. As políticas sociais adotadas, dentre elas as ações de melhorias da saúde pública, tiveram também importante significado no que diz respeito à construção do Estado Nacional mediante a centralidade político-administrativa.

Havia um projeto político de construção do Estado brasileiro (idéias programáticas) no qual a área da saúde pública se inseria por meio de um programa de institucionalização de serviços de âmbito nacional (campo/proposição/administrativa) e que, no seu processo de definição e implementação, orientou-se por princípios e idéias da vasta produção intelectual acerca de nossa política nacional (filosofia pública) e em prol de um sistema centralizado de gestão (FONSECA, 2007:16).

A partir da década de 1930, e com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, observa-se uma maior importância do mundo urbano em relação ao rural, em virtude da opção por uma política estatal em prol do desenvolvimento da indústria. Uma das conseqüências, originadas a partir desse processo, vincula-se ao aumento do fluxo migratório da população rural para as cidades. A opção do governo, como já mencionado, limitou-se à adoção de medidas populistas centralizadas como forma de controle social. Nesse sentido, as Caixas de aposentadorias e pensões serviram como modelo para a ampliação do sistema previdenciário, que passou a beneficiar trabalhadores de diferentes setores. O sistema previdenciário corporativista passa a ser definido pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Segundo Fonseca (2007), a definição de políticas sociais passaria pela negociação entre o governo, os trabalhadores e a classe patronal, o que significou a ampliação do sistema previdenciário para uma gama de trabalhadores do mercado formal. Apesar da ampliação do sistema de previdência social, toda a parcela da população urbana e rural, que se encontrava no mercado de trabalho informal, ou fora dele, como mulheres e crianças, não eram beneficiadas pelo referido sistema previdenciário.

Assim, durante a Era Vargas (1930-1945), no campo da saúde, os trabalhadores passaram a contar com uma legislação específica que regulamentava a acessibilidade ao sistema de saúde

em 1943, contam com a normatização de direitos trabalhistas através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

[...] a vasta população urbana e rural que se encontrava à margem do mundo do trabalho formalizado – e portanto também à margem da cidadania regulada – constituiria a clientela para a qual seriam destinadas as políticas sociais de saúde implementadas pelo MESP (Ministério da Educação e Saúde Pública) (FONSECA, 2007:38 – Grifo nosso).

Com a visão de centralizar as políticas públicas, ainda no ano de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), cuja proposta era a de remodelação dos serviços sanitários do país (BERTOLLI FILHO, 1998:30). Com a criação do referido ministério, buscou-se universalizar o acesso às políticas públicas sociais, entre elas aquelas envolvendo a saúde pública, de forma assistencialista e coletiva, para a maior parte da população que se encontrava desamparada pelo sistema previdenciário corporativista e individualista. Gustavo Capanema ocupou o cargo de Ministro do MESP, entre os anos de 1934 e 1945, sendo o principal articulador para a nacionalização do sistema de educação e saúde. Pertencente a elite intelectual que teve acesso ao poder na Era Vargas, Capanema via nas políticas sociais o mecanismo de centralização do poder político pela federação, desde que fossem respeitadas as singularidades regionais e firmadas a negociação entre a União, os estados e os municípios. Para o Ministro, a saúde deveria ser tratada como direito e bem coletivos, preservando assim a sociedade em sua plenitude, ideologia que se contrapunha diretamente ao sistema previdenciário vigente, que se caracterizava pela assistência médica individualizada e dependente do mercado de trabalho formal.

Portanto, as distinções entre a clientela assistida pelo MTIC e pelo MESP, no que concerne ao atendimento médico, ficavam bastante nítidas:

De um lado se consolidaria a assistência médica individual previdenciária implementada no MTIC, a qual, com o passar dos anos, tornou-se uma das principais referências para a prestação dos serviços públicos de saúde voltados para os indivíduos reconhecidos como cidadãos, ou seja, para aqueles inseridos no mercado de trabalho e amparados por princípios corporativos. De outro lado, no MESP, atrelada à educação, seria estruturada a saúde pública, ou melhor, tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área de abrangência da medicina previdenciária (FONSECA, 2007:41-42).

Importante destacar que, na década de 1930, a saúde pública não era posta como um direito social ou fruto da demanda vigente, mesmo assim, houve a preocupação em se universalizar o sistema de saúde, tendo o Governo Federal como principal gestor. A remodelação do sistema

de saúde pública brasileira, durante a Era Vargas, por não se tratar de uma conquista da população, teve o sentido de uma concessão do governo, representada pela imagem paternalista do Presidente.

Em suma, por meio do sistema previdenciário, primeiro via MTIC e em seguida pelos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, é que se viabilizava a medicina curativa, pelo menos para os trabalhadores com carteira assinada. Competia ao MESP e, a partir de 1953, com a criação do Ministério da Saúde desvinculado do da Educação, providenciar ações voltadas para a medicina preventiva, com campanhas informativas e educacionais, de forma a abranger a sociedade como um todo.

Nessa perspectiva, observa-se que durante o primeiro período do governo getulista, houve uma diminuição considerável das doenças epidêmicas, como febre amarela, malária, cólera, entre outras, graças à legislação que garantiu o acesso e o tratamento dos enfermos pertencentes, principalmente, às classes operárias. Porém, na mesma época, ocorreu um crescimento das chamadas doenças de massa, que se proliferavam nas cidades, graças ao aumento populacional e à ineficácia de políticas públicas na contenção da doença e do tratamento dos enfermos. Doenças como a tuberculose ou a lepra, segundo a orientação dos especialistas, exigiam formas diferenciadas de combate e tratamento, devido a suas formas de proliferação.

Sendo assim, os operários tuberculosos, devido às exigências impostas pelo tratamento, demasiadamente prolongado, enfrentavam dificuldades para receber assistência médica, o que provocou a criação de uma legislação específica para esses doentes: “O doente devia optar entre receber uma parte do salário e tratar da saúde por conta própria, ou submeter-se ao isolamento sanatorial, abrindo mão de qualquer ajuda econômica. Nenhuma das alternativas garantia o apoio necessário aos trabalhadores com tuberculose” (BERTOLLI FILHO, 1998:33).

Entre as medidas, vistas como essenciais na luta contra a tuberculose, podemos citar a necessidade de montar uma infraestrutura específica que englobasse o atendimento ao enfermo, a assistências aos filhos dos trabalhadores, o mapeamento dos casos e a adoção de medidas profiláticas para inibir o aparecimento de novos casos. No sentido de consolidar as metas expostas, fazia-se necessária a construção de dispensários, de sanatórios e de preventórios por todo o país (RIBEIRO, 1956).

O dispensário representava a unidade de saúde que tinha como função diagnosticar os casos e, a partir do indivíduo, mapear os possíveis contaminados dentro da comunidade que o convalescido pertencia. Outras atribuições do dispensário se ligavam ao controle da doença mediante ações profiláticas – como a de ministrar a vacinação em massa pela BCG – e eliminação de fontes de infecção. Com a difusão das técnicas terapêuticas, a exemplo da colapsoterapia curativa⁸, a ação dispensarial podia ser executada satisfatoriamente por unidades sanitárias gerais, mesmo as mais rudimentares, localizadas no interior do país.

O plano inicial de se constituir hospitais voltados ao tratamento dos tísicos remonta ao ano de 1935, com a construção de pequenas unidades na cidade do Rio de Janeiro, tendo em mente conceber a difusão de sanatórios em todo o território nacional.

A partir da década de 1940, uma das realizações administrativas de controle da tuberculose foi a criação do Departamento de Tuberculose, vinculado à Secretaria de Saúde e à Assistência da Prefeitura do Rio de Janeiro, corroborando para sistematizar a luta contra essa enfermidade em todo território nacional. Na mesma década, através do Decreto nº. 3.171, de 02 de abril de 1941, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), que tinha como atribuições: a realização de estudos sobre os problemas vinculados à enfermidade; o planejamento de uma campanha profilática; a organização, coordenação e fiscalização de instituições públicas e privadas dedicadas ao combate à tuberculose; por fim, constituir-se como órgão realizador no controle e combate à doença, ao que competia à administração federal.

Outra importante ação foi o Convênio celebrado entre o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) e o Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose (IBIT), pelo Decreto-lei nº. 9.387, de 20 de junho de 1946. O IBIT, com sede em Salvador e com Direção Técnica do fisiologista Dr. José Silveira, mediante o convênio firmado com o SNT, se comprometia a colaborar com a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Assim, o IBIT, instituição prioritariamente de pesquisa, passou a fornecer não apenas os resultados de estudos desenvolvidos em suas dependências, mas também criou em sua sede um verdadeiro dispensário modelo, que serviu para preparar técnicos, ampliando os cursos e estágios para a

⁸ Colapsoterapia curativa – tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar, no qual o doente é colocado, total ou parcialmente, temporária ou permanentemente, em estado respiratório afuncional de retração e imobilização. O método foi desenvolvido, em 1894, por Carlos Forlanini, na Itália, e difundido, a partir de 1912, por Oliveira Botelho, no Rio de Janeiro. (CNCT, 1960).

demanda de pessoal especializado em todo o território nacional. Conforme a Cláusula Terceira e Quarta firmadas pelo Convênio:

Cláusula Terceira – De comum acordo, o IBIT e o Serviço Nacional de Tuberculose procurarão dotar o País de um centro de preparação de pessoal, de aperfeiçoamento técnico e de progresso cultural especializado, visando dar à Campanha Nacional Contra a Tuberculose o máximo de rendimento e à cultura médica nacional uma instituição do mais alto nível técnico.

Cláusula Quarta – Para o estabelecimento de um programa de pesquisa no campo da tuberculose, seja pesquisa biológica, seja pesquisa social, o IBIT e o SNT estudarão os meios de elaborá-lo em unidade de vista, evitando dispersão de esforços e gastos materiais supérfluos, em benefício da obra comum de interesse nacional (SILVEIRA, 1977:98).

Em razão dessas ações, é possível afirmar que políticas públicas, voltadas para a saúde, em especial aquelas que envolviam o combate à tuberculose, foram aplicadas. Para dar conta de responder a esta questão, entendemos ser importante definir políticas públicas. Segundo Marin Filho (2005:82) as políticas públicas podem ser definidas como “[...] expressão da postura do poder público em face dos problemas e dos diferentes atores que compõem o cenário e sua intenção de dar respostas afeiçãoadas ao papel do Estado na sua relação com a sociedade”. Partindo da referida definição, normalmente, costuma-se pensar o campo das políticas públicas como aquele caracterizado pela administração ou setor técnico, livre, portanto, do aspecto político propriamente dito, mais evidenciado na atividade partidária e eleitoral.

A compreensão do significado das políticas públicas corresponde a um duplo esforço: de um lado entender a dimensão técnico-administrativa que a compõe buscando verificar a eficiência e o resultado prático para a sociedade das políticas públicas; e de outro lado reconhecer que toda política pública é uma forma de intervenção nas relações sociais em que o processo decisório condiciona e é condicionado por interesses e expectativas sociais (LAMONIER, s.d:3).

Nesse sentido, a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), dentro da conjuntura político-econômica do pós-guerra, integrou um conjunto de medidas de intervenção governamental na área social, tratando-se dessa maneira como uma política pública específica no combate à tuberculose. Com a CNCT, o Governo Federal procurava facilitar a construção de edifícios hospitalares para o controle da doença, cabendo sua execução aos órgãos oficiais, paraestatais ou privados, que dela participassem (BRASIL, 1951).

A construção de edifícios hospitalares no país pautou-se em um levantamento estatístico sobre a incidência da tuberculose no território nacional, intitulado Estudos de Zoneamento do Brasil

para Execução da Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Nesse estudo, realizado em 1946 pelo Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), encontram-se informes epidemiológicos, índices de mortalidade, de morbidade e de infecção ocasionados pela tísica, entre outros dados, para avaliação da abrangência da doença. A partir desse levantamento foi possível traçar um plano de execução na luta antituberculose nos grandes centros populacionais brasileiros.

Os trabalhos, que subsidiavam a Campanha, desenhavam o perfil da doença em todo o país e destacavam, dentre os pontos fundamentais do plano a ser executado, a necessidade de se isolar 22.000 focos da doença; suprir um déficit de 14.000 leitos; e criar um modelo de sanatório popular de baixo custo e de fácil adaptação às diversas regiões do país, oferecendo condições mínimas de conforto e funcionamento.

Os estudos epidemiológicos realizados pelo SNT demonstraram que a tuberculose se desenvolvia nos grandes agrupamentos humanos e de lá se propagava a outros centros, conforme a intensidade dos intercâmbios, ou seja, o contato humano que possibilitava a troca viral (BRASIL, 1949, publicado em 1951). Assim, constata-se que a tuberculose é uma moléstia resultante das aglomerações populacionais, maiores as facilidades de difusão da doença em ambientes urbanos, afirmativa que coadunava com as pesquisas de renomados tísicos brasileiros, como o Dr. José Silveira, que elegiam a tuberculose como sendo uma doença social (SILVA, 2006).

Os principais focos das ações de controle epidemiológico encontravam-se nos centros urbanos, locais de maior densidade demográfica e com condições precárias de salubridade. Os coeficientes variavam de 300 a 500 óbitos por 100 mil habitantes. Essa questão demográfica já havia sido observada pela DGSP, em 1904, concluindo que as questões da habitação insalubre e da aglomeração populacional nas cidades relacionavam-se à incidência da tuberculose.

A distribuição geográfica da tuberculose na cidade acompanha, paralelamente, a densidade da população e as precárias condições de habitação. Onde é mais densa a população e onde mais abunda o proletariado é também onde mais aumenta o obituário da tuberculose (Apud NASCIMENTO, 1991:18).

Assim, a intensidade de ação da CNCT foi dirigida predominantemente aos grandes centros populacionais, pois se acreditava que a segregação urbana, mediante confinamento dos doentes mais graves em sanatórios, e o tratamento dispensarial para o diagnóstico precoce,

repercutiria imediatamente no campo. Em recenseamento realizado no Brasil, em 1940, verifica-se que os grandes centros urbanos ainda eram em pequeno número, existiam apenas 121 cidades com mais de 50 mil habitantes dentre os 1.547 municípios do território nacional (BRASIL, 1951).

A CNCT compreendia duas correntes médico-administrativas, a primeira favorável aos dispensários, entendia que a descoberta da doença no estágio inicial, mediante cadastro torácico em massa, aumentaria as chances de recuperação do doente e a corrente favorável ao sanatório, alegavam à necessidade de se interromper a cadeia de transmissão da doença, isolando-se a maior parte dos focos. Entretanto, no que diz respeito ao tratamento dispensarial, a corrente favorável ao sanatório previa que o atendimento ambulatorial dependia da disposição do paciente em prosseguir o tratamento até o combate do bacilo e, muitas vezes, aos primeiros sinais de melhora, o paciente abandonava a medicação e o acompanhamento clínico, o que provocava os casos de reincidência. Os defensores do tratamento em regime sanatorial insistiam na noção de isolamento do paciente e no seu acompanhamento até a negatividade da doença, já que o tratamento ambulatorial era ineficiente na maioria das situações.

O médico tisiologista Raphael de Paula Souza, adepto da segunda corrente, permaneceu no cargo de Diretor do SNT entre os anos de 1946 a 1950, período em que se registrou a construção do maior número de sanatórios no Brasil e o conseqüente aumento no número de leitos, conforme consta do Relatório de Atividades do Serviço Nacional de Tuberculose durante o ano de 1950. Em depoimento, Raphael de Paula e Souza, assim dispôs: “Eu me convenci que para a Campanha, deveríamos construir e dar ênfase ao hospital e ao sanatório, porque só o pneumotórax de ambulatório não resolveria” (BARREIRA, 1992:74).

Enquanto os opositores da hospitalização consideravam que ela deveria ser reservada aos casos cirúrgicos, a realidade convivia com diferentes recortes que invalidavam essa proposição. Idéias como a construção de “parques proletários de isolamento” e outras medidas, que levavam em conta o reconhecimento da origem social da maioria dos doentes, permeavam as decisões.

A opção do superintendente da Campanha, embora contrariando a corrente favorável à ênfase no tratamento ambulatorial, era politicamente forte, no sentido de que atendia a uma gama de interesses muito variados em que incluíam as reivindicações das autoridades sanitárias, preocupadas com o isolamento dos focos, e as demandas sociais, pois as famílias além de

temerem o contágio, não tinham quem, nem como cuidar dos doentes. Não há como esquecer também os interesses econômicos representados pelas empresas da indústria farmacêutica, interessadas ao aumento do consumo de medicamentos e das empresas de construção civil, que viam a possibilidade de ampliar seus negócios. Mas, de outro lado, há críticas, apoiadas pelos donos de sanatórios particulares, que se consideravam prejudicados, embora houvesse muitos tuberculosos (ORNELLAS, 1995:142-43).

Coadunando com essa visão, Castro et alli (1992:51) assim dispõe:

Promover o isolamento da massa de tuberculosos ‘contagiantes’ de modo a conter a ‘avalanche de doentes’ que vinham do interior pelas novas vias de transporte, em sentido contrário ao que havia ocorrido com a disseminação da doença; assumir o encargo de abrigar e tratar o tuberculoso pobre; atender a reivindicação da classe operária por assistência médica; fortalecer o partido da situação através da prática de clientelismo, pela intermediação das internações de doentes cujas famílias não tinham meios para mantê-las e tratá-los em casa e nem mesmo enterrá-los. O número de leitos é aumentado, mas o tratamento incorreto aumenta o número de crônicos e os leitos dos sanatórios continuam ocupados.

Assim, entre os anos de 1941 e 1942, no Brasil, existiam 64 hospitais especializados no tratamento de tuberculosos, totalizando 5.561 leitos para uma população de 41.497.980 habitantes, o que correspondia a 0,1 leito a cada mil pessoas (ALMEIDA, 1954:26). Diante dos dados, na entrada da década de 1940, a situação de combate à tuberculose via sanatórios se mostrava ineficiente. Em 1956, os edifícios destinados ao combate da doença de tuberculose já totalizavam 109 hospitais especializados e 132 não especializados, mas que mantinha leitos para tuberculosos, corroborando com a informação de que a partir de 1946 e com o tisiologista Raphael de Paula Souza à frente do SNT, houve a preocupação em ampliar o serviço sanatorial no Brasil (RIBEIRO, 1956). Mesmo com o aumento considerável de hospitais especializados, ao término da década de 1950, o número de leitos para atender os tuberculosos ainda era insuficiente.

Ainda que o isolamento e a internação dos tísicos fosse posto como melhor opção de tratamento, a prevenção e assistência inicial continuariam a serem atribuídas aos dispensários e ambulatórios. Portanto, acrescenta-se que, de Norte a Sul do Brasil, foram construídos dispensários e preventórios, com objetivo de dar conta dos infectados que não estavam sendo assistidos nos sanatórios e com o objetivo de também implementar ações preventivas e de mapeamento da moléstia. Pela Tabela 3, observam-se a existência de 133 dispensários e 11 preventórios, espalhados pelos 23 estados que compunham a federação:

TABELA 3
Armamento Hospitalar Antituberculose

| LOCAL | SANATORIOS | TOTAL LEITOS | DISPENSÁRIOS | PREVENTÓRIOS |
|-----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| Acre | 1 | 12 | 1 | 0 |
| Alagoas | 1 | 230 | 1 | 0 |
| Amapá | 0 | 14 | 1 | 0 |
| Amazonas | 1 | 170 | 2 | 0 |
| Bahia | 3 | 746 | 4 | 1 |
| Ceará | 3 | 446 | 1 | 0 |
| Distrito Federal (RJ) | 30 | 6913 | 33 | 3 |
| Espírito Santo | 2 | 272 | 3 | 1 |
| Goiás | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Maranhão | 1 | 150 | 2 | 0 |
| Mato Grosso | 1 | 38 | 1 | 0 |
| Minas Gerais | 17 | 2069 | 5 | 1 |
| Pará | 0 | 103 | 2 | 0 |
| Paraíba | 2 | 189 | 2 | 0 |
| Paraná | 4 | 708 | 3 | 1 |
| Pernambuco | 3 | 926 | 6 | 1 |
| Piauí | 1 | 112 | 1 | 0 |
| Rio Grande do Norte | 1 | 173 | 1 | 0 |
| Rio Grande do Sul | 2 | 1941 | 12 | 1 |
| Rondônia | 0 | 12 | 1 | 0 |
| Santa Catarina | 0 | 217 | 4 | 0 |
| São Paulo | 36 | 5655 | 45 | 2 |
| Sergipe | 1 | 60 | 1 | 0 |
| TOTAL | 109 | 21156 | 133 | 11 |

Fonte: RIBEIRO, 1956:213-284. Adaptada pela autora.

Pelos dados da Tabela 3, nota-se que no estado de São Paulo, seguido pelo do Rio de Janeiro, ao priorizar o controle de doenças epidêmicas com o processo de urbanização iniciado no século XIX, teve resultados quanto ao maior número de dispensários ao se comparar com os demais estados. Decerto, a precoce urbanização e conseqüente industrialização, fizeram com que as populações de determinados estados, como São Paulo e Rio de Janeiro, se avolumassem nas principais cidades, o que contribuía para o agravamento de epidemias, exigindo-se mais ações do poder público e da sociedade civil, que em outros estados da federação.

Não obstante, os dados referenciam que a propagação da doença já havia ocorrido em todo o território nacional, sendo uma questão de tempo para que o problema se acentuasse nos demais estados, que por seu turno, estavam fragilizados quanto à falta de mecanismos de tratamento e contenção da tuberculose e outras doenças, dispondo de poucos dispensários e preventórios.

As políticas públicas, a partir da década de 1930, tiveram um sentido de popularizar a imagem do Presidente da República, além de centralizar a administração dos estados federados, sob a égide do Governo Federal e com a primazia de uma legislação que privilegiava as políticas sociais. Quanto à questão da saúde, durante o governo getulista, o operariado, de forma mais uniforme, teve acesso ao sistema previdenciário que lhe garantiu atendimento e assistência médica, o que, coadunando com a Consolidação das Leis do Trabalho, permitiu-lhe ter assegurado os principais direitos que ainda regem a legislação trabalhista.

Importante destacar que se trata de um período em que as relações de produção se alteravam, o que fazia da indústria a possibilidade de avanço econômico do país. Diante da conjuntura, imposta pela industrialização, a dependência de uma classe operária em condições de se integrar ao processo de desenvolvimento, dependia, em grande medida, de condições de vida favorável e do comprometimento do poder público para viabilizar essas condições com ações, voltadas ao saneamento básico, à educação e à saúde.

Como exemplo de políticas públicas implantadas para a questão da saúde, durante o período varguista, houve a preocupação de se padronizar o atendimento ao tuberculoso, investindo-se na criação de uma infraestrutura própria para esse fim. Foi preciso criar toda uma concepção hospitalar, independente da já existente, devido às peculiaridades da doença, que impunha dificuldades quanto ao controle de transmissão e pela longevidade do tratamento. Destaca-se também que a tuberculose, em sua forma endêmica, estava disseminada por todo o território nacional, ao contrário do que ocorria com as ações de pesquisa, prevenção e cuidados aos doentes.

No Rio de Janeiro, na Bahia e em São Paulo já existiam institutos de pesquisas e controle da tuberculose, enquanto o restante do país não possuía sequer o mínimo de saneamento básico ou sistema de saúde adequado para conter essa e outras doenças. A atitude tomada por parte do Governo Federal, em padronizar o atendimento e o controle da enfermidade, promoveu a democratização, dando acesso aos pacientes tísicos, de diferentes regiões do país, às pesquisas

e aos procedimentos médicos desenvolvidos naquela época. Outro ponto de relevância foi a preocupação com o mapeamento da tuberculose em nível nacional, permitindo o planejamento das ações públicas de combate à enfermidade, que passava a ser vinculada à presença de contaminados em determinadas comunidades.

2.2 Papel do estado do Espírito Santo no Combate à Tuberculose

No Espírito Santo, acompanhando o restante do Brasil, a saúde pública ficou a mercê de curandeiros e eventuais boticários durante a maior parte do Período Colonial. Devido à falta de médicos na capitania, nem mesmo a instalação dos Hospitais Militares e da Santa Casa de Misericórdia conseguiram amenizar o problema da saúde pública. Para o Dr. Sebastião Cabral (1992), as citadas instituições serviram muito mais como asilos do que como instrumento produtor de saúde. O mesmo autor informa que até 1813 não existe registro sobre a existência de médicos no Espírito Santo. A partir de 1823 até 1850, com a fundação da Inspetoria de Saúde do Porto do Rio de Janeiro, se processa, no Império do Brasil, um período de descentralização das ações de saúde. O mencionado fato repercutiu de forma desfavorável no Espírito Santo, por se tratar de uma província sem muitos recursos para investimentos nas áreas sociais, muito menos no que diz respeito aos municípios que ficariam com o maior encargo de prover a saúde pública (CABRAL, 1992).

Para o ano de 1856, ainda durante o Império, segundo estatísticas, havia quatro médicos e três boticários na Província do Espírito Santo para atender uma população de 49.092 habitantes entre livres e escravos (OLIVEIRA, 2008). Em 1881, foram instituídas as Inspetorias de Higiene das Províncias, tendo a do Espírito Santo o Dr. Manoel Goulart como Inspetor de Higiene. As atividades da Inspetoria de Higiene da Província, entre os anos de 1886 a 1889, se resumiam à coleta de dados estatísticos, à fiscalização sanitária e ao combate das epidemias provocadas por doenças como varíola, febre amarela e cólera.

Com o advento da República, o Espírito Santo passou por uma estruturação dos órgãos administrativos, sendo criados alguns serviços públicos que visavam à salubridade da população e à adoção de espaços urbanizados, principalmente em Vitória, capital do estado. Dentre os serviços voltados à saúde e higiene da população, destacam-se a criação da Inspetoria de Higiene Pública, a Inspetoria da Saúde do Porto e o Serviço de Limpeza e Asseio Público, todos com sede na Capital. A assistência médica em Vitória era feita por

apenas “[...] um médico dos pobres e uma parteira da pobreza” (OLIVEIRA, 2008:414). Como destacado anteriormente, a preocupação do poder público, na virada para o século XX, em síntese, pautava-se em ações para atender a demanda agroexportadora e recriar um cenário de atração do capital estrangeiro no ambiente urbano, elementos que se fizeram também presentes no Espírito Santo.

Para o sanitarista Sebastião Cabral (1992:12): “No Espírito Santo, o primeiro esboço de organização sanitária só vai aparecer a partir de 1924, mesmo assim com sua atividade máxima concentrada na Capital, que representava na época, um vigésimo da população do estado”. Naquele momento, sob o governo de Florentino Avidos, a Delegacia de Higiene então existente, passa a ser denominada de Diretoria Geral de Higiene tendo como Diretor o Dr. Oswaldo Monteiro, que serviu de marco e começa a organizar a questão sanitária estadual de forma efetiva.

Até a década de 1930, o Departamento de Saúde do Espírito Santo somente se fazia presente quando ocorriam calamidades públicas, dispondo dos seguintes serviços: Diretoria, contabilidade, expediente, almoxarifado, estatística demógrafo-sanitária, laboratório bacteriológico, fiscalização dos gêneros alimentícios e um hospital de isolamento. Nos anos seguintes, multiplicaram-se as atividades sanitárias no estado e uma nova mudança ocorre na estrutura do Departamento de Saúde Pública, que passou a ser dividida em: Diretoria, contabilidade, expediente, almoxarifado, Inspetoria de Profilaxia, Inspetoria de Tuberculose, Educação e propaganda sanitária, laboratório farmacêutico, laboratório bacteriológico, Higiene das habitações, Estatística Vital, Engenharia Sanitária, serviço de veterinária para o gado leiteiro e combate às diversas epizootias, fiscalização de gêneros alimentícios, dispensário de higiene e assistência infantil, Lactário, hospital de isolamento, fiscalização do exercício da medicina, farmácia e odontologia, assistência e inspeção médica e odontológica e educação sanitária escolar (FRAGA, 1941).

Assim, podemos constatar que, a partir da década de 1930, com a mudança da conjuntura política em nível federal, houve maior preocupação quanto aos investimentos nas áreas sociais.

Em relação às medidas tomadas em favor da política social, observa-se que o gasto público foi reorientado para privilegiar os setores de saúde e educação, até então bastante carentes. Sob esse aspecto, a simples comparação entre a evolução dos gastos da Secretaria de Agricultura, Terras e Obras, tradicionalmente a que absorvia a maior parte dos recursos e o Departamento

de Saúde Pública, nos anos de 1931 a 1934 mostra, por outro lado, o rebatimento das diretrizes da política social do Governo Central em nível do Governo Estadual (GRAZZIOTTI, 2006:61).

Conforme a citação, nota-se que a partir da Era Vargas, diante do imperativo em se centralizar as políticas sociais, tendo como parâmetro o Governo Federal, surgiu uma nova conjuntura de políticas públicas no Espírito Santo. Neste contexto, a nomeação do primeiro interventor, João Punaro Bley, teve papel importante nos rumos da política estadual, prevalecendo os desígnios federais no que tange a implantação de políticas sociais, principalmente as que se referiam à saúde.

João Punaro Bley assume a gestão do estado em novembro de 1930, sob nomeação de Getúlio Vargas. “Governou o Espírito Santo por doze anos: de novembro de 1930 a janeiro de 1943. De 1930 a 1935, como interventor federal. De 1935 a 1937, como governador constitucional. E de 1937 a 1943, novamente como interventor” (FRANCO & HEES, 2003:91).

Importante destacar que durante os anos de 1932 a 1938, o Dr. Christiano Ferreira Fraga esteve à frente da Diretoria de Higiene Estadual, procurando melhorar tecnicamente o quadro de profissionais da repartição, além de promover uma campanha de vacinação antidiftérica da população infantil de Vitória e a vacinação antivariólica extensiva a todo o estado, além de iniciar o censo torácico pela abreugrafia, constando ser o segundo censo desse tipo realizado em uma cidade brasileira (CABRAL, 1992).

Segundo Franco e Hees (2003:94), durante o período getulista, algumas ações voltadas para a saúde pública do Espírito Santo merecem destaque:

[...] Dentre outras realizações do governo Bley, pode-se ainda apontar [...] a construção do leprosário Itanhenga e preventório Alzira Bley, para abrigar os filhos dos leprosos; do Hospital dos Servidores Públicos e do Asilo dos Velhos, este na Ilha de Santa Maria; o auxílio para a construção do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, de iniciativa particular; o auxílio para a Santa Casa de Misericórdia, inclusive para a aquisição da Casa de Saúde São Lucas [...].

No que concerne à problemática da tuberculose, no Espírito Santo essa era uma realidade, aliás, como em todos os estados do Brasil. A cidade de Vitória seria relegada ao título de capital da tuberculose, o que demonstra a gravidade do problema. Nesse contexto, em 1933, surgem os movimentos sociais em defesa da saúde, sendo fundadas a Liga Espírito-Santense contra a Tuberculose e a Liga Espírito-Santense de Proteção e Assistência à Infância. Pela Tabela 4, montada a partir de dados oficiais, observa-se que a mortalidade por tuberculose

tende a se elevar entre os anos de 1929 a 1942. No período seguinte, o número de óbitos decresce de forma significativa, possivelmente, devido às ações desenvolvidas no dispensário e no sanatório, coadunadas a partir de 1942.

TABELA 4
Mortalidade por Tuberculose em Vitória (1929-1955)

| ANO | POPULAÇÃO VITÓRIA | ÓBITOS GERAIS | ÓBITOS POR TUBERCULOSE |
|------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1929 | | 923 | 317 |
| 1930 | 29.244 | 846 | 299 |
| 1931 | 30.169 | 1.031 | 263 |
| 1932 | 40.329 | 1.042 | 339 |
| 1933 | 41.629 | 1.229 | 373 |
| 1934 | 43.075 | 1.268 | 360 |
| 1935 | 44.625 | 983 | 416 |
| 1936 | 35.254 | 1.050 | 467 |
| 1937 | 36.369 (?) | 1.242 | 456 |
| 1938 | 37.520 | 1.363 | 516 |
| 1939 | 39.932 | 1.127 | 461 |
| 1940 | 41.195 | | 446 |
| 1941 | | 1.172 | 489 |
| 1942 | 39.932 | 1.156 | 428 |
| 1943 | | 1.416 | 229 |
| 1944 | | 1.274 | 228 |
| 1945 | | 1.355 | 227 |
| 1946 | | 1.180 | 241 |
| 1947 | | 1.1157 | 230 |
| 1948 | | 1.096 | 206 |
| 1949 | | 1.048 | 235 |
| 1950 | 50.922 | 1.094 | 210 |
| 1951 | | 1.097 | 202 |
| 1952 | | 1.054 | 133 |
| 1953 | | 1.056 | 82 |
| 1954 | | 1.021 | 103 |
| 1955 | | 1.112 | 125 |

Fonte: Relatório Estatístico do Espírito Santo, 1940 – 1960. Adaptada pela autora.

Essas ações foram implantadas para tentar numerar o índice de mortalidade junto à população espírito-santense, seguindo-se uma política nacional. A partir da classificação dos coeficientes

médios de mortalidade pela tuberculose, no quinquênio de 1931 a 1935, as capitais foram agrupadas em quatro grupos: as com mortalidade excessivamente forte, acima de 300 mortes para 100.000 habitantes; muito forte, de 200 a 300 óbitos para 100.000 habitantes; forte, de 100 a 200 óbitos para 100.000 habitantes; e moderada, abaixo de 100 óbitos para 100.000 habitantes. Seguindo essa classificação, na década de 1940, Vitória era classificada como pertencente ao primeiro grupo, juntamente com as cidades de Recife, Salvador, Porto Alegre, Belém, Niterói e Rio de Janeiro. A título de exemplo, em 1940, segundo informações do Serviço Federal de Bio-Estatísticas, a mortalidade por tuberculose em Vitória alcançou o índice de 560,5 por 100.000, maior coeficiente encontrado entre os anos de 1939 a 1944, mesmo considerando as demais capitais. Acrescenta João de Barros Barreto (1948), que na capital capixaba, assim como em Belém e Salvador, os índices tendiam a se acentuar, liderando as causas de morte nessas cidades.

Os altos índices de mortalidade por tuberculose em Vitória, como constatado pelas informações acima e dados da Tabela 4, levantam questões quanto à presença de pacientes do interior que buscavam tratamento na Capital. Em 1944 o índice de mortes por tuberculose em Vitória chegou a 365,7 a cada 100.000 habitantes, quando classificado os casos específicos de residentes na cidade, o coeficiente reduziu em 48,8%, caindo para 187,4 óbitos por 100.000 habitantes.

[...] Vitória tornou-se naturalmente, um centro de ‘aspiração’ formidável para toda a população do Estado, e, até mesmo, para os habitantes das zonas nas próximas de outros estados. ‘Centro de Atração Social’ para os sadios que nela procuram outras possibilidades econômicas para o seu trabalho e ‘Centro de Atração Assistencial’ para os enfermos que aqui vêm em busca dos recursos terapêuticos necessários à sua almejada recuperação (SANTOS NEVES, 1945:14).

O inverso também pode ter ocorrido, ou seja, os índices serem superiores na medida em que muitos casos de óbitos por tuberculose não eram diagnosticados ou informados, constando em estatísticas de mortes por outras doenças.

Mesmo com a existência da Inspetoria de Tuberculose, a partir da década de 1930, o que se verifica no Espírito Santo, é que as ações de combate à doença se fizeram, em princípio, a partir de iniciativas dos médicos e da sociedade civil, seguindo o que se encontrava em todo o Brasil. Formaram-se Sociedades Filantrópicas, fazendo as vezes do poder público, no combate às enfermidades que assolavam a população, principalmente, a mais carente.

Portanto, como mencionado, o combate contra a tuberculose no Espírito Santo começa de fato com a criação da Liga Espírito-Santense contra a Tuberculose (LESCT), em 1933, por iniciativa do médico sanitarista e tisiólogo Jayme de Santos Neves, recém-chegado de um Curso de atualização em Tuberculose, ministrado pelo Prof. Clementino Fraga, na cidade do Rio de Janeiro. O Dr. Jayme contou com o apoio de alguns colegas de profissão e da sociedade, para poder beneficiar os pacientes com tuberculose do Espírito Santo.

Importante destacar que o Dr. Jayme assumiu, em 1940, a Diretoria dos Serviços Sanitários do estado, deixando a chefia da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, o que não o afastou das ações de combate e prevenção da tuberculose no Espírito Santo.

Já no início da década de 1940, quando o médico Jayme dos Santos Neves coordenava a Diretoria dos Serviços Sanitários, o Estado passou por profundas mudanças estruturais na saúde pública. Em 14 de junho de 1940, através do Decreto-lei nº. 11.797, é criado o departamento de Saúde Pública do Espírito Santo, subordinado à Secretaria de Educação e Saúde (CRM-ES, 2008:14-15).

Quanto à Liga, inicialmente não possuía sede e nem recursos financeiros próprios, era apenas uma idéia vaga, segundo o Dr. Jayme Santos Neves, baseada na Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Para surpresa do Dr. Jayme, houve um entendimento maior por parte dos sócios que faziam parte da Liga, quanto ao papel a ser desempenhado pela mesma. Mesmo sem sede própria, os sócios angariavam donativos, mediante promoções de festas organizadas pelas senhoras da sociedade, entre as quais: peças teatrais, shows, desfiles e recitais.

No entanto, sem uma sede própria e contando apenas com a solidariedade da população, a Liga não poderia desenvolver seus trabalhos. Não obstante, a perspectiva de o governo estadual auxiliar os trabalhos, com a transferência de verbas públicas, era limitada, devido à própria precariedade do setor público do Espírito Santo, sem a menor expectativa de melhoria em curto prazo. A alternativa recaía em vários contatos, feitos junto às entidades comerciais e industriais, com resultados muito aquém do esperado.

A solução apresentada pelo Dr. Jayme foi a de recorrer ao Interventor João Punaro Bley, amigo pessoal de sua família, que o encaminhou ao prefeito Américo Poli Monjardim, para que o mesmo resolvesse o problema da sede da Liga, que temporariamente foi solucionado. A Liga recebeu emprestado um pequeno prédio, situado no Parque Moscoso, em frente ao Consulado Italiano e ali permaneceu por 3 anos.

Em 1939, a Associação Comercial de Vitória, cedeu gratuitamente a Sociedade da Liga Contra a Tuberculose, uma área, na Avenida Almirante José Carlos de Carvalho, no Parque Moscoso, sendo construída pelo Engenheiro Norberto Madeira da Silva, que entregou o prédio em 145 dias de construção. Em 4 de maio de 1941 a LESCT foi inaugurada com uma sede Administrativa e um anexo, o Pavilhão Calmette e um Lactário.

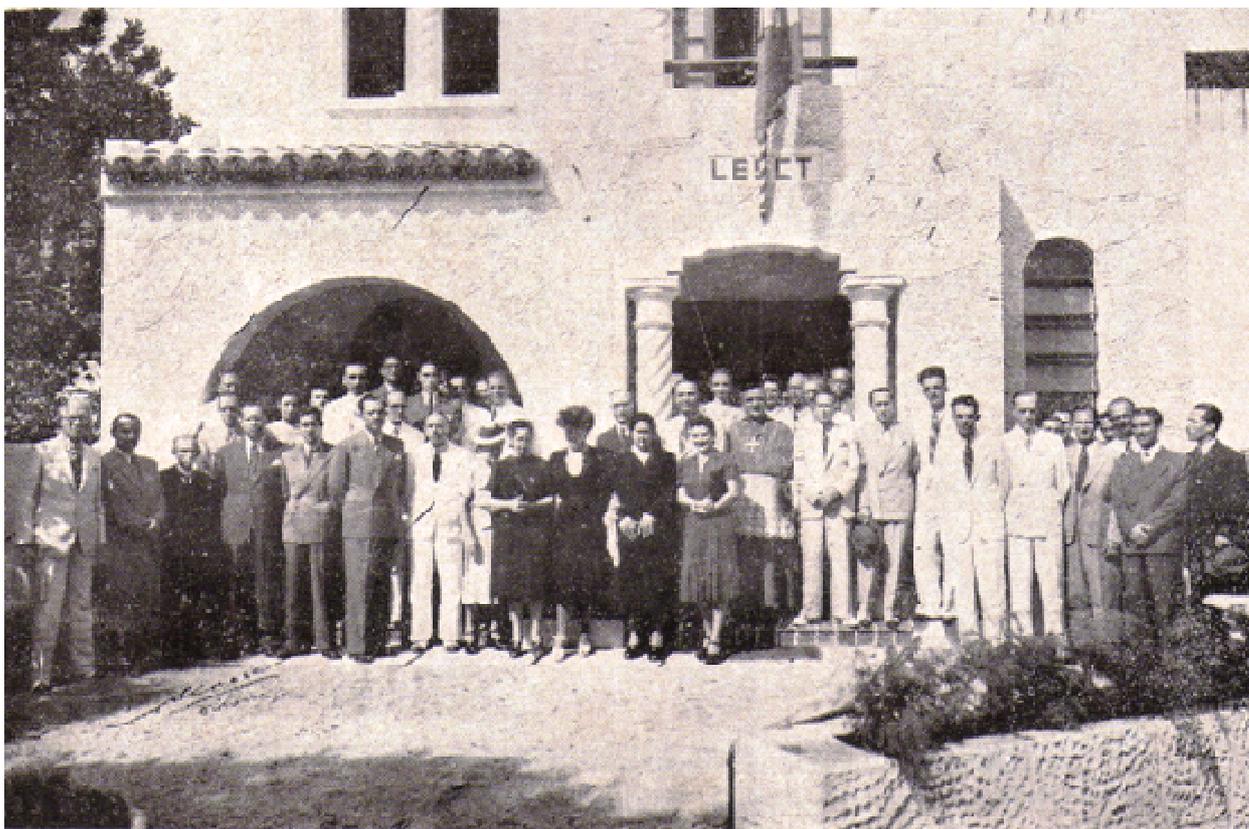


Figura 7: Sede da Liga Espírito-Santense Contra a Tuberculose (LESCT) e sua equipe de profissionais
Fonte: Acervo pessoal de Elidia Franzim.

Resolvido o problema da sede, o trabalho da Liga Espírito-Santense Contra a Tuberculose foi otimizado, com seus membros atuando efetivamente nas atividades vinculadas com o tratamento e controle da doença no estado. As atividades dos principais mentores da Liga se concentravam nas ações desenvolvidas no Dispensário Dr. Antonio Cardoso Fontes, a partir de 1934, e posteriormente, com a fundação do Sanatório Getúlio Vargas, em 1942, a equipe de especialista foi ampliada, juntamente com a capacidade de tratar os enfermos em local específico e apropriado ao tratamento da tuberculose.

Importante destacar que o combate efetivo à tuberculose no Espírito Santo, somente se faz sentir após a instalação do aparato necessário. Entre os anos de 1935 e 1945, com a

organização do serviço de combate à tuberculose, já contava com técnicas seguras e eficientes para o mapeamento da doença no estado, graças às instalações hospitalares e dispensariais adequadas situadas em Vitória e Cachoeiro de Itapemirim. Na cidade de Cachoeiro, além do dispensário fixo e uma unidade móvel, foi construído um anexo do Sanatório Getúlio Vargas, que manteve sua sede em Vitória. Na época, segunda metade da década de 1940, a proposta era a construção da Campanha Contra a Tuberculose no Espírito Santo e a construção de outro anexo do Sanatório na cidade de Colatina. Assim, com a possibilidade de se diagnosticar indivíduos e focos de tuberculosos, o combate à doença foi otimizado, gerando estatísticas mais seguras quanto à situação epidemiológica por tuberculose no Espírito Santo e, em especial, na Capital.

2.3 O Dispensário Dr. Antonio Cardoso Fontes

A identificação de que a tuberculose era a doença que mais vitimava a população do Espírito Santo, em especial a residente em Vitória, exigia ações emergenciais, direcionadas ao tratamento dos infectados, e preventivas, no sentido de evitar novos casos e/ou focos de contaminação.

Com a instituição da Liga Espírito-Santense Contra a Tuberculose, houve uma efetiva mobilização por parte da classe médica para que se estabelecessem, na capital, mecanismos de combate da moléstia, uma vez que a doença exigia medidas específicas em termos de tratamento e controle. Nesse sentido, um ano após a fundação da Liga, o primeiro dispensário do Espírito Santo foi inaugurado, tendo como principal finalidade ações profiláticas, atendimento aos contagiados e mapeamento da tuberculose na região.

O Dispensário foi inaugurado em 02 de fevereiro de 1934, com o nome de Dr. Antonio Cardoso Fontes e era financiado pelas doações cedidas pela LESCT e inicialmente funcionou num anexo ao Departamento de Higiene, na Vila Rubim, unido às duas enfermarias para o combate da tuberculose na Santa Casa de Misericórdia de Vitória.



Figura 8: Sede do Dispensário Antonio Cardoso Fontes – Centro de Vitória, década de 1950
 Fonte: Acervo pessoal da autora.

O Dr. Jayme Santos Neves foi convidado para dirigir o Dispensário e em seu discurso, proferido em 02 de fevereiro de 1934, durante a inauguração da instituição, salientou a importância dessa unidade de saúde no combate à tuberculose, principalmente no socorro dos doentes menos favorecidos economicamente. Em um trecho do discurso, o médico assevera:

Quanto ao programa de nosso Dispensário – eixo seguro, em torno do qual gravitam todas as demais questões da profilaxia anti-tuberculosa – nos privaremos de o expor agora. Reservamo-nos o direito de, em publicações posteriores, relatar o que tivermos feito, pois preferimos a projetos, realizações. E ao darmos este primeiro e grande passo, na luta contra a Tuberculose, tenho o grato prazer de felicitar o Governo do Estado, pela utilidade imensa do empreendimento; e mais . E sobretudo aos infelizes doentes desse mal, que, posso garantir, encontrarão sempre aqui, o abrigo seguro e confortador, e o acolhimento sereno, para socorrê-los da tempestade infrene, que sobre as suas vidas desabou (SANTOS NEVES, INAUGURAÇÃO DO DISPENSÁRIO, 1934).

Importante também destacar que o referido médico assinalava que os destinos das epidemias se vinculavam a três fatores: virulência do micro organismo causador, resistência da população e oportunidade do contágio. No que tange à tuberculose, sua epidemiologia distinta impedia a eficácia de seu combate, quando considerado apenas os fatores naturais e

ambientais, como ocorria no combate a diversas doenças infecto-contagiosas. Para o tisiologista não bastavam as medidas de infraestrutura e de melhoria das condições de vida da população para vencer a guerra contra a tuberculose (SANTOS NEVES, 1946).

Era necessário se fazer o exame da sociedade, ou seja, diagnosticar e tratar todos os tuberculosos, acompanhando o avanço da doença e contendo o aparecimento de novos casos. Adepto da concepção de que a principal arma de combate à tuberculose se encontrava na prevenção, o médico tisiologista, Jayme dos Santos Neves, via nos dispensários a melhor alternativa de controle da doença, desde que se desenvolvesse uma ampla política educacional que informasse a população quanto à importância dos diagnósticos precoces e da vacinação pela BCG. Conforme o tisiologista:

É este em nosso parecer o roteiro que devemos perseguir se desejamos objetivar apurações totais. É óbvio que se estamos procurando cobrir com o nosso inquérito 100% dos habitantes de uma localidade, devemos esforçar-nos preliminarmente para colocá-los do nosso lado e não contra nós. Os sadios como os doentes. Para isto teremos pois que convencer a ‘todos’ inicialmente o que objetiva a campanha não é a ‘caça ao tuberculoso’ mas uma luta de ‘todos’ contra a tuberculose, enfermidade infecciosa que a ‘todos’ ameaça (SANTOS NEVES:1946:12).

Em 1946, com a inauguração do Centro de Saúde, o Dispensário Cardoso Fontes foi transferido para essa instituição. Conforme relato do Dr. Santos Neves, a política de saúde adotada no Dispensário seguia as instruções da Divisão Sanitária do Departamento Nacional de Saúde.

O Dispensário tinha uma localização privilegiada, separado no térreo, com total independência de circulação em sua área, embora mantendo comunicação interligada com os demais serviços do Centro de Saúde. Mantinha também os serviços de registro, abertura da ficha epidemiológica, organização do grupo, ficha domiciliar, entre outras funções.

A estrutura se dividia em três setores: cadastro torácico, mediante o exame da abreugrafia; setor de diagnóstico, que englobava a abreugrafia, o teste tuberculínico, a parte clínica e os exames de laboratório; e, por fim, o setor de tratamento e controle epidemiológico. Dentro do setor de tratamento estavam todas as atividades terapêuticas, visitação, vacinação e controle efetivo da proliferação da doença, através do acompanhamento do doente, seus familiares e demais pessoas que tiveram contato com contaminados pela doença.



Figura 9: Setor de Cadastro do Dispensário Antonio Cardoso Fontes
 Fonte: Acervo pessoal do Elídia Franzin.

Em virtude da estrutura de atendimento ao paciente e ao controle da tuberculose, o Dispensário pôde ser considerado a única alternativa, daquele momento, devido às técnicas e equipamentos utilizados no tratamento, bem como a preocupação existente em mapear os grupos de risco a partir dos indivíduos contaminados. Portanto, o Dispensário se tornou a melhor opção de combate à tuberculose, apesar das dificuldades impostas pela falta de verba, profissionais qualificados e limitações de espaço.

São pois, principalmente duas, e inteiramente diversas, as esferas de ação do dispensário anti-tuberculoso. A primeira é o grande universo, a área total de ação, a coletividade inteira, sobre a qual se projeta e exercita a sua sindicância inquisitiva. É um universo inespecífico, mas que, cumpre conhecer e conhecer bem, pois ele irá compor o 'plano de fundo' o 'background' sobre o qual vai se desenvolver o fenômeno epidêmico. As grandes armas de que dispomos para esta primeira etapa, são as informações estatísticas sobre a situação física, o Estado e o movimento da população, os recenseamentos tuberculínicos expeditos e, muito principalmente, o cadastro torácico, pelo sistema de Abreu! A segunda esfera de ação, preferencialmente e específica é o 'pequeno mundo do tuberculoso', o seu grupo domiciliar, sobre o qual atua decisivamente o dispensário, através da educação sanitária, do controle rigoroso, do diagnóstico precoce, da terapêutica oportuna e mais, e sobretudo, pela vacinação concorrente sistemática dos comunicantes [...] (SANTOS NEVES, 1954:270-271).

No quadro de pessoal, havia o médico tisiólogo, o radiologista com dois auxiliares, uma encarregada, supervisora do movimento e de cinco a seis atendentes. Os referidos profissionais estavam vinculados à Unidade fixa, existindo ainda os que trabalhavam na Unidade Móvel de Cadastro, que contava com um médico, um auxiliar de RX, duas atendentes e o motorista.

O serviço executado pela Unidade móvel, basicamente os exames para diagnosticar possíveis casos, chegavam à unidade fixa do Dispensário, onde se proferia a leitura das abreugrafias, pelo tisiólogo, bem como se organizavam as fichas classificadas e demais material coletado pela unidade móvel.

As atendentes da unidade fixa eram responsáveis pela triagem dos pacientes, procedendo ao preenchimento da ficha de registro, onde se procederia às anotações sobre o tratamento dispensado a cada caso. Entre os dados cadastrais, recolhiam-se informações pessoais do paciente, tais como, nome, idade, endereço, sexo, profissão e cor da pele. Outras anotações eram feitas para averiguar se o paciente havia sido encaminhado de outra unidade de saúde e, ao iniciar o tratamento, colocavam-se, na ficha-prontuário, os procedimentos clínicos adotados e seus resultados: prova de tuberculínica e abreugrafia.



Figura 10: Aparelho de Abreugrafia
Fonte: Acervo pessoal Elidia Franzin.

Os resultados da abreugrafia e prova tuberculínia negativa, quando aparecem no verso da ficha cadastral, correspondem a tratamentos anteriores, ou seja, o doente era reincidente, o que exigia modelos especiais de cadastramento, além dessa nova fase do tratamento requerer procedimentos diferenciados daqueles que o tísico já havia sido submetido.

No caso de anormalidade na leitura abreugráfica, a ficha era encaminhada ao setor de diagnóstico, onde o doente recebia consulta e orientação do próprio médico. Competia ao médico informar aos setores especializados os pacientes com cardiopatias, suspeita de câncer e outros.



Figura 11: Leitura de abreugrafias, realizada pelo Dr. Jurandyr Décio Frossard
Fonte: Acervo pessoal Elidia Franzin.

De quinze em quinze dias todas as fichas novas, normais ou não, eram encaminhadas ao Setor de Estatística, que perfurava em cartão especial, cartão Hollerith, os dados anotados, essa medida facilitava o mapeamento da doença no Espírito Santo. Após a análise do Setor de Estatística, as fichas voltavam ao cadastro do Dispensário, onde eram rigorosamente arquivadas em ordem alfabética. O arquivamento das abreugrafias também era necessário e de extrema importância, feito todo de forma manual, mas muito bem organizado.

As abreugrafias eram guardadas em rolos, que eram arquivados por ordem numérica, tendo cada rolo uma média de 100 chapas, numeradas com o mesmo número anotado na ficha do paciente. Por fora de cada rolo arquivado, anotava-se o número da primeira e da última chapa

nele contidas. No entanto, rapidamente a atendente conseguia resgatar a abreugrafia anterior do doente, quando solicitada pelo médico.



Figura 12: Setor de Fichas Cadastrais de Pacientes do Dispensário Dr. Antonio C. Fontes
Fonte: Acervo pessoal de Elidia Franzin.

O próximo passo, quando diagnosticada a doença, era o atendimento clínico com o tisiologista, através de exames complementares, também se fazia a anotação em prontuário clínico aberto pelo médico. A partir desse momento, o doente era inscrito no mapa diário com a especificação da forma de tuberculose mínima, moderada ou avançada. Então era aberta, o mais rápido possível, a ficha epidemiológica com a organização do grupo no qual se enquadrava o tuberculoso. Diante do referido procedimento, tem-se que a verdadeira unidade epidemiológica não poderia nunca ser o doente, mas sim o seu grupo domiciliar, seus contatos, isto é, a comunidade em que estava inserido. Foi justamente no acompanhamento do grupo que o Dispensário concentrou a observação de evolução da tuberculose dentro da população. Cada caso confirmado recebia uma ficha clínica pessoal, e os membros de seu grupo domiciliar eram chamados para realizarem o exame abreugráfico.

Dessa maneira, o doente recebia uma ficha especial com a relação de seus comunicantes, o que acabava definindo a comunidade ou grupo que pertencia. O grupo aberto também recebia o seu número. Cada componente do grupo toma esse número. Com sua ficha individual nominal, arquivada em ordem alfabética, o paciente saltava em primeiro plano o número do

grupo a que pertencia, constituindo o chamado arquivo cruzado. Aberto o grupo do paciente, os dados sobre o grupo eram enviados ao arquivo do Centro de Saúde, com endereço completo e com todos os pontos de referência que facilitassem a localização da residência. A partir desse procedimento, ficavam registrados os possíveis focos de contaminação por tuberculose, o que permitia o acompanhamento por parte do serviço de visitação. Enfermeiras ou assistentes sociais completavam então os dados falhos e apuravam novos comunicantes, propensos a estarem infectados. Segundo o Dr. Jayme:

[...] o êxito da organização do grupo de comunicantes dependia especialmente do primeiro atendimento ao doente e da orientação médica. Doente gostava de seguir o que o médico falava, atendia o que o médico recomendava diretamente a ele. Aí estava garantida a sua volta trazendo consigo os interessados. A obrigação das atendedoras era o bom atendimento, encaminhando o doente e comunicantes, conforme as necessidades, ao consultório médico, com sua ficha, resultados bacteriológicos, tuberculínicos, abreugrafias, enfim, todos os dados. O sucesso do nosso trabalho, eu repetia, está em grangear sua confiança e dar apoio à sua recuperação (FRANZIN, Fita N.º. 3, 1979 – 1989).

Em caso de mudanças, quando todos os componentes de um grupo se retiravam para o interior ou outro estado, eram encaminhados memorandos à direção do Serviço daquele lugar, com nomes e dados dos componentes, relatando sempre as ocorrências mais significativas. Assim, tentava-se manter o controle da tuberculose e sua propagação, mesmo diante dos fluxos migratórios, tão freqüentes naquele momento. No Espírito Santo, o controle e acompanhamento dos casos de tuberculosos ficavam ao encargo do serviço dispensarial, executado em Vitória, mas sempre considerando a propagação ao restante do estado.

O mapeamento da tuberculose, no Espírito Santo, possuía duplo sentido, primeiro o de controle das comunidades que foram expostas ao contágio, segundo o de planejar o atendimento e tratamento dos pacientes a partir dos dados estatísticos. As citadas medidas tinham como objetivo assistir os doentes e ter um controle sobre eles, para assim, evitar a propagação e a forma epidêmica da enfermidade, já que a mesma era de difícil e lenta cura, o que resultava em possibilidades de abandono do tratamento e, conseqüentemente, a existência de pacientes reincidentes com bacilos resistentes aos métodos e medicamentos tradicionais.

Para o Dr. Jayme:

Para controle geral e facilitar o mecanismo de arquivamento, botei uma sinalização que funcionava de fato e o fichário ficava bonito. Por meio de clips coloridos fiz uma padronização. Mas isso já usávamos desde o primeiro Dispensário, anexo ao Departamento. Clips vermelho: caso de tuberculose; Clips lilás: primo infecção evolutiva; Clips branco: o clips branco era usado

para a cura. Substituíamos o vermelho pelo branco, e em caso de óbito substituíamos pelo preto; Clips azul indicava os grupos onde havia elementos faltosos de 3 a 6 meses; Clips amarelo, quando a ficha do grupo era enviada ao serviço social ou de enfermagem; Clips marron era dos grupos fora da área de visitação. Aí a gente encaminhava a ficha epidemiológica ao distrito residencial do doente; Clips verde era dos grupos cuja residência não tinha sido ainda localizada. E antes mesmo dos clips nos fichários eu fazia essas marcações em mapas das regiões de Vitória, com alfinetes de cabeça colorida. Ficava uma beleza. A qualquer hora a gente podia ver quantos eram tuberculosos, quantos curaram, quantos morreram, etc. num determinado lugar. Acho que foram esses mapas que entusiasmaram o Dr. Barros Barreto, na sua primeira visita ao Dispensário, quando falou em me levar para o Rio (FRANZIN, Fita Nº. 4, 1979 – 1989).

Entre os tratamentos ambulatoriais realizados nos pacientes, dentro do Dispensário, com seus resultados incluídos nos fichários individuais, destacava-se a colapsoterapia (ver nota 8), também conhecida como Pneumotórax.

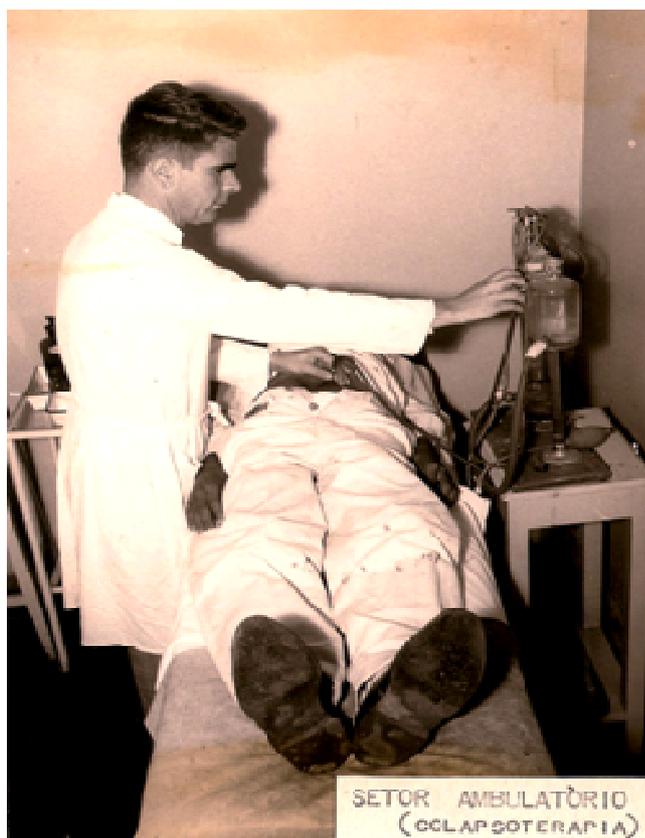


Figura 13: Revisão da colapsoterapia em ambulatório, realizada pelo Dr. Jurandyr Décio Frossard
Fonte: Acervo pessoal de Elidia Franzin.

A colapsoterapia continuou sendo realizada em larga escala, mesmo depois da chegada dos tratamentos a base de medicamentos. Em fins de 1951, o Dispensário começou a fazer estoques de medicamentos entre os quais a Estreptomicina e Ácido Para Amino Salicílico

(PAS), e, em 1952, também de Hidrazida. O tratamento não se limitava à medicação por via oral, mas também de injeções de Estreptomicina, que eram feitas no Centro de Saúde e nos postos dos bairros. Importante ressaltar que nos dispensários espalhados pelo Brasil, o paciente era atendido de forma ambulatorial. Ou seja, o acompanhamento e exames eram realizados sem, necessariamente, a internação do doente. Os resultados positivos de todos os procedimentos adotados pelo Dispensário Dr. Antonio Cardoso Fontes, logo foram percebidos, contribuindo para a revolução no que diz respeito ao tratamento da tuberculose no Espírito Santo. O Dr. Jurandir Décio Frossard, responsável pelos casos mais complicados, realizou um trabalho importante sobre a evolução das atividades vinculadas ao Dispensário. O médico, com a confecção de um gráfico simples, mas muito significativo, contabilizou os índices de mortalidade e de cura dos tuberculosos atendidos naquela instituição de saúde.

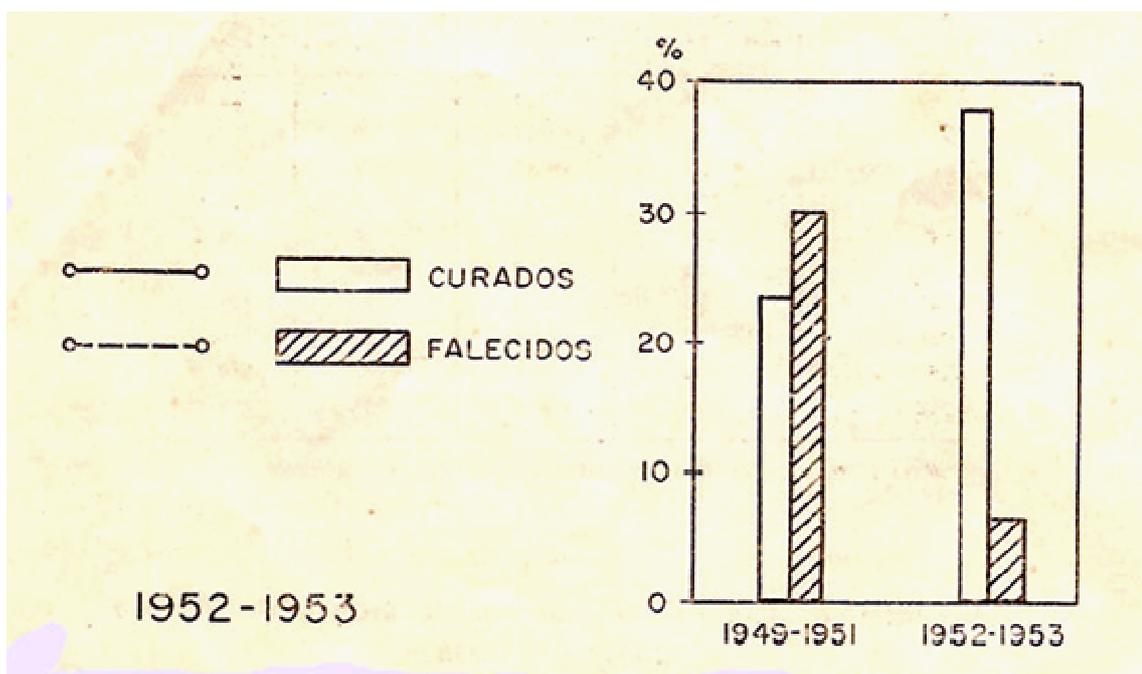


Figura 14: Gráfico elaborado pelo Dr. Jurandy Frossard – Tratamento da Tuberculose (1949-1951/1952-1953)
Fonte: Acervo pessoal de Elidia Franzin.

Segundo as informações do próprio médico e com a análise dos dados, obtidos entre os anos de 1949 a 1953, podem-se observar resultados positivos, alcançados com as ações empreendidas pela equipe de profissionais do Dispensário. Inversamente, enquanto o número de falecimentos caiu entre os dois períodos em análise, o número de doentes curados cresceu, de um pouco mais de 20%, chegando, entre os anos de 1952 e 1953, a quase 40% dos casos tratados. Nas palavras do Dr. Jurandy:

Respeitando-se rigorosamente a ordem cronológica destas duas ocorrências, conseguimos a apuração para as duas tabelas. A primeira delas foi feita exatamente quando terminava a primeira fase assistencial do nosso dispensário e nela estão apurados 537 grupos de maior movimento e contados as curas e óbitos ocorridos entre janeiro de 1949 e dezembro de 1951. Para a segunda tabela foram apurados 520 grupos de maior movimento, abrangendo-se todos os óbitos e curas ocorridos entre janeiro de 1951 a julho de 1953 (FRANZIN, Fita N.º. 4, 1979 – 1989).

Assim, as ações foram concentradas tanto no tratamento aos doentes, quanto na prevenção de novos casos, com medidas simples, mas eficazes, que previam o mapeamento da tuberculose e acompanhamento dos grupos de risco. Outra observação diz respeito à definição dos referidos grupos de risco. Em outros termos, por mais que a preocupação primeira fosse o correto atendimento aos tísicos, os serviços realizados no Dispensário também visavam o controle da doença, com a identificação dos grupos de risco, facilitando assim a identificação de novos casos. Os profissionais capixabas definiam as comunidades ameaçadas quando da identificação de casos de moradores tuberculosos confirmados. O trabalho no Dispensário consistia, em grande parte, no diagnóstico precoce, partindo do exame dos membros de comunidades que foram expostas ao risco de contágio.

Pelas imagens e informações coletadas, verifica-se também que a política de padronização do tratamento em todo território nacional, com a difusão de técnicas, equipamentos e medicamentos, somente foi possível, no caso do Espírito Santo, graças a um grupo de profissionais da saúde especializados no tratamento e prevenção da tuberculose. Entre os que mais se destacaram, podemos citar o Dr. Jayme Santos Neves, de família tradicional do Espírito Santo, mas que teve formação específica no Rio de Janeiro, passando a ser referência e liderança tanto na Liga Espírito-santense contra a tuberculose, quanto no Dispensário. Mais tarde, o Dr. Jayme atuaria como fisiologista no Sanatório Getúlio Vargas, que será tratado no próximo capítulo.

Outros médicos, como o Dr. Jurandyr Frossard, acumularam as funções de clinicar com aquelas voltadas a acompanhar a doença fora da Unidade Fixa do Dispensário. O referido médico contribuiu também com o seu trabalho de verificação estatística para análise dos índices de mortalidade e cura da tuberculose.

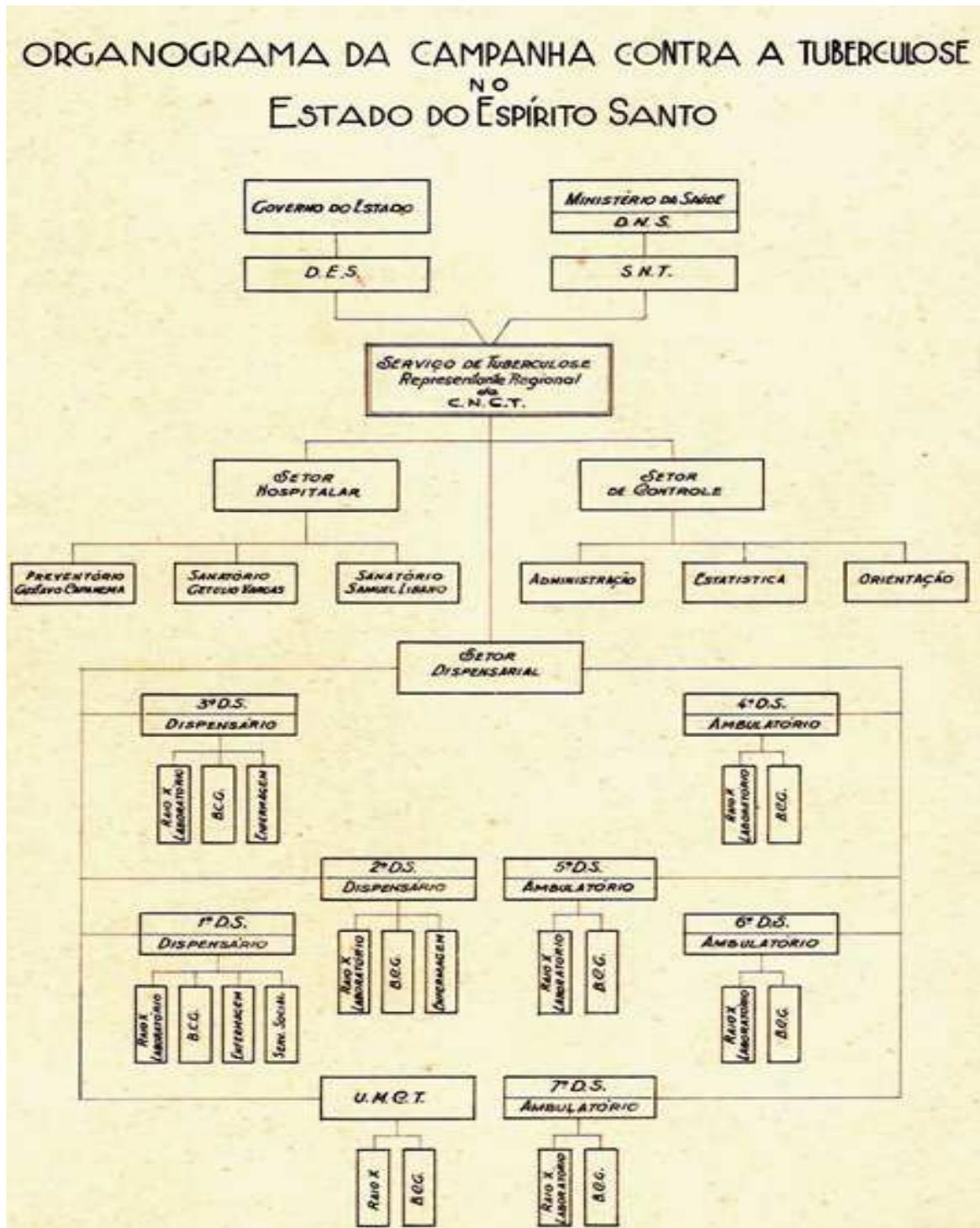


Figura 15: Organograma da Campanha contra a Tuberculose no Estado do Espírito Santo
Fonte: Acervo pessoal de Elidia Franzin.

A Figura 15 revela a estruturação do Organograma da Campanha Contra a Tuberculose no Espírito Santo. Observa-se, pela imagem, que tanto o Dispensário Dr. Antonio Cardoso Fontes, quanto o Preventório Gustavo Capanema e o Sanatório Getúlio Vargas, que englobavam os setores hospitalar e de controle da doença no Espírito Santo, estavam

submetidos à representação regional do Serviço de Tuberculose, que por sua vez, se vinculava diretamente ao Governo do Estado e, em nível federal, ao Ministério da Saúde. No mesmo organograma, a parte física do Dispensário ficou dividida em sete distritos sanitários e uma unidade móvel de controle, onde se realizavam tratamentos e atividades distintas. Tal divisão deve-se aos estágios da doença e graus de contágio observados em cada indivíduo.

Assim, observa-se que o Dispensário, como unidade de saúde pública de combate à tuberculose, estava vinculado tanto à União, quanto ao poder público estadual, o que garantia o acesso aos procedimentos, medicação e técnicas científicas mais recentes, mesmo em estados fora do eixo Rio de Janeiro e São Paulo.

Portanto, os primeiros passos para se implantar um sistema de tratamento da tuberculose no Espírito Santo, não foram muito diferentes daqueles observados no restante do país. Um grupo de médicos se reuniu, tomando para si a responsabilidade que competia ao poder público, partindo, da sociedade civil, iniciativas para se erradicar a doença. No sentido de controlar uma enfermidade que exigia muito mais que métodos de higiene para ser evitada, tendo o Dr. Jayme à frente, primeiro, na criação da Liga Espírito-santense contra a Tuberculose e, através dessa, desenvolvendo o trabalho de organização e funcionamento do primeiro Dispensário capixaba. Com a adoção de métodos e medicamentos eficazes no tratamento da tuberculose, entre os pacientes capixabas, significou alguma esperança aos convalescidos pela doença, coadunando com a criação de espaço específico para o atendimento do tuberculoso.

2.4 A importância do Preventório Gustavo Capanema

Como exposto, ao se iniciar o século XX, as pesquisas científicas quanto à forma de tratamento e propagação da tuberculose já se encontravam bastante desenvolvidas. Entre os estudiosos da época já havia um consenso de que a enfermidade fosse propagada pela convivência de pessoas sadias com tuberculosos. Ou seja, a partir do século XX, as teorias que relacionava a epidemiologia da tuberculose com o clima, as condições de vida, a salubridade e os maus hábitos, perderiam força sobressaindo-se a importância de identificar os enfermos e separá-los do convívio familiar e social, até que não mais representassem risco de propagarem a doença. Assim, com a identificação de que convívio era principal forma de

propagação da tísica, tornava-se importante afastar as crianças de pais tuberculosos, no intento de preservá-las do contágio.

Ao se iniciar o Novecentos, em vários países da Europa e da América, a prática de separar os comunicantes menores de idade dos focos de contaminação se difundiu através de fundações de Infantórios e Preventórios, sendo consideradas duas alternativas: a primeira previa a colocação familiar, que quer dizer a transferência de toda a família para ambiente longe do convívio social; a segunda alternativa seria a colocação coletiva, que consistia na separação das crianças que tiveram contato com o bacilo de Koch do convívio familiar e social, em instituições apropriadas com regime de internato – Infantórios e Preventórios (SANTOS NEVES & ESPINDULA, 1959).

No Brasil, a concepção do Preventório, introduzida por Clemente Ferreira, em 1905, não possuía o desígnio primeiro de proteger os filhos sadios de tuberculosos:

Assim, aquele grande e saudoso higienista (Clemente Ferreira), os definia como ‘estabelecimentos destinados a acolher, a vigorisarem crianças frágeis, anêmicas, linfáticas, deficitárias, de preferência, e então, com o objetivo de isolamento, das que se acham expostas a fontes de contágio, à contaminação familiar, sem leões demonstráveis pelas explorações clínicas e sobretudo radiológicas, podendo apenas apresentar fraca alergia tuberculínica’ (SANTOS NEVES & ESPINDULA, 1959:364 – Grifo nosso).

Importante destacar que a Liga Brasileira Contra a Tuberculose também esteve envolvida na fundação de Preventórios, constando da data de 1927 a inauguração do primeiro deles. Igualmente aos dispensários, os Preventórios surgem como ação filantrópica, desenvolvida pela Liga Brasileira Contra a Tuberculose.

No Espírito Santo, o Preventório Gustavo Capanema foi inaugurado em 1939, situado na Paria da Costa, Vila Velha, com uma área aproximada de 25 hectares, doada pelo Interventor Federal, Punaro Bley. Pouco antes de sua inauguração, Santos Neves assim dispôs:

Graças aos bons ofícios do Dr. Barros Barreto, conseguimos obter uma verba federal de 145 contos de réis, com a qual foi construído um Preventório de beira mar, em ponto próximo à Capital e dispondo de uma capacidade para 200 crianças ano. Ultimam-se, com rapidês, os preparativos para a sua instalação conveniente, afim de, já em Setembro, o termos em pleno funcionamento (SANTOS NEVES, 1939:17).

Pelas palavras do médico, observa-se que o Governo Federal disponibilizou verbas para a construção do Preventório. Ainda assim, a Liga Espírito-Santense Contra a Tuberculose (LESCT) era a principal mantenedora da instituição, inclusive com disponibilização de

profissionais da área da saúde. Entre os médicos que prestaram gratuitamente serviços no Preventório, podemos citar: Dr. Ovídio Paoliello, Dr. Raul Oliveira Neves e Dr. Jolindo Martins. Nos termos do acordo celebrado entre a LESCT e o Governo do Estado, em 29 de março de 1941, a localização do Preventório foi mantida na Praia da Costa.

O Preventório Gustavo Capanema, Figura 16 e 17, constituía-se no formato autosuficiente, englobando em seu terreno: horta, pomar, galinheiro, escola, capela e, até mesmo, um moinho de vento que fornecia energia elétrica para bombear água do subsolo. Tudo feito através de doações da sociedade em geral ou por intermédio dos governos federal e estadual.



Figura 16: Preventório Gustavo Capanema
Fonte: Acervo pessoal da autora.

No entanto, até 1955, a instituição não cumpria seu papel preventivo, como a maioria dos Preventórios. A experiência da colocação familiar e coletiva, dos comunicantes menores de idade, provou não ser suficiente como medida profilática que evitasse o desenvolvimento da tuberculose nas crianças.

O Preventório, usado longos anos apenas como ‘pensão-escola’, foi reabilitado com o aparecimento das drogas específicas para a tuberculose, dentro de uma nova estruturação. Além de isolamento do foco, com os

cuidados higiênicos e farta alimentação, os comunicantes entravam nos esquemas da vacinação e profilaxia pela isoniazida. Nesse novo sistema a permanência na instituição passou a ser bem mais curta, reduzida ao tempo necessário à medicação preventiva. Um sistema dinâmico bem diferente do anterior, onde as crianças dependiam da cura ou morte do foco, pai, mãe, etc. (FRANZIN. Fita N°. 05, 1979-1989).

Em 1955, encontravam-se 40 crianças, entre 5 e 17 anos, no Preventório Gustavo Capanema, não recebendo ali qualquer tratamento específico para prevenção da tuberculose. Das 40 crianças, 42,1% não possuíam antecedentes tuberculosos, confirmando ter a instituição se desvirtuado de seus propósitos – cuidar das crianças que foram expostas a focos de tuberculose (SANTOS NEVES & ESPINDULA, 1959).



Figura 17: Preventório Gustavo Capanema
Fonte: CPDOC – Fundação Getulio Vargas

A partir de 1955, as ações dos médicos tisiologistas no Preventório, buscaram reverter a situação da entidade, ministrando tratamentos profiláticos nas crianças suscetíveis a desenvolver a tuberculose e dando alta às que se encontravam internadas de forma irregular.

Conseguindo, a duras penas, limpar a área do Preventório, pudemos daí a frente, dirigir o internamento de comunicantes dentro rigorosamente do espírito do nosso programa. Só eram admitidos comunicantes, com inteira normalidade pulmonar comprovada pela abreugrafia. No ensejo do ingresso é exigida a assinatura de um termo de compromisso por pessoa responsável,

para a futura retirada do caso, ao fim do programa de quimioprofilaxia e vacinação intensa (SANTOS NEVES & ESPINDULA, 1959:260).

Tornava-se necessário ministrar um tratamento específico que evitasse que o infante, com fraca alergia tuberculínica, desenvolvesse a tuberculose, através de um programa de quimioprofilaxia e de vacinação intensiva. Segundo Santo Neves e Espíndula (1959), o tratamento consistia na internação da criança, sendo, inicialmente, ministrada a quimioprofilaxia com a administração diária da isoniazida durante doze semanas. O próximo passo consistia na imunização pela BCG, em que a criança recebia doses da vacina em espaços de quatorze dias, durante doze semanas. Pela proposta dos tisiologistas, a internação duraria seis meses, quando a criança seria liberada após fazer os resultados dos exames de abreugrafia e de tuberculina serem negativos.

A partir de 1956, seguindo o programa proposto, foram internadas 185 comunicantes, dos quais 77,2% eram provenientes de zonas rurais do Espírito Santo. A positividade para tuberculínica chegou a 58% dos internados naquele ano. Após a conclusão do programa, não se observou nenhum óbito e em apenas um caso houve o aumento da sensibilidade tuberculínica (SANTOS NEVES & ESPINDULA, 1959).

O primeiro obstáculo enfrentado pelos profissionais envolvidos nas atividades dos Preventórios, diz respeito à retirada da criança do convívio familiar, porque a mesma não apresentava sintomas que indicassem a internação ou mesmo o tratamento. Quando da confirmação da presença viral, mesmo que fraca, os menores assistidos pelo tratamento em Preventórios, mesmo após a negatividade para a tuberculose, eram deixados à própria sorte, muitas vezes, por falta de informação, os familiares recebiam em contrair a tuberculose com a inserção das crianças ao convívio familiar.

3. A HISTÓRIA DO SANATÓRIO GETÚLIO VARGAS

3.1 A Política Sanatorial do Governo Vargas

A luta contra a tuberculose no Brasil, mesmo que iniciada em princípios do século XX, já com os desígnios de fundar hospitais e sanatórios, somente na segunda metade da década de 1930. Assim, a partir de 1940, o Ministro Gustavo Capanema instituiu o Plano Federal de Construção de Sanatórios, prevendo no mesmo plano, verba federal para a conclusão do Sanatório do Distrito Federal, iniciado em 1937.

Com a criação do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), em 1941, como exposto anteriormente, concentrou-se os estudos sobre os problemas relativos à tuberculose e ao desenvolvimento de ações profiláticas e assistenciais. Passados cinco anos, em 1946, com a instalação da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), a centralização dos mecanismos de combate à enfermidade ganhou fôlego. A disposição de sanatórios, como ocorreu com os dispensários e preventórios, em capitais de estados com elevado índices de mortalidade e morbidade, fazia parte da estratégia uniformizada de combate à tuberculose, para assim, abranger todo o território nacional. Entre as metas da CNCT estava a criação de um modelo de sanatório popular que, instalados em cidades com elevado número de tuberculosos excluídos dos sistemas previdenciários, democratizaria o acesso ao tratamento hospitalar.

O plano iniciado em 1935 previa a montagem de pequenas unidades hospitalares para isolamento dos tuberculosos com a doença em seu estágio avançado, primeiro no Rio de Janeiro.

Não foi, de fato, um empreendimento vistoso, nem caro, nem envolto em alarde, que se pretendeu e conseguiu realizar. Apenas medidas de emergência foram postas em prática, porque era preciso agir com energia, presteza e intensidade, afim de isolar e assistir casos adiantados da doença, para que não existiam acomodações, em número suficiente, nos estabelecimentos hospitalares, gerais e especializados, de que dispunha a capital da República (BARRETO, 1948:254).

Conforme o Relatório de 1942, do Diretor do Departamento Nacional de Saúde, Dr. João de Barros Barreto, observa-se que primeiro foi necessário intensificar o número de leitos em hospitais numa estratégia paliativa, mas que solucionava, mesmo que provisoriamente, a questão quanto à falta de vagas para os tuberculosos na rede hospitalar, sem onerar os cofres públicos. Concomitantemente, o Governo Federal ganhava tempo para instaurar o programa

de construção de hospitais e sanatórios específicos ao atendimento de tuberculosos, prevendo a instalação de pelo menos uma instituição desse tipo em cada Estado da federação. O projeto de construção de sanatórios, argumenta Barros Barreto, foi dividido em duas etapas: a dos sanatórios modestos e a dos grandes estabelecimentos. “Uma ia beneficiar Vitória, São Luiz, Maceió, e Aracajú; e a outra Belém, Fortaleza, Recife, Niterói, São Paulo e Belo Horizonte e também o Rio de Janeiro [...]” (BARRETO, 1948:255).

TABELA 5
Despesas Federais em Sanatórios (1938-1942)

| CIDADE | LEITOS | DESPESAS AUTORIZADAS EM Cr\$ | | | | | | | |
|----------------|--------------|------------------------------|------------------|----------------|------------------|-------------------|----------------|------------------|-------------------|
| | | EM CONSTRUÇÃO | | | | | EM INSTALAÇÃO | | TOTAL |
| | | 1938 | 1939 | 1940 | 1941 | 1942 | 1941 | 1942 | |
| Belém | 600 | 750.000 | 400.000 | _____ | 1.300.000 | 3.128.000 | _____ | 645.000 | 6.223.000 |
| São Luiz | 150 | _____ | 550.000 | _____ | 170.000 | 52.657 | 138.000 | 300.000 | 1.210.657 |
| Fortaleza | 350 | 794.380 | 299.800 | _____ | 1.933.647 | 1.572.820 | _____ | _____ | 4.600.647 |
| Natal | 100 | _____ | 200.000 | _____ | 380.000 | 121.000 | 146.000 | 270.000 | 1.117.000 |
| Recife | 350 | 1.100.000 | 400.000 | _____ | 2.075.000 | 1.112.710 | _____ | _____ | 4.687.710 |
| Maceió | 200 | _____ | 650.000 | _____ | 150.000 | 282.000 | 195.000 | 390.000 | 1.667.000 |
| Aracajú | 112 | _____ | 436.700 | 73.300 | _____ | 98.350 | 168.880 | 270.000 | 1.047.230 |
| Vitória | 130 | 400.000 | 400.000 | 69.000 | _____ | _____ | 144.880 | _____ | 1.013.880 |
| Niterói | 350 | 470.000 | 700.000 | _____ | 2.194.700 | 1.328.300 | _____ | _____ | 4.693.000 |
| São Paulo | 600 | _____ | 1.635.000 | _____ | 1.374.900 | _____ | _____ | _____ | 3.009.900 |
| Belo Horizonte | 600 | _____ | _____ | _____ | _____ | 2.465.000 | _____ | _____ | 2.465.000 |
| Porto Alegre | 700 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | 6.560.000 |
| Total | 4.242 | 3.514.380 | 5.671.500 | 142.300 | 9.578.247 | 10.160.837 | 792.760 | 1.875.000 | 38.295.024 |

Fonte: BARRETO, 1948:264

Como se observa na Tabela 5, os sanatórios de Porto Alegre, Belém, Niterói, Recife, Fortaleza, São Paulo e Belo Horizonte foram os que mais exigiram verbas federais em suas construções. Os respectivos sanatórios, ao término do quinquênio (1938-1942), custaram ao

Governo Federal Cr\$32.239.257,00, ou mais de 84% do total de Cr\$38.295.024,00 investidos na construção de sanatórios em doze cidades brasileiras. Os dados confirmam o projeto do governo em privilegiar, as mencionadas cidades, com a fixação de grandes estabelecimentos hospitalares para o tratamento de tuberculosos. Enquanto nas cidades de Maceió, São Luiz, Natal e Vitória, os orçamentos foram mais modestos, totalizando Cr\$6.055.767,00 nos mesmos cinco anos.

Quando da análise da quantidade de leitos, o Governo conseguiu aumentar a oferta de vagas em 4.242, sendo que os maiores sanatórios concentravam essas vagas, somando 3.550 leitos, proporcionalmente ao gasto com a construção destas instituições.⁹ Como exposto no Capítulo 2, segundo o extrato do primeiro Censo de Cadastro Hospitalares, realizado pela Divisão de Organização Hospitalar (DOH), entre os anos de 1941 a 1942, existiam no Brasil 5.561 leitos para tuberculosos, espalhados em 64 instituições, para atender ao total da população de 41.497.980.

A título de exemplo, o Sanatório de Belém, localizado no Pará, o que mais onerou o Governo Federal, teve o investimento justificável pela grandiosidade da obra, fornecendo, inicialmente, 700 leitos aos doentes com tísica. Construído em terreno de 100 hectares, teve os seus trabalhos iniciados em 1934, com o desígnio de se transformar, além de ambiente de tratamento aos tuberculosos, também em centro de pesquisas e escola de fisiologistas. Relevante destacar que a primeira verba proveniente do Governo Federal, destinada às obras do Sanatório de Belém, somente se fez presente em 1938, quatro anos após iniciada sua construção.

O Sanatório Miguel Pereira, situado na cidade de São Paulo, considerado um dos maiores e mais bem aparelhados do Brasil, durante a década de 1940, possuía capacidade inicial de 600 leitos, além de várias salas cirúrgicas, de repouso, de solários e biblioteca.

⁹ Em 1941, com a criação da Divisão de Organização Hospitalar (DOH), órgão técnico e normativo vinculado ao Departamento Nacional de Saúde, tendo como primeiro Diretor o Dr. Teófilo de Almeida, o problema nacional de assistência hospitalar passou a contar com a Divisão para apresentar estudos e soluções a questão. Segundo a classificação geral da DOH, o tamanho dos hospitais estava relacionado ao número de leitos da seguinte forma: pequeno, de 25 a 49 leitos; médio, de 50 a 149 leitos; grande, de 150 a 500 leitos; e extra ou especial, com mais de 500 leitos. As instituições com menos de 25 leitos, foram classificadas como Clínicas ou Enfermarias isoladas (ALMEIDA, 1954).

Assim, tem-se que, a partir de 1937 se inicia a fase de construção e instalação de sanatórios em diversas cidades brasileiras. Nessa etapa do plano de combate à tuberculose houve uma maior preocupação em solucionar o problema, não obstante o número de sanatórios e leitos continuarem muito aquém da necessidade daquele momento. Segundo o Dr. Ovídio Paoliello (1961), com o passar de duas décadas, a escassez de vagas para o tratamento de tuberculosos na rede hospitalar pública, se tornaria ainda mais crítica. O referido tisiologista informa que, em 1961, em âmbito nacional existiam 500.000 casos ativos de tuberculosos para uma capacidade de 23.594 leitos (PAOLIELO, 1961).

Outro dado que merece destaque, quando da análise da Tabela 5, diz respeito ao Sanatório Getúlio Vargas (SGV), em Vitória, observa-se que foi o que menos custou ao Governo Federal, que investiu Cr\$1.013.880,00 em sua constituição. A fundação do Sanatório Getúlio Vargas (SGV), principal objeto de estudo dessa Dissertação, será analisada no próximo tópico. No momento, resta saber que, novamente, o Espírito Santo teve que contar com outras fontes de recursos além da iniciativa pública federal para empreender mais esta ação no combate da tuberculose, que seria a construção de um sanatório na Capital. Coube também ao Governo Estadual e até mesmo à Prefeitura de Vitória, disponibilizarem recursos para a construção do Sanatório, que também contou com o apoio da sociedade para angariar fundos, amenizando em parte, a falta de verbas para construção e respectivamente à manutenção do hospital.

3.2 Construção e Instalação do Sanatório Getúlio Vargas

Na década de 1930 a tuberculose se fazia presente em sua forma epidêmica, pela cidade de Vitória. Na Capital se encontrava um dos maiores índices de mortalidade do Espírito Santo, assim como também no Brasil – 500 óbitos/ano a cada 100 mil habitantes. Entretanto, a criação do Dispensário Dr. Antonio Cardoso Fontes, em 1934, principal mecanismo para colocar em prática medidas profiláticas de combate à tuberculose e o tratamento de casos descobertos na fase inicial da doença, não teve resultados eficazes na cura de pacientes com indicação cirúrgica e/ou que exigiam internações prolongadas. Assim, a necessidade da criação de um sanatório se fazia urgente. Com o plano de disponibilização de verba federal para a construção de sanatórios e hospitais de tuberculosos em todo o território brasileiro, a

partir de 1935, a possibilidade de colocar em prática o projeto de instalação de um sanatório em Vitória ganhou força.

Desde 1933, já haviam se iniciado articulações entre o Dr. Jaime dos Santos Neves, chefe da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Espírito Santo, e o Interventor do Estado, João Punaro Bley.

Em conversa entre o Dr. Jayme com Elídia Franzin, antiga funcionária do Sanatório Getúlio Vargas (SGV), na década de 1980, o médico teceu comentários sobre as primeiras tentativas de se construir um sanatório para tuberculosos no Espírito Santo, ao se iniciar a década de 1930. Preocupado com a situação da Capital, o Dr. Jayme dos Santos Neves, em 1933, procurou o então Interventor do Espírito Santo, Major João Punaro Bley, para discutir a possibilidade da construção de um sanatório em Vitória. O Major Bley, conhecendo as estatísticas em relação à mortalidade da população por tuberculose, mostrou ao Dr. Jayme o parecer de três arquitetos: Fábio de Macedo Soares Guimarães, José Neves Cypreste e Sylvio Couto Prado, sobre dois anteprojetos do Sanatório Bella-Vista, que teria sua localização prevista na Colônia de Santa Izabel. O primeiro anteprojeto, executado por técnicos do Departamento Nacional de Assistência Pública, sofreu adaptações, feitas na Seção Técnica da Secretaria da Agricultura do Espírito Santo, gerando assim, o segundo anteprojeto. Conforme o parecer:

Em linhas gerais, o primeiro ante-projeto refere-se a um sanatório popular, destinado ao tratamento de 120 doentes de ambos os sexos; é monobloco de dois pavimentos, composto de um corpo central e duas alas, dispostas em linha reta, tendo o conjunto a forma de um 'T' (PARECER SOBRE OS ANTE-PROJETOS DO SANATÓRIO DE BELLA-VISTA, 1931:3).

Em outro trecho, os pareceristas informam que, mesmo com as adaptações feitas no primeiro anteprojeto, pelo engenheiro Luiz Mario Pinzante, foram mantidas as linhas gerais da primeira proposta. Conforme o próprio parecer, os arquitetos constataram vários problemas referentes às plantas da edificação apresentada para análise, nelas constatavam a sugestão de instalação de um sanatório definitivo sem condições de dar conta à demanda daquele momento, não prevendo alterações futuras ou mesmo se haveria um estudo quanto ao clima ou solo de sua localização:

Estamos de acordo que é emergente a construção de um sanatório, afim de alojar o grande número de tuberculosos que aqui vivem sem assistência; mas, o ante-projeto apresentado não se refere em absoluto a uma construção de emergência e sim a uma edificação grandiosa e definitiva, com a

agravante de não se prestar à construção por etapas. Somos de opinião que se deva construir um sanatório econômico, de emergência, destinado a satisfazer às necessidades imediatas. Julgamos que o melhor programa será: construir-se, em local que o Estado tem à sua disposição, um sanatório barato, provisório; efetuar-se durante dois ou três anos, as observações meteorológicas e outras necessárias, verificando-se também durante esse tempo os resultados clínicos obtidos; realizar-se então a construção definitiva. Observamos que, para boa execução desse programa, o terreno deve ser suficientemente grande, para que, ao se construir o definitivo, não venha a ser interrompido o funcionamento do sanatório provisório (PARECER SOBRE OS ANTE-PROJETOS DO SANATÓRIO DE BELLA-VISTA, 1931:15).

Diante do parecer desfavorável, o Interventor, Punaro Bley, não aprovou os projetos apresentados. Acrescenta-se, conforme o Dr. Jayme, que a possibilidade do sanatório ser construído fora da Capital não satisfazia o imperativo imposto pela gravidade do problema. Além disso, o Sanatório Bella-Vista não atenderia à demanda de doentes do interior que procuravam a cidade, que como Capital se tornara centro de atração da população interiorana que buscava tratamento médico. Quanto à localização, na visão do Interventor, o tratamento da tuberculose dependia do clima das montanhas, o que exigiu uma explicação por parte do médico tisiologista, que reiterou que não mais se dependia das estâncias climáticas para se construir sanatórios.

O conceito da dependência do clima ameno das montanhas já havia sido superado, e na crença de diversos especialistas daquela época, estes ambientes se caracterizavam muito mais como depósito de tuberculosos, com o doente podendo até melhorar, mas a doença permaneceria devido à falta de medicação e intervenções médicas apropriadas. Conforme o referido médico, o mais importante era o emprego de profissionais capacitados, técnicas e equipamentos modernos em hospitais apropriados, para assim, se conseguir alcançar resultados positivos nos tratamentos de combate à tuberculose. Na opinião do tisiologista, a experiência de se manter o padrão de isolamento de tuberculosos, em locais de clima de montanhas e afastados dos grandes centros, além de segregar o paciente para longe das cidades, não ofereciam o atendimento adequado, contando apenas com as condições climáticas para a obtenção da cura.

O Major Bley insistiu que o sanatório fosse construído nas montanhas e Dr. Jayme argumentou como o Interventor iria construir, com as finanças estaduais em baixa, um sanatório nas montanhas, longe da administração e pessoal técnico especializado, inexistentes naquela localidade. Outro problema, o transporte feito por estradas precárias e perigosas de Campinhos de Santa Isabel era posto como empecilho à construção do Sanatório Bella-Vista. Segundo o Dr. Jayme a melhor opção era se construir o sanatório em Vitória. Quanto ao

clima, não se tratando de elemento tão relevante, já que a evolução dos tratamentos previam a intervenção mais agressiva por meio do pneumotórax artificial, também conhecida como colapsoterapia (ver nota 8) pois ainda não havia aparecido nenhum medicamento realmente eficaz.

A próxima etapa se referia à escolha do terreno em que se construiria o sanatório. Assim, o Dr. Jayme se prontificou a procurar o local adequado. Depois de muito procurar, Dr. Jayme se lembrou que em 1917, num surto de febre amarela, seu pai isolou toda a família numa fazenda em Maruípe, região afastada do centro da cidade e ainda pouco urbanizada. Convicto que achara o local, o médico foi até Maruípe para conferir. Quando lá chegou, viu que o bairro estava mudado, mas a colina continuava lá, deserta, arejada, o que lhe permitiu visualizar o sanatório construído.

Assegurado de ser a colina deserta a melhor opção para se construir o sanatório, Dr. Jayme novamente procurou o Interventor, que tinha como escolha parte do terreno do Horto Municipal, localizado também em Maruípe. Saíram juntos do Palácio do Governo e chegando ao Horto, um lugar esplêndido, fora de dúvida, mas Dr. Jayme apontou para uma colina do outro lado dizendo que a outra elevação estava mais bem posicionada, livre de alagamentos e se evitaria qualquer alteração no parque.

A localização do Hospital em zona suburbana, e portanto habitada, atrairá por certo grandes objeções da circunvizinhança, pelo terror do contágio. A moderna physiologia não vê, no entanto, a mais mínima razão para tais objeções, pois, antes de ser um foco de contágio, o Hospital para tuberculosos é sempre uma segurança de profilaxia (FRANZIN, Fita Nº. 3, 1979-1989).

Subiram juntos, e Dr. Jayme abriu os braços em todas as direções exclamando: “O sanatório vai ficar nesta posição, de frente para o leste, com todo esse terreno dá para fazer não só uma horta, mas um magnífico jardim de entrada, um pomar, lavoura, criação de animais, tudo para o sustento dos doentes” (FRANZIN, Fita Nº. 3, 1979-1989).

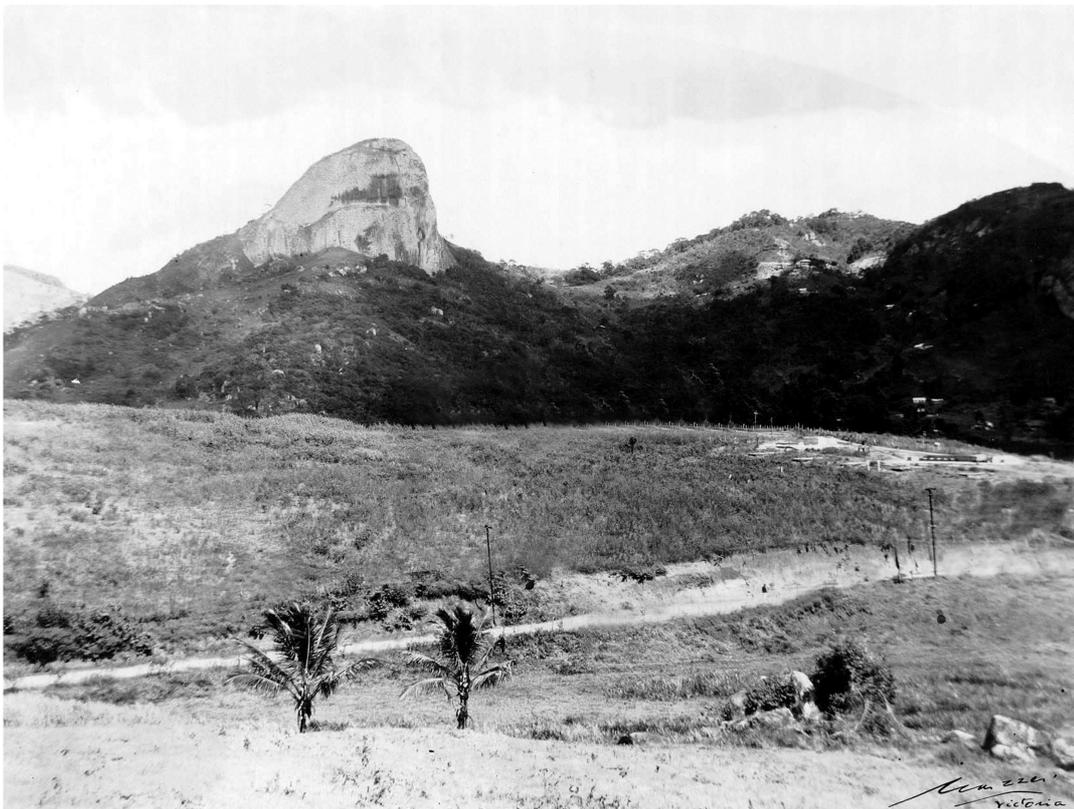


Figura 18: Área visitada por Dr. Jayme Santos Neves e Major Punaro Bley, em 1936.
Fonte: CPDOC – Fundação Getúlio Vargas (FGV).

Com a escolha do terreno resolvida, o problema agora era como conseguir verbas para a construção do sanatório, parte dessa verba ficou garantida pelo Governo Estadual, mas não era suficiente. A alternativa seria apelar ao Governo Federal com o intuito de conseguir o restante do dinheiro necessário para a construção do sanatório. Novamente, por iniciativa pessoal do Dr. Jayme, ancorado pelo Interventor Punaro Bley, se estabeleceu o primeiro contato com o Dr. João de Barros Barreto, então Diretor do Departamento Nacional de Saúde, e com o Dr. Samuel Libânio, Diretor do Serviço Nacional de Tuberculose. O encontro entre os médicos foi no Rio de Janeiro, onde discutiram o projeto do sanatório e sua localização. Dr. Libânio, interessado em conhecer o local escolhido, veio pessoalmente à Vitória e se surpreendeu com a escolha de Dr. Jayme, prontificando-se a fomentar a verba inicial para custear a construção. Faltava então a planta, que ficou ao encargo de Olympio Brasiliense, sem formação em engenharia, mas que possuía grande mérito como desenhista.

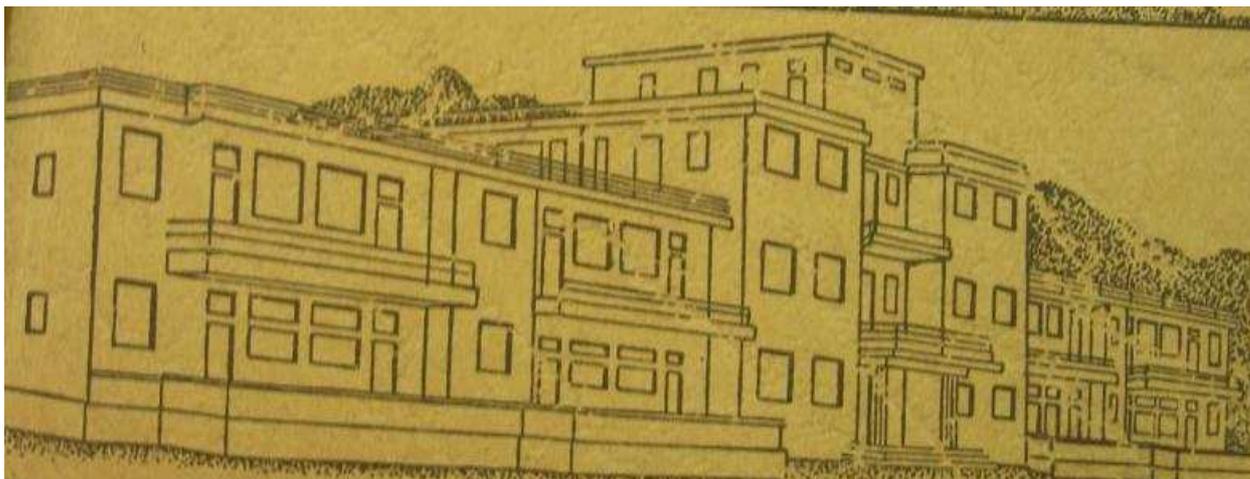


Figura 19: Fachada desenhado por Olympio Brasiense (1937)

Fonte: Acervo pessoal de Elidia Franzin.

O esboço inicial, representado pela Figura 19, demonstra a fachada do prédio compreendendo um corpo central com três pavimentos e duas alas laterais com dois pavimentos, cada uma permitindo o alojamento de 140 doentes. Em 1938 se deu início a construção do Sanatório, que teve seu custo orçado em 700:000\$000 de réis, concluídas as obras quatro anos mais tarde as obras estavam concluídas (RIBEIRO, 1956). Um ano após o início das obras, Santos Neves (1939), apresenta trabalho durante o 1º. Congresso Nacional de Tuberculose, informando sobre a situação que se encontravam as obras: “Mediante o auxílio de 400 contos, em boa hora concedidos pelo Governo Federal, erigiu-se um Sanatório Popular, com capacidade para 120 leitos, em aprazível local, num dos nossos subúrbios (Jucutuquara), já estando terminada toda a sua estrutura externa”.

O Sanatório Popular, conforme a planta levantada por Olympio Brasiense, se compunha do edifício central com três pavimentos e duas alas laterais, inicialmente, construídas com dois pavimentos cada. Após o término da construção, a capacidade do Sanatório previa a internação de 140 doentes, o que não ocorreu, possibilitando apenas a internação de 90 tuberculosos de cada vez. O projeto permitia que as obras fossem feitas por etapa e logo que concluído o andar térreo, o mesmo passou a ser utilizado como asilo de tuberculosos terminais que se encontravam na Santa Casa de Misericórdia. A Figura 20 demonstra os alicerces da obra já concluídos. Pela imagem podem-se constatar as dimensões do Sanatório e do terreno reservado para sua instalação.

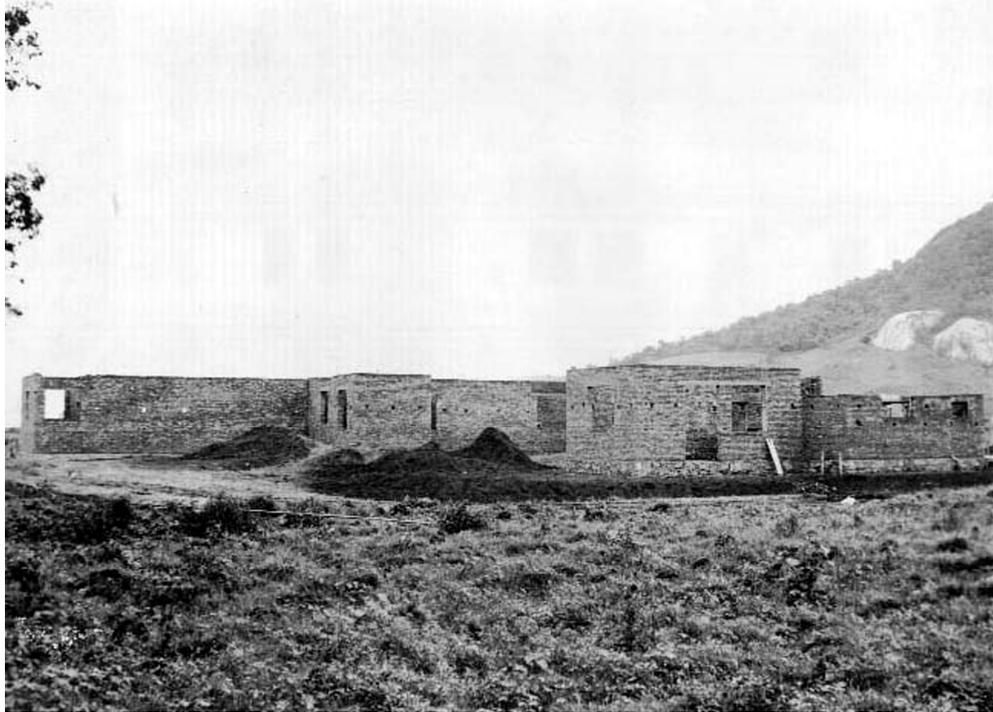


Figura 20: Alicerces do Sanatório Getúlio Vargas
Fonte: CEPDOC – Fundação Getúlio Vargas

A próxima imagem demonstra a fachada do Sanatório Getúlio Vargas, em adiantado estado de construção, podendo-se observar a presença do edifício central com três pavimentos e os laterais com dois andares.



Figura 21: Fachada do Sanatório Getúlio Vargas em fase de conclusão (1941)
Fonte: CEPDOC – Fundação Getúlio Vargas

Inaugurado oficialmente em 29 de outubro de 1942, com capacidade para 90 leitos, durante a gestão do Interventor do Estado, João Punaro Bley, a solenidade contou com a presença de autoridades ilustres do cenário político-social estadual e nacional, principalmente daqueles personagens envolvidos com as questões de políticas públicas para a saúde. O que fez o então Diretor do Departamento de Saúde do Espírito Santo, Jayme dos Santos Neves (1942:673), em um trecho de seu discurso, proferir que:

Primeira parcela de um vasto plano de ação contra a tuberculose, em que se encontrava empenhado o Governo Federal, a inauguração deste Sanatório ultrapassa o sentido de seu utilitarismo imediato, para atingir as culminâncias de uma festa nacional. Nem de outra maneira se justifica a presença, no acanhado desta cerimônia, de figuras de tão elevada projeção e de tão alto conceito na administração e na ciência do país.

Entre os ilustres presentes na cerimônia de inauguração, referenciados pelo Dr. Jayme, podemos citar: o Diretor do Departamento Nacional de Saúde, Dr. João de Barros Barreto; O Interventor do Espírito Santo, João Punaro Bley; o Bispo da Arquidiocese do Estado, Bispo Scorteganha; além dos médicos que passariam a atuar no Sanatório Getúlio Vargas, Dr. Jayme dos Santos Neves, Dr. Jolindo Martins e Dr. Ovídio Paoliello¹⁰, sendo que o último viria a ser o Superintendente e depois Diretor Clínico do Sanatório.

¹⁰ Dr. Ovídio Paoliello nasceu no dia 5 de novembro de 1909, no Distrito de Vermelho Novo, em Caratinga/MG. Quando contava com um ano de idade, se mudou para Vitória juntamente com sua família. Fez o curso de medicina na Universidade do Rio de Janeiro, se formando em 1931. Ao regressar para o Espírito Santo, em 1932, iniciou sua carreira como médico itinerante e funcionário público estadual. Em 1933, juntamente com o Dr. Jayme dos Santos Neves, organizaram um consultório voltado para o atendimento de pacientes com doenças respiratórias, incluindo a tuberculose. Partiu do amigo e colega de trabalho, Jayme dos Santos Neves, a indicação do nome do Dr. Ovídio Paoliello para assumir o cargo de Superintendente do Sanatório Getúlio Vargas.



Figura 22: Inauguração do Sanatório Getúlio Vargas (1942)

Da esquerda para direita: na primeira fila: Dr. Reginaldo Figueiredo, Dr. Jayme Santos Neves, Dr. João de Barros Barreto, Dr. Punaro Bley e o Bispo Scorteganha.

Fonte: Acervo pessoal de Elídia Franzin

Em outro trecho de seu discurso, o Dr. Jayme (1942) acentuou a importância do Sanatório preenchendo assim, a lacuna existente no esquema anti-tuberculose empreendido no Espírito Santo, que até aquele momento, não contava com nenhuma instituição hospitalar direcionada ao tratamento de casos em adiantado estágio da enfermidade.

Somente em 15 de dezembro de 1942, o Sanatório Getúlio Vargas entrou em funcionamento. Os primeiros pacientes, treze mulheres retiradas da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, correspondentes a casos terminais da doença. Ou seja, no primeiro momento, o Sanatório serviu para dignificar a hospitalização de pacientes com nenhuma chance de cura.

Em 1943, Dr. Ovídio Paoliello, no primeiro Relatório sobre o funcionamento do Sanatório, considerou o ano anterior como “fase experimental”, pois permitiu o conhecimento das falhas e omissões que foram ocorrendo no decurso do período, exaltando, principalmente, os problemas concernentes a parte física da construção. Segundo o Dr. Paoliello:

O SGV veio atender aos reclamos incessantes das classes menos afortunadas, expostas particularmente a maior incidência da tuberculose. O

Governo dirigiu seus esforços no sentido de proporcionar-lhes o conforto e a assistência devidas dentro das necessidades mais urgentes impostas pelo momento epidemiológico que o Estado vinha atravessando. Assim ergueu-se esta obra como consequência lógica do programa de luta contra a tuberculose. O encargo que agora nos foi atribuído, qual o de responder pelos destinos desta unidade, terá sempre a presidi-lo o mesmo espírito de luta, o igual desejo de aperfeiçoar-nos a altura do cometimento. Agora, após um ano de atividades, trazemos o resultado de nossa experiência, haurida na convivência diária com os companheiros de trabalho na multiplicidade de nossos serviços e no trato de questão pendente da cooperação com demais órgãos da administração pública (PAOLIELO, 1943:1).

Em relação ao prédio e a sua construção, no relatório, Dr. Paoliello ressaltou como foi conduzida à construção do SGV e reforçou a segura orientação técnica que presidiu a elaboração do projeto. Segundo o referido médico, as falhas de execução existentes foram em razão do ônus exagerado que pesava sobre a administração dos já minguados recursos financeiros.

Como o Sanatório se localizava longe da zona urbana da cidade, não foi beneficiado pela rede de esgoto existente, valendo-se então, do sistema de fossas que se mostrou ineficiente quando iniciado o funcionamento da instituição. Conforme apuração houve aí um erro técnico de construção. A localização da fossa foi construída em um plano mais elevado do que aquele onde está o pólo do Sanatório, deixando dúvidas sobre a pureza da água consumida. Procurou-se corrigir tal erro com a construção de um sumidouro por intermédio do Departamento de Obras do Estado. Foi um recurso de emergência e não preencheu seus fins, apenas adiou uma solução definitiva.

Quanto ao abastecimento de água, esse era feito através de um poço artesianos, sem qualquer controle da qualidade da água. Um manancial foi providenciado como recurso transitório em razão da distância em que se achava o Sanatório da linha de distribuição que passava pelo bairro de Maruípe.

Diante do problema relacionado à rede de abastecimento de água, o Dr. Ovídio contou com o Diretor do Departamento de Saúde, Dr. Jayme, para intervir perante a Prefeitura, o que resultou na ligação do Sanatório a rede geral. Porém, devido à elevação do terreno, a água não possuía força para alcançar as caixas de água. Reparos foram realizados para a devida ligação, o que não adiantou muito, pois a caixa só enchia a noite e assim mesmo pela metade, levando ao primitivo sistema de tirar água do poço em baldes e transportar nos ombros para utilização em diferentes setores.

Destaca-se ainda a falta de canalização da água quente, empregada principalmente na desinfecção das roupas e louças utilizadas na rotina diária. Segundo o Relatório de 1943: “A caldeira que serve ao Sanatório mal satisfaz as necessidades da lavanderia. O tanque que lava-prato, colocado dentro da cozinha, recebe o vapor a uma temperatura abaixo da preconizada. Assim sendo, a extensão do encanamento para água quente até os andares superiores seria inoperante” (PAOLIELO, 1943:4).

A copa também necessitava de uma remodelação urgente, mediante a alteração da disposição, copa limpa e copa suja, bem como a remoção do lava-prato do recinto da cozinha para o da copa. O elevador manual, destinado ao serviço de copa, deixou de funcionar logo nos primeiros dias, pois o cabo de aço não suportou a carga para o qual foi indicado, gerando um problema quanto à disposição de funcionários para executarem a remoção da louça.

Quanto aos trabalhos voltados ao tratamento dos internos, o maior problema residia na carência de material cirúrgico mínimo necessário, tais como: instrumental para toracoplastia¹¹ e Jacobeus¹²; conjunto para esterilização (autoclave, estufa, etc.) não atendendo as necessidades primárias de atendimentos aos enfermos. Os serviços como do dentista, do otorrinolaringologista e da farmácia, logo foram paralisados devido à falta de equipamentos completos e profissionais capacitados.

Outro problema identificado, ainda no primeiro ano de funcionamento do Sanatório, foi a dificuldade de encontrar pessoal qualificado. Devido ao receio do contágio, a despeito de esclarecimentos médicos, esse foi o motivo principal da falta de pessoal, até mesmo para as funções estranhas à enfermagem, como na área administrativa e dos serviços gerais. A solução encontrada foi o aproveitamento do pessoal já familiarizado com rudimentares práticas de enfermagem e a realização de cursos de conhecimentos básicos, mesmo assim, alguns que por qualquer circunstância aceitavam o emprego, logo desistiam. Todas essas dificuldades obrigavam a administração a tolerar faltas que seriam inadmissíveis em outros órgãos públicos ou em empresas privadas.

¹¹ Toracoplastia: Ato cirúrgico que consiste na retirada e no fechamento facia lota. Com esse procedimento retira-se a resistência da grade costal, a pressão atmosférica e há colabamento da caverna.

¹² Jacobeus: Médico que desenvolveu a técnica de colapsoterapia.

A situação se agravava ainda mais quando o assunto era o deslocamento. O Sanatório não possuía nenhum veículo e dependia inteiramente do 1º. Distrito Sanitário (Centro de Saúde de Vitória), para qualquer tipo de locomoção. A necessidade de um veículo próprio era de extrema prioridade, pois os compromissos do Sanatório importavam em remoção diária de doentes; abastecimento de gêneros alimentícios; entre outras atividades como o transporte diário de médicos e do pessoal administrativo.

Em 1945, o Sanatório Getúlio Vargas contava em seu quadro de pessoal com cinco médicos, assim dispostos: um tisiólogo chefe, dois tisiólogos, um tísico-cirurgião, um tísico-cirurgião assistente e um radiologista; bem como de uma enfermeira chefe, duas enfermeiras de 1ª categoria e oito de 2ª categoria, além de uma nutricionista, uma laboratorista, um dentista e uma ajudante de radiologia. O restante do pessoal era composto por vinte dois empregados envolvidos nos demais setores, administrativo e de serviços gerais (SANTOS NEVES, 1945).

Como exposto, o Sanatório Getúlio Vargas, durante a década de 1940, passou por muitas dificuldades, dispondo de poucos recursos financeiros para sanar os problemas existentes. A maioria dos pacientes internados, classificados como indigentes, não contribuíam monetariamente para receberem tratamento, além disso, a verba recebida do Governo Federal era mínima, como observado pela Tabela 5, a menor despendida durante o quinquênio de 1938 a 1942 em construções de sanatórios, o que se manteve no caso da manutenção do estabelecimento hospitalar em funcionamento.

3.3 A Administração do Sanatório a partir de 1950

A situação precária das instalações e a falta de recursos exigiram esforços por parte da administração do Sanatório, garantindo dessa maneira, reverter à situação negativa em benefício da qualidade do atendimento dispensado aos doentes do Espírito Santo. Como visto anteriormente, desde as primeiras ações empregadas no sentido de fundar um sanatório em Vitória, até à sua manutenção dependeu de atitudes tanto de determinados personagens que figuraram na política quanto de profissionais da área médica no Espírito Santo.

Quando já inaugurado, o Sanatório ainda contava com graves problemas de ordem financeira e funcional, no entanto, a instituição se manteve graças, muitas vezes, a atitudes de seus colaboradores e administradores. Portanto, a administração do SGV teve importante papel

para que o hospital se tornasse referência nacional no tratamento de tuberculosos ainda na década de 1950.

De novembro de 1942 até agosto de 1950, a Superintendência do Sanatório foi exercida pelo Dr. Ovidio Paoliello. Em 1950, o Diretor Geral da Campanha Nacional de Combate a Tuberculose enviou o Dr. Saad Antônio Saad, técnico do Serviço Nacional de Tuberculose para dirigir o Sanatório. Tal nomeação acabou por gerar um desentendimento entre o Diretor Geral do Serviço de Tuberculose e a Superintendência Estadual do Serviço de Tuberculose, devido ao fato do contratado, por ser de fora e não ter atuado no Sanatório, desconhecer os problemas do Sanatório. A aceitação somente fora aceita mediante a suplementação de verbas federais.

Em 12 de setembro de 1950 o Dr. Saad foi nomeado Diretor Geral do Sanatório Getúlio Vargas, cargo que suplementou o de Superintendente. Entretanto, a administração do Dr. Saad não conseguiu ser profícua. As despesas cresceram e não houve qualquer melhoria sensível no funcionamento do Sanatório. Em Relatório do Setor Espírito-santense da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, exercício de 1950, o Superintendente, Dr. Jayme, assim dispôs sobre a nomeação do Dr. Saad: “A simples presença do Dr. Saad, desapoiado em maiores recursos financeiros, tem resultado absolutamente improfícua. Crescem as despesas, aumenta o déficit, e não houve qualquer melhora sensível no funcionamento do Sanatório [...]” (Relatório do Departamento Estadual de Saúde, 1950:03).

Mediante a suspeita de desvio de verbas, bem como outros problemas administrativos gerados pela nomeação do Dr. Saad, ele permaneceu no cargo por apenas dois anos.

Da parte da Superintendência Estadual, tendo a frente o Dr. Jayme, cada vez mais o governo tomava conhecimento dos problemas do Sanatório, o que se reverteu em acréscimo das verbas anuais destinadas a sua manutenção conforme demonstrado na Tabela 6.

TABELA 6
Verba Anual de Manutenção do Sanatório (1942 – 1951)

| ANO | VERBA (Cr\$) |
|------|--------------|
| 1942 | 64.000,00 |
| 1943 | 64.000,00 |
| 1944 | 73.400,00 |
| 1945 | 127.200,00 |
| 1946 | 100.000,00 |
| 1947 | 170.000,00 |
| 1948 | 240.000,00 |
| 1949 | 500.000,00 |
| 1950 | 842.500,00 |
| 1951 | 1.200.000,00 |

Fonte: Relatório da Campanha Nacional Contra a Tuberculose – Setor Espírito Santo, 1950:03.

Como observado pela Tabela 6, a verba destinada à manutenção do Sanatório, a partir de 1943 sofreu um acréscimo nos dois anos seguintes, voltando a decair em 1946. Porém, o significativo aumento pode ser verificado entre os anos de 1949 a 1951, o que veio a propiciar a ampliação da instituição.

Somava-se à verba governamental, aquela arrecadada pela sociedade, mobilizada pelas mulheres que se dedicavam às ações de caridade, através de recursos arrecadados em festas beneficentes que permitiam a realização de festas natalinas e de São João, além de possibilitar a instalação de uma Biblioteca e um atelier de costura para readaptação dos tuberculosos.

Coadunando com o acréscimo da verba, houve considerável aumento dos procedimentos médico-cirúrgicos realizados no Sanatório entre os anos de 1943 e 1950, como demonstra a Tabela 7.

TABELA 7
Atividades Médico-Cirúrgicas (1943-1950)

| PROCEDIMENTOS | 1943 | 1944 | 1945 | 1946 | 1947 | 1948 | 1949 | 1950 |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Instalação PNX | 57 | 54 | 45 | 40 | 39 | 22 | 38 | 35 |
| Pneumotórax | 809 | 918 | 478 | 541 | 514 | 407 | 186 | - |
| Radioscopia | 294 | 639 | 294 | 208 | 295 | 200 | 81 | - |
| Injeções | 2.906 | 6.562 | 4.060 | 2.158 | 2.211 | 4.767 | 8.990 | 20.651 |
| Curativos | 303 | 543 | 104 | - | - | - | - | 214 |
| Exame de escarro | 14 | 38 | 34 | 31 | 28 | 36 | 41 | 197 |
| Radiografias | - | - | - | - | - | - | - | 477 |
| Exame de laboratório | 262 | - | - | - | - | - | - | - |
| Curativo Dentário | - | - | - | - | - | - | - | 386 |
| Extrações | - | - | - | - | - | - | - | 106 |
| PN. Peritônio | - | - | - | - | - | - | 308 | - |
| Torocoplastia | - | - | - | - | - | - | - | 15 |
| Frenicectomia | - | - | - | - | - | - | - | 50 |
| Peritonioscopia | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Apendicectomia | - | - | - | - | - | - | - | 2 |
| Lavagem Pleural | - | - | - | - | - | - | - | 3 |
| Jacobeus | - | - | - | - | - | - | - | 21 |
| TOTAL | 4.645 | 8.754 | 5.015 | 2.978 | 3.087 | 5.432 | 9.644 | 22.157 |

Fonte: Relatório da Campanha Nacional Contra a Tuberculose – Setor Espírito Santo, 1950:04.

Como observado, pela análise da Tabela 7, os tratamentos medicamentosos, ministrados pela aplicação de injeções foi o que mais cresceu no referido período, passando de 2.906 aplicações, em 1943, para 20.651, em 1950. Tal aumento pode ser explicado pela quantidade de atendimentos, bem como pelo acréscimo da verba destinada à manutenção do Sanatório.

Pela mesma tabela, tem-se que alguns procedimentos diminuíram com o passar dos anos, enquanto muitos passaram a ser efetuados apenas a partir do ano de 1950, como: radiografias, procedimentos odontológicos, torocoplastia, frenicectomia, jacobeus, entre outros. A

introdução de novas modalidades de intervenções no tratamento somente foi possível com a ampliação do Sanatório e seu aparelhamento do mesmo, possibilidade que sobreveio com o acréscimo da verba destinada à instituição. Mesmo com o aumento da verba e da capacidade de atendimento, continuou o descontentamento por parte de alguns especialistas quanto à permanência do Dr. Saad como Diretor do SGV. Assim, em 1952, sob nova indicação do D. Jayme dos Santos Neves, foi nomeado como Diretor Geral do SGV o Dr. Hervan Modenesi Wanderley.

O Dr. Hervan Wanderley, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia, com especialização em cirurgia torácica, ao contrário de seu antecessor, conhecia a instituição por ter atuado na mesma como cirurgião torácico. No mesmo ano, o Dr. Ovídio Paoliello foi nomeado Diretor Clínico e o Dr. Ronaldo Marangoni, Diretor Administrativo, ambos com histórico de atuação no hospital. Com as novas nomeações e mediante uma reformulação de sua estrutura administrativa e de suas instalações, o Sanatório tornou-se um dos melhores do país em termos de aparelhamento e tratamento, dispensados aos pacientes. Na Figura 23 temos a equipe de tisiologistas que atuaram no combate a tuberculose, em âmbito estadual.



Figura 23: Equipe de médicos tisiologistas do Espírito Santo
Da esquerda para a direita: os tisiologistas Dr. Wilson Ferreira Simões, Dr. Felipe Moysés, Dr. Ovídio Paoliello, Dr. Jurandyr Frossard, Dr. Nélio Espindula, Dr. Jayme Santos Neves e Dr. Hervan Modenesi Wanderley (195?)
Fonte: Acervo pessoal Dr. Wilson Ferreira Simões.

A partir de 1953, com o apoio do Professor Pereira Filho, o Sanatório passa a receber um auxílio de manutenção anual, e no de 1954 uma verba de Cr\$ 1.800.000,00 tornando possível melhorar em muito as instalações do Sanatório com: aquisição e instalação de um moderno aparelho de Raio X de 500 M.A com duas ampolas de anódio giratório de 100 M.A, além de toda a aparelhagem para planigrafia e semiógrafo; construção de um amplo muro de arrimo todo de pedra, com a base de 2.20 e 7 metros de altura, e aterrar uma área de 1.800 m²; canalização e drenagem de água e esgoto e lavagem em tubos de cimento de grande diâmetro o que veio a resolver o problema de saneamento; banco de sangue equipado; implantação dos serviços de Otorrinolaringologia e de Broncoscopia; ampliação do almoxarifado e construção de uma câmara escura do Raio X; instalação completa e perfeita de ar condicionado no bloco cirúrgico; instalação de telefones em todos os andares; urbanização de toda a área externa do Sanatório; construção de uma cantina anexa ao refeitório do 1º pavilhão; instituição de serviços noturnos pelas enfermeiras diplomadas e, por fim aquisições de um fogão hospitalar e de uma caminhonete Dodge.

Também foi bastante estendida a área de valorização e cultivo no Sanatório, com o plantio de hortaliças – couve, couve-flor, cenoura, chuchu, alface, jiló, quiabo, coentro, salsa, cebolinha –, além da formação de um pomar, contendo pés de mamão, laranjeiras, bananeiras, limoeiros e cana-de-açúcar. Tanto a horta quanto o pomar além de suprirem as necessidades diárias dos internos e do quadro de funcionários, rendia um excedente comercializado, com um valor anual de Cr\$280.000,00.



Figura 24: Plantio de Hortaliças

Fonte: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo (APEES).

O Sanatório também possuía uma pocilga com aproximadamente 300 porcos, onde o abate acontecia apenas aos domingos para ser consumida no almoço e o restante da carne era distribuída aos funcionários.

Porém, faltava solucionar o problema de profissionais especializados, principalmente os envolvidos na enfermagem. Ainda no ano de 1952, a Direção Geral do SNT enviou para o Espírito Santo, uma equipe de enfermeiras de alto padrão técnico para ministrarem o primeiro curso de auxiliares de enfermagem, com duração de 4 meses e dentro dos moldes preconizados pela campanha contra tuberculose. As candidatas recebiam uma bolsa de estudo, no valor de Cr\$ 250,00, comprometendo-se a se manterem trabalhando no Sanatório por pelo menos um ano. A primeira turma que foi diplomada em agosto de 1952, contava com dezoito profissionais que conseguiram a certificação do curso. Outra demanda a de fisiólogos, foi resolvida pela contratação de dois médicos especialistas, pelo Departamento de Saúde do Estado, sem nenhum ônus para o SGV. Da mesma forma se procedeu na contratação de funcionários administrativos e de um dentista, complementando o quadro de funcional do hospital.

Cabe aqui uma ressalva sobre a origem dos empregados do SGV. A contratação dos funcionários, muita das vezes era através de indicação dos próprios médicos e também dos demais funcionários que trabalhavam no SGV, que indicavam irmãos, maridos, esposas, filhas, além dos presidiários que prestavam serviços. Pacientes que recebiam altas do Sanatório também eram contratados. Temos como exemplo o caso de uma paciente JLS que foi uma das primeiras a ser internada no SGV, tinha uma filha pequena de 7 anos, MLS, que ficou internada no Preventório Gustavo Capanema enquanto a mãe se submetia ao tratamento sanatorial.

Em 1949, com a ampliação do Sanatório, JLS conheceu um dos pedreiros da obra e se casaram. Em 1951, JLS teve alta e o Dr. Hervam Wanderlei ficou sabendo que a mesma era costureira e a contratou para trabalhar no Serviço de Lavanderia e Rouparia, onde se tornou a única costureira do grupo a confeccionar os macacões cirúrgicos do Dr. Hervam. JLS, depois de casada e com emprego fixo, pode retirar então sua filha do Preventório e a trouxe, com 16 anos, para trabalhar no Sanatório, entretanto teve de que adulterar sua certidão de nascimento para poder de fato ser admitida.

Outro caso de paciente que após receber alta continuou no Sanatório como funcionária foi o da Professora de ensino primário, Elzira Martins Amorim. O caso de Elzira foi amplamente estudado pela Assistente Social Zuleika Monterio, em 1956, época em que a mesma concluía seu curso de graduação. Elzira fora internada no Sanatório em 1954, após ter recebido tratamento ambulatorial por trinta dias. Antes de ser hospitalizada, a professora que possuía apenas o curso primário completo, lecionava no cargo de professora primária, como Docente de Emergência no interior do Estado. Quando estabelecido o curso de alfabetização dos internos, primeiro as aulas eram ministradas pela assistente social, tendo Elzira, inicialmente, servido de assistente da professora titular, aos poucos assumiu a regência da classe. Em 1955 a paciente recebeu alta do Sanatório, mas, por intermédio do Serviço Social ali constituído, continuou como professora de alfabetização, inclusive sendo funcionária da Secretaria de Educação e Cultura do Estado. Em 04 de março de 1959, Zuleika Monteiro, então assistente social do Sanatório, enviou ofício para o Secretário de Educação e Cultura, solicitando ao mesmo que regularizasse a situação da professora:

Exmo. Sr.

Dr. Secretário de Educação e Cultura

Venho, respeitosamente, comunicar a V.Excia, que em março de 1955 foi designada pela Secretaria da Educação e Cultura para servir no Curso primário, existente no Sanatório "Getulio Vargas", desta Capital, o qual, pela sua natureza diferente das demais escolas, funciona sob a orientação do Serviço Social, a professora Elzira Martins Amorim, docente de emergência do Município de Barra de São Francisco, e nessa época hospitalizada em tratamento neste Sanatório.

A escola funciona regularmente apresentando a professora trabalho produtivo no meio hospitalar.

Atualmente a ex-paciente está em fase de consolidação de cura fazendo tratamento no Dispensário Antonio Fontes neta Capital.

Aproveito a oportunidade para solicitar a V. Excia. a permanência da referida professora em nossa Escola.

Com elevados protestos de estima e alta consideração apresento a V. Excia (Correspondência Expedida pelo Serviço Social do SGV, em 04 de março de 1959).

Pela citação, podemos concluir que a assistente social do Sanatório, preocupada em manter a Professora Elzira na Capital, no intuito de que ela desse prosseguimento ao seu tratamento no Dispensário, não poupou esforços para empregá-la no próprio Sanatório, ambiente em que a professora havia passado mais de um ano recebendo tratamento.

Outros casos de intervenção do Serviço Social no sentido de recolocação de pacientes com alta no mercado de trabalho serão analisados posteriormente. No momento, merece destaque a permanência das pacientes citadas no ambiente onde se submeteram ao tratamento e sem

opção ou desejo de retomarem a suas antigas vidas, mantendo-se como empregadas do Sanatório, única referência social que possuíam quando curadas.

Retomando a análise do quadro de empregados, observa-se também que a maioria dos funcionários, excetuando-se os da área médica, era admitida sem possuir nenhuma experiência no serviço hospitalar voltado para o tratamento de tuberculosos.

O próprio SGV os capacitava através de cursos internos realizados pelo pessoal já admitido. O sistema de contratação era sempre o mesmo, o pessoal admitido primeiro passava pela recepção do SGV e após um ou dois meses de experiência, se indicava qual setor que esse funcionário atuaria e aí então era preparada sua qualificação. Todo funcionário contratado tinha além do salário, direito à refeição e também, dependendo do caso, o direito à moradia no próprio terreno do Sanatório.



Figura 25: Casa do Diretor a esquerda e a direita Alojamento Feminino.
Fonte: Acervo pessoal Elidia Franzin.

A Figura 25 mostra a casa onde residia o Diretor Geral e o alojamento feminino. Outros profissionais como o médico plantonista e a chefe da lavanderia, moravam no terreno do Sanatório, como demonstra a Figura 26.



Figura 26: Residência da chefe da lavanderia e de médico plantonista residente – Dr. Mario Casanova
Fonte: Acervo pessoal da autora.

Entre os profissionais contratados, destacaram-se os envolvidos com a coordenação nutricional dos pacientes e dos demais funcionários. O Serviço de Dietética era de vital importância dentro de um sistema sanatorial porque o tratamento da tuberculose se baseava no repouso, na boa alimentação e no isolamento, chamado de regime higieno-dietético (RHD). A área física do serviço de nutrição estava localizada nos fundos do andar térreo e se constituía de sala da nutricionista, de sala das auxiliares de nutrição, de copa suja, de copa limpa, de cozinha e de refeitório.



Figura 27: Visita ao Serviço de Nutrição (1951)

Da esquerda para direita: Laura Nascimento Cardoso, nutricionista do SGV; Dr. Jones dos Santos Neves, Governador do Espírito Santo e a primeira-dama Alda Santos Neves; Dr. Jayme Santos.

Fonte: Acervo pessoal Família Cardoso Loureiro.

Laura Nascimento Loureiro foi indicada pelo Dr. Jayme dos Santos Neves, se tornando a primeira nutricionista não só do Sanatório, mas também do Estado do Espírito Santo, sendo admitida em julho de 1949. Além da nutricionista com formação, existiam também as auxiliares de nutrição, Olinda Uliana e Zita Flores. Posteriormente, Olinda Uliana, após realização de cursos na área de nutrição, acabou assumindo as funções de nutricionista.



Figura 28: Equipe do Serviço de Nutrição
Fonte: Acervo pessoal da autora

O número de refeições servidas por dia chegava a cinco, com cumprimento dos horários estabelecidos, assim distribuídas: 07 horas, café da manhã; 09 horas, colação; 11 horas, almoço; 14:30 horas, lanche da tarde; 17 horas, jantar e às 20 horas, ceia. E a quantidade servida era de aproximadamente de 250 bandejas por refeição, perfazendo um total de 1.250 refeições/dia.

As atribuições da nutricionista eram: a) coordenar, supervisionar e controlar o serviço; b) supervisionar o cumprimento de rotinas; c) supervisionar o pessoal, zelando pelo cumprimento do Regimento interno e da disciplina. d) elaborar um cardápio diário (café da manhã, colação, almoço, lanche da tarde e jantar) para os pacientes de acordo com a prescrição médica que podia ser de 1.500 a 3.000 calorias, fazendo as adequações necessárias dentro das disponibilidades das verduras, hortaliças e frutas da estação. Era a própria nutricionista que fazia pessoalmente todas as compras de mercado, açougue e abatedouros.

Quanto à auxiliar de nutrição tinha as seguintes responsabilidades: a) controle técnico do serviço de alimentação (armazenamento, custos, quantidade, b) coordenação e supervisão do trabalho do pessoal do serviço de alimentação; c) supervisão da manutenção dos equipamentos e do ambiente; d) Treinamento do pessoal do serviço de alimentação. e)

Divulgação de conhecimentos sobre alimentação correta e da utilização de produtos alimentares; g) visitas diárias às enfermarias e aos quartos do andar particular para verificar junto aos internos se refeição estava a contento, que tipos de refeições gostariam que fosse elaborada pelo setor de nutrição, desde que as mesmas estivessem dentro do permitido pelo corpo clínico e dentro das calorias estipuladas.

Em relação às refeições das crianças internadas, as auxiliares de nutrição, procuravam enfeitar os pratos com motivos infantis, tipo: rostos, barcos, bolas, etc.. para que a criança se sentisse estimulada a comer.

Na copa limpa, considerada área estéril, onde toda a alimentação preparada na cozinha, eram armazenadas em recipientes individuais para cada tipo de guarnição: arroz, feijão, massas, carnes e saladas. Esses recipientes eram colocados dentro de um elevador interno para os andares (2º e 3º), dependendo de duas copeiras para os colocarem em um carro térmico e os encaminhava para distribuição no refeitório do andar através de bandejas, em que cada paciente era servido de acordo com sua predileção e dieta prescrita.

Para os pacientes terminais (pacientes que não podiam se locomover), a refeição já vinha pronta da copa (geralmente eram sopas, mingaus, etc.), em recipientes fechados e eram entregues à auxiliar de enfermagem para que pudesse alimentá-los.

A copa suja era considerada a esterilização do setor, pois após as refeições, todas as bandejas e utensílios que eram usados pelos pacientes, eram colocados de volta no elevador para seguirem para sua esterilização.

Os funcionários do serviço de nutrição trabalhavam em dois turnos (manhã das 06 as 14 e tarde das 14 às 22 horas) todos os dias com folgas semanais alternadas. Só quem tinha permissão para circular pelos corredores ou pelas enfermarias do Sanatório era a nutricionista, as auxiliares de nutrição e as copeiras que ficavam nos andares que pertenciam à copa suja. Todos eram obrigados a circular com avental de manga comprida por cima do uniforme, máscara, gorro, sapato e meias de algodão compridas até a altura do joelho e depois de usados eram mandados para a lavanderia para a desinfecção. Os demais funcionários da nutrição eram proibidos de circular por qualquer dependência do Sanatório e se fossem apanhados em falta, eram punidos rigorosamente.

Pelas informações, podemos concluir que, a partir da década de 1950, o Sanatório passou a contar com infraestrutura mais adequada do que a da década anterior. Outro elemento que merece destaque diz respeito à auto-suficiência em relação a muitos gêneros alimentícios, cultivados no próprio terreno do hospital e à formação de um quadro de funcionários com treinamento dentro da própria instituição.

Assevera-se que o quadro de funcionários foi ligeiramente ampliado, assim como o número da capacidade de atendimentos. Época em que a tuberculose se encontrava em sua forma epidêmica no Espírito Santo, tanto a construção do SGV, quanto sua remodelação pode ser entendida como elementos que inseriram o Estado na Campanha Nacional Contra a Tuberculose, tendo a partir de então, estabelecimento adequado a receber os pacientes com indicações cirúrgicas e que se encontravam em estágio avançado da enfermidade.

O Sanatório Getúlio Vargas se manteria como principal instituição vinculada à Campanha Nacional Contra a Tuberculose situada no Espírito Santo, até à assinatura do Convênio entre o Governo do Estado e a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), ocorrida em 1967. Pelo acordo firmado, o Sanatório recebeu a denominação de Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina¹³, passando a compor o curso de medicina da Universidade como Hospital Escola dos universitários. Não obstante, entre as cláusulas do Convênio, duas especificavam a manutenção dos atendimentos aos tuberculosos do Espírito Santo. Segundo o texto do Convênio:

Cláusula Quinta: A outorgada se compromete a construir e equipar, até dezembro de 1968, em local determinado pelo outorgante, na área ocupada pelo Sanatório Getúlio Vargas, um pavilhão destinado ao internamento e tratamento, nas melhores condições técnicas, de um mínimo de 200 pacientes portadores de tuberculose ou outras pneumopatias.

A Cláusula Nona do mesmo Convênio fortalece as especificações da Quinta, enunciando o comprometimento da UFES em prover o atendimento de qualidade aos tuberculosos. Mesmo assim, através de alguns relatos de profissionais da área médica, tem-se que após a instalação do Hospital das Clínicas, os internamentos dos tuberculosos passaram a ser efetuados no

¹³ A primeira denominação – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – foi alterada para Hospital Universitário de Maruípe, e, finalmente, para Hospital Cassiano Antônio de Moraes. Contudo, comumente, nos dias atuais, a instituição é chamada de apenas Hospital das Clínicas.

Hospital da Ilha da Pólvora¹⁴, não somente das formas avançadas da tuberculose, como também dos demais casos. A partir da informação, pode ser deduzido que não foi construído o pavilhão para atendimento de doentes tuberculosos no Hospital das Clínicas, como estipulado nas cláusulas do Convênio, mas, adaptado o antigo Hospital de Isolamento da Ilha da Pólvora para atender os contaminados pela tuberculose, mantendo-os em regime de isolamento.

3.4 A Sociedade Sanatorial: Pacientes e o Serviço Social

A administração do Sanatório, sem dispor de recursos para melhoria nas instalações e na contratação de pessoal, muitas vezes, foi obrigada a adaptar as circunstâncias existentes, garantindo assim, o atendimento aos internos. Como já referenciado, a maioria dos internos eram classificados como indigentes, por não possuírem condições de financiar a internação, nem mesmo contando com qualquer tipo de assistência previdenciária ou disposição financeira própria. A solução encontrada para amenizar as dificuldades financeiras foi à construção de um terceiro pavimento, onde seriam internados apenas pacientes particulares ou conveniados em algum sistema previdenciário.

A ampliação do Sanatório teve início em janeiro de 1949, com o auxílio do Serviço Nacional de Tuberculose e do Governo do Estado, na época sob administração do Governador Carlos Lindemberg Filho, sendo reinaugurado em 29 de novembro de 1950, com sua capacidade ampliada de 90 para 234 leitos.¹⁵

¹⁴ O Hospital de Isolamento da Ilha da Pólvora (ou Hospital Oswaldo Monteiro), inaugurado em 1925, tendo como Diretor o Dr. Américo de Oliveira, então Inspetor de Saúde, vinha como resposta a outro problema relacionado a doenças transmissíveis. Local de isolamento de doentes com hanseníase, doença mais conhecida como lepra, o hospital passou a abrigar doentes mentais e, mais tarde, casos avançados de tuberculose, mesmo antes de o Sanatório Getúlio Vargas ser transformado em Hospital das Clínicas.

¹⁵ A rede hospitalar do Espírito Santo, especializada no tratamento de tuberculosos, além do Sanatório Getúlio Vargas, com capacidade de 234 leitos, a partir da década de 1960, contava com: o Pavilhão Samuel Libânio, situado na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, com capacidade de 38 leitos; o Pavilhão em construção de Colatina, depois de pronto podendo atender 40 tuberculosos; além do Hospital de Isolamento da Ilha da Pólvora, onde existiam disponíveis 60 leitos para pacientes crônicos de tuberculose (SANTOS NEVES, 1960:125).

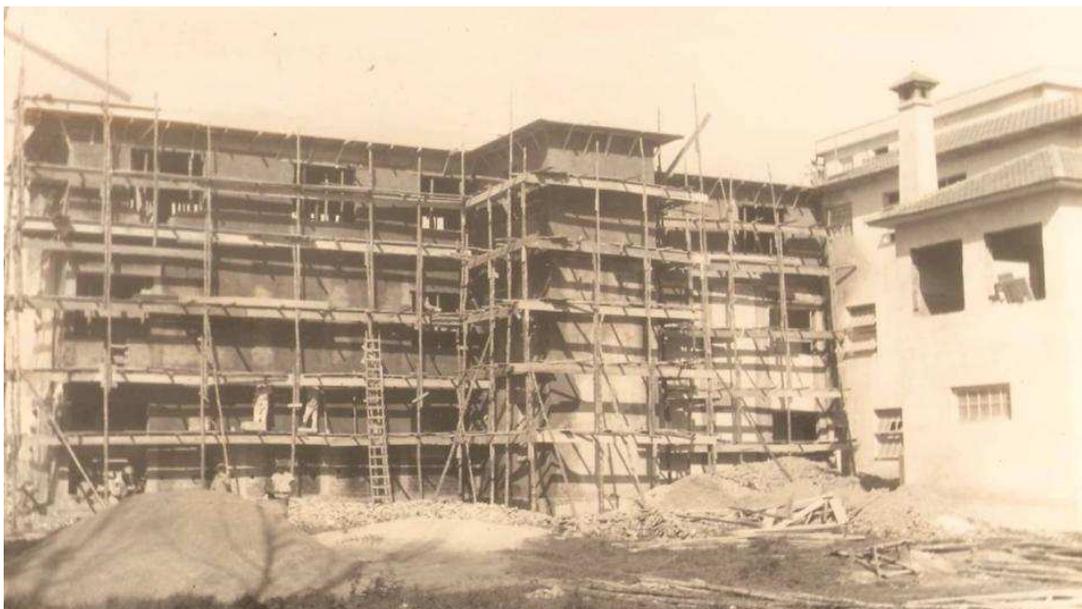


Figura 29: Construção do Terceiro Pavimento (1949)

Fonte: Acervo pessoal Elidia Franzin.

A Figura 29 mostra as obras de ampliação do SGV com a construção do terceiro andar da ala direita. Da mesma forma, a ala esquerda também ganhou um terceiro andar. A próxima imagem demonstra a fachada já em fase de conclusão da ampliação. Ainda hoje o prédio principal do Hospital das Clínicas mantém características do antigo Sanatório. Pela Figura 30 verifica-se a finalização dos trabalhos na fachada que manteria seu aspecto, quase sem alterações, até os dias atuais.



Figura 30: Fachada de frente da ala esquerda do SGV (1949)

Fonte: Acervo Pessoal de Elidia Franzin.

Em conjunto com a ampliação do prédio do Sanatório, também foram construídas durante os anos de 1951 e 1952, o necrotério, e três residências, sendo a do Diretor Geral, da enfermagem e do médico plantonista residente e da chefia da lavanderia e rouparia.

Em sua estrutura, o SGV obedecia ao tipo padrão da organização hospitalar moderna estabelecido por normas federais, havendo, todavia, algumas variantes que eram condicionadas à região, capacidade de internação, recursos próprios do hospital, recursos do meio e necessidades de cada sanatório (ALMEIDA, 1954).

Outro aspecto que surge a partir da década de 1950, é que o SGV se torna de fato um órgão de excelência no combate à tuberculose. Tanto a ampliação do edifício, quanto a capacidade dos profissionais da saúde despender um trabalho de qualidade mesmo em circunstâncias adversas, amenizaram e contribuíram para subverter a situação negativa que se encontrava o Sanatório desde sua inauguração.

Importante destacar que, a partir da ampliação do Sanatório, os pacientes eram divididos por categorias especificadas quanto à forma que se procedeu a internação. Havia no Sanatório Getúlio Vargas, três tipos de admissão dos pacientes: a direta, ocorria quando o Diretor do Sanatório ou o Delegado Regional da Campanha contra Tuberculose quem encaminhava o paciente; o encaminhado, quando enviado pelo Dispensário Antonio Cardoso Fontes, do Centro de Saúde, mediante guia de internamento por ele fornecida; e de particulares, mediante encaminhamento do médico assistente que acompanhava o paciente. Eram incluídos, como particulares, os pacientes tuberculosos pertencentes aos Institutos e por eles hospitalizados.

Os Institutos que mantinham contrato de “Assistência Hospitalar” com o SGV eram: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC), com dezessete leitos cativos; Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte e Cargas (IAPTC), com quatro leitos cativos; e Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE), não tinham número limitado de leitos, pagando de acordo com a quantidade de assegurados hospitalizados. Observa-se que os pacientes particulares e os que possuíam fundos de pensão e aposentadoria, ocupavam 32 leitos localizados no terceiro andar, porém a arrecadação com o tratamento destes pacientes contribuía para o tratamento desses pacientes que não possuíam condições de pagar a internação.

Destaca-se também que mesmo com a separação por andar entre os pacientes particulares e os gratuitos, os procedimentos de internação e tratamento se mantinham com igual qualidade

para ambos. Outro dado informa que a quantidade de indigentes sempre foi superior ao número de atendimentos particulares. No exercício de 1954 foram atendidos 103 tuberculosos particulares, enquanto os indigentes chegaram ao número de 353 internações (Relatório da Superintendência Estadual da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, 1954).

No ato da admissão, era feito um preenchimento de uma Ficha de Admissão, com os seguintes itens: nome completo do paciente; data e local de nascimento; filiação; endereço e residência; profissão, nome e endereço do patrão; endereço de parentes ou amigos para comunicação em caso de gravidade no estado do paciente e resultado da última abreugrafia. Preenchida esta ficha, era o paciente registrado no livro de matrícula. A encarregada da admissão preenchia outra ficha menor, em duas vias, sendo uma para o Serviço Social e a outra para o Serviço de Nutrição. Quando, porém, o paciente era pensionista, essa mesma ficha era preenchida em três vias, sendo a terceira entregue à Administração para efeito de controle do pagamento. Ainda como parte complementar da admissão, o paciente era encaminhado aos exames de rotina.

| Sanatório Getúlio Vargas | | | |
|---------------------------------|---------------|--------------------|-------------|
| SERVIÇO SOCIAL | | | REG. |
| Nome | | Idade / / | |
| Filiação | | Nat. | |
| Cônjuge | | End. | |
| Profissão | | End. Trab. | Salário |
| Encaminhado por | | Em / / | |
| Motivo | | | |
| Atendido por | | Em / / | |
| C L A S S I F I C A Ç Ã O | | | |
| SERVIÇO IMEDIATO | | SERVIÇO CONTINUADO | |
| / / | E / / | Ra / / | E / / |
| | | N / / | E / / |
| | | | Ra / / |
| | | | E / / |
| SERVIÇOS EXECUTADOS | | | |
| Registre-os no Verso | | | |
| DATA | ENCAMINHADO A | RECURSOS | OBSERVAÇÕES |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Figura 31: Ficha de Admissão de Pacientes
Fonte: MONTEIRO, Zuleika, 1956.

Logo após os procedimentos burocráticos, procedia-se a leitura, pela encarregada da admissão, do Regulamento Interno do SGV que determinava a conduta a ser tomada pelos internos. Entre as 24 normas especificadas no Regulamento Interno, podemos destacar ser a maioria voltada para determinar o comportamento dos pacientes, principalmente em relação à conduta a ser tomada para com o corpo de funcionários, bem como o cumprimento de horários das refeições e do repouso a ser obedecido. A título de exemplo, a segunda norma assim dispõe: “Que é imprescindível a colaboração amistosa, eficiente e leal do doente afim de que a sua permanência neste Sanatório seja agradável e se torne o seu lar provisório”.

Pela análise da referida norma, nota-se que, devido ao longo tempo que o tuberculoso passaria internado, previa-se que o mesmo adotasse a instituição como sua moradia, o que realmente ocorreu, como melhor será analisado mais adiante. Já a última norma do Regulamento define as medidas que seriam tomadas em caso de descumprimento das determinações ali especificadas: “Que a transgressão destas instruções importa em advertência, repreensão e, finalmente, expulsão do faltoso em caso de reincidência”. O objetivo do Regulamento Interno era facilitar as relações entre doentes e funcionários, gerando um ambiente de tranquilidade, mesmo que envolto à instabilidade emocional provocada pela própria doença e pelo isolamento em que os enfermos estavam submetidos.

Passada a fase de admissão e reconhecimento das regras impostas pelo Sanatório, o paciente tinha aberto seu prontuário contendo as fichas anteriormente preenchidas e nele se faziam as anotações de ocorrências durante sua permanência na instituição. Assim, o prontuário passava a agrupar todo o histórico do paciente, contendo as seguintes fichas: clínica, de tratamento de ordem médica, de exame de laboratório, de anamnese, de enfermagem, além do gráfico de enfermagem.

Depois da internação, a alta dos pacientes ocorrida, também, através de três modalidades: alta com a cura do paciente; alta a pedido, que era concedida quando o médico assistente verificava se o paciente podia afastar-se do Sanatório, sem nenhum prejuízo para o seu tratamento, ou ainda, quando ele desejava sua transferência para outro hospital; o terceiro tipo de alta se verificava quando o paciente infringia o Regulamento Interno por mais de três vezes consecutivas, sem que houvesse um motivo ou desequilíbrio que justificasse, em parte, a atitude do paciente. Neste último tipo de alta, às vezes, havia interferência da ação do Serviço Social, se efetivando apenas em casos extremos.

Além de intermediarem as relações entre pacientes, equipe médica e demais funcionários do Sanatório, as assistentes sociais coadunaram essa atividade a outras, tais como, coordenação de cursos de alfabetização, de trabalhos manuais e de formação técnica para os pacientes; prestação de assistência às famílias dos internos; integração dos pacientes na sociedade depois de receberem altas; auxílio às solicitações dos pacientes para resolverem problemas particulares; entre outras. Assim, torna-se importante conhecer um pouco o trabalho das profissionais que se propuseram a desenvolver o Serviço Social no Sanatório em seu sentido estrito.

O Serviço Social era reconhecido como profissão liberal que cuidava da saúde física e mental, da felicidade, do intelecto, e tanto do interesse individual como da convivência pública. Desse modo, o assistente social cumpria uma missão sublime: ensinava ao homem, dentro da ética profissional, a seguir os caminhos da cooperação mútua e da lealdade na melhora da vida coletiva, sem deixar de levar em conta o indivíduo.

De acordo com Pereira (1953:38): “O Serviço Social Médico em Tuberculose surgiu com o objetivo de promover o ajustamento do homem doente e segregado em uma instituição de crônicos, à contingência do tratamento, na expectativa de recuperação e reintegração à sociedade”.

Foi sentindo a necessidade desse serviço complementar, que a Direção do Sanatório convidou a assistente social, Geny Grijó para organizar o Serviço Social junto ao hospital, cujo início ocorreu em 22 de setembro de 1950, planejado pela já mencionada assistente, responsável também pelas primeiras ações do Serviço postas em prática. Para definir os rumos dos trabalhos das assistentes, foram realizadas várias entrevistas com o Diretor do Sanatório, a fim de se traçar um plano de trabalho a partir do entendimento e expectativa do referido Diretor. Esses encontros foram de grande importância para se iniciar o trabalho, uma vez que, em certos pontos, havia alguma confusão nos objetivos e nas atividades do Serviço Social.

Após algumas entrevistas, a assistência social iniciou o trabalho demonstrando a finalidade, ação e a eficiência do seu serviço de maneira mais concreta e objetiva, e ao mesmo tempo interpretando junto ao Diretor, médicos e demais profissionais que trabalhavam no Sanatório, os serviços indevidamente solicitados. Em 1951, a assistente social Geny Grijó havia terminado de ministrar um curso de Treinamento para Auxiliares Sociais e convidou Jacyra Delfino e Zuleika Monteiro que haviam acabado de concluir um Curso de Treinamento para

Auxiliares Sociais, para atuarem como auxiliares sociais no Sanatório. Segundo Monteiro (1956:VI):

De início, tivemos, como é comum a todos que ainda não conhecem o campo da tuberculose, aquele pavor ao contágio da moléstia. Porém levadas pelo desejo de por em prática os conhecimentos que acabávamos de adquirir, aceitamos o convite.

Os primeiros contatos com os pacientes foram, para nós, de verdadeiro sobressalto, pois temíamos, após cada visita, haver trazido conosco o terrível bacilo. Logo, porém, aquele medo perdeu a razão de ser, pois ficamos conhecendo de perto os meios profiláticos para evitar e combater a terrível “peste branca”. Com o decorrer de algumas semanas, sentimo-nos perfeitamente integradas na equipe do Hospital, passando a trabalhar com mais firmeza.

O Sanatório contava então com 2 assistentes sociais (Geny Grijó e Maria Busatto de Barros) e com mais duas auxiliares sociais. Neste momento, de fato o serviço começa a ser estruturado.

Assim, o plano de atuação do Serviço Social consistia em acompanhar o paciente, de forma individual a partir de sua internação. Coadunando com Zuleika Monteiro (1956:17): “O Serviço Social, no Sanatório Getúlio Vargas, começa a sua atuação logo após a hospitalização do paciente, entrando em contato com os mesmos já em sua enfermaria”. O acompanhamento individual era mantido pelo contato diário entre as assistentes e os pacientes através de visitas às enfermarias, assim, as assistentes acompanhavam a evolução do paciente e se cientificavam de seus problemas de ordem pessoal. O acompanhamento não se resumia ao paciente, mas se estendia após sua alta, tendo as assistentes a preocupação em conhecer o histórico familiar dos mesmos, para assim, auxiliarem-nos quando da ocorrência de qualquer problema com relação aos filhos e cônjuges dos internos.

Porém, a necessidade de se administrar uma convivência harmoniosa entre os internos, além de diminuir a ociosidade dos mesmos, fez com que o Serviço Social implantasse atividades coletivas, conforme os interesses dos internos. Entre os objetivos das atividades em grupo estavam o de adaptação ao ambiente hospitalar, lazer aos enfermos, alfabetização e aprendizado de uma nova profissão, capacitando-os para o mercado de trabalho depois do tratamento. Entre as atividades desenvolvidas no Sanatório, podemos destacar os cursos de alfabetização e o de trabalhos manuais – costura, bordado, confecção de flores, pintura e carpintaria –, além das festas comemorativas.

Para conseguirem colocar em prática tanto o auxílio às solicitações individuais, quanto o desenvolvimento das atividades em grupo, o Serviço Social dependia da colaboração da comunidade.

Primeiro, o Serviço Social enviava memorandos circulares com solicitações de assinaturas anuais de revistas e jornais, tais como: *Jornal da Moças e Jornal da Mulher* (1951); *O Cruzeiro*, *A Cigarra e o Guri* (1951); *Revista Alaterosa*, *Noite Ilustrada*, *O Globo Juvenil*, *X9* e *Seleções Reader's Digest* e Jornais *A Tribuna* e *A Gazeta* para a criação de uma biblioteca para os pacientes. A citação abaixo demonstra uma das cartas enviadas, usualmente pelas assistentes, para assim, obterem doações de revistas e jornais:

O Serviço de Assistência Social junto aos tuberculosos do Sanatório Getúlio Vargas em Maruípe, nesta Capital, tem-se deparado com o estado desolador de apatia e conseqüente neurose de internados, em virtude dos dias de meses que passam, impossibilitados de se dedicarem a qualquer trabalho físico ou mental.

A maioria dos doentes constitui-se de indigentes, necessita de alguma distração e só pode valer-se da caridade pública.

Seu tempo não pode ser preenchido com nenhum trabalho útil.

A ociosidade obrigatória, a preocupação por seu estado de saúde, as dificuldades da família, levam muitos a estados de desespero, de crises nervosas, de irritabilidade, que as fazem incorrer em sanções regulamentares.

Vimos, pois, fazer à generosidade de V. S. um ingente apelo, no sentido de minorar-lhes o sofrimento, doando-lhes uma assinatura de "A Noite Ilustrada" (Correspondência Expedida pelo Serviço Social do SGV, em 08 de janeiro de 1951).

Além da solicitação de doações de assinaturas de revistas e jornais, o Serviço Social também solicitava doações a vários estabelecimentos da Capital, bem como do Rio de Janeiro, prontamente atendidas, permitindo assim, o desenvolvimento de diversas atividades manuais com os internos, o que contribuía para diminuir a apatia dos doentes, provocada pela ociosidade.

TABELA 8
Solicitações feitas pelo Serviço Social

| ESTABELECIMENTO | SOLICITAÇÃO | UTILIZAÇÃO |
|--|---|--------------------------------------|
| Casas Pernambucanas | Retalhos de fazenda | Pequenos Trabalhos Manuais, Bordados |
| Empório Capixaba | Jogo de Xadrez | Terapia |
| Lojas Mesbla S/A* | Radio | Terapia |
| Tuffi Buaiz & Co. Ltda | Retalhos de fazenda de algodão | Para bordados |
| Singer Sewing Machine Co. | Agulhas e linhas | Bordados |
| Secretario de Educação e Cultura do Estado do Esp. Santo | 1 Quadro negro, 6 caixas giz branco, 1 grossa papel pautado, 1 grossa lápis Faber n°. 2, 10 livros 1º ano, 10 livros 2º ano, 10 livros 3º e 40 cartilhas. | Curso Alfabetização |
| Tipografia Gentil | Livros 1º, 2º e 3º ano. | Curso de Alfabetização |
| A Normalista | Livros 1º, 2º e 3º ano. | Curso de Alfabetização |
| A Vidrália** | Tintas para aquarela e pincéis | Curso de Pintura |
| Moacyr Borbasa & Cia Ltda.** | Tintas para aquarela e pincéis | Curso de Pintura |
| A Colegial | Tintas para aquarela e pincéis | Curso de Pintura |
| Galeria Capixaba | Tintas para aquarela e pincéis | Curso de Pintura |
| Tipografia Avenida | Tintas para aquarela e pincéis | Curso de Pintura |
| Casas Durval | Linhas | Bordado |
| Instituto Agrícola de Maruípe | 1 Quadro Negro | Curso de Alfabetização |
| Galeria Capixaba | Tintas para aquarela e pincéis | Curso de Pintura |
| Abel de Barros (RJ) | Tintas de aquarela e pincéis | Curso de Pintura. |
| Casa Riachuelo | Retalhos de Fazenda de algodão | Pequenas costuras e bordados |
| Casa Madame Prado | Retalhos de Fazenda de algodão | Pequenas costuras e bordados |
| Lojas Baratex | Retalhos de Fazenda de algodão | Pequenas costuras e bordados |
| Casa Ideal | Linhas | Curso de Bordado |
| A Vencedora | Cortes de Fazendas | Curso de Costura e Bordados |

*Não atendeu solicitação, mas ofereceu um desconto de 40% para a compra do Radio; ** Doações em dinheiro.
Fonte: Correspondências Expedidas e Recebidas pelo Serviço Social do Sanatório Getúlio Vargas (1950-1971).
Adaptada pela autora.

Definido o plano de trabalho das assistentes, o emprego do Serviço Social no SGV passou a complementar o tratamento médico. Assim que se concluía a etapa clínica e medicamentosa, a alta significava a volta para o meio social dos antigos tuberculosos, o Serviço Social então punha em prática sua principal função, a de inserir o paciente na sociedade, preparando-o para o seu regresso à família e mercado de trabalho. Também a família se tornava foco das assistentes sociais que procuravam esclarecer quanto à benignidade, para o paciente, retornar a sua vida anterior, o que não significava risco algum de contágio às pessoas próximas.

Paralelamente, o Serviço Social procurou conhecer o trabalho a ser desenvolvido e o seu volume do mesmo através de contatos com os doentes. Ao mesmo tempo, o trabalho do Serviço Social dirigia-se no sentido de estabelecer relações do Sanatório com a comunidade, através de entendimentos, principalmente junto aos Institutos e Caixas de Aposentadorias, nos quais a assistente social interpretava aos Delegados e Chefes de Seções de Benefícios a finalidade do Serviço Social, sua técnica, a fim de melhor poder ajudar aos pacientes; ressaltando, porém, as limitações, em face aos recursos da comunidade.

Graças ao controle documental quando da admissão dos pacientes no SGV, garantindo assim, uma organização burocrática eficiente para a época, foi possível conhecer algumas trajetórias vivenciadas por seus pacientes e seus funcionários. Além do mais, o bom resultado obtido no tratamento, dispensado aos tuberculosos, dependia desta organização de informações de forma individualizada. Os internos, mesmo que compartilhando o mesmo espaço, eram definidos caso a caso tanto com relação ao tratamento a serem submetidos, quanto aos auxílios pessoais que cada um necessitasse durante a internação.

Submetidos a muitos anos de reclusão da sociedade, devido às peculiaridades da doença, de cura lenta, uma das únicas ligações dos pacientes com os meios interno e externo ao Sanatório, era mantida via as assistentes sociais. Também o controle de proliferação da tuberculose se fazia mediante o Serviço Social. Pela Circular nº. 1, de 28 de abril de 1955, o Serviço Social esclarece a preocupação quanto ao contágio dos familiares e qualquer pessoa que convivia com o tuberculoso anteriormente a descoberta da enfermidade, solicitando que todos os que tiveram exposição ao bacilo de Koch procurassem um médico para serem examinados.

O Serviço Social do Sanatório “Getúlio Vargas” não se interessa somente pelos doentes que estão internados; mas, preocupa-se também com as suas famílias.

Esta a razão por que lhe vimos falar sobre a necessidade do encaminhamento ao médico de todas as pessoas de sua família e os demais que conviveram com o doente, a fim de verificar se não foram contagiados pela doença.

Tão logo o Sr. Receber a presente carta, todos deverão dirigir-se ao Serviço de Tuberculose ou Posto de Saúde existente na localidade em que residem para que o médico faça os exames que são necessários; devemos esclarecer que nada será pago.

Na certeza de que o Sr. saberá compreender o valor desta medida, que é evitar a propagação da doença confiamos no seu zelo e estamos certos de que o Sr. atenderá o nosso pedido colaborando deste modo no combate à tuberculose.

Qualquer esclarecimento ou dificuldade poderá escrever para nós que estamos ao seu inteiro dispor.

Muito cordialmente,

Zuleica Monteiro.

Assistente Social do S.G.V. (CIRCULAR Nº. 1, de 28 de abril de 1955).

Outro problema, o acompanhamento de parentes no decorrer do tratamento dos hospitalizados, que tendia a se afastarem, nem mesmo buscando o doente no momento da alta pela cura, exigia a intervenção das assistentes sociais para o retorno dos curados ao seu núcleo familiar. Mesmo pais, cônjuges e filhos acabavam por abandonarem seus entes com tuberculose, cabendo as assistentes estabelecerem novamente o contato entre internos e suas famílias, na tentativa de reafirmação dos vínculos dos doentes, constituídos anteriormente à doença não se perdessem. A título de exemplo, em 05 de dezembro de 1956, a assistente social Jacyra Delfino enviou carta solicitando que o Sr. Manoel Correia buscasse sua esposa, Macrina Alves, que já havia recebido alta médica.

O Serviço Social do Sanatório Getulio Vargas está incumbido de colocá-lo a par da situação da paciente Macrina Alves internada neste Sanatório desde 12 de agosto de 1954.

Comunicamos, pois, que dentro em breves dias ela retornará ao seio de sua família pois o tratamento de que necessita atualmente pode ser perfeitamente realizado em casa; para esse fim, ela levará a prescrição feita pelo médico, as recomendações e os medicamentos necessários, bem como uma carta de apresentação para o posto mais próximo da sua localidade, a fim de que possam ela e sua família ficar tranquilos de que em caso de alguma necessidade urgente, terão a quem recorrer com segurança.

Caso haja da parte da família algum receio de a doença pegar nos outros, a paciente quando for levará todas as recomendações e recursos neste sentido.

A volta para a família é, muitas vezes um grande benefício para o doente, pela alegria e pelo conforto que ele sente em voltar a sua terra e ao convívio dos entes queridos.

Esperamos por isso a sua colaboração neste assunto procurando compreender a necessidade de receber bem a Sra. Macrina a fim de que ela se sinta feliz em retornar ao seu lar.

Aqui ficamos ao seu inteiro dispor para os esclarecimentos que desejar.

Muito cordialmente

Assistente Social do Sanatório Getulio Vargas

P.S. Caso queira escrever para nós o endereço é:

Serviço Social
Sanatório Getúlio Vargas (Correspondência Expedida pelo Serviço Social do
SGV, em 05 de dezembro de 1953).

A resposta do Sr. Manoel Correa, residente em Baixo Guandu, sobreveio em correspondência datada de 07 de dezembro de 1956, solicitando que a esposa permanecesse por mais alguns meses no Sanatório, alegando não possuir residência adequada para recebê-la.

Presada Senhora Jacyra Delfino.
Recebi, com agrado a notícia de que minha espôsa está em condições de retornar ao seio de nossa família.
Acontece, porém, que atualmente estou sem casa para morar; comecei a construir uma pequena casa que ainda está muito atrasada; peço, por isso, rete-la por mais uns dias; pelo menos até março, quando devo estar com o serviço concluído. Atualmente móro num velho barracão, de propriedade da Prefeitura, muito muito imundo, sem agua, sem luz, um recinto muito incompatível com a higiene condição indispensavel para a Macrina.
Se antes disso em conseguír uma barraca em melhores condições voltarei a escrever novamente.
Aqui fica o meu sincero agradecimento pelo muito que fizeram pela minha extremosa companheira.
Muito cordialmente subscrevo-me,
Manoel Corrêa (Correspondência Recebida pelo Serviço Social do SGV, em 07 de dezembro de 1956).

Outro exemplo extremo de abandono, revela-se quando a assistente Zuleika Monteiros, em 02 de maio de 1962, apela para autoridades policiais de Bom Jesus do Gallo, Minas Gerais, no sentido do Sr. Luiz Francisco Bárbara buscar sua filha menor, Madalena Felomena de Jesus, de alta desde outubro de 1961.

Ilmo. Sr.
Delegado de Policia
Bom Jesus do Galho – Minas Gerais
Encontra-se hospitalizado no Sanatório “Getúlio Vargas” a menor Madalena Felomena de Jesus, filha do Sr. Luiz Francisco Barbara, com alta assinada por seu médico assistente, desde outubro de 1961.
O Serviço Social já escreveu duas cartas e passou três telegramas solicitando o comparecimento do referido Sr. a este Sanatório, porém até a presente data o Sr. Luiz, nenhuma providência tomou no sentido de retirar a menor e nem se comunicou com o Serviço social. Escreveu uma carta para sua filha marcando o dia para vir buscá-la porém não cumpriu com o prometido.
Tratando-se de uma menor a sua saída do hospital só poderá ser feita com um responsável, razão que nos leva solicitar a colaboração de V.S. no sentido de fazer chegar ao conhecimento do referido Sr. a necessidade de seu comparecimento com a máxima urgência ao sanatório “Getúlio Vargas” em Maruípe, pois torna-se impossível por mais tempo a permanência da menor neste hospital.
O endereço do referido Sr. é o seguinte: Luiz Francisco Bárbara, Bom Jesus do Galho, Rua da Estação, Minas Gerais (Correspondência Expedida pelo Serviço Social do SGV, em 02 de maio de 1962).

Pelo conteúdo das correspondências, observa-se que enquanto o Serviço Social tinha como prioridade manter os pacientes internados apenas o tempo prescrito por seu médico, os familiares protelavam o retorno à suas residências. A permanência de um paciente que havia recebido alta, mas que continuava ocupando uma vaga no Sanatório, podia ser considerado um problema muito grave na medida em que os leitos, insuficientes para atender à demanda do Estado, não poderiam ser ocupados por pacientes curados. Outra questão diz respeito à situação do paciente que depois de passar por um tratamento prolongado, ao receber alta, muitas vezes, encontrava sua família desfeita ou mesmo tinha que recomeçar uma nova vida.

Quando não mais o paciente poderia retomar seu trabalho após o tratamento, devido à fraqueza física que se encontrava após a alta médica, as assistentes tentavam sua recolocação no mercado de trabalho com o desempenho de outra atividade. Para tanto, as oficinas de trabalhos manuais proporcionavam aos enfermos a possibilidade de aprenderem outras profissões mais adequadas ao estado que se encontravam.

O caso do Sr. José Fiuza Lima exprime muito bem a referida situação. Em 11 de junho de 1953, o referido senhor fez uma solicitação à assistente social Geny Grijó, no sentido de conseguir material para aprender uma nova profissão, o que lhe proporcionaria sustento após a sua alta. Nas palavras do Sr. José Fiúza:

Aqui faço um relato da minha situação atual, estou com 54 anos de idade, sou viúvo; Eu trabalhava no interior deste então pelas profissões de pedreiro e carpinteiro, poucas vezes trabalhei para empresas ou companhias; por este motivo não tenho auxílio de institutos e nem outros recursos; sofro do coração e estou doente dos pulmões a 4 anos; estou internado a dois anos no Sanatório Getúlio Vargas, nesta cidade; achando-me simecurado, e em vista de não poder continuar nas profissões anteriores, eu desejava estudar rádio, ser radiotécnico profissional. Venho por meio desta pedir um auxílio a V. S. sendo em livros ferramentas ou algumas orientações. Eu aqui poderei estudar, muito breve terei alta deste Sanatório; minha idade e meu físico não permite trabalhos pesados.

Esperando de V. S. uma Solução, fico ao vosso dispor (Correspondência Recebida pelo Serviço Social do SGV, em 11 de junho de 1953).

O curso de radiotécnico acabou sendo promovido no Sanatório para diversos pacientes e alguns solicitaram o auxílio para conseguirem emprego nesta área após a internação, sendo atendidos pelas assistentes, que mediante pedido por escrito, empenhavam-se junto a empresas e oficinas para contratarem os antigos enfermos. Essas informações, bem como demais pedidos de empregos em outras áreas podem ser observadas nas correspondências

expedidas e recebidas pelo Serviço Social entre os anos de 1950 a 1967, período em que o referido serviço atuou junto ao SGV e seus internos.

Outra intervenção das assistentes sociais, já mencionada anteriormente, era o de garantir os direitos dos doentes, agindo como que colaborando para eles os mesmos continuassem a receber seus benefícios financeiros.

Para exemplificar melhor os trabalhos do Serviço Social junto às Caixas de Pensão e Aposentadoria, podemos citar o caso do Sr. Manoel Netto que, com o auxílio das assistentes, enviou correspondência, em 27 de outubro de 1959, para o Chefe do Departamento de Assistência ao Ferroviário da Estrada de Ferro Leopoldina, sediada no Rio de Janeiro. Na referida carta Manoel Netto expôs seu diagnóstico positivado para tuberculose e a sua necessidade de se submeter ao tratamento sanatorial. Segundo o relato:

Tendo em vista a situação que me encontro, tanto financeiramente como sobre a saúde, pois de acordo com a exposição do Dr. Ovídio Paoliello a qual, está seguindo junto a presente, seu possuidor de “Tuberculose Pulmonar”, vejo-me obrigado a solicitar de V.Sa., uma internação no Sanatório Getulio Vargas.

Faço este apelo porque infelizmente a caixa para quem contribuímos não tem contrato com o referido sanatório e assim sendo, só mesmo por intermédio desse departamento, poderei conseguir a referida internação a qual, é de suma importância para mim, não só por visar a minha curar como também, para evitar o contacto com os meus quatro filhos, os quais são menores. Aliás senhor presidente, creio mesmo, que por está junto dos mesmos até a presente data, tenha adoecido a minha filhinha de apenas cinco meses, a qual, seguindo diagnóstico médico, está com o mesmo mal.

Desta forma senhor presidente, confiando sempre nos bons serviços prestados por esse Departamento em benefício ao Ferroviário, tenho certeza absoluta que além de conseguir a internação de que tanto necessito, também, conseguirei que seja feito o contrato com o Sanatório o que, não será apenas em meu benefício, como também, a todos os meus colegas que por ventura vierem a precisar.

Sei que existem outros Sanatórios onde podemos ser internados, porem, nem sempre podemos ficar onde estes Sanatórios estão instalados, no meu caso por exemplo, não poderei sair de Vitória, não só por ter aqui, assistência amiga de meus familiares, como também, a grande ajuda que os mesmos dão para com a minha esposa, meus filhos e mesmo para mim.

Antecipadamente agradeço a atenção que V.Sa., se dignar dar ao assunto e na certeza de conseguir resolver esta situação desesperador, subescrevo-me com os meus respeitos (Correspondência Expedida pelo Serviço Social do SGV, em 27 de outubro de 1959).

O laudo médico, assinado pelo Dr. Ovídio Paoliello, com mesma data da citada correspondência indica que o Sr. Manoel já se encontrava internado no Sanatório, na situação de indigente, quando pleiteou o custeamento do tratamento, via ao Departamento de

Assistência dos Ferroviários, do qual era contribuinte. Destaca-se também que o médico confirmou todas as informações fornecidas pelo paciente, até mesmo aquelas pertinentes ao risco de contágio de três dos seus filhos menores, confirmando a positividade para a tuberculose de sua filha com cinco meses. O trabalho das assistentes, no referido caso, se resumiu em orientar o paciente para exigir seus direitos junto ao sistema previdenciário que fazia parte, assegurando seu desejo de não ser transferido para outro sanatório, que o afastaria ainda mais de suas relações familiares. A parte de envio da correspondência e a solicitação ao Dr. Paoliello do laudo médico, também coube às assistentes sociais.

Em outro caso, Domingos Dias da Silva, que estava em tratamento já havia seis anos, encaminhado para o Sanatório Santa Terezinha, em Friburgo, solicitou ao Serviço Social do Sanatório Getúlio Vargas que providenciasse a transferência de seu benefício, recebido junto ao Instituto de Assistência e Pensão dos Industriários (IAPI), para o hospital que se encontrava. No texto da correspondência, de 09 de abril de 1951, o paciente expunha a satisfação em se encontrar numa instituição hospitalar particular, paga pelo sistema previdenciário de que fazia parte. Ao mesmo tempo, o Sr. Domingos expõe algumas informações sobre as condições em que recebia o tratamento e como se encontrava seu estado de saúde.

Exma. Senhora D. Maria B. de Barros. Tenho esta, por fim, de dar-lhe as minhas notícias, e ao mesmo tempo saber de todas as pessoas da família da senhora, pois, eu quando cheguei aqui no Rio fui a receber o meu dinheiro em Nova Iguaçu mais aconteceu, que já tinha sido transferido para Vitória, então o instituto, como já tinha hospital para os seus associado, resoueu me enternar no sanatório Santa Terezinha, em Friburgo, para eu acabar de me curá, pois este sanatório é particular, e não interna indigentes, mais o instituto tem contrato de enternar 20 associado afim de operá em toracopatria, então o chefe do I.A.P.I. vendo que eu já estava curado, então me mandou para este sanatório até eu ficar completamente bem, e também passou um telegrama para Vitória, pedindo o meu benefício de volta para Nova Iguaçu, portanto eu me encontro aqui internado, no maior conforto da minha vida, pois estou em um quarto com um colega, e tem tudo como se fosse eu que estivesse pagando, agora se eu soubesse disto a mais tempo, não tinha dado tanta cabeçada na vida, sim: aqui só tem doentes particular, e as diária são de 140,00 cruzeiro por dia, mais eu e mais alguns colegas que tem aqui, não paga nada, pois quem paga é o instituto dos industriários, agora que eu já estou aqui internado, estou esperando que o meu benefício venha de Vitória, para eu poder a receber aqui no sanatório, pois a chefe que me mandou para este sanatório, me disse que, assim que chegar de Vitória ela manda me pagar.

Portanto logo que receba, lhe mandarei importância que lhe devo e também vou ficar aqui uns dois mês, ate ficar bom, logo que eu saia destes lhe mandarei avisar.

Felicidades para todos os internados e também para a senhora e familiares (Correspondência Recebida pelo Serviço Social do SGV, em 09 de abril de 1951).

Como observado, o Sr. Domingos demonstra, em vários trechos, carinho e confiança na assistente social, para quem solicitou que lhe enviasse seu benefício. O Serviço Social aqui, teve o papel de providenciar o envio do dinheiro do paciente, que ainda era recebido em Vitória. Outra questão, diz respeito ao fato de esta havendo o acompanhamento da situação de um paciente com alta a pedido para se tratar em outro hospital. Pela situação, confirma-se que o trabalho de acompanhamento dos internos não cessava com a saída dos mesmos do SGV, seja quando recebiam alta por cura ou por transferência.

Caso semelhante ocorreu com o Sr. João Gonçalves de Freitas, que mesmo tendo a opção de solicitar para parentes ou amigos os documentos de que necessitava, escreveu ao Serviço Social do SGV para que a assistente social, Zuleika Monteiro, o auxiliasse no envio de documentos, no intuito de conseguir regularizar sua situação previdenciária e receber os benefícios que tinha direito. Em carta endereçada à Zuleika Monteiro proveniente do Rio de Janeiro, com data de 02 de junho de 1955, o Sr. João Gonçalves agradece o envio de seus documentos, ressaltando que somente através do auxílio da assistente ele teria sucesso em conseguir seu benefício. Em um trecho da carta demonstra a gratidão que nutria pela assistente social:

[...] Mas tenho fé em Nosso Bom Deus ainda podemos nos encontrar, e desejo ser-lhe útil algum dia, em qualquer momento, nunca hei de perder uma oportunidade, não para Sr^a. como a qualquer um dos seus entes queridos. Somente, com a sua cooperação, e que tive a felicidade de vêr em minhas mãos, aquilo que mais desejava vêr, pois os ditos nunca estiveram em minhas mãos, somente minha esposa era quem resolvia tudo com tôda timidez, e procurava, para não me aborrecer ocultar tudo (Correspondência Recebida pelo Serviço Social do SGV, em 02 de junho de 1955).

A importância em assegurar os direitos de pacientes conveniados em algum instituto previdenciário, estava interligada à continuidade do tratamento. De modo geral, pacientes filiados aos institutos, quando desamparados pelo sistema assistencialista previdenciário, não concluíam o tratamento, preferindo retomar o trabalho e garantir seu sustento e de sua família.

No caso de pacientes gratuitos, a maioria proveniente do interior do Espírito Santo, o problema se tornava ainda mais grave. Cada doente indigente trazia consigo toda a carga de problemas familiares para administrar como: a falta de recursos; a distância que separava o paciente de sua família; os filhos menores que foram expostos ao contágio e não

diagnosticados entre outros. Nesses casos, competia ao Serviço Social tentar encontrar soluções para problemas particulares, garantindo assim, que o paciente se mantivesse em tratamento. Uma das formas encontradas pelas assistentes para sanar a falta de recursos mínimos dos pacientes indigentes, foi a criação da Caixinha de Cooperação, garantindo que os pacientes sem recursos conseguissem, pelo menos, consumir os produtos da cantina existente no Sanatório, evitando assim, que os doentes carentes se sentissem diminuídos. “[...] a Caixinha de Cooperação a qual tem por fim fornecer meios a esses doentes sem nenhum recurso, para que eles possam, como os demais, fazer suas compras” (MONTEIRO, 1956:51). Este fundo de assistência aos internos sem recursos era mantido pela contribuição mensal de pacientes, médicos e funcionários do Sanatório, contando também com doações externas.

Como podemos notar pelos exemplos já expostos, o Serviço Social, por intermédio das assistentes, tomava para si a incumbência de solucionar questões particulares dos internos, principalmente as vinculadas com: o bem estar familiar dos mesmos; auxílio à requisição de seus direitos junto aos institutos de assistência e previdência; além de desenvolverem ações voltadas para a inclusão dos curados na sociedade.

Outra observação é que se estabeleceu uma sociedade sanatorial, dependente da cooperação mútua da equipe de profissionais da área médica – médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos –, do Serviço Social e de Nutrição, bem como demais funcionários com os pacientes atuando como peça fundamental da rotina estabelecida. Mesmo os médicos, como o Dr. Jayme, Dr. Hervan e Dr. Ovídio, adotaram o Sanatório como referência de vida, estendendo suas atividades em prol da instituição muito além do tempo determinado pela rotina do ofício de médico.

No caso dos pacientes, a adoção do Sanatório como única referência social fica ainda mais nítida. Ali ficavam internados durante anos, ao passo que seus vínculos com a sociedade iam sendo desfeitos na medida em novos se formavam dentro da rotina sanatorial a que estavam submetidos. Através do estabelecimento de relações afetivas entre si, os pacientes encontravam cumplicidade naqueles que passavam pelas mesmas angústias e incertezas. Ao mesmo tempo, a confiança entre pacientes e funcionários, principalmente as vinculadas com o Serviço Social, se impunha como única esperança de retorno à sociedade a que já haviam pertencido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história do Sanatório Getúlio Vargas está intimamente ligada a ações políticas implementadas pelo Governo Vargas no combate a tuberculose, doença que ceifara incontável número de vidas em todo o território nacional, ao término do século XIX e início do XX. A presente Dissertação teve como objeto justamente a análise de como se deu o processo que cominou na instalação do Sanatório em Vitória, no ano de 1942. Para melhor compreensão desse processo se fez um estudo da trajetória percorrida pela tuberculose na história da humanidade e como a mesma chega ao Brasil.

Têm-se registros da presença da tuberculose desde a antiguidade, entretanto, foi com o crescimento dos grandes centros urbanos e com a industrialização que essa doença se alastrou no meio da população.

A inexistência de apontamentos sobre a doença, anteriores a chegada dos colonizadores portugueses no Brasil, levanta a possibilidade de ter sido nesta época que a enfermidade tenha começado a fazer suas vítimas em território brasileiro. Portanto, foi a partir do início da colonização que a tuberculose se manifestou.

A tísica tendeu a se desenvolver e se propagar junto ao seio da população, sem distinção de classe econômica ou etnia, apesar daqueles com as piores condições de vida serem os mais afetados. Principalmente em núcleos urbanos, local onde as aglomerações de pessoas eram mais frequentes, o contágio se fez de forma epidêmica, sem se conseguir reverter a situação até a década de 1950. Portanto, entre os séculos XIX e XX, com a intensificação do processo de urbanização das cidades brasileiras, o problema da proliferação da tuberculose também se intensificou.

Outro dado que contribuiu para a epidemia, diz respeito à geografia do país. Por ser o Brasil um país com grande faixa litorânea, o ir e vir de embarcações que atracavam nos portos de suas cidades fez com que o contágio da doença se tornasse um problema nacional. Os dados levantados nesta Dissertação evidenciam que já no início do século XX, as capitais e principais cidades da federação apresentavam grande número de contaminados pela tuberculose.

A condição de vida precária da maioria da população brasileira aliada ao crescimento desordenado da população urbana, mais a falta de profissionais de saúde e de uma política

preventiva contra a tuberculose, fez com que o número de pessoas infectadas crescesse muito a partir do início do século XX. O índice de mortalidade aumentou de maneira atemorizante, o que acabou levando o Estado a se preocupar com este problema, a partir da década de 1930. Num primeiro momento, a sociedade civil, formada por médicos, intelectuais e senhoras pertencentes a elite, eram os responsáveis pela maioria das ações de combate e prevenção da doença, através de arrecadações financeiras que se destinavam ao tratamento dos pacientes mais pobres. Ações essas, mesmo que tímidas e ineficientes, são colocadas em prática, alertando o poder público e a população para a questão emergencial da propagação da tuberculose. Com a identificação do problema, aliada ao processo de industrialização, o Estado, mediante a reestruturação do Departamento Nacional de Saúde, ligada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores demonstra preocupação em combater a tuberculose, para tanto, introduzem a propaganda e a educação sanitária. A criação da Inspetoria de Profilaxia da tuberculose em 1920, demonstra também a preocupação do Governo Federal em combater a disseminação da tuberculose no Brasil, embora essa ação estivesse mais fortemente atuante no Distrito Federal, região de maior concentração da doença.

As campanhas publicitárias de combate à doença deixam claras a importância que o Estado via na informação; objetivando esclarecer a população do perigo da doença e das formas de contágio, bem como sua prevenção..

Entretanto a falta de pesquisa sobre a doença fazia com que se criassem uma relação entre a enfermidade com crenças nada científicas. Como por exemplo, o indivíduo que contraía a tuberculose estava na verdade recebendo uma punição divina. Cria-se assim o estigma sobre as vítimas da tuberculose e como solução para o problema, acreditava-se que o melhor era retirar os doentes do convívio de familiares, amigos, vizinhos, portanto, o único caminho era o isolamento.

A partir de 1930, já em pleno Governo Vargas, ações mais intensas em relação ao combate à tuberculose e demais enfermidades foram implementadas. A idéia dessas ações para além de combater a tuberculose, objetivava popularizar a imagem do Presidente da República, além de centralizar a administração dos Estados Federados, sob a égide do Governo Federal.

Como a indústria nesse momento era a possibilidade de avanço econômico, segundo a lógica do governo, se tornava portanto, necessário oferecer ao operariado condições de vida favorável. Ao poder público coube a missão de assegurar melhores condições de vida para o

operariado e sua família, através de políticas públicas sociais, principalmente aquelas voltadas para a saúde e saneamento básico.

Assim, o atendimento hospitalar passa a ser uma preocupação do Estado, investindo-se na prevenção da doença e no caso dos infectados, investe-se na criação de infraestrutura para receber os casos que necessitassem de internação. Nesta vertente, foi criado o Sanatório Getúlio Vargas, instituição que se estabeleceu em Vitória, com o imperativo de amenizar o maior índice de mortalidade verificado em uma cidade brasileira naquela época.

O trabalho com as fontes primárias permitiu-me conhecer a rotina implantada quando o Sanatório entrou em funcionamento. Deste estudo podemos verificar a formação de uma sociedade sanatorial, composta de vários elementos que constitui a sociedade que conhecemos.

A experiência obtida durante 27 anos de trabalho na área hospitalar também contribuiu para a presente pesquisa, na medida em que termologias médicas que faziam parte da minha rotina. Outra contribuição, o acesso a trajetória de personagens como Jayme dos Santo Neves, Ovídio Paoliello, Jurandyr Frossard, José Moysés, Nélio Faria Espíndula, Wilson Simões Ferreira, Hervam Modenese Wanderley, Mario Casanova e Jolindo Martins – que fizeram do combate a tuberculose, no Espírito Santo, a razão maior de suas vidas. Esse conhecimento foi de extrema importância para a conclusão do estudo, permitindo uma análise detalhada de como se procederam as ações para a construção tanto do Sanatório Getúlio Vargas, quanto do Dispensário Dr. Antonio Cardoso Fontes e do Preventório Gustavo Capanema. Três instituições que inseriram o Estado na Campanha Nacional Contra a Tuberculose, não devendo em nada aquelas que se encontravam nos grandes centros urbanos nacionais, em termos de atendimento e profilaxia da tuberculose.

Iniciativas individuais e da coletividade de profissionais da área da saúde mostraram que o querer fazer se sobrepôs ao poder fazer, tendo como maior exemplo a construção e funcionamento de uma rede de prevenção, tratamento e restabelecimento do indivíduo, mesmo que o dispêndio de verbas públicas fosse muito aquém do necessário.

REFERÊNCIAS

Fontes Primárias

ACERVO ICONOGRÁFICO CASA OSWALDO CRUZ (COC). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

ACERVO ICONOGRÁFICO CPDOC. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

ACERVO ICONOGRÁFICO PESSOAL. Maria Zilma Rios.

ACERVO ICONOGRÁFICO PESSOAL. Elídia Maria Franzin.

BRASIL. Leis. Decreto Nº. 109 de 02 de maio de 1991. Extingue a Campanha Nacional contra a Tuberculose. Rio de Janeiro: 1991.

BRASIL. Campanha nacional contra a Tuberculose. A quimioterapia da tuberculose pulmonar em saúde pública. **Revista do Serviço Nacional de Tuberculose**. 1960. 289-3-6

BRASIL. Ministério do Serviço Especial de Saúde Pública. **Tuberculose**: aspectos atuais da prevenção e do tratamento Rio de Janeiro: Serviço Especial de Saúde Pública, 1958.

BRASIL. Serviço Nacional de Tuberculose. Relatório de Atividades do Serviço Nacional de Tuberculose durante o ano de 1949. Rio de Janeiro: 1951.

BRASIL. Leis. Decreto-lei Nº. 28.255 de 12 de junho de 1950. Rio de Janeiro: Institui o Plano Salte, 1950.

BRASIL. Leis. Portaria Nº. 246 de 12.07.1950. Estabelece normas para os trabalhos de campanha Nacional contra a tuberculose. Rio de Janeiro: 1950.

BRASIL. Serviço Nacional de Tuberculose. Programa para a “Campanha Nacional contra a Tuberculose.” Rio de Janeiro: 1947.

BRASIL. Leis. Portaria Nº. 9.214 de 29.04.1946. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a cooperar financeiramente com os Estados, municípios e entidades particulares na intensificação da assistência a tuberculose no território nacional. Rio de Janeiro: 1946.

BRASIL. Leis. Decreto-lei N° 9.387 de 20 de junho de 1946. Institui o a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Rio de Janeiro: 1946.

BRASIL. Anuário Estatístico do Brazil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE), 1908-1912.

BRASIL. Diretoria Geral de Saúde Pública. Anuário de Estatística Demógrafo-Sanitária pelo Dr. Cássio de Rezende ajudante do médico demografista da Diretoria Geral de Saúde Pública, 1908. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1910.

Collection War Museum of London. Disponível em: <<http://www.iwmcollections.org.uk>>. Acesso em: 05 de maio de 2009.

COSTA, Jacira da Costa. **Depoimento prestado sobre o Setor de Radiologia do Sanatório Getúlio Vargas**. Vitória: 2008. Entrevista colhida por Maria Zilma Rios.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CRM). Sessão Espírito Santo. **CRM-ES 50 anos: registro de uma trajetória: 1958 – 2008**. Vitória:GSA Gráfica e Editora. 2008.

ESTADO DO ESPIRITO SANTO. Departamento Estadual de Saúde. 7ª Delegacia Regional da Campanha Nacional de Combate a Tuberculose no Espírito Santo. **Relatório do ano de 1959**.

ESTADO DO ESPIRITO SANTO. Departamento Estadual de Saúde. 7ª Delegacia Regional da Campanha Nacional de Combate a Tuberculose no Espírito Santo. **Relatório do ano de 1958**.

ESTADO DO ESPIRITO SANTO. Departamento Estadual de Saúde. 7ª Delegacia Regional da Campanha Nacional de Combate a Tuberculose no Espírito Santo. **Relatório do ano 1957**.

ESPIRITO SANTO. Mensagem apresentada por Francisco Lacerda de Aguiar à Assembléia Legislativa por ocasião da abertura, 1956.

ESTADO DO ESPIRITO SANTO. Departamento Estadual de Saúde. 7ª Delegacia Regional da Campanha Nacional de Combate a Tuberculose no Espírito Santo. **Relatório do ano 1956**.

ESTADO DO ESPIRITO SANTO. Departamento Estadual de Saúde. 7ª Delegacia Regional da Campanha Nacional de Combate a Tuberculose no Espírito Santo. **Relatório do 1º Trimestre de 1956.**

ESTADO DO ESPIRITO SANTO. Departamento Estadual de Saúde. 7ª Delegacia Regional da Campanha Nacional de Combate a Tuberculose no Espírito Santo. **Relatório do ano de 1954.**

ESPÍRITO SANTO. Mensagem apresentada por Jones dos Santos Neves à Assembléia Legislativa por ocasião da abertura, 1953.

ESTADO DO ESPIRITO SANTO. Departamento Estadual de Saúde. 7ª Delegacia Regional da Campanha Nacional de Combate a Tuberculose no Espírito Santo. **Relatório do ano 1950.**

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Boletim Estatístico. Departamento Estadual de Estatística. 1940 – 1960.

FRAGA, Cristiano. **Dez anos de saúde pública:1930 - 1940.** Boletim Estatístico do Espírito Santo. Departamento Estadual de Estatística. Janeiro e fevereiro. 1941.

FRANZIN, Elidia Maria. **Depoimentos prestados pelo Dr. Jayme dos Santos Neves.** Vitória: 1979-1989, 15 fitas cassetes.

Galeria Uffizi – Itália. **A Primavera de Botticelli.** Disponível em: <www.casthalia.com.br/a_mansao/obras/botticelli_primavera.htm>. Acesso em: 12 de maio de 2009.

FERREIRA, Wilson Simões. **Depoimento prestado sobre a Equipe Médica do Sanatório Getúlio Vargas.** Vitória: 2008. Entrevista colhida por Maria Zilma Rios.

GUIMARÃES, Fábio de Macedo Soares; CYPRESTE, José Neves; PRADO, Sylvio Couto. **Parecer sobre os Ante-Projetos do Sanatório de Bella Vista.** Vitória: Apresentado ao Interventor do Espírito Santo João Punaro Bley, 1931.

LOCATELLI, Guilherme. **Depoimento prestado sobre o Setor de Nutrição do Sanatório Getúlio Vargas.** Vitória: 2008. Entrevista colhida por Maria Zilma Rios.

LYRA, Maria das Neves. **Depoimento prestado sobre o Setor de Enfermagem do Sanatório Getúlio Vargas.** Vitória: 2008. Entrevista colhida por Maria Zilma Rios.

MONTEIRO, Zuleika. **Serviço Social em Sanatório para tuberculosos.** Escola de Serviço Social. Instituto Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. TCC. datilografado, 1956. 80 p.

PAOLIELLO, Ovídio. **Relatório Elaborado pelo Superintendente do Sanatório Getúlio Vargas, Dr. Ovídio Paoliello.** Vitória: Secretaria da Educação e Saúde, 1943.

RIBEIRO, Divalda Ramos. **Depoimento prestado sobre o Setor de Enfermagem do Sanatório Getúlio Vargas.** Vitória: 2008. Entrevista colhida por Maria Zilma Rios.

SANATÓRIO GETÚLIO VARGAS. **Serviço de Enfermagem.** Correspondências Recebidas e Expedidas pelo Serviço de Enfermagem do SGV. Vitória: 1950 a 1967.

SANATÓRIO GETÚLIO VARGAS. **Serviço Social.** Correspondências Recebidas e Expedidas pelo Serviço Social do SGV. Vitória: 1950 a 1967.

SANTOS NEVES, Jayme. **Discurso de Inauguração do Dispensário Dr. Antonio Fontes.** Fevereiro de 1934. datilografado. Acervo pessoal Elidia Maria Franzin

SANTOS NEVES, Jayme. **Discurso de Inauguração do Sanatório Getulio Vargas.** Vitória: Novembro de 1942, datilografado. Acervo pessoal de Maria Zilma Rios.

ULIANA. Olinda. **Depoimento prestado sobre o Setor de Nutrição do Sanatório Getúlio Vargas.** Vitória: 2008. Entrevista colhida por Maria Zilma Rios.

Fontes Bibliográficas

ALENCAR, José. **Cinco minutos.** São Paulo:Moderna, 1994. 53 p.

ALMEIDA, Teófilo de. **Conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar.** Rio de Janeiro: Divisão de Organização Hospitalar – Ministério da Saúde e Educação, 1954.

AZEVEDO. Álvares de. **Noite na taverna.** 14. 3d. Rio de Janeiro:Ediouro, 1996. 73p.

BARREIRA, Ieda de Alencar. **A enfermeira Ana Néri no “País do Futuro”**: a aventura da luta contra a tuberculose. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992

BARRETO, João de Barros. **Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde**: Exposição apresentada ao Exmo., Sr. Ministro Gustavo Capanema, pelo Diretor do D.N.S. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1948.

BITTENCOURT, Tânia Mara Mota. **Peste Branca – arquitetura branca**: Os sanatórios de tuberculose no Brasil na primeira metade do século XX. São Carlos. 173 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos –Universidade de São Paulo, 2000.

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.

BERTHOLI FILHO, Cláudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2001.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Ática, 1998.

CABRAL, Sebastião. **Saúde pública no Espírito Santo: da colônia aos dias atuais**. Vitória: Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo/Prefeitura Municipal de Vitória, 1992 (Coleção Cadernos de História).

CASTRO, Ieda Barreira ET alli. **Processo de trabalho em enfermagem: o caso de Curicica**. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 6º, 1991, Rio de Janeiro, Anais. Rio de Janeiro: ABEn, 1992.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

CHRETIEN, J. **La tuberculose**. Parcours imagé. Propôs. Regards, Paris: Hauts de France. 1995. 2v.

CORDÁS, Táki Athanássios & WEINBERG, Cybelle. Clorose: a efêmera doença das virgens. **Rev. Psiq. Clín.** 29 (4):204-206, 2002

CORDONI JUNIOR, Luiz. **A Organização do Sistema de Saúde no Brasil**. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, Luiz (Orgs.). Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Editora Universidade Estadual de Londrina (UEL), 2001.

COSTA, Emilia Viotti da. **O progresso e o trabalhador livre**. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de (org). **O Brasil Monárquico**. São Paulo: Editora Difel, 1982.

FERNANDES, Tânia (org.) **Memória da tuberculose: acervo de depoimentos**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

FRANCO, Sebastião Pimentel; HEES, Regina Rodrigues. **A República e o Espírito Santo**. 2ª Edição. Vitória: Multiplicidade, 2005.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): Dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

GILL, Lorena. Um mal do século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930. Porto Alegre, 2004. Tese (Doutorado em História), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

GONÇALVES, Helen. Tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. VII (2): 303-25, jul. – out. 2000.

GRAZZIOTTI, Maurinete Simões. **Dever do Estado e Direito do Cidadão: as políticas públicas no Governo Vargas no Espírito Santo (1930-1945)**. Vitória: Dissertação (Mestrado em História) – Programa de História Social das Relações Políticas, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 2006.

KOOGAN/HOUAISS. **Enciclopédia e dicionário ilustrado**. 3.ed., Rio de Janeiro:Sheifer, 1998.

LAMOUNIER, Bolívar, Análise de políticas públicas: quadro teórico-metodológico de referência. Mimeo. São Paulo, s.d.

MARIN FILHO, Carlos José. **Concepção de política pública: definição, viabilização e execução**. Outubro de 2005. <www.urisan.tche.br/~cursoplanodiretor/material/marin/>. Acesso em 05 de setembro de 2007.

MELO, Fernando A. Fiúza de et al. **Tuberculose**. In: Veronesi: Tratado de infectologia. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, v.1, 1139-1263. 2005.

MONTENEGRO, Tulo H. **Tuberculose e literatura: notas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Casa do livro, 1949.

NASCIMENTO, Dilene R. **De questão pública à questão de Estado: a Liga Brasileira contra a tuberculose**. Rio de Janeiro. 144p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1992.

NOGUEIRA, Oracy. Experiências sociais e psíquicas do tuberculoso. Sociologia. **Revista Didática Científica**. 1949;(2) 159.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, José Teixeira de. **História do Estado do Espírito Santo**. 3ª Edição. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, Secretaria de Estado da Cultura, Coleção Canaã, Volume 8, 2008.

ORNELLAS, Cleusa P. **Instituição e Doenças: a trajetória dos leprosários, sanatórios e hospícios**. Campinas, 256 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1995.

PAOLIELLO, Ovídio. As Verdadeiras Dimensões de uma Campanha Nacional Contra a Tuberculose. São Paulo: **Revista Brasileira de Tuberculose e Doenças Torácicas**, v. 29(210), 1961.

PEREIRA Fº, Manoel. Serviço Social Médico. **Boletim da Campanha Nacional de Combate a Tuberculose**. 1953.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFGM, 2001

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho – a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

RIBEIRO, Lourival. **A luta contra a tuberculose no Brasil**: principais momentos para sua história. SNC: Rio de Janeiro, 1956.

RICHARDSON, Roberto Jarry e cols. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989.

REZENDE, Joffre M. de. **Linguagem Médica**. 3. ed. Cidade: AB Editora e Distribuidora de Livros Ltda, 2004.

RISI JR., ET AL. **As condições de saúde no Brasil**. In: FINKELMAN, Jacobo. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Ed. Unesp: Hucitec, 1994.

SANTOS NEVES, Jayme. **A outra história da Companhia de Jesus**. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1984.

SANTOS NEVES, Jayme; ESPINDULA, Nélio. Recuperação do Preventório Frente aos Novos Rumos da Profilaxia Anti-Tuberculosa. São Paulo: **Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax**. v. XX, 1959.

SANTOS NEVES, Jayme; ESPINDULA, Nélio. Índice de Casos de Tuberculose e de Comunicantes do Estado de Espírito Santo. São Paulo: **Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax**. v. XX, 1959.

SANTOS NEVES, Jayme. Perspectiva da Tuberculose Através da Ótica Dispensarial. Rio de Janeiro: **Separata da Revista O Hospital**, v. XLV:3, março de 1954.

SANTOS NEVES, Jayme. Epidemiologia da Tuberculose no Brasil. Rio de Janeiro: **Separata da Revista O Hospital**. v. XXIX:6, Junho de 1946.

SANTOS NEVES, Jayme. **Da Necessidade dos Censos Integrais**. Bahia: 3º. Congresso Nacional de Tuberculose, 1946.

SANTOS NEVES, Jayme. **Epidemiologia e Profilaxia da Tuberculose no Estado do Espírito Santo**: Ante-projeto submetido a aprovação da Direção da Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Vitória: 1945.

SANTOS NEVES, Jayme. A Luta contra a Tuberculose no Espírito Santo. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Tuberculose**, Ano XI, Nº. 84, 1942.

SANTOS NEVES, Jayme. **Organização da Luta Contra a Tuberculose no Estado do Espírito Sano**. Trabalho apresentado durante o 1º. Congresso Nacional de Tuberculose. Vitória: Secretaria da Educação e Saúde Pública do Estado do Espírito Santo, 1939.

SHEPPARD, Dalila de Souza. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870 – 1940. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. VIII (1): 172-92, mar.- jun. 2001.

SILVA, Márcia Regina Barros da. O processo de urbanização paulista. São Paulo: **Revista Brasileira de História – Cidades – ANPUH**, vol. 27, nº. 53, 2007, pp. 243-266.

SILVEIRA, José. À sombra de uma sigla ou 40 anos de IBIT. Salvador:Gráfica Econômico e Administração Ltda. 1977

SOARES, Pedro Paulo. A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose. Rio de Janeiro: **Revista de História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, vol.1, n.1, 1994, pp. 127-134.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

STEPHANI, Jacques. **Guia do tuberculoso e do predisposto**. São Paulo: Companhia Editora Nacional: 1933.

Levantamento bibliográfico

ABRAÃO, Ana Lucia. Alguns apontamento sobre a história da política de saúde. Promoção da saúde, v.2, n.1.p.01-02. jan-jun, 2006.

ANDRADE, Paulo. **Introdução ao estudo dos edifícios para fins de saúde**. Belo Horizonte: Escola de Arquitetura da Universidade de Minas Gerais, 1961.

BENÉVOLO. Leonardo. **História da arquitetura moderna**. São Paulo: Perspectiva. 1974.

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.

BETHLEM, Newton. A vingança da tuberculose: uma nova visada. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, 3:1. 1955

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. **As condições de saúde e prática sanitária no Rio de Janeiro: 1890 – 1934**. Rio de Janeiro. 188p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia - Universidade Federal Fluminense, 1984

BRASIL. Boletim Campanha Nacional Contra Tuberculose. Rio de Janeiro. 1952

BRASIL. Campanha Nacional contra a Tuberculose. Memórias da Campanha Nacional contra da Tuberculose. Rio de Janeiro. 1953

BRASIL. Boletim Campanha Nacional Contra Tuberculose. Rio de Janeiro. 1953

BRASIL. Boletim da Federação Brasileira das Sociedades de Tuberculose. Rio de Janeiro. 1954

BRASIL. Boletim da Federação Brasileira das Sociedades de Tuberculose. Rio de Janeiro. 1956

BRASIL. Boletim da Federação Brasileira das Sociedades de Tuberculose. Rio de Janeiro. 1959

BRASIL. Boletim da Federação Brasileira das Sociedades de Tuberculose. Rio de Janeiro. 1958

COSTA, Jurandir F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal. 1989

COSTA, Nilson R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva (ABRASCO). 1985

CRUZ, Oswaldo. Relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública. **Rev Bras Tub.** 1948;16:118.

DONNANGELO, Maria Cecília F. e PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FOUCAULT, Michel . **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes. 1997

FOUCAULT, Michel. **'O nascimento da medicina social'**. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e tradução por Roberto Machado. 6.ed. Rio de Janeiro: Graal. 1986.

FRAGA, H. A obra de Fraga no campo da tuberculose. **Med Hoje**.1980;6(67):444-6.

HERSCHMANN, M. M.; PEREIRA, C. A. M. (organiz). **A invenção do Brasil Moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30**. Rio de Janeiro: Rocco. 1994

HIJJAR, Miguel Aiub; GERHARDT, Germano; TEIXEIRA, Gilmário M and PROCOPIO, Maria José. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 50-57.

HOCHAMN, Gilberto & FONSECA, Cristina. **A I conferência nacional de saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo**. In.: GOMES, Ângela de Castro (Org.). Capanema: o ministro e seu ministério. Rio de Janeiro:Ed. FGV. 2000. PP. 173-193.

HOCHMAN, Gilberto. **A saúde pública em tempos de Capanema: continuidade e inovações**. In.: BOMERY, Helena (Org.). Constelação Capanema: intelectuais e políticas. Rio de Janeiro:Ed. FGV. 2001. pp.127-151.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento**. São Paulo: Editora Hucitec.1998.

INSTITUTO DOS ARQUITETOS DO BRASIL (IAB). **Planejamento do hospitais da comissão de Planejamento de Hospitais do IAB**. São Paulo: (s.n.). 1954

LOPES, Helio. Aspectos da higiene hospitalar. Separata **da Revista da Escola de Arquitetura da Universidade de Minas Gerais**, 1956.

LUZ, Madel T. **Medicina e Ordem Política Brasileira: Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

MACHADO, Roberto. **Danação da norma: Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom e BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História Social da Saúde**. São Paulo: Cedhal/USP, 1990.

MIQUELIN, Lauro C. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: Cedas, 1992

MONTENEGRO, Tulo H. **Tuberculose e literatura**: notas de pesquisa. Rio de Janeiro: Casa do livro, 1949.

RIBEIRO, Sonia Natal. O controle da tuberculose no Brasil: principais momentos do desenvolvimento das medidas de controle contra a tuberculose no Brasil. Rio de Janeiro. 83p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1989.

RIBEIRO Lourival. **Fundação Aaulfo de Paiva. Liga Brasileira Contra a Tuberculose**: notas e documentos para sua história. Rio de Janeiro; 1985.

RODRIGUES, B. A. **Fundamentos de Administração Sanitária**. Brasília: Ed. Freitas Bastos; 1979.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro, Graal. 1980.

SANTOS, I. B. **Vida e obra de Manoel de Abreu: o criador da abreugrafia**. Irmãos Pongetti: Rio de Janeiro; 1963.

SANTOS NEVES, Jayme. O tratamento em massa da tuberculose. **Rev. Div. Nac. Pneum. Sanit.**. 22(87/88):115-126. 1978.

SANTOS NEVES, Jayme, Integração do tratamento ambulatorio de tuberculose nos serviços gerais de saúde. **Rev. Div. Nac. Tuberc.** 1º trimestre. V. 19(73): 12-30, 1974.

SANTOS NEVES, Jayme. Campanha nacional contra a tuberculose – setor Espírito Santo. **Rev. Bras. Tuberc.** v. 29(208):113-131, 1960.

SANTOS NEVES, Jayme. Revisão do valor dos índices epidemiológicos em tuberculose. **Rev. Bras. Tuberc.** v. 28(206):331-349, 1960.

SANTOS NEVES, Jayme. Os novos rumos da profilaxia contra a tuberculose. **Rev. Bras. Tuberc.** v.24(173):1163-1176, 1956.

SANTOS NEVES, Jayme. Causas da queda de mortalidade por tuberculose no Brasil. **Rev. Bras. Tuberc.** n. 23:27-40, 1955.

SANTOS NEVES, Jayme. O destino da tuberculose. **Rev. Bras. Tuberc.** XXI(14):453-465. 1953.

SANTOS NEVES, Jayme. O exame sistemático das coletividades na luta contra a tuberculose. **Rev. Clin. Tisiológica.** v. 9(36):91-122, 1952

SCHWARTZMAN, Simon. **Estado Novo, um auto-retrato.** Arquivo Gustavo Capanema. Coleção Temas Brasileiros. Brasília: Editora Universidade de Brasília. V.24, 1983.

SOURIN, Jean-Charles e Ruffié, Jacques. **As epidemias na história do homem.** Lisboa, Edições 70, pp. 143-50. 1984

SPÍNOLA, Aracy Witt de Pinho, (Coord.). **Pesquisa Social em Saúde.** São Paulo: Cortez, 1992.

TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. **Poder e Saúde:** as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Editora da universidade Estadual Paulista, 1996.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

World Health Organization. Expert Committee on Tuberculosis, Geneva, 1964. Geneva; 1964. (WHO – Technical Report Series, 290).

World Health Organization. Chemotherapy and Chemoprophylaxis in Tuberculosis Control: report of a study group. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1957;57(141):1-12.

YIDA, Massako. **Cem anos de Saúde Pública.** São Paulo: Ed. Unesp, 1994.