UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA SOCIAL

SYLVIA PINTO MACHADO

**As ações do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose no combate
à tísica em São Paulo (1892-1917)**

VERSÃO CORRIGIDA

SÃO PAULO

2016

SYLVIA PINTO MACHADO

As ações do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose no combate à
tísica em São Paulo (1892-1917)

VERSÃO CORRIGIDA

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em História Social do
Departamento de História da Faculdade
de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em História

Área de concentração: História Social

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Amélia Mascarenhas Dantes

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

M149a Machado, Sylvia Pinto
As ações do Serviço Sanitário e da Liga Paulista
contra a Tuberculose no combate à tísica em São Paulo
(1892-1917) / Sylvia Pinto Machado ; orientadora
Maria Amélia Mascarenhas Dantes. - São Paulo, 2016.
218 f.

Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia,
Letras e Ciências Humanas da Universidade de São
Paulo. Departamento de História. Área de concentração:
História Social.

1. História da Saúde Pública. 2. História das
Doenças. 3. Tuberculose. 4. Filantropia. 5. São
Paulo. I. Dantes, Maria Amélia Mascarenhas, orient.
II. Título.

Nome: MACHADO, Sylvia Pinto

Título: As ações do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose no combate à tísica em São Paulo (1892-1917)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Social do Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em História

Área de concentração: História Social

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos

Em especial, agradeço à minha orientadora, Maria Amélia Mascarenhas Dantes, pelos ensinamentos e paciência com que me conduziu na elaboração deste trabalho. Agradeço sua orientação clara, tranqüila e objetiva, transmitindo muita segurança para a construção deste estudo.

A Maria Cristina da Costa Marques e Nelson Ibañez, por esclarecerem minhas dúvidas e pelos valiosos questionamentos e sugestões dados nos momentos da qualificação e da defesa, enriquecendo esta pesquisa.

Aos professores da minha formação na pós-graduação do Departamento de História Social da USP: Márcia Regina Barros da Silva, André Felipe Cândido da Silva e Francisco Queiroz. Grata pelo conhecimento, pelas discussões e abertura de diálogo.

A todos os colegas que fiz enquanto trabalhei no Instituto Butantan. Equipes do Núcleo de Documentação, Laboratório de História da Ciência e Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”, obrigada por me apresentarem novos objetos e problemas históricos. Foi o ambiente instigativo proporcionado por vocês que principiou esta dissertação.

À equipe do Instituto Clemente Ferreira. Agradeço a recepção e o acesso aos seus acervos.

A Olívia da Rocha Robba e Geraldo José Alves, pelo encorajamento, por auxiliarem na reflexão do meu trabalho e por compartilharem seus conhecimentos. Obrigada pela companhia e pela prosa.

A Lilian Miranda, Aline Reis Chiarelli, Simone Abreu, Renata Bassetto de Oliveira, Priscilla Rampin de Andrade, Elisa Lopes e Olga Fabergé Alves. Obrigada por todo o incentivo.

Também agradeço à família pelo apoio e por compreender a minha ausência: a dona Ivani e o seu Decio; Henrique, Rachel e Sofia; vó Jandyrá e Preta; tios e tias; primos e primas.

Obrigada, Yann, pelo companheirismo, paciência e por todo o seu apoio.

Finalmente, agradeço ao CNPq-Brasil, pelo financiamento do estudo, e ao Programa de Pós-Graduação em História Social, Departamento de História, FFLCH-USP.

Resumo

MACHADO, S. P. *As ações do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose no combate à tísica em São Paulo (1892-1917)*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2016.

Este trabalho estuda as primeiras políticas públicas e privadas para o combate à tuberculose no estado de São Paulo, entre 1892 e 1917.

Influenciados pelo movimento europeu do final do século XIX, membros da comunidade médica paulista iniciaram uma campanha antituberculose no estado de São Paulo através de ações promovidas pelo Serviço Sanitário, órgão de saúde pública paulista organizado em 1892, e pela Liga Paulista contra a Tuberculose, entidade filantrópica criada em 1899.

O estudo procura mostrar como a campanha foi organizada e exercida por cada órgão, na capital paulista e em outras cidades do estado, ao longo das décadas. Também mostra como ocorreu a relação entre os órgãos, compara suas propostas de combate à tuberculose e as respectivas ações promovidas por eles, observando como estas se complementaram ou provocaram atritos.

Palavras-chave: História da Saúde Pública, História das Doenças, Tuberculose, Filantropia, São Paulo.

Abstract

MACHADO, S. P. *As ações do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose no combate à tísica em São Paulo (1892-1917)*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2016.

The present study focuses on the first public and private policies towards the combat against tuberculosis in the State of São Paulo between 1892 and 1917.

Influenced by the European movement at the end of the XIX century, members of São Paulo's medical community launched an antituberculosis campaign in the state. Actions were implemented by the Serviço Sanitário, public health agency of the State of São Paulo created in 1892, and by the Liga Paulista contra a Tuberculose, a philanthropic entity created in 1899.

This study intends to demonstrate how the campaign was organized and executed during several decades by these agencies in the São Paulo capital city and in other towns of the state. The relations between Serviço Sanitário and Liga Paulista were also documented, comparing their proposals and actions against Tuberculosis, and observing whether those were complementary or conflicting.

Keywords: History of Public Health, History of Diseases, Tuberculosis, Philanthropy, São Paulo.

Sumário

Introdução	9
Capítulo 1 – A tuberculose na Europa do século XIX	19
1.1 As concepções médicas sobre a tuberculose no século XIX	19
1.2 A assistência aos tuberculosos no século XIX	32
1.3 Os congressos como espaços de divulgação de concepções médicas	44
Capítulo 2 – A formação da saúde pública no estado de São Paulo, suas prioridades iniciais e a elaboração da campanha de combate à tuberculose, 1889-1905	48
2.1 A organização do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo	49
2.2 As prioridades do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo nos primeiros anos de atuação	52
2.3 A atenção a outras enfermidades existentes no estado a partir dos anos 1890	55
2.4 As primeiras ações da campanha contra a tuberculose em São Paulo efetuadas pelo órgão público de saúde e pelo grupo filantrópico, 1898-1905	62
2.4.1 O Serviço Sanitário dirigido por Emílio Ribas e as primeiras medidas de combate à tuberculose	64
2.4.2 A contratação de Clemente Ferreira e a criação da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos e da Liga Paulista contra a Tuberculose	68
2.4.3 Os princípios norteadores e o programa da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos	74
Capítulo 3 - A campanha contra a tuberculose no estado de São Paulo: as primeiras contribuições do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose, 1898-1910	81
3.1 Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos e suas ações na capital	81
3.1.1 As ações promovidas por grupos vinculados à Liga Paulista contra a Tuberculose na cidade de São Paulo	90
3.1.2 A campanha em defesa do trabalhador	91

3.1.3 O dispensário antituberculoso Clemente Ferreira como espaço científico para o combate à tuberculose	94
3.2 O Serviço Sanitário e a tuberculose na capital paulista	99
3.3 As iniciativas da Liga Paulista contra a Tuberculose e as ações do Serviço Sanitário no interior do estado de São Paulo voltadas ao controle da tísica, de 1898 a 1910	106
3.3.1 A Liga Paulista contra a Tuberculose e suas iniciativas no interior paulista	107
3.3.2 O Serviço Sanitário e suas ações no interior do estado de São Paulo	109
Capítulo 4 - Novas diretrizes para questão da tuberculose no estado de São Paulo, 1911-1917	118
4.1 O novo Código Sanitário e o aumento da vigilância sobre a tuberculose	118
4.2 Emílio Ribas, Victor Godinho e o projeto sanatorial para Campos do Jordão	124
4.3 A continuidade das ações do órgão público e do filantrópico no combate à tuberculose na cidade de São Paulo	130
4.3.1 O laboratório da Liga Paulista contra a Tuberculose e a busca por espaço no universo científico	142
4.4 As ações promovidas no interior paulista: o seguimento das atividades da Liga Paulista contra a Tuberculose e do Serviço Sanitário	145
Conclusão	151
Tabelas	156
Iconografia	167
Acervos e Fontes	186
Bibliografia	207

Introdução

Conforme o *Global Tuberculosis Report*, publicado pela Organização Mundial da Saúde, em 2015, a tuberculose é um grande problema de saúde mundial, sendo identificada pela organização como uma das principais causas de óbitos, apenas comparável com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Em 2014, estimava-se que 9.6 milhões de pessoas haviam sido diagnosticadas com tuberculose e 1.5 milhões morreram em decorrência dela. Para a OMS, o número de óbitos provocados pela doença é inaceitavelmente alto, pois, quando diagnosticada em seus estágios iniciais e com o tratamento correto, quase todos os indivíduos diagnosticados podem ser curados (WHO, 2015, p.5).

A organização identifica como países mais atacados pela tuberculose o Camboja, Etiópia, China, Índia, Myanmar, Uganda, Filipinas, Vietnã e, finalmente, o Brasil. Conforme os dados coletados pelo órgão, estes são os países com os piores números de incidência, prevalência e mortalidade pela doença (WHO, 2015, p.2).

No caso do Brasil, durante o ano de 2014, cerca de 80.000 pessoas foram diagnosticadas com tuberculose e estima-se¹ que, aproximadamente, 8.000 pessoas tenham morrido em decorrência da doença. Conforme a organização, o Brasil deveria levantar cerca de 77 milhões de dólares para um programa nacional efetivo de controle da tuberculose, porém 27% do valor não havia sido investido (WHO, 2015, p.127).

Já para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-Brasil), a tuberculose no Brasil tem sido prioridade entre as políticas governamentais de saúde. Conforme o relatório publicado pelo órgão, um dos principais fundamentos é que a doença reflete o estágio de desenvolvimento social atual do país, ainda marcado pela pobreza de grande parcela da população e pelos desafios de consolidação de um sistema de saúde universal como o Sistema Único de Saúde (SUS), com obstáculos estruturais que inibem o declínio das doenças marcadas pelo contexto social. Especificamente no caso da tuberculose, o quadro havia sido agravado pela epidemia de Síndrome da

¹ Conforme o relatório da Organização Mundial da Saúde, as estimativas são construídas através de consulta da OMS com os países (WHO, 2015, p.127).

Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e pela multirresistência aos medicamentos utilizados para o tratamento da doença (OPAS, 2015, p.59).

De acordo com o relatório da OMS, a tuberculose é definida como uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Ele afeta normalmente os pulmões, mas pode afetar também o abdômem, o trato geniturinário, ossos e articulações, nódulos linfáticos, meninges, pleura e pele. A doença é transmitida pelo ar, quando as pessoas que estão doentes com tuberculose pulmonar expulsam as bactérias através da tosse, por exemplo. No geral, uma proporção relativamente pequena, de 5 a 15% dos cerca de 2-3 bilhões de pessoas infectadas com *M. tuberculosis* vai desenvolver a doença durante sua vida. No entanto, a probabilidade de desenvolver tuberculose é muito maior entre pessoas infectadas com o HIV (WHO, 2015, p.5;38).

O método mais comum para o diagnóstico da tuberculose em todo o mundo é a baciloscopia de escarros, desenvolvido há mais de 100 anos, em que as bactérias são observadas em amostras de expectoração e examinadas com um microscópio. No entanto, com a evolução dos estudos para o diagnóstico de tuberculose nos últimos anos, alguns países estão adotando métodos de cultura - o padrão de referência atual -, especialmente nos países com capacidades laboratoriais mais avançadas (WHO, 2015, p.4).

De acordo com o mesmo relatório, as primeiras drogas e tratamentos eficazes para a doença foram desenvolvidos durante a década de 1940. A rifampicina, considerada como o medicamento mais eficaz para o tratamento da tuberculose, tornou-se disponível na década de 1960. O tratamento atualmente recomendado pela organização para novos casos doença é um regime de seis meses com quatro medicamentos de primeira linha: isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida. As taxas de sucesso do tratamento, que variam de 85% ou mais, são regularmente notificados à OMS pelos Estados Membros (WHO, 2015, p.4).

Conforme o relatório da OPAS-Brasil, os esforços nacionais, no tocante ao tratamento dos doentes, concentram-se na cura das pessoas bacilíferas, ou seja, que transmitem o bacilo da tuberculose, através da fala, tosse ou espirro. As estratégias empreendidas partem do pressuposto de que a cura dessas pessoas, por meio de programa efetivo de diagnóstico precoce e tratamento, é a melhor forma de prevenção da doença, pois interrompe a cadeia de transmissão (OPAS, 2015, p.59).

O relatório acrescenta que o tratamento diretamente observado compreende um conjunto de medidas complementares, que vão além da observação do uso dos

medicamentos pelo paciente. Conforme o órgão, é necessário construir um vínculo entre o doente, a equipe de saúde e o serviço, bem como implementar uma estratégia de acolhimento dos pacientes. Isto amplia a possibilidade da adesão ao tratamento, a partir do seu conhecimento sobre a doença, a duração do tratamento prescrito, a importância da regularidade do uso dos medicamentos, e as graves consequências advindas da interrupção ou abandono do tratamento (OPAS, 2015, p.61).

Podemos ver que a tuberculose, com sua alta morbimortalidade, vem sendo capaz de mobilizar esforços mundiais e locais, de governos e instituições privadas, resultando no levantamento de estatísticas, no desenvolvimento de terapêuticas e de estratégias de atendimento que, em conjunto, visam a alteração do quadro.

A questão da tuberculose na atualidade, a dinâmica global e local desenvolvidas buscando refrear a disseminação da doença e sua alta mortalidade, nos fazem questionar como foram principiadas as atenções dirigidas à doença. Em quais circunstâncias ela se tornou uma questão de saúde a ser enfrentada e quais discussões médicas e sociais a existência da doença levantava? Quais eram os tratamentos destinados aos doentes antes dos primeiros medicamentos considerados eficientes? Quem eram os tuberculosos e como eram percebidos pela sociedade, antes da terapêutica desenvolvida nas últimas décadas para a doença?

Neste trabalho, procuramos refletir sobre estas e outras questões levantadas pela existência da tuberculose no estado de São Paulo, entre os anos de 1892 e 1917 – período no qual teve início um movimento antituberculose local, como veremos nesta pesquisa. O recorte cronológico facilita a análise dos possíveis condicionantes históricos envolvidos no surgimento e desenvolvimento das primeiras iniciativas mais concretas dirigidas ao combate à tuberculose.

Portanto, esta pesquisa concentrou sua abordagem na formulação das primeiras políticas públicas voltadas para o combate à tuberculose no estado de São Paulo e elaboradas pelo Serviço Sanitário - órgão público de saúde paulista organizado no período republicano, em 1892 - entre os anos de sua fundação e 1917, último ano da diretoria de Emílio Ribas (1899-1917). Ademais, estudou as ações privadas e de caráter filantrópico promovidas pela Liga Paulista contra a Tuberculose, criada em 1899, até o ano de 1917, sob a presidência de Clemente Ferreira. Ambas as iniciativas foram influenciadas pelas experiências européias de luta contra a tuberculose.

O trabalho procurou observar como ocorreu a relação entre os dois órgãos. Apresentou e comparou suas propostas de combate à tuberculose e as respectivas ações

promovidas por eles, observando como estas se complementaram ou provocaram conflitos de interesse entre o serviço e a liga paulista.

Os grupos documentais pesquisados foram extensos e volumosos e registram desde a formação e a manutenção dos serviços de saúde no estado de São Paulo, em especial no combate à tuberculose, a atuação dos mesmos e de seus agentes, até os debates científicos sobre a doença, sua transmissão e tratamento. Em linhas gerais, os principais grupos documentais observados referenciam a administração pública estadual, a Secretaria de Negócios do Interior, o Serviço Sanitário e suas seções, além de revistas médicas paulistas. Também foi levantado e analisado o material produzido pela Liga Paulista contra a Tuberculose, seus relatórios, sua revista de divulgação *Defesa contra a Tísica*, e correspondências de Clemente Ferreira.

Associados à bibliografia escolhida, que majoritariamente trata da História da Saúde Pública em São Paulo durante a Primeira República, os documentos selecionados foram estudados com o intuito de analisar como foram construídas as políticas mencionadas.

Balanço Bibliográfico

Foram poucas as obras que se dedicaram a estudar a tuberculose no contexto abordado aqui. Alguns autores escrevem sobre a moléstia ao tratarem da formação do sistema de saúde pública em São Paulo, em finais do século XIX e início do XX. Mas, ao estudarem a formação de políticas voltadas para a tuberculose, não o fazem com grande aprofundamento. O objetivo principal dos trabalhos circundam as várias temáticas da história da saúde pública paulista, colocando o combate à doença como uma problemática entre várias outras.

Acreditamos que as primeiras obras contemporâneas a dedicarem um espaço ao problema da tuberculose em São Paulo são: *Poder e Saúde. As epidemias e a formação dos Serviços de Saúde em São Paulo* (1996), de Rodolfo Telarolli Jr.², onde o autor procura identificar quais eram as relações entre a formação do Serviço Sanitário de São Paulo com o conhecimento científico disponível sobre as patologias, as demandas da economia cafeeira e o estado republicano paulista na gestão da saúde pública; e *História sem fim... Inventário da saúde pública* (1991), de Maria Alice Ribeiro³, onde a

² O autor atualmente é professor adjunto da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP.

³ A autora atualmente é pesquisadora colaboradora no Centro de Memória Unicamp.

historiadora associa o desenvolvimento da saúde pública ao avanço do capitalismo em São Paulo, relacionando a formação das políticas sanitárias voltadas ao controle das epidemias e à formação do mercado de trabalho e da urbanização paulistas.

Nestas obras, a tuberculose é apresentada como a doença de maior mortalidade em São Paulo à época, apesar de não ter sido alvo de políticas públicas. Telarolli, nas páginas dedicadas à tuberculose (Telarolli, 1996, p.52-55), menciona sua alta mortalidade e as ações de Clemente Ferreira na direção da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos - seção que pertencia à Liga Paulista contra a Tuberculose, como veremos mais adiante no estudo. Ribeiro, por sua vez, nos trechos voltados à tuberculose, dispersos por todo o livro, discorre brevemente sobre a alta mortalidade da doença no espaço urbano, sobre as discussões em torno da possibilidade de contágio da tuberculose bovina por humanos, e sobre a campanha antituberculose promovida pela Liga Paulista contra a Tuberculose (Ribeiro, 1991). Nos dois trabalhos, o Serviço Sanitário é colocado como pouco atuante no controle da doença, não se envolvendo diretamente com a questão.

A primeira obra que apresentou uma abordagem histórica dedicada somente às questões da tuberculose em São Paulo foi *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*, de Cláudio Bertolli Filho⁴ (2001), onde o historiador procura apresentar as organizações institucionais, algumas das intervenções oficiais em saúde pública para o combate à doença, e os ocasionais conflitos gerados pela existência de iniciativas com objetivos conflitantes, como foi o caso do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose, conforme o autor.

Bertolli destaca as propostas implementadas no estado de São Paulo entre os anos propostos pelo seu estudo. O autor também dedica seu estudo ao doente, produzindo uma leitura sobre o processo de exclusão social dos tuberculosos isolados em sanatórios.

Sendo esta obra um dos principais estudos sobre a história da tuberculose nos últimos anos, os autores posteriores a Bertolli Filho, ao tratarem do tema, utilizam seu trabalho como um ponto de partida bibliográfico para a pesquisa. Os autores, no geral, endossam a discussão sobre a contratação de Clemente Ferreira por Emílio Ribas, os desacordos entre os dois, o afastamento do Serviço Sanitário nas questões da

⁴ O autor atualmente é professor adjunto da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP.

tuberculose e as percepções sobre a doença construídas pela comunidade médica, conforme proposto por Bertolli.

Este é o caso da obra de André Mota⁵ (2005) que, em *Tropeços da medicina bandeirante. Medicina paulista entre 1892-1920*, busca apresentar o desenvolvimento da medicina e do sanitarismo em São Paulo, inserindo-os em um contexto que propõe ser de construção de uma identidade médica paulista. A obra dedica uma parte ao estudo da tuberculose (Mota, 2005, p.125-165), abordando os primeiros anos da Liga Paulista, a construção e o funcionamento de seu Dispensário “Clemente Ferreira”, os embates entre seu presidente e o diretor do Serviço Sanitário, e o problema da presença da tuberculose no leite e carne de vaca vendidos à população. A tuberculose insere-se aqui nas discussões sobre a formação da identidade médica, através do estudo sobre a Liga Paulista contra a Tuberculose, composto em sua maioria por médicos e de sua atuação no combate à doença.

Também Marta de Almeida⁶ (2003), que dedica parte de seus estudos à moléstia, em seu trabalho *República dos Invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*, onde discute o processo de inserção da microbiologia nas políticas públicas de saneamento do estado de São Paulo, através da análise da trajetória do médico-sanitarista Emílio Marcondes Ribas, especialmente enquanto diretor do Serviço Sanitário de São Paulo. No capítulo dedicado à tuberculose (Almeida, 2003, p.257-275), discute as relações e discordâncias entre Clemente Ferreira e Emílio Ribas. Também as negociações entre o Serviço Sanitário e o governo estadual e federal para a compra de terrenos em Campos do Jordão, a montagem da linha férrea de acesso à cidade e a construção de sanatórios para tuberculosos no local.

Outros dois trabalhos posteriores à pesquisa de Cláudio Bertolli Filho e que se propuseram a estudar a tuberculose como eixo principal de suas pesquisas são: *Guerra à peste branca. Clemente Ferreira e a “Liga Paulista contra a Tuberculose”, 1889 –*

⁵ O autor é atualmente Coordenador do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e professor na mesma faculdade.

⁶ Atualmente é pesquisadora titular no Museu de Astronomia e Ciências Afins - MAST/RJ, professora do Programa de Pós-Graduação em História da UNIRIO e do Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências da UFBA/UEFS.

1947, de Ana Margarida Furtado Arruda Rosemberg (2008)⁷; e *As ações higienistas e a tuberculose em São Paulo (1890-1924)*⁸, de Giovana Carla Mastromauro (2013).

Em *Guerra à peste branca* [...], Rosemberg procurou apresentar e exaltar a presidência de Clemente Ferreira junto à Liga Paulista contra a Tuberculose, as ações da liga para o controle da moléstia, assim como a vida e obras do médico tisiologista. Sua pesquisa se concentra nas ações da Liga Paulista contra a Tuberculose sob a presidência de Clemente Ferreira e na construção do conhecimento e do imaginário sobre a moléstia, através da documentação produzida pela liga. Seu trabalho discorda do que foi colocado por Bertolli, afirmando que Clemente Ferreira teria organizado a luta contra a tuberculose no estado de São Paulo por iniciativa individual, além de afirmar a amizade estabelecida entre os dirigentes da liga paulista e do Serviço Sanitário.

Giovana Mastromauro, por sua vez, estuda o combate à tuberculose pelos órgãos públicos de saúde paulistas. Através de paralelos com o higienismo italiano, a autora sugere que tal combate, em São Paulo, teria se baseado em teorias higienistas, que tinham como premissa a manutenção do estado sanitário da cidade. O trabalho procurou identificar os caminhos percorridos pelo higienismo paulista nas medidas de controle da doença e na idealização dos lugares específicos para a permanência dos tuberculosos - os estabelecimentos sanatoriais, por exemplo. A autora também dedica parte de seus estudos à Liga Paulista contra a Tuberculose, pesquisando como a organização filantrópica elaborou as campanhas de profilaxia da doença visando à formação de uma consciência higiênica coletiva. Ademais, observa como o órgão foi importante para a implantação dos sanatórios no estado de São Paulo.

O trabalho de Mastromauro foi o primeiro a centralizar os estudos na atuação dos serviços públicos de saúde no controle da disseminação da tuberculose, mostrando que o mesmo não atuava de maneira distanciada neste controle, ao contrário da proposta em geral feita pela historiografia.

Nossa proposta, aqui, é contribuir para preencher a lacuna sobre formação de políticas de saúde voltadas para a tuberculose, promovidas tanto pelo órgão público como o privado, de forma a estudar como ocorreram as atuações, negociações, e possíveis acordos e desacordos entre o Serviço Sanitário e a Liga Paulista contra a

⁷ Ana Margarida Furtado Arruda Rosemberg foi funcionária do Instituto Clemente Ferreira. Sua dissertação foi defendida no Departamento de Pós-Graduação em História Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP.

⁸ Sua tese foi defendida no Departamento de Pós-Graduação em História Social da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Tuberculose. Também é objetivo do estudo sair do espaço da capital paulista, onde se concentra a bibliografia, para levantar informações a respeito das campanhas efetuadas pelos dois órgãos tanto na capital como nas outras cidades do estado, comparando a efetividade de suas ações.

Pretendemos demonstrar como o contexto europeu foi importante para a formação das primeiras políticas de tuberculose em São Paulo e para estabelecer os fundamentos de uma campanha antituberculose organizada por órgãos públicos e organizações privadas no estado, que consideramos não estar devidamente explanado pela bibliografia.

Também observaremos como as relações entre os dirigentes do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose não estão bem caracterizadas pela documentação, impossibilitando propostas contundentes sobre o rompimento ou desavenças entre seus dirigentes. As parcerias existentes entre as seções da liga paulista e do Serviço Sanitário, conforme demonstra a documentação, também não permitem tais afirmações.

Ademais, veremos como a luta contra a tuberculose, através dos documentos gerados a partir do movimento, expôs a realidade em que viviam as classes mais empobrecidas na cidade e o acentuamento de suas dificuldades, levando parte da comunidade médica a se posicionar em relação aos direitos sociais dos mais fragilizados pela pobreza.

Capítulos do Mestrado

No primeiro capítulo, *A tuberculose na Europa do século XIX*, serão abordadas as concepções médicas sobre a tuberculose ao longo do século XIX e como elas tomaram vários contornos até a constatação da transmissão da doença por um bacilo microscópico. Também será estudado como a doença foi considerada um problema social, através da percepção dos adeptos da “medicina social” de meados do século XIX, que relacionava a tuberculose - e epidemias, no geral - à má qualidade de vida da população pobre.

A partir daí, veremos, através da bibliografia consultada, como foram construídas as primeiras iniciativas de assistência voltadas para estes doentes, principalmente de origem filantrópica através das ligas antituberculosas nacionais e locais, além das iniciativas públicas e das legislações nacionais voltadas para o doente.

Ademais, será observado como estas ligas alinhavam suas concepções e ações sobre a doença através dos congressos médicos.

Este capítulo não pretende cobrir a totalidade de estudos acerca da tuberculose e seu combate na Europa do século XIX, dada a extensão da pesquisa necessária para tal. O capítulo pretende ser uma introdução aos capítulos seguintes, os quais deverão mostrar a importância do referencial europeu para a formação de políticas de saúde de controle da tuberculose no estado de São Paulo, iniciadas no final do mesmo século.

O capítulo 2, *A formação da saúde pública no estado de São Paulo, suas prioridades iniciais e a elaboração da campanha de combate à tuberculose, 1889-1905*, apresentará um estudo sobre o contexto sanitário paulista no final do século XIX e a formação do Serviço Sanitário, primeiro órgão de saúde pública da República no estado. O texto mostrará suas prioridades de ação iniciais e a mudança destas prioridades, até as primeiras menções à tuberculose, sua alta mortalidade e a demanda pela construção de sanatórios para tratamento dos doentes.

Posteriormente, o capítulo apresentará como a diretoria de Emílio Ribas junto ao Serviço Sanitário apresentou as primeiras iniciativas concretas do órgão público no trato da tuberculose, assim como a chegada de Clemente Ferreira, a formação do grupo filantrópico Liga Paulista contra a Tuberculose e o delineamento de suas missões.

O terceiro capítulo, *A campanha contra a tuberculose no estado de São Paulo: as primeiras contribuições do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose, 1898-1910*, tratará das ações de iniciativa pública e privada no combate à tuberculose, tanto na capital como no interior do estado. O capítulo mostrará como foram criados vínculos ou antagonismos entre os órgãos, assim como a variação de suas atuações no controle da doença, quando saímos da capital e abordamos as outras cidades do estado.

O quarto e último capítulo, *Novas diretrizes para questão da tuberculose no estado de São Paulo, 1911-1917*, será a continuação dos estudos sobre a atuação dos órgãos público e privado no controle da tuberculose no estado de São Paulo. O que diferencia este capítulo do anterior é a promulgação do Código Sanitário de 1911, que ampliou as intervenções do Serviço Sanitário no tocante à tuberculose, e o projeto de construção de uma vila sanitária em Campos do Jordão por Emílio Ribas e Victor Godinho.

Veremos o posicionamento de Clemente Ferreira frente a estas iniciativas, assim como os novos objetos de preocupações da liga paulista, como o alcoolismo, o

aprofundamento da pauperização do trabalhador na capital e a crise financeira enfrentada pela liga.

Capítulo 1 – A tuberculose na Europa do século XIX

A tuberculose na Europa, ao longo do século XIX, se expressava como uma endemia de alta mortalidade. A título de exemplo, em Portugal, após a Guerra Civil (1828-1834), foi a responsável por cerca de 20.000 óbitos anuais (Santos, 2010, p.25). Na França, durante a década de 1860, a mortalidade pela forma pulmonar da doença quantificou em aproximadamente 8000 mortes por ano (Barnes, 1995, p.7) e na Grã-Bretanha, durante o mesmo período, a mortalidade por tuberculose atingiu em torno de 270 indivíduos a cada 100 mil habitantes (Bryder, 1988, p.7).

Naquele contexto, segundo texto médico do período, a expectativa de vida de um indivíduo diagnosticado com tuberculose era de 3 meses a 20 anos, com rara possibilidade de cura⁹. A manifestação mais comum da doença era em seu formato pulmonar¹⁰ que, geralmente, possuía uma evolução crônica, de grande sofrimento físico ao indivíduo, causado por febres, emagrecimento, tosses, vômitos, diarreias, hemoptise e a generalização da doença para outros órgãos. Não existindo um tratamento conhecido e efetivo para a doença, a terapêutica se baseava no uso de fórmulas que poderiam prolongar a vida do indivíduo ou forneceriam algum conforto físico, ao exemplo do creosoto, que foi utilizado como retardador do avanço da tuberculose até o início do século XX, mas também do vapor de iodo, do cloro gasoso, sal marinho, sal amoníaco e o ácido cianídrico - todos com a função de reduzir os sintomas da moléstia, de impedir o rápido desenvolvimento da doença e, em casos excepcionais, possibilitar o restabelecimento do enfermo¹¹.

1.1 As concepções médicas sobre a tuberculose no século XIX

****Teorias sobre as causas e a transmissão da tuberculose:***

⁹ LOUIS, P. –C. –A. *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phthisie*. Paris: Chez J. –B. Bailliére/Libraire de la L'Académie de Médecine. 1843. p.422.

¹⁰ Em sua obra, Louis propõe que a tuberculose, na maior parte das vezes, manifestava-se nos pulmões, mas também poderia generalizar-se para outras partes do corpo, conforme indicavam as autópsias descritas em seu livro. Ibidem. p.177-183.

¹¹ Ibidem. p.184-678.

Conforme proposto por David Barnes (1995), nos anos iniciais do século XIX, as concepções médicas, especialmente na França, transitavam de um racionalismo empírico para uma “medicina essencialista”. Para o caso da tuberculose, este movimento acabou levando a uma crítica à idéia do contágio, até então bastante difundida entre os médicos. De acordo com o historiador, àquele momento constituiu-se a crença de que doenças em geral - e a tuberculose, em particular - faziam parte da “essência de uma pessoa”. A doença, neste ponto de vista, surgiria espontaneamente devido à causas internas e predisposição constitucional do indivíduo, ao invés de causas externas - embora fatores externos pudessem influenciar as tendências internas e predisposições. Citando Ackerknecht, o autor propõe que uma aversão à idéia do contágio provocou essa volta para explicações causais mais antigas e clássicas. A hereditariedade serviria como uma explicação especialmente popular de muitas doenças, incluindo a tuberculose. Através da hereditariedade, uma predisposição constitucional para a doença, ou diátese, ela era transmitida “por si mesma” de geração em geração (Barnes, 1995, p.20).

Esta concepção é destacada ainda no texto de Stéphane Henry (2013). Para ele, a tuberculose, também chamada de tísica, possuiu inicialmente uma característica principal: a hereditariedade, que estava fundamentada na observação de que várias crianças manifestariam a doença de seus pais; logo, seriam portadores da moléstia¹². A tuberculose, no início do século XIX, era assim considerada predominantemente uma doença familiar.

Uma das personalidades mais conhecidas a propagar este pensamento foi René Laënnec¹³, médico francês (1781-1826), cujas opiniões sobre a tuberculose influenciaram o pensamento e as práticas médicas durante a primeira metade do século XIX na Europa. Através de sua obra *Traité de l'auscultation médiate des maladies des poumons et du cœur*, publicada em 1819, o médico, em linhas gerais, propunha a prática da escuta do interior do corpo para compor o diagnóstico, mais especificamente do tórax, mediado pelo objeto que ele havia criado, o estetoscópio. Posteriormente, este

¹² Citando os escritores Alexandre Dumas, Chateaubriand e Victor Hugo, Henry propõe que a literatura produzida na época contribuiu para criar uma segunda característica da doença: o romantismo. A imagem romântica da tuberculose estaria localizada no imaginário construído para doença, onde o tísico teria seus sintomas principais - a magreza, a fraqueza e a palidez - dotados de beleza (Henry, 2013, p.25). Entretanto, este romantismo não foi observado nas publicações médicas consultadas por este estudo.

¹³ René-Théophile-Hyacinthe Laënnec (França, 1781-1826) foi médico-chefe do *Hospital Necker* e criador do estetoscópio, que auxiliou o diagnóstico de várias doenças ao se sobrepor à história contada pelo paciente (Porter, 2001, p.173-174).

seria reconhecido como um dos principais métodos de diagnóstico da tuberculose. Nesta obra, Laënnec rejeita a tese do contágio em favor da hereditariedade, afirmando que:

“[...] Se a questão do contágio pode ser observada como muito duvidosa, relativamente aos tubérculos, não ocorre o mesmo com a predisposição hereditária. Uma experiência muito habitual prova a todos os práticos, que os filhos dos tísicos são mais freqüentemente atacados desta doença que outros sujeitos. Contudo, existem felizmente a este respeito numerosas exceções: vemos mais freqüentemente famílias nas quais um ou dois filhos somente se tornam tísicos a cada geração. Por outro lado, vemos, por vezes, destruídas pela tísica pulmonar famílias numerosas, onde os pais jamais foram atingidos por esta doença.”¹⁴.

O médico, em sua obra, propõe que outras causas adicionais também influenciariam na manifestação da tísica. Por exemplo, as “paixões tristes”, principalmente quando as mesmas eram profundas e de longa duração. Elas também seriam a causa de cânceres e outras doenças não comuns à “economia animal”¹⁵. O médico também procurou justificar a alta freqüência da tísica pulmonar nas cidades, em comparação com o campo, com a evidência de que nos grandes centros, os indivíduos “[...] ali tendo mais relações entre eles, lá possuem, por isso mesmo, causas de tristezas mais freqüentes e mais profundas; maus hábitos e maus comportamentos [...], muitas vezes por causa de seus arrependimentos amargos, que nenhum consolo e tempo podem adoçar.”¹⁶. Laënnec, através destas exposições, reforçaria o conceito da doença e sua manifestação como ligados à essência do indivíduo.

Em nossas pesquisas em publicações médicas francesas do período, também encontramos registros destas concepções.

Assim, de acordo com o *Dictionnaire des sciences médicales*, publicado em 1820, a tísica seria um estado de esgotamento ou de pauperamento crônico da economia do indivíduo, sendo que a tísica hereditária, também chamada de primitiva ou original, respondia pela maior parte das manifestações da doença. Porém, seu desenvolvimento poderia depender de alguns estímulos, ao exemplo da tísica nervosa, provocada pela

¹⁴ LAENNEC, R. T. H. *Traité de l'auscultation médiate des maladies des poumons et du cœur*. Bruxelas: Librairie Médicale Et Scientifique. 1828. p.285. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k829237/f4.item.r=zoom>. Acesso em: 12 fev. 2016. 1828. Tradução da autora.

¹⁵ Ibidem. p.285. Tradução da autora.

¹⁶ Ibidem. p.284. Tradução da autora.

contenção do espírito, paixões concentradas, ansiedade contínua, tristeza e histeria; a tísica dorsal, provocada pelo excesso de masturbação; ou a tísica ocular e hepática, que seriam originadas pela disseminação da tísica pulmonar - também chamada de tísica tuberculosa e reconhecida como a manifestação mais comum da tísica - já existente no indivíduo doente e que, por sua vez, seria originada pela existência de tubérculos ou úlceras no pulmão. O único caso considerado como manifestação espontânea da tísica, chamada de tísica accidental, seria quando o indivíduo respirasse ar carregado de substância pulverulenta, formando concreções nos brônquios e, posteriormente, levando ao desenvolvimento da tísica. Mas, afora sua origem, a moléstia era crônica e incurável. Também não existiriam evidências de sua contagiosidade¹⁷.

Mesmo décadas após esta publicação, o conceito sobre a difusão da doença pouco variou. O *Dictionnaire de médecine usuelle*, publicado em 1849, tinha a hereditariedade ainda como fator predominante da transmissão da doença, à parte do temperamento linfático, dos excessos, da tristeza, parca alimentação, moradias úmidas e mal ventiladas e privação de exercícios físicos, que exerceriam influência sobre a predisposição do indivíduo à moléstia. Ainda que incurável, era indicada a manutenção dos sintomas, através de fórmulas repousantes para o organismo enfraquecido, repouso e, se possível, a mudança do indivíduo para climas amenos e temperados, pois se acreditava que, nestes climas, haveria baixa incidência da moléstia, portanto deveria existir relação entre o ambiente e o desenvolvimento da tísica¹⁸.

Ainda em meados do século XIX, as causas reconhecidas para o acometimento da doença, ou para a predisposição ao desenvolvimento da mesma eram variadas. Para Pierre Louis¹⁹, fatores como a constituição física do indivíduo ou o clima não interfeririam diretamente no desenvolvimento da doença, como se pensava àquele momento. Conforme o médico, os fatores mais importantes seriam: o sexo, apontando a relativa maioria feminina entre os infectados, evidenciada pelas estatísticas; o temperamento linfático, um atributo feminino de acordo com as teorias médicas do

¹⁷ PHTHISIE... Phthisie. In: *Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société des Medecins et des Chirurgiens*: PHT-PLAD. Paris: C. L. F. Panckoucke. p.15-168. 1820. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k102354w/f1.vertical>. Acesso em: 10 fev. 2016. 1820.

¹⁸ HARDY, A. Phthisie. In: Beaudé, Jean-Pierre (Ed.). *Dictionnaire de Médecine Usuelle*. Tome II. Paris: Didier, p.649-651. 1849. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k289223/f389.vertical>. Acesso em: 10 fev. 2016. 1849.

¹⁹ Pierre-Charles Alexandre Louis (França, 1787-1872) foi médico no *Hôtel-Dieu* e presidente da *Société Médicale d'Observation de Paris* e de Boston. Foi um dos mais eminentes clínicos franceses, anatomopatologista e estatístico do século XIX (Porter, 2001, p.177).

contexto²⁰; e a hereditariedade da doença. Apesar de Pierre Louis considerar que não existiam muitas evidências científicas para este último fator, ele não descartava a participação da herança familiar na transmissão da tuberculose. Também não ignorava a possibilidade de outras formas de contaminação, no entanto, sem identificar seus mecanismos²¹.

Da metade do século XIX em diante, para o historiador Stephane Henry, as representações desenvolvidas para a doença evoluíram, com os debates sobre a questão de sua transmissão no meio médico e científico impulsionados pelas propostas de Jean-Antoine Villemin, o qual procurou provar que o desenvolvimento da tísica dependeria de um germe contraído pelo indivíduo. (Henry, 2013)

Importante contestador da proposta essencialista, Jean-Antoine Villemin (França, 1827-1892) anunciou, em 1865, que teria conseguido desenvolver a tísica em coelhos, através da extração de matéria tuberculosa de um cadáver humano e posterior inoculação em animais de laboratório. O resultado do experimento foi interpretado pelo seu realizador como comprovação da característica contagiosa da tuberculose. Porém, para alguns de seus contemporâneos, como Michel Peter (França, 1824-1893) e Hermann Pidoux (França, 1808-1882), ambos médicos, a reintrodução da teoria contagionista da tísica no meio médico e científico seria um retrocesso a idéias arcaicas e já superadas pela moderna medicina. Outros também foram críticos ao método e à conclusão das pesquisas de Villemin, contestando que a inoculação comprovasse qualquer capacidade contagiosa da doença (Barnes, 1995, p.27-28).

Apesar da hipótese de Villemin não ter sido imediatamente aceita, posteriormente, outros médicos viriam a apresentar diferentes formulações a respeito da manifestação da tuberculose nos indivíduos, apontando variadas possibilidades de desenvolvimento da moléstia, além da predominante herança familiar.

Sigismond Jaccoud²², em seu livro *Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire*, de 1881, propõe que seria necessário diferenciar a tísica conforme sua origem, sendo esta hereditária, inata ou adquirida. A tísica hereditária, para o médico, seria um dos atributos da personalidade física do indivíduo, praticamente inevitável e

²⁰ Segundo Roy Porter, os médicos do século XIX viam a tuberculose, primordialmente, como uma doença feminina. Ser mulher constituía, em si, uma condição favorável ao desenvolvimento da doença (Porter, 2001, p.106).

²¹ LOUIS, P. –C. –A. *Op. cit.* 1843. p.574-595.

²² François Sigismond Jaccoud (Suíça, 1830-1913) foi médico redator de inúmeros artigos e livros sobre a medicina clínica e patologia. Dirigiu a redação de *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* (Silva, 2007, p.237).

incurável. Já a tísica inata, ocorreria nos casos em que os pais do indivíduo não eram doentes, mas portadores de escrófula, sífilis, diabete caquética, alcoólatras, praticassem “excessos” ou má higiene, ou ainda fruto de casamentos consanguíneos²³. A tísica adquirida seria a tuberculose pulmonar espontânea e independente, advinda de uma debilidade geral do organismo, de hipotrofia ou distrofia. Também poderia surgir atrelada ao desenvolvimento de uma doença constitucional. Logo, por ser adquirida e acidental, não sendo inerente ao indivíduo, esta forma de tísica poderia ser combatida tentando-se restaurar sua constituição física original.

Conforme o médico, este tipo específico de desenvolvimento da tísica possuía também como causa comum o resfriamento das casas, afetando o indivíduo esgotado pelo excesso de trabalho e miséria. Entretanto, seu estado poderia retroceder caso fossem melhorados todos seus hábitos de higiene.

Alexandre Lacassagne²⁴ (França, 1843-1924), sobre este último aspecto, afirma em seu livro *Précis d'hygiène privée et sociale* (1879) que, para a medicina inglesa, a tísica pulmonar era causada diretamente pela respiração de ar confinado. Tal fato teria sido observado ao se comparar o alto índice de mortes no exército europeu causado pela tísica e a sua diminuição quando os aquartelamentos e a guarnição militar sofriam melhoramentos. Para reforçar esta proposta, Lacassagne menciona o médico inglês Parkes²⁵, o qual afirmava que em algumas frotas da marinha militar e marinha mercante, a tísica chegava a apresentar quadros epidêmicos, parecendo “[...] se transmitir de indivíduo para indivíduo”²⁶. Para Lacassagne, as conclusões da medicina francesa, neste ponto, tinham semelhanças com a inglesa, pois ambas chegaram a associar o elevado número de falecimentos pela doença com as habitações pouco higiênicas e aglomerações. Ainda afirma que, se a proposta de Villemin estivesse correta, se a doença fosse transmissível e inoculável por um agente virulento específico, seria fácil compreender que, em um meio onde o ar se renovasse pouco, este “germe mórbido” se

²³ JACCOUD, S. *Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire*. Leçons faites à la Faculté de Médecine. Paris: Adrien Delahaye et Émile Necrosnier, Editeurs. 1881. p.36.

²⁴ Alexandre Lacassagne (França, 1843-1924) foi médico e secretário geral da *Société de Médecine Publique et d'Hygiène Professionnelle* e professor no hospital militar *Vâl-de-Grace*. LACASSAGNE, A. *Précis d'hygiène privée et sociale*. Paris: G. Masson, Éditeur/Libraire de la L'Académie de Médecine. 1879. Entretanto, foi mais conhecido pelas contribuições na área de medicina legal (Renneville, 2005).

²⁵ Provavelmente Edmund Alexander Parkes (1819-1876), higienista inglês que possuía como foco de seus trabalhos a higiene militar. Disponível em: <http://www.oxforddnb.com/index/50/101050276/>. Acesso em: 5 ago. 2015.

²⁶ LACASSAGNE, A. *Précis d'hygiène privée et sociale*. Paris: G. Masson, Éditeur/Libraire de la L'Académie de Médecine. 1879. p.324. Tradução da autora.

encontraria na atmosfera, sendo absorvido e provocando a tísica²⁷.

Considerada altamente controversa, a teoria do contágio colocada por Villemain por muito tempo foi combatida em favor da teoria da hereditariedade, predominante até o ano de 1882, data da descoberta do bacilo transmissor da moléstia por Robert Koch (Henry, 2013, p.25-29).

Conforme Nancy Tomes (1998), os métodos experimentais para estabelecer o vínculo entre germes e doença começaram a se desenvolver nas décadas de 1860 e 1870. Também chamada de “teoria dos germes”²⁸, ela consistia de duas proposições relacionadas: primeiro, de que doenças de animais e humanos eram causadas por espécies distintas de microorganismos, amplamente presentes no ar e na água; e, em segundo lugar, que estes germes não poderiam ser gerados espontaneamente, mas originavam de um caso anterior da mesma doença (Tomes, 1998, p.44-49).

Em finais dos anos 1880, a teoria dos germes daria lugar à disciplina da Bacteriologia, termo então criado para denotar o estudo sistemático das bactérias, colocando a teoria dos germes numa base científica mais firme e que produziu um constante fluxo de pesquisas sobre a transmissão de doenças infecciosas (Tomes, 1998, p.108-109).

Para a historiadora, a figura central nesta transformação foi o médico alemão Robert Koch²⁹, cujos primeiros trabalhos sobre o antraz desempenharam um papel fundamental no avanço da credibilidade da teoria dos germes. Koch fez duas importantes inovações na técnica experimental. Primeiro, ele substituiu o uso de frascos de vidro, onde as bactérias eram cultivadas em soluções líquidas de carne bovina e peptona, por um método onde os meios sólidos eram colocados em chapas planas ou tubos de ensaio. Bactérias cultivadas desta forma formavam colônias de distintas cores e formatos, que as tornavam muito mais fáceis de identificar e isolar. Em segundo lugar, Koch começou a manchar as bactérias com corantes químicos ou anilina. Diferentes espécies absorviam corantes diferentes, fornecendo um outro método para a distinção entre estirpes (Tomes, 1998, p.109).

Através do desenvolvimento deste método, Koch pôde isolar o por ele chamado

²⁷ LACASSAGNE, A. *Op. cit.* 1879. p.325.

²⁸ Segundo a historiadora, os pesquisadores mais influentes da nova teoria foram o químico francês Louis Pasteur e o médico alemão Robert Koch (Tomes, 1998, p.44). Sobre discussões entre Pasteur, Koch e outros pesquisadores, bacteriologistas e higienistas, consultar Latour, 1988.

²⁹ Robert Koch (1843-1910) foi clínico e bacteriologista alemão, identificador dos agentes transmissores da cólera e da tuberculose. Também introduziu o uso de culturas sólidas para o crescimento bacteriano (Porter, 2001, p.185).

“bacilo tuberculoso”, agente causador da tuberculose - conhecido hoje por *Mycobacterium tuberculosis* - além de comprovar a eficiência de seu método.

Tomes escreve que, em um célebre trabalho apresentado para a Sociedade Fisiológica de Berlim, em 24 de março de 1882, ele apresentou o bacilo causador da tuberculose e os métodos da prova empregados, posteriormente chamados de "Postulados de Koch"³⁰, utilizados até hoje (Tomes, 1998, p.110).

Em seu texto *Sobre a etiologia da Tuberculose*, de 1882, Koch afirmava ainda que suas descobertas questionavam a noção de que a tuberculose era simples consequência das condições sociais e que novas estratégias de intervenção deveriam levar em consideração a natureza infecciosa da doença. Naquele momento, Koch estava bastante otimista de que a erradicação da tuberculose seria viável (Kaufmann; Schaible, 2005, p.469)

Ainda na década de 1880, foi confirmado o contágio da tuberculose pelo ar, principalmente através da expectoração de pessoas com a doença. Também foi proposto que o contágio³¹ poderia se dar pela ingestão de carne e leite de bovinos contaminados com o bacilo³².

Conforme Gradmann, em 1890, Koch apresentou a tuberculina³³ como uma fórmula para o tratamento da tuberculose, o que foi recebido com enorme entusiasmo pela comunidade médica (Gradmann, 2013, p.13).

Segundo Henry, ainda que a teoria da hereditariedade tenha mantido alguns defensores convencidos de sua veracidade, a descoberta de Koch interferiu diretamente na nova conceitualização da doença conhecida por tísica, que deixou de ser associada a uma combinação de fatores, em sua maioria, inerentes ao indivíduo e que estimulariam sua manifestação, para uma causa pontual: o contágio por uma bactéria.

³⁰ Os postulados exigem que o microrganismo esteja localizado no tecido do indivíduo doente, que uma cultura pura possa ser obtida desse tecido e que, quando injetado em um indivíduo saudável, a cultura provoque doença idêntica. Usando os mesmos métodos, Koch identificou também o bacilo da cólera. Em uma notável explosão de trabalhos experimentais entre o final dos anos 1870 e início de 1890, outros pesquisadores puderam identificar os organismos causais da difteria, febre tifóide, escarlatina, erisipela, pneumonia, hanseníase, gangrena, tétano e gonorréia. Por volta de 1900, os patógenos de peste bubônica, disenteria, coqueluche, sífilis e gangrena tinham sido adicionados à lista (Tomes, 1998, p.110).

³¹ Sobre as mudanças do conceito de “contágio” - da construção do conceito de doença transferida por contato ou ar pestilencial de meados dos séculos XIV e XV, ao conceito de doença transmissível do século XIX - consultar Czeresnia, 1997.

³² LE TRAITEMENT... Le traitement de la tuberculose du docteur Robert Koch. Paris: Louis Westhausser. 1890. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5701880s.r=koch%20tuberculose%201882>. Acesso em: 31 mar. 2016. 1890.

³³ A tuberculina era uma substância derivada de culturas puras do bacilo (Tomes, 1998, p.131).

Ademais, a descoberta provocou um reforço ao movimento da medicina social e assistencialista voltados para a moléstia, ao auxiliar a transição da concepção da tuberculose de doença hereditária e familiar para doença social, onde fatores como a pobreza e a insalubridade se transformaram em agentes participantes no contágio da moléstia.

** A tuberculose como doença social:*

Parte da bibliografia chama a atenção para a constituição das políticas de saúde pública e para os ideários de medicina social que se difundiram na Europa do século XIX. Neste contexto, foi dada atenção à tuberculose, vista como doença social que atingia trabalhadores, e classes mais baixas, no geral, devido às más condições de vida destes grupos. Também, da associação entre a doença e pobreza, surgiram movimentos filantrópicos voltados ao atendimento destes grupos, como veremos adiante.

Segundo Barnes, o conceito que atrelava a manifestação da tuberculose às condições higiênicas e morais do indivíduo estava, em diferentes graus, presente em grande parte dos escritos médicos ao longo do século XIX. Para além da hereditariedade e dos humores, passou-se a associar a doença a determinantes sociais considerados característicos das classes mais baixas³⁴, ao invés de pressupor que a tuberculose poderia acometer a qualquer indivíduo, de maneira aleatória, na sociedade.

Naquele contexto, conforme discute George Rosen, a medicina na Europa, por influência de ideais do liberalismo³⁵, estava sendo reinterpretada como ciência social, na medida em que se observavam, com o auxílio da estatística, relações entre doenças, epidemias e miséria social. Dentro dos princípios desta medicina, a industrialização, o aumento populacional nos centros urbanos, o trabalho nas fábricas e os problemas sociais derivados desta relação estavam associados diretamente à piora no estado de saúde da população operária. Não mais as causas naturais, mas as condições de vida dos diferentes grupos sociais eram vistos como determinantes para a qualidade, ou não, da saúde destes grupos (Rosen, 1979, p.77-141).

As discussões da época mostram que os defensores desta concepção de medicina

³⁴ David Barnes coloca que, neste período, algumas polêmicas sobre as relações entre o desenvolvimento da tuberculose e a classe trabalhadora girariam em torno de diferentes visões: ser a doença inerente ao estilo de vida das classes trabalhadoras ou determinada pelos ditames do capitalismo industrial e do trabalho assalariado (Barnes, 1995, p.22)

³⁵ George Rosen considera que o movimento liberal europeu envolvia valores de direitos humanos, dignidade humana, liberdade e igualdade (Rosen, 1979).

possuíam preceitos bem definidos. Rosen coloca que o primeiro destes preceitos dizia que a saúde do povo era uma questão de responsabilidade social, sendo que o Estado deveria garantir, a todos, as condições necessárias para uma existência saudável, para que o indivíduo tivesse a possibilidade de, através de seu próprio esforço, manter seu bem-estar. O segundo preceito referenciava que as condições econômicas e sociais teriam efeito direto sobre a saúde, a doença e as epidemias, sendo que tal relação deveria ser estudada cientificamente. O terceiro preceito seria uma conclusão feita a partir dos dois primeiros de que, se a sociedade tinha a obrigação de proteger a saúde de seus membros e admitindo que as condições econômicas e sociais tinham relação direta com a qualidade da saúde individual ou do grupo, deveriam ser tomadas medidas sociais e médicas para promover a saúde e combater a doença (Rosen, 1979, p.81-85).

A tuberculose era reconhecida por este movimento médico como uma das doenças que afetava com maior gravidade a população operária e pobre devido, em especial, às limitações materiais deste grupo. Segundo Rudolf Virchow, eminente patologista alemão e voz influente nas proposições da medicina social³⁶, em reunião ocorrida entre cientistas e médicos alemães no ano de 1860,

“[...] Quando a estatística mostra que em algumas localidades um terço de todas as mortes se deve a doenças pulmonares e quando a tísica, compreendida em seu sentido mais limitado, é responsável por 15 a 18% ou mais das mortes, ela mostra que existem distúrbios que nascem das instituições políticas e sociais e que podem ser prevenidos” (Rosen, 1979, p.106).

A tuberculose, portanto, era colocada por Virchow como um reflexo direto das condições sociais vivenciadas pelas classes menos favorecidas. Era uma doença cuja ampla disseminação estaria atrelada aos problemas estruturais, sociais e econômicos, provocados pelo avanço da industrialização nas cidades e sua interferência na saúde das

³⁶ Na década de 1840, Virchow (1821-1902) publicou um relatório sobre a epidemia de febre tifóide ocorrida em 1847 na alta Silésia, em que apontava um conjunto de fatores econômicos e sociais como responsável pela irrupção da doença, o que colocava em dúvida a efetividade de qualquer terapêutica médica. Propunha, então, uma ampla reforma social, que democratizasse a educação, liberdade e prosperidade para superação do problema. Virchow, entretanto, não seria o criador da concepção da medicina como uma ciência social, pois a mesma já estaria sendo discutida também em outros meios e em outros países. (Rosen, 1979, p.78). Segundo John Pickstone, o relatório mencionado foi construído com base em modelos franceses e ingleses de meados do século XIX, de demonstração das relações entre doença e pobreza através de cruzamentos de dados demográficos e a construção de estatísticas (Pickstone, 2001, p.312-319).

populações mais pobres.

Segundo Rosen, não somente Virchow, mas também Salomon Neumann, Henry W. Rumsey, Meynne e Max von Pettenkofer, possuíam opiniões semelhantes sobre o papel da medicina na sociedade. Em diferentes abordagens sobre o tema e em diferentes períodos³⁷, estes médicos, higienistas e reformadores sociais propunham, também, que a manifestação de doenças de maneira epidêmica era causada pelas más condições de vida dos operários, que não teriam meios para se restabelecerem. Logo, a saúde desses deveria ser de responsabilidade de toda a comunidade e do Estado³⁸. As propostas variavam desde a elaboração de leis que regulamentassem o trabalho nas fábricas até a formulação de medidas de saúde pública para promover o bem-estar dos que mais necessitavam dela.

A observação da relação causal entre condições sociais e a saúde dos indivíduos não era de exclusividade da classe médica. Lorenz von Stein, jurista e administrador alemão muito influenciado pela legislação sanitária inglesa, em um tratado sobre a administração pública, de 1867, defendia que a saúde dos indivíduos se tornava uma responsabilidade da sociedade a partir do momento em que estavam sujeitos a condições nocivas sobre as quais não possuíam controle, tornando-os fardos sociais. Desta forma, seria dever do governo estabelecer e manter condições que protegessem os indivíduos de suas atividades sociais e promovessem a melhora da saúde dos indivíduos afetados (Rosen, 1979, p.107).

Paralelamente a esta medicina, havia também os ideais de um movimento de reforma sanitária que, através da construção de estatísticas e de estudos sobre o meio urbano, responsabilizava a ausência de higiene nas cidades e nas habitações, a falta de um sistema hídrico de qualidade e a baixa qualidade de vida dos operários das fábricas, pelos surtos epidêmicos. Segundo Rosen, através deste movimento foram promulgadas

³⁷ Sobre o tema, ler Rosen, 1979.

³⁸ Michel Foucault, em seu ensaio sobre a medicina social, propõe que os operários foram os últimos alvos desta medicina. O primeiro alvo teria sido o Estado e, posteriormente, os espaços urbanos. Para ele, os pobres teriam somente se tornando alvo da medicina social no século XIX, quando se tornaram uma categoria perigosa, pela sua força política demonstrada em rebeliões e na epidemia de cólera de 1832, que os tornou também perigo sanitário. Focando seus estudos na Inglaterra, Foucault defende que a Lei dos Pobres exerceria um controle médico sobre o pobre, satisfazendo suas necessidades de saúde e protegendo as classes mais ricas das epidemias originadas no primeiro grupo. O sistema de saúde implementado na década de 1870 pelo *health service* complementar a Lei dos Pobres e exerceria um serviço autoritário de controle médico da população, que resistiu às medidas. Para ele, a medicina do século XIX, sobretudo a inglesa, cumpriu um papel de controladora da saúde do corpo das classes mais pobres, para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas para as classes mais ricas (Foucault, 1979, p.79-98).

algumas das primeiras leis trabalhistas e sanitárias em países da Europa. Suas interferências nos espaços públicos e privados, para garantir a higiene e saúde da população, foram consideradas as bases para a construção de uma “saúde pública” (Rosen, 1994).

Estes princípios norteadores da “nova medicina” exerceram grande influência sobre a percepção que existia sobre a tuberculose no final do século XIX. Mesmo com o desenvolvimento da bacteriologia e a descoberta do bacilo da doença por Robert Koch em 1882, que criaria uma relação de causa e efeito entre o germe e a doença, colocando o doente e o seu ambiente e condições de vida para um segundo plano³⁹, a moléstia, por sua alta mortalidade entre o operariado, não deixou de ser percebida como doença social, ou seja, fortemente atrelada às condições sociais.

Um outro autor que trata da questão da relação entre doença e pobreza é Robert Castel, que afirma que estava surgindo, no século XIX, um novo conceito de filantropia e assistencialismo, que associava a pobreza ao industrialismo exacerbado e a exploração do trabalhador, em substituição ao pensamento do início do século, que vinculava o pauperismo e o desemprego a falhas morais (Castel, 1998).

Castel considera que o exercício da filantropia na Europa do século XIX, voltada para o auxílio das classes mais baixas, era condizente com os ideais liberais então praticados. Para o pesquisador, em linhas gerais, o liberalismo que prevaleceu naquele contexto teria sido uma versão “conservadora” ou “restauradora” do ideal do liberalismo do século XVIII e início do XIX (Castel, 1998, p.314). Conforme o autor, o liberalismo do século XVIII, em meio ao progresso econômico do momento, defendia, entre outras coisas, a responsabilidade do indivíduo com relação ao seu próprio destino.

Já o liberalismo de meados do XIX, que enxergava os efeitos desumanos do desenvolvimento econômico, objetivava manter a ordem social, que estaria ameaçada pela falta de vínculos sociais com a população empobrecida e marginalizada, também chamada de “massa dessocializada”.

Segundo Castel:

³⁹ Segundo Rosen, mesmo que ainda permanecesse a consciência a respeito das relações entre saúde, doença e sociedade, nas últimas décadas do século XIX na Alemanha, existiu um ambiente social e cultural desfavorável para a transformação da consciência em aplicação médica prática. A classe média e os intelectuais alemães aceitaram a política de seguridade social do trabalhador nacional de Bismarck, de 1883, e desistiram do programa progressista. Ao mesmo tempo, a bacteriologia propunha uma resposta às causas do surgimento das doenças, desligando-as dos fatores sociais. Emil Behring seria um representante desta vertente, afirmando que o estudo sobre as doenças poderia, então, ser levado adiante sem reflexões de ordem social ou de políticas sociais (Rosen, 1978, p.78-115).

“[...] Trata-se agora de enfrentar não mais sistemas de privilégios, mas fatores de desordem; não mais um excesso de regulações pesadas e arcaicas, mas riscos de desintegração social. A dissolução do ideal crítico na obsessão de preservar a qualquer preço a paz social torna o liberalismo compatível com as diferentes variantes da filantropia social” (Castel, 1998, p.314).

Neste contexto, o pauperismo enfrentado pelas classes mais baixas, visto como reflexo direto da industrialização crescente, tinha se tornado uma “questão social” para as classes mais privilegiadas, sendo que “social”, neste momento, foi compreendido como “[...] um conjunto de práticas que visa a atenuar o *déficit* que caracteriza o estado material, porém mais ainda moral, das classes inferiores da sociedade” (Castel, 1998, p.314). Junto a esta filantropia também estava subentendido, portanto, o tutoramento destas classes desprivilegiadas. Este teria sido um plano de governabilidade social e moral, distanciado do Estado e dirigido às classes inferiores, as quais eram identificadas a crianças, sem capacidade de autocondução e de moral imperfeita, pela classe “esclarecida” (Castel, 1998, p.305). Esta necessidade de tutoramento, portanto, estaria representada pelos inúmeros grupos assistencialistas de variados engajamentos fundados então e voltados ao atendimento beneficente, e pelo apoio financeiro às camadas mais pobres da população pelas elites políticas e econômicas, que compartilhavam da visão política descrita.

Acreditamos que este novo ideal de filantropia, que tomaria para si a responsabilidade pelo apaziguamento da má qualidade de vida das classes inferiores, teria exercido influência sobre as iniciativas assistenciais geradas no meio das camadas sociais mais elevadas e dirigidas ao tuberculoso pobre. Assim, em finais do século XIX, ocorreu a abertura de vários espaços de cura e atendimento provenientes da iniciativa privada, com o objetivo de atenuar os números de mortalidade pela tuberculose entre as camadas mais despossuídas da população, percebidas como as grandes vítimas da doença.

A seguir veremos como se deu a implantação destas ações nos vários países europeus.

1.2 A assistência aos tuberculosos no século XIX

* A criação de espaços para tratamento de tuberculosos nos vários países:

A busca por locais específicos para o tratamento da tuberculose, no caso, as estações climáticas ou climatéricas⁴⁰, era uma prática comum entre os membros das elites ao longo do século XIX. A prática era, em parte, apoiada por alguns estudos médicos que afirmavam a possibilidade de cura ou de regressão da doença nestas edificações localizadas em espaços isolados e com boa circulação de ar⁴¹. Segundo Sigismond Jaccoud, médico francês do período, as estações climatéricas protegeriam o doente das variações bruscas de temperaturas e de climas ruins, promovendo a cura da moléstia, principalmente se a doença estivesse em sua fase inicial⁴². A estadia nestas estações, portanto, era considerada como uma terapêutica relativamente eficaz para o restabelecimento físico do tuberculoso, uma das poucas possibilidades de cura para o doente.

Algumas estações, inclusive, foram abertas para tratar exclusivamente os doentes da moléstia. Segundo Henry, o primeiro sanatório para recolhimento e tratamento do tísico foi fundado em 1854 em Göbersdorf, na Silésia⁴³, por Hermann Brehmer (Alemanha, 1826-1889) (Henry, 2013, p.70). O sanatório foi construído pela iniciativa privada, a 518 metros de altitude em meio a uma floresta. O médico afirmava as vantagens do tratamento em contato com o ar puro, acompanhado de exercícios, boa alimentação e intensa supervisão médica para o restabelecimento da saúde do tuberculoso. Os resultados obtidos pelo tratamento naquele sanatório foram bem recebidos, sendo considerado que tinha mais sucesso que qualquer terapêutica desenvolvida para a doença, até então. McCarthy (2001), em seu texto sobre sanatórios ingleses, cita que, posteriormente, Peter Dettweiler (Alemanha, 1837-1904), paciente e assistente de Brehmer, inaugurou o *Sanatório de Falkeinstein*, na Alemanha, em 1876,

⁴⁰ Segundo Clemente Ferreira, as estações climatéricas também serviam como local de repouso e de tratamento para doenças pulmonares em geral. FERREIRA, C. M. C. Campos do Jordão: breves apontamentos sobre climatologia brasileira. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 12, n.16, p.320-334. 31 ago. 1909.

⁴¹ A localização considerada ideal para estas estações variaram ao longo daquele século. De acordo com Linda Bryder, ao início do século XIX, os doentes com recursos financeiros eram enviados para o sul da Europa, para tomarem proveito do clima mais quente. Em meados do século, passou-se a acreditar que os Alpes teriam um efeito mais favorável no curso da doença. Durante a década de 1880, os Alpes suíços se tornariam enormemente populares como local de cura para a tuberculose (Bryder, 1988, p.46).

⁴² JACCOUD, S. *Op. cit.* 1881. p.428.

⁴³ Região atualmente localizada na Polônia, próximo à fronteira com a República Checa.

também através da iniciativa privada. Dettweiller continuou os ensinamentos de seu professor, mas enfatizou o descanso no tratamento, em substituição aos exercícios. Seus pacientes passavam os dias em um *solarium*, deitados em *chaise-longues*, protegidos por um teto, mas ao ar livre (McCarthy, 2001, p.413-417).

Entretanto, conforme já mencionado, estes estabelecimentos eram acessíveis, majoritariamente, àqueles com maiores recursos, com condição material de se deslocarem para as estações e ali permanecerem por meses, até que a melhora física fosse alcançada. Já para a grande maioria dos doentes, que eram das classes mais pobres, estes espaços não eram acessíveis. Estes, por sua condição material, estariam excluídos daquela que foi considerada como uma das únicas possibilidades de superação da moléstia.

Consideramos que a percepção de parte das comunidades médicas e políticas desta fragilidade social vivenciada pelos grupos populares, é que deu fundamento à construção dos primeiros estabelecimentos voltados para o atendimento do tuberculoso pobre na Europa.

Conforme a bibliografia consultada (Dessertine, Faure, 1988; Bryder, 1988; Barnes, 1995; Santos, 2010; Henry, 2013), em finais do século XIX, foram organizados grupos filantrópicos locais que pretendiam controlar a disseminação da doença, essencialmente, através da construção de sanatórios voltados ao tratamento e isolamento do doente sem recursos. Também foram consideradas importantes a divulgação de informações sobre formas de prevenção do contágio e a construção de dispensários, que funcionariam como centros de diagnóstico e de primeiros cuidados ao doente tuberculoso e sua família. Este modelo de atendimento, de caráter assistencialista e com apoio de recursos privados, se espalharia pela Europa através do engajamento de médicos e civis que reconheciam na tuberculose e seus altos índices de mortalidade um problema de saúde a ser enfrentado, tendo em vista que ela atingia principalmente aqueles que não tinham acesso ao atendimento médico e às terapêuticas existentes para a doença.

Foram levantadas informações a respeito destas iniciativas na Grã-Bretanha, onde foram criados vários hospitais voltados para o tratamento ao tuberculoso carente, como o *Royal Hospital for Consumption and Diseases of the Chest*, em 1814; o *Brompton Hospital for Consumption and Diseases of the Chest*, em 1841; e o *North*

London Hospital for Consumption and Diseases of the Chest, em 1860⁴⁴. Ainda na Grã-Bretanha, em Edimburgo, foi inaugurado em 1887, pelo médico Robert Philip (Escócia, 1857-1939), o primeiro dispensário voltado para o diagnóstico da tuberculose e atendimento ao doente, o *Victoria Dispensary for Consumption and Diseases of the Chest*. Estes espaços eram voltados aos tuberculosos com poucos recursos (Bryder, 1988, p.23-33).

Clemente Ferreira, em texto de 1906, cita outras iniciativas privadas e filantrópicas como a *Obra de Villepinte*, fundada em 1862; a *Obra das crianças tuberculosas* e o *Sanatório Marítimo de Arcachon*, ambos de 1888; e a *Obra dos sanatórios marítimos*, de 1889⁴⁵. Estas últimas foram experiências em território francês, contudo, não encontramos informações sobre o funcionamento dos estabelecimentos.

Algumas destas iniciativas abrangeram, portanto, a construção de hospitais, dispensários, e, principalmente, a construção de sanatórios voltados para o tratamento e isolamento do tuberculoso. Ao longo deste período, foi se construindo também o consenso de que a internação em sanatórios constituiria uma das possibilidades de cura para os tísicos.

**Os fatores complementares às iniciativas e campanhas contra a tuberculose na Europa:*

De acordo com a historiografia consultada, não foi somente a idealização dos sanatórios para a cura da tuberculose ou a compreensão de que a doença e sua disseminação afetariam principalmente as classes mais baixas e sem recursos que teriam provocado a formação das iniciativas e campanhas antituberculosas. Como veremos, os historiadores sugerem que inúmeros fatores teriam sido importantes para a disseminação destas iniciativas, com influência de fatores locais, como a existência de uma elite filantrópica ou órgãos públicos de saúde centralizadores, além do desenvolvimento da microbiologia, entre outros.

Conforme Dominique Dessertine e Olivier Faure, em seus estudos sobre o movimento contra a tuberculose em Lyon, na França, no início do século XX, o que

⁴⁴ De acordo com Bryder, no século XIX os hospitais dificilmente aceitavam pacientes com tuberculose. Os médicos estariam mais interessados em tratar de doenças curáveis do que de doenças crônicas, pois essas demonstrariam a eficiência do hospital e a capacidade de seus médicos em oferecer cura às doenças, ao contrário da tuberculose, que ocuparia os leitos sem previsão de saída do hospital (Bryder, 1988, p.22).

⁴⁵ FERREIRA, C. M. C. *Congresso Internacional da Tuberculose*: Paris – Outubro de 1905. Estabelecimentos, instituições e obras de preservação e assistência da infância e do adulto: relatório. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1906. p.8.

teria servido como motivador das ações para o controle da disseminação da doença foi o desenvolvimento farmacológico ocorrido no período, promovendo a certeza de que seria possível desenvolver um remédio miraculoso capaz de restabelecer a saúde do organismo prejudicado, neste caso, pela tuberculose, impulsionando o desenvolvimento de medicamentos diversos voltados para o tratamento do doente, como o creosoto, gaiacol, iodos e ácidos diversos. Para eles, o anúncio do desenvolvimento da tuberculina teria provocado, inclusive, maior comoção entre os médicos que a descoberta do bacilo (Dessertine, Faure, 1988, p.12-13).

Os autores também complementam que, então, na França, existiria uma elevada diminuição da população, derivada também da alta mortalidade provocada por doenças diversas e da baixa natalidade, o que seria um fato bastante preocupante aos olhos dos políticos locais. As campanhas contra “doenças evitáveis”, onde estava incluída a tuberculose, seriam uma forma de tentar reverter a situação. Ademais, uma campanha contra a tuberculose que buscasse contribuir para a interrupção do despovoamento do país, teria como vantagem o aumento de visibilidade e apoios mais amplos para a campanha, de forma a extrapolar o restrito meio médico (Dessertine, Faure, 1988, p.14).

Já Stephane Henry, ao pesquisar o movimento antituberculose na Normandia entre 1879-1939, acredita que a criação do primeiro *Bureau d' Hygiène* municipal francês pelo prefeito do Havre, Jules Siegfried, em 1879, teria sido importante para o início de uma campanha contra a doença no país. Através deste órgão e de sua dinâmica institucional - ações pensadas dentro das idéias higienistas e do extensivo uso de estatísticas, que evidenciavam a amplitude da mortalidade causada pela tuberculose na Normandia - foi possível pensar a luta contra a tuberculose no local de forma mais racionalizada, concentrando as ações onde a tuberculose estava disseminada⁴⁶.

Para o historiador, através deste *bureau* foi possível recensear os doentes e instaurar esforços concentrados nos locais onde a tuberculose era mais freqüente, sendo que, as experiências deste órgão no controle da doença viriam a incentivar posteriormente a ordenação de instituições similares em todas as grandes cidades francesas. Entretanto, o historiador não nega que, na França do século XIX, foram as instituições filantrópicas as maiores geradoras de iniciativas voltadas para o atendimento ao doente (Henry, 2013, p.16).

Linda Bryder, historiadora inglesa que estudou as motivações de uma ampla

⁴⁶ Conforme o historiador, a experiência do *bureau* do Havre, fez com que o modelo do órgão se multiplicasse para as grandes cidades francesas entre 1879-1914 (Henry, 2013, p.16).

campanha contra a tuberculose na Bretanha em finais do século XIX, afirma que estaria em jogo a questão de “eficiência nacional”, uma vez que a doença afetava, em quase totalidade, os operários de fábricas, por sua vez influenciando o rendimento econômico e a ordem política nacional. A autora, inclusive, ressalva que para a *National Association for the Prevention of Consumption and other forms of Tuberculosis*, organização filantrópica formada por médicos, civis e autoridades políticas, fundada em 1898 para promover o combate contra a doença, questões como a melhora das condições de vida e de trabalho do operário não estavam presentes em seus discursos ou ações, que se centralizaram na divulgação de informações sobre a doença, na eliminação da infecção do gado⁴⁷ e no incentivo para a construção de locais de tratamento para o tuberculoso. Conforme a autora, os membros da *National Association [...]* eram membros da classe média britânica e, como tal, possuíam impressões negativas acerca das classes mais baixas (Bryder, 1988, p.1-22).

Por fim, segundo Ismael Vieira, que pesquisa a *Liga Nacional contra a Tuberculose* em Portugal, órgão filantrópico fundado em 1899 e organizado, em sua maioria, por médicos que pretendiam combater a tuberculose naquele país, em última instância, foram as descobertas de Koch que impulsionaram uma campanha contra a doença no país, uma vez que, em Portugal, as iniciativas de combate contra a tuberculose foram quase inexistentes até a descoberta do agente patogênico⁴⁸. Segundo ele, como a concepção hereditária da doença era predominante naquele contexto, o reconhecimento de sua origem infecciosa fez nascer a esperança na possibilidade de evitar o contágio, já que os condicionamentos genéticos não eram determinantes. “[...]”

⁴⁷ Existia então, uma grande discussão sobre a possibilidade da transmissão da tuberculose bovina para humanos. Em 1901, no congresso sobre a tuberculose estabelecido em Londres, Robert Koch anunciou que a tuberculose bovina era inofensiva para humanos. Porém, enquanto não se chegava a um consenso, algumas autoridades locais optaram por abater o gado infectado como método preventivo (Bryder, 1988, p.18).

⁴⁸ Para a década de 1910, localizamos relatos sobre a importância dos estudos de Robert Koch tanto para a campanha antituberculose como para o avanço da ciência e da medicina, ainda reverenciados anos após a publicação de seus trabalhos ocorrida durante a década de 1880. Assim, em 1911, E. Béranek, afirmava que a descoberta de Koch permitiu que se conhecesse a maneira pela qual o microorganismo se multiplicava e vitimava aqueles que viviam em uma atmosfera carente de higiene. Segundo ele, a descoberta teria permitido que todas as “nações civilizadas” reconhecessem a importância de remover aquelas condições que favoreciam a expansão da tuberculose e promovessem campanhas contra a doença. Também Lydia Rabinowitsch, em conferência para a *VI Conferência Internacional de Tuberculose*, em 1907, afirmou que a identificação do bacilo causador, além de gerar, na área da bacteriologia, o interesse pela pesquisa sobre as especificidades do bacilo, foi importante para o desenvolvimento das campanhas contra a doença. BÉRANECK, E. Introduction: The Endinburgh System. In: Sutherland, H. G. (Ed.). *The control and the eradication of tuberculosis: a series of international studies*. Edinburgh/London: William Green & Sons. p.1-4. 2011; RABINOWITSCH, L. The present state of the investigations in connections with tuberculosis. *Tuberculosis*, v.6, n.8, p.391-396. [1907].

Foi sobre essa base que se mobilizaram as associações de profilaxia contra a tuberculose, desenvolvendo um trabalho marcadamente educativo e doutrinador em torno dos novos preceitos científicos e higiênicos” (Vieira, 2011, p.5).

Estes historiadores, portanto, nos apresentam diferentes proposições com relação aos elementos que teriam influenciado a organização das iniciativas e campanhas contra a tuberculose nos diferentes países e regiões europeus, como o avanço científico na farmacologia e na microbiologia, o dinamismo proveniente de um órgão público de saúde, até questões populacionais e econômicas. Estes historiadores fornecem indícios que nos permitem considerar que os motivos para a organização dos movimentos antituberculose nos países europeus foram variados e contextualmente localizados, estando relacionados com as demandas sociais, políticas ou econômicas de cada região.

** As ligas antituberculose nos vários países europeus:*

Também podemos concluir destas pesquisas e leituras, que, a despeito das motivações que teriam originado as campanhas, em geral estas foram organizadas e efetuadas através de “ligas antituberculose”, organizações filantrópicas locais e compostas, em sua maioria, por membros da comunidade médica e civil. Elas se formaram durante a última década do século XIX e nos primeiros anos do século seguinte, possuindo datas de fundação bastante aproximadas: França, 1891; Alemanha, 1895; Bretanha e Bélgica, 1898; Portugal e Itália, 1899; Dinamarca, 1901; Suécia, 1904; Noruega e Rússia, 1910 (Bryder, 1988, p.16).

As ações de combate contra a tuberculose organizadas pelas ligas locais, foram construídas em torno de objetivos e estruturas similares. Podemos inferir através daqueles textos que as campanhas organizadas por estas ligas objetivavam, no geral, conforme já mencionado, a construção de sanatórios populares, o estabelecimento de dispensários para diagnóstico, orientação e cuidados com o tísico e sua família e campanhas públicas de divulgação sobre a profilaxia da doença. Também envolvia outros fatores e discussões, como a instalação de preventórios para guardar os filhos saudáveis de tísicos vivendo em isolamento, a construção de hospitais ou de alas especiais para os cuidados dos casos de tuberculose avançada. A fiscalização das condições de higiene de escolas, matadouros e locais públicos, o abate de gado contaminado pela doença e a proibição de venda do leite contaminado pela tuberculose bovina. Também desinfecções de locais e habitações possivelmente contaminados, campanhas contra o alcoolismo e pelo uso de escarradeiras. Considera-se que cada um

destes fatores teria um importante papel no controle da doença e que, em conjunto, poderiam tornar possível a erradicação da tuberculose⁴⁹.

As ligas, de natureza filantrópica, tiveram sua organização e campanhas, em sua maioria, financiadas pela iniciativa privada. Ou seja, a construção destes espaços de cuidados ao tuberculoso carente e sua família, assim como as campanhas de divulgação sobre a doença, foram viabilizados através da doação de particulares que se sensibilizaram com as causas defendidas pelas ligas. Entretanto, a presença de elites nas ligas antituberculose e a associação da doença a uma “questão social”, que deveria ser resolvida por elas, variaram bastante conforme o país. Também, em alguns deles, o Estado passou a interferir nas campanhas, influenciando o ordenamento das mesmas.

Conforme a bibliografia consultada, é possível concluir que na Bretanha, o envolvimento das elites com a causa antituberculosa se manifestou de forma intensa. Assim, para Linda Bryder, em passagem já discutida neste trabalho, a tuberculose, por afetar um grande contingente de operários das indústrias, ameaçava provocar uma grande crise econômica e também a desordem política. Neste contexto, por ordem da “eficiência nacional” e da manutenção do desenvolvimento da economia⁵⁰, os membros das elites britânicas, principalmente os donos de fábricas e indústrias, financiaram ativamente a campanha contra a tuberculose implementada pela *National Association for the Prevention of Consumption and other forms of Tuberculosis*, organização filantrópica formada por médicos, civis e autoridades políticas, fundada em 1898 (Bryder, 1988, p.1-45).

O Estado britânico pouco se envolveu com a questão da tuberculose, não participando diretamente das atividades da associação nacional. Entretanto, contribuiu para a elaboração de leis em benefício dos trabalhadores, a exemplo do *National Insurance Act*, de 1911, que previa o trabalhador doente ou inválido de seguro de trabalho e de tratamento médico gratuito, incluindo aqueles diagnosticados com tuberculose, que também poderiam receber um “seguro-sanatório” para garantir o acesso a estes estabelecimentos. Já o *Finance Act*, de 1911, garantiria a distribuição de

⁴⁹ CT. Comission de la Tuberculose. *Moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose*. Paris: Masson & Cie. 1900; BROUARDEL, P. *La lutte contre la tuberculose*: La tuberculose est contagieuse, évitable, curable. Paris: Librairie J. -b. Bailliére & Fils. 1901; SUTHERLAND, H. G. (Ed.). *The control and the eradication of tuberculosis: a series of international studies*. Edinburgh/London: Willian Green & sons. 1911.

⁵⁰ A Bretanha enfrentava naquele momento forte competição contra a Alemanha e os Estados Unidos pela posição de potência mundial. Existia uma crença de que a queda do poderio britânico estava diretamente relacionada com a baixa qualidade de seus recrutas e trabalhadores (Bryder, 1988, p.22).

£1,500,000 para a construção de sanatórios e de outros locais voltados ao atendimento do tuberculoso (Bryder, 1988, p.36). Também as já existentes *Poor Laws*, aprovadas ao longo do século XIX e que formavam um sistema de assistência social aos pobres⁵¹, forneceram apoio aos portadores da moléstia, visto que muitos deles eram enviados para as enfermarias originadas por estas leis e não para os sanatórios vinculados à associação nacional (Bryder, 1988, p.32).

Já na França, conforme a bibliografia consultada, a participação das elites no financiamento da campanha filantrópica foi mais modesta. Estavam presentes na liga nacional, a *Ligue Française contre la Tuberculose*, de 1891⁵², e nas ligas locais, atuando na administração das mesmas, porém as campanhas não conseguiram arrecadar grandes somas, como na Bretanha. Mesmo o governo francês, que poderia auxiliar com o financiamento, colaborou com poucos recursos para a construção de sanatórios e dispensários. Segundo Dessertine e Faure, o Estado francês não destinou uma quantia considerável para a construção destes estabelecimentos, entretanto se fez presente, principalmente, pelas desinfecções de locais considerados contaminados pela bactéria e pelas vistorias escolares exercidas pelos *Bureaux de Hygiène*, responsabilidades estas divididas com os dispensários locais, quando esses existiram (Dessertine, Faure, 1988, p.99-103).

Para fomentar a abertura destes dispensários e para assegurar sua estabilidade e existência nos locais onde estavam instalados, em 1916 foi aprovada a *Lei Bourgeois*⁵³, que regulamentava as funções e as condições para a criação destes estabelecimentos na França. Foi o início do envolvimento do Estado francês na questão da tuberculose,

⁵¹ Segundo George Rosen, a Lei dos Pobres inglesa foi um sistema de assistência desenvolvido no século XVI e mantido, com várias mudanças, até depois da 2ª Guerra Mundial. As leis surgiram, pois, por volta de 1600, a pobreza e o desemprego se disseminaram tanto que a Igreja não conseguiria mais dar conta da situação, cabendo ao Estado assumir o problema. Em 1830, uma nova Lei dos Pobres apresentava uma filosofia mais dura, pois via a pobreza dos fisicamente incapazes como uma falha moral. Ao invés de caridade, a lei passou a oferecer assistência em asilos (*workhouses*). Porém, o crescimento do sentimento humanitário no século XIX ajudou a mitigar a dureza da nova lei. E o fenômeno do desemprego industrial, no século XX, mostrou ser a pobreza mais que um fenômeno moral (Rosen, 1994, p.226-227).

⁵² A Liga Francesa contra a Tuberculose foi fundada e organizada pelo médico Arthur Armaingaud (França, 1842-1935). Também foi médico na *Faculté de Médecine de Bordeaux* (Bibliothèque National de France. Arthur Armaingaud (1842-1935). Disponível em: http://data.bnf.fr/12950239/arthur_armaingaud/. Acesso em: 30 out. 2015).

⁵³ Léon Bourgeois (França, 1851-1925), foi ministro francês altamente envolvido com a questão da tuberculose em seu país, trabalhando, inclusive, junto à *Comissão Permanente de Luta contra a Tuberculose* e também criando uma comissão extraparlamentar para discutir os problemas gerados pela disseminação da doença, em 1898. A exemplo da Alemanha e da Inglaterra, Bourgeois ambicionava instalar na França uma racionalização das estruturas voltadas aos cuidados do tuberculoso (Henry, 2013, p.112).

apesar desta lei não garantir a obrigatoriedade da existência dos estabelecimentos no país⁵⁴. Mas, apesar desta iniciativa, Stéphane Henry ressalta que a luta contra a tuberculose não foi instaurada na França de maneira uniforme por todo seu território, e a moléstia continuou sendo vista como problema de saúde a ser enfrentado pelas elites locais ou pelos poderes públicos somente em alguns departamentos e municipalidades⁵⁵. Em algumas localidades, aparentemente, a campanha nem foi organizada (Henry, 2013, p.46).

O que teria fortalecido a campanha contra a tuberculose naquele país, inclusive com recursos, foi a presença da *Fundação Rockefeller*⁵⁶, de 1917 até 1923, agindo em cooperação com as ligas locais e o governo nacional no controle da doença. Para tal, a fundação concentrou suas ações na construção de uma rede de comunicações entre os dispensários; na formação de médicos especialistas e na educação popular, ou seja, na difusão de informação à população francesa, então 70% rural, sobre os perigos da tuberculose através de intensa propaganda. Para Henry, a missão Rockefeller foi a grande ordenadora da ação antituberculose no território francês (Henry, 2013, p.119-133).

Por último, com relação à Alemanha podemos observar que a mesma era vista pelos países vizinhos, como a nação mais avançada no enfrentamento da tuberculose e também como um modelo no combate à doença (Henry, 2013, p.70; Bryder, 1988, p.37). Tendo iniciado sua campanha filantrópica em 1895, através do *Comitê Central Alemão para a Construção de Sanatórios para Pacientes de Tuberculose*, e concentrando seus esforços na construção de sanatórios populares⁵⁷, até o ano de 1911

⁵⁴ Mais sobre o assunto, ler Henry, 2013. Outra lei considerada importante para o combate à tuberculose, garantindo, ao mesmo tempo, maior acesso ao tratamento e também a intervenção estatal na questão da tuberculose foi a *Lei Honnorat*, aprovada em 1918, que exigia que cada departamento tivesse um sanatório no período de cinco anos a partir daquela data. Posteriormente, o limite foi estendido para dez anos (Nathanson, 2007, p.92).

⁵⁵ O autor também afirma que o Estado francês não se considerava como o único responsável pela saúde pública. A institucionalização da higiene pública, portanto, foi um processo complexo misturando iniciativas locais e nacionais, iniciativas municipais e departamentais (Henry, 2013, p.59).

⁵⁶ Criada nos Estados Unidos, em 1913, a fundação teve por objetivo reunir e centralizar as ações filantrópicas da família Rockefeller, que vinham sendo praticadas de forma sistemática desde o final do século XIX. Associando sua fortuna à de outros magnatas estadunidenses, a fundação passou a agir de forma global, auxiliando o desenvolvimento da saúde pública e de instituições de ensino médico e científico em várias partes do mundo. Entretanto, o auxílio oferecido pela fundação somente ocorreria se as instituições beneficiadas fossem financeiramente autônomas, se ocorresse a identificação dos critérios de relevância apontados pelas comunidades e, sobretudo, se houvesse contrapartidas financeiras aos auxílios concedidos (Marinho, 2013, p.96-105).

⁵⁷ O primeiro sanatório voltado para o tratamento de doentes pobres, o *Ruppertshain*, foi construído na Alemanha, em 1895. Este foi construído também pela iniciativa privada e teve como idealizador e diretor

foram criados 97 sanatórios voltados exclusivamente para o atendimento deste grupo. Número elevadíssimo, conforme os contemporâneos na Europa, sendo que cada sanatório tinha características administrativas e operacionais distintas, conforme a origem dos fundos para sua construção - “[...] indivíduo privado, municipalidade, banco de seguros, e a habilidade e talento do médico-chefe”⁵⁸.

Porém, a Alemanha já possuía uma legislação abrangente e voltada para a seguridade social do trabalhador nacional inaugurada pelo chanceler do império alemão, Otto von Bismarck (Alemanha, 1815-1898), em 1883. Segundo Bryder, este amplo atendimento ao trabalhador despossuído, que garantiria seguros contra acidentes, enfermidades, invalidez e velhice, foi visto como um fator tão importante quanto a existência dos sanatórios para o controle da disseminação da tuberculose, responsável, inclusive, pela impressionante queda do número de mortos pela moléstia naquele país, em comparação aos outros (Bryder, 1988, p.37).

As diferenças entre as campanhas e sua eficiência podem ser observadas também pelos números referentes às construções dos espaços de cura e de atendimento aos doentes pobres. Conforme Barnes, na França, por exemplo, existiam 26 dispensários em 1902, assim como a Alemanha, dois anos depois. Entretanto, em 1910, o número de dispensários alemães aumentou para 321 e, em 1914, para 1145 dispensários. No território francês, somente existiam 52 dispensários no início dos trabalhos da Missão Rockefeller e, em 1917, número que subiu para 500 ao final da missão. Já a Inglaterra possuía 64 dispensários em 1911 e aproximadamente 400 em 1918. Com relação ao número de sanatórios, a França possuía 6 sanatórios por volta de 1900, enquanto a Alemanha possuía em torno de 60 sanatórios. Entretanto, a comparação entre os sanatórios é um pouco duvidosa, por conta dos diferentes tamanhos entre as construções e os variados números de leitos nas mesmas⁵⁹.

A comparação entre estes números pode evidenciar uma relativa defasagem francesa, com relação aos outros dois países europeus, no que tange à construção de dispensários e sanatórios - tidos como essenciais no combate à tuberculose -, apesar de não termos informações a respeito da quantidade de pessoas atendidas por estes

Dettweiler, que transferiu o método de cura de seu Sanatório de Falkeinstein para aquele local. FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* 1906. p.9.

⁵⁸ FORNIER, W. The Movement in Germany, Austria, and Hungary. In: Sutherland, H. G. (Ed.). *Op. cit.* p.314-330. 1911. Tradução da autora.

⁵⁹ O autor não informa se estes espaços de atendimento ao tuberculoso eram de grupos assistencialistas ou administrados pelos governos (Barnes, 1995, p.149-150).

estabelecimentos em cada país e a cada ano. Também podem evidenciar que a campanha francesa, como afirmam Dessertine e Faure, não contou com muitos recursos, em comparação com as outras duas nações. Talvez estivesse ausente uma maior identificação das elites francesas com os objetivos da campanha antituberculose, ao contrário da Alemanha e Inglaterra.

Outra possibilidade de refletir sobre a eficiência das campanhas dentro de cada contexto seria observando a mortalidade provocada pela tuberculose em cada um destes países, comparando os números anteriores às campanhas e sua evolução ao longo das décadas⁶⁰.

Conforme as estatísticas, a tuberculose já estaria em declínio desde meados do século XIX, mesmo sem a existência de campanhas intensas voltadas para o controle da disseminação da moléstia. Para Thomas McKeown, o que provocou a queda da mortalidade pela doença seria a progressiva melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (McKeown, 1979, p.29-65).

Já para Stéphane Henry (Henry, 2013, p.293), mesmo que as campanhas não tenham alcançado a todos os doentes e muitos deles enfrentassem a doença sem qualquer atendimento médico⁶¹, a organização das ligas filantrópicas foi importante para dar visibilidade para o problema da tuberculose, sua elevada mortalidade e também para suas vítimas. Através das ligas, debates acerca de como a qualidade de vida dos trabalhadores era determinante para sua saúde foram difundidos em revistas médicas e também na imprensa, chamando a atenção para a necessidade de toda a sociedade se envolver com o tema. Sobre a importância das campanhas e de sua difusão, Lawrence Flick (Estados Unidos, 1856-1938), fundador da *National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis*, da Filadélfia, em um momento em que as ligas contra a tuberculose já estavam organizadas e atuantes em várias localidades fora do continente europeu, afirmou que:

“[...] Nos lançamos na maior cruzada que o mundo conheceu e o nosso trabalho ainda está a nossa frente. Nos comprometemos para

⁶⁰ Outro fator que dificultaria o estudo sobre os números da mortalidade por tuberculose seria a não exatidão na atribuição de diagnósticos, não somente da tuberculose, mas das doenças em geral (McKeown, 1979, p.32).

⁶¹ Para o historiador, as justificativas foram várias. Poderiam variar entre o desconhecimento sobre o funcionamento do dispensário, medo do diagnóstico, medo da estigmatização pela doença, até a necessidade de se manter em um trabalho sem interrupção ou a subestimação dos perigos da tuberculose (Henry, 2014, p.293).

organizar as forças para erradicar uma doença que leva embora um sétimo de todos os humanos nascidos; que afeta e embaraça a raça humana de todas as formas; que é responsável por muitos fardos e carências [...]. Destruir tal monstro não é pequeno empreendimento e irá taxar todos os recursos da família humana mesmo em nossa avançada civilização. Nossa força, entretanto, encontra-se na compreensão de que o fim pode ser alcançado. Permita-nos convencer o mundo que a tuberculose pode ser erradicada e as pessoas irão acorrer ao nosso auxílio com corações entusiasmados e mãos dispostas”⁶².

No entanto, apesar da importância das campanhas, não pode ser esquecido que as mesmas não tiveram uniformidade de ação, podendo tomar formatos bastante particulares e relativos ao seu contexto político, econômico e também conforme o perfil de cada sociedade e de seus governos, podendo refletir diretamente no alcance e na efetividade das campanhas antituberculose. Ainda que tenham sido as elites a desenvolverem e coordenarem as lutas contra a doença, através da construção dos espaços de cura e na divulgação de suas idéias, a existência ou não de leis e de medidas governamentais que amparassem os indivíduos mais carentes e melhorassem suas condições de existência, como as iniciativas dos governos inglês e alemão, mostraram-se importantes para os bons resultados das campanhas, influenciando sobre os números de mortalidade da doença. Também a presença de órgãos públicos de saúde foi significativa para a efetivação e o dinamismo da campanha contra a doença, como no caso francês, onde a iniciativa privada foi menos atuante em comparação aos outros países estudados, até a chegada da Fundação Rockefeller, em 1917.

Portanto, mesmo que, ao nível das discussões médicas, fossem buscados consensos sobre a natureza da doença, seu tratamento e seu diagnóstico, de forma a ordenar a atuação das ligas em seus locais de origem, sua organização e sua capacidade de realizar seus objetivos estiveram diretamente influenciados e, de certa maneira, submetidos aos determinantes de seus contextos.

Fechando esta discussão sobre as ações empreendidas nos vários países europeus no combate à tuberculose, consideramos importante salientar que a semelhança de objetivos entre as ligas, de suas formas de atuação e também dos relativos consensos

⁶² FLICK, L. F. The duties, responsibilities and opportunities of the National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis. *Tuberculosis*, v.6, n.6, p.274-285. [1907]. p.278. Tradução da autora.

construídos acerca das concepções etiológicas em torno da tuberculose foram, em grande parte, resultantes da existência de uma grande rede de comunicação estabelecida pelos médicos envolvidos com as campanhas, especialmente através das comunicações apresentadas nos congressos organizados para se discutir a doença. Esses foram locais privilegiados de discussão e exposição de novos métodos ou fórmulas para se combater a tuberculose.

Como veremos, os médicos paulistas do período também participaram destas redes e foram por elas influenciados nas ações que empreenderam no combate à tuberculose.

1.3 Os congressos como espaços de divulgação de concepções médicas

A bibliografia e as fontes que consultamos apresentam divergências em relação aos primeiros congressos médicos que trataram da questão da tuberculose.

Segundo Dominique Dessertine e Olivier Faure, vários congressos nacionais ocorreram na França e em outros países durante as décadas de 1880 e 1890, até a ocorrência do primeiro congresso internacional voltado para a tuberculose em 1902, em Berlim. Já para Linda Bryder, o primeiro congresso internacional teria ocorrido em Paris, em 1867 e, posteriormente na mesma cidade, em 1888.

Clemente Ferreira, organizador da campanha contra a tuberculose em São Paulo no início do século XX, também vai nesta direção e afirma que a primeira reunião de médicos de alcance internacional para discorrer sobre a tuberculose aconteceu no ano de 1867. Segundo ele, após este evento, somente em 1888 ocorreria um congresso exclusivamente voltado para a tuberculose, também na cidade de Paris, organizado pelo médico Aristide Verneuil⁶³ (França, 1823-1895). De acordo com Ferreira, foi a descoberta do bacilo transmissor da doença que teria impulsionado, tanto a retomada das pesquisas sobre a tuberculose, como a organização de novas conferências internacionais sobre a moléstia⁶⁴.

⁶³ Aristide-Auguste-Stanislas Verneuil (França, 1823-1895) foi médico e cirurgião. Professor na *Faculté de Médecine de Paris* e fundador da *Revue de Chirurgie* (Disponível em: http://data.bnf.fr/12557317/aristide_verneuil/. Acesso em: 30 out. 2015). Conhecido também por ter encorajado Arthur Armaingaud a organizar a *Ligue contre la Tuberculose* na França. SERSIRON, M. G. La ligue française contre la tuberculose: Son fonctionnement. Son rôle dans la lutte contre la tuberculose. Les services qu'elle est appelée à rendre. *L'oeuvre Antituberculeuse*. p.133-139. [1900].

⁶⁴ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* 1906. p.7-8.

Apesar das informações conflituosas a respeito dos primeiros congressos, pudemos constatar em nosso levantamento da imprensa médica do período que alguns deles tiveram maior visibilidade. Assim, segundo o jornal médico *La Presse Médicale*⁶⁵, o 4º Congresso para o Estudo da Tuberculose, realizado em Paris no ano de 1898, foi um dos primeiros congressos voltados para a tuberculose de grande visibilidade pública, onde a doença foi abordada não somente através de anúncios e discussões sobre sua etiologia, mas também sobre a necessidade de reconhecer a tuberculose como um problema social a ser compreendido e enfrentado pela iniciativa médica e particular. Muitas das falas deste congresso foram publicadas pela *La Presse Médicale* ao longo do segundo semestre de 1898, abordando a fragilidade social da maioria dos doentes que, sem ter acesso a estabelecimentos de cura, como os sanatórios, acabavam por infectar outros indivíduos, posteriormente, morrendo pela evolução da doença. Considerava-se fundamental que o público e toda a classe médica tomasse consciência da necessidade de sua participação na luta contra a tuberculose, auxiliando a construção e funcionamento de tais estabelecimentos, contribuindo para o combate à disseminação de infecções pela tísica⁶⁶.

Já o congresso de maio do ano seguinte, ocorrido em Berlim e conhecido como *Congresso para a Luta contra a Tuberculose*, teve suas apresentações voltadas quase que exclusivamente para pensar a tuberculose como doença social, reforçando a importância da utilização dos meios de profilaxia para conter a expansão da doença, assim como da abertura de novos sanatórios populares para o tratamento e cura da moléstia⁶⁷. Ademais, neste congresso foi exposta a intenção de “[...] activar a luta antituberculosa por uma acção combinada de diversos paizes mundiais, pela

⁶⁵ O periódico foi um importante jornal médico francês publicado entre 1893 e 1971. Disponível em: http://data.bnf.fr/34349018/la_presse_medicale__1893_/. Acesso em: 21 set. 2015.

⁶⁶ SERSIRON, M. G. L'initiative privée et les sanatoriums pour tuberculeux adultes et pauvres. *La Presse Médicale*, n.64, p.63-64. 3 out. 1898. Disponível em: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?p=68&cote=100000x1898x02xartorig&do=page>. Acesso em: 22 set. 2015. out. 1898; ARMAINGAUD, M. Compte-rendu du fonctionnement de la ligue contre la tuberculose, de 1893 à 1898. *La Presse Médicale*, n.65, p.70-71. 6 out. 1898. Disponível em: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?cote=100000x1898x02xartorig&p=74&do=page>. Acesso em: 22 set. 2015. out. 1898; DUBOUSQUET-LABORDERIE, M. Quelques recherches et réflexions sur la contagion familiale et “maisonnière” de la tuberculose. *La Presse Médicale*, n.67, p.86. 13 out. 1898. Disponível em: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?cote=100000x1898x02xartorig&p=90&do=page>. Acesso em: 22 set. 2015. out. 1898.

⁶⁷ LA PRESSE MÉDICALE. Paris: Georges Carré Et C. Naud, p.253-272. 1899. Disponível em: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/?cote=100000x1899x01xartorig&p=257&do=page>. Acesso em: 13 fev. 2016. 1899.

colaboração estreita e solidária de todas as nações”⁶⁸.

Outro congresso importante e que nos auxilia na contextualização da formação das ligas e de sua rede de comunicações, foi o *Congresso Britânico sobre Tuberculose*, de 1901, em Londres, onde foi criada a *Associação Permanente contra a Tuberculose*, que objetivava estreitar as relações entre as diferentes ligas que, neste momento, se encontravam distribuídas por vários países, de forma a coordenar as ações em nível global. Seu estatuto foi aprovado no ano seguinte, em uma conferência internacional realizada em Berlim⁶⁹. Esta associação também passou a publicar uma revista trilingüe - francês, inglês e alemão - chamada *Tuberculosis*, que serviria para a divulgação de congressos, artigos, palestras e excertos de relatórios de ligas antituberculose, contendo informações sobre o combate à moléstia nos vários países pertencentes à associação, além dos estudos científicos relacionados à etiologia da tuberculose⁷⁰.

Os congressos, inclusive, começaram a atrair enorme atenção da imprensa e do público em geral. Como exemplo, David Barnes expõe que, ao longo de 1905, ano em que ocorreu o Congresso Internacional da Tuberculose em Paris, a tuberculose foi notícia dos principais jornais do local e das províncias francesas. Controvérsias, que de outra forma nunca teriam deixado o universo da medicina, foram objeto de debate nacional. Segundo o jornal *Le Petit Havre*, da cidade francesa Le Havre, durante o congresso, multidões lotaram as palestras públicas e as exposições relativas à tuberculose e sua prevenção. Várias brigadas policiais e um cordão de guardas republicanos foram necessários para controlar a multidão de espectadores curiosos na abertura oficial do congresso. Mais de três mil participantes oficiais, não incluindo os participantes convidados, disputavam assentos no auditório de dois mil lugares do *Grand Palais* (Barnes, 1995, p.12). Podemos considerar, portanto, que àquele momento, a tuberculose estava se transformando em uma das principais questões para a comunidade médica francesa e também para a opinião pública.

Assim, estes congressos, pensados para promover debates médicos sobre a tuberculose, para a divulgação das pesquisas científicas sobre a natureza da bactéria transmissora e as questões levantadas pela disseminação da doença, foram também importantes para a divulgação dos ideais das ligas antituberculose e para o alinhamento de suas propostas. Ainda que cada liga tivesse uma especificidade de atuação devido ao

⁶⁸ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* 1906. p.11.

⁶⁹ Ibidem. p.11.

⁷⁰ Ibidem. p.11; TUBERCULOSIS. [S.l.: s.n.], v.6, n.8, p.391-396. [1907].

contexto político, social e econômico em que estivesse inserida, através dos congressos aquelas poderiam expor suas experiências e expectativas com relação ao combate da doença, além de alinhar seus objetivos.

Capítulo 2 – A formação da saúde pública no estado de São Paulo, suas prioridades iniciais e a elaboração da campanha de combate à tuberculose, 1889-1905

Segundo Rodolpho Telarolli (1996), São Paulo, nos primeiros anos da República, possuía economia baseada quase exclusivamente na produção e exportação do café. O rendimento originado nesta economia, movimentada também pela elevada imigração estrangeira destinada ao trabalho nas lavouras durante as últimas décadas do século XIX, influenciou diretamente nas tendências paulistas de rápida urbanização, de industrialização, ainda que incipiente, e no alto incremento populacional do estado. A próspera economia cafeeira permitiu que a província também se destacasse pelos avanços técnicos implementados para a manutenção daquela economia, como a máquina de beneficiar café, que provocou a diminuição dos custos de sua produção, como também a instalação das ferrovias ligando os centros produtores do café aos portos, comunicando as cidades e estimulando o crescimento e a urbanização das mesmas (Telarolli, 1996).

O desenvolvimento da economia paulista, no ver de Luiz Antônio de Castro Santos (1993), além de transformar a fisionomia da região, também permitiu que a província se tornasse relativamente independente dos recursos da capital federal⁷¹. No tocante às imigrações, mesmo tendo o governo central subsidiado a entrada de imigrantes a partir da década de 1880, cerca de 82% de todos os imigrantes que chegaram a São Paulo já nos primeiros anos da República, vieram às custas do governo estadual. A estrutura oligárquica da política paulista, onde os fazendeiros do café e seus interesses estavam fortemente representados, permitiu que os recursos provenientes da economia cafeeira fossem dirigidos, em parte, ao financiamento das imigrações (Santos, 1993).

Entretanto, como resultado do enorme volume de imigrantes que entraram no estado como mão-de-obra livre e barata para garantir o crescimento da ordem

⁷¹ O princípio federativo consagrado na constituição de 1891, coincidiu com as necessidades dos cafeeicultores paulistas, pois permitiu a criação das condições necessárias ao desenvolvimento da lavoura. A autonomia dos estados possibilitava empréstimos do exterior sem a interferência central, viabilizando a imigração subsidiada, os subsídios à expansão ferroviária, as posteriores manobras de valorização do café e os grandes desembolsos com saneamento e combate às epidemias na primeira década republicana, entre outras medidas (Telarolli, 1996, p.78).

econômica, foram aprofundados alguns problemas sociais, como aglomeração urbana, insalubridade, má higiene pública e epidemias, afetando tanto o interior como as poucas zonas urbanas de São Paulo. De tal forma que, como indica Gilberto Hochman (1998) coube também ao estado a criação de uma infra-estrutura, no caso, de saúde pública⁷², para atender aos problemas provocados pelo desenvolvimento da economia, assim como para a proteção dos interesses oligárquicos (Hochman, 1998).

Segundo Mascarenhas, nos primeiros anos da República, a estrutura de saúde pública existente era derivada da *Inspetoria de Higiene da Província de São Paulo*, subordinada à *Inspetoria Geral de Higiene* do governo imperial, ambos de 1886. A atuação da inspetoria era centrada na capital, restrita à fiscalização do exercício das profissões médicas e farmacêuticas, elaboração de estatísticas demógrafo-sanitárias, fiscalização sanitária e combate de epidemias, especialmente a varíola, através da vacinação. Porém, o órgão funcionou de forma precária, sem as instalações físicas ou equipe profissional preparada para o desempenho de suas atribuições (Mascarenhas, 1949, p.34-36).

Na época, de acordo com Telaarolli, a inspetoria foi considerada incapaz de conter a epidemia de febre amarela, que começava a avançar para o interior do estado com a chegada dos imigrantes⁷³. No início da década de 1890, a *Secretaria do Interior do Estado*, responsável pelos serviços de saúde pública, passou a defender a rápida reorganização do serviço sanitário estadual de forma a centralizar as ações de higiene pública, ou a maior parte delas, nas mãos do governo estadual.

2.1 A organização do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo

Foi em 1892 que se promulgou uma nova legislação, a Lei nº 43 de 18 de julho de 1892, organizando o *Serviço Sanitário Estadual*⁷⁴, o primeiro órgão de saúde pública do período republicano paulista. Tratava-se de uma lei ambiciosa, que previa a

⁷² Para melhor entendimento das políticas de saúde pública construídas e aplicadas para o estado de São Paulo em finais do século XIX, suas vicissitudes e seu contexto político, econômico e social, consultar as obras de Mascarenhas, 1949; Ribeiro, 1991; Telaarolli, 1996; Santos, 1993; Hochman, 1998.

⁷³ Segundo Maria Alice Ribeiro, o ano de 1889 foi marcado por uma grande epidemia de febre amarela, que pôs abaixo o senso comum de que a doença fosse própria do litoral, da cidade de Santos, e que não subiria a Serra do Mar. Entretanto, naquele ano e pela primeira vez, a febre amarela ultrapassou o litoral, seguindo para o Oeste Paulista, região das fazendas de café (Ribeiro, 1991, p.50).

⁷⁴ SÃO PAULO (Estado). Lei n.43, de 18 de julho de 1892. Organiza o Serviço Sanitario Estadual. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=64128>. Acesso em: 5 mar. 1916. 18 jul. 1892.

concentração de várias atribuições junto ao serviço, apoiado por um grande quadro de funcionários. Em oposição ao pequeno grupo de trabalhadores da antiga inspetoria, composta de um inspetor-chefe e dois auxiliares, o novo serviço previa, ao menos, um delegado de higiene e um fiscal desinfetador em cada vila ou cidade para garantir o saneamento público e das habitações através da polícia sanitária (Telarolli, 1996, p.182).

A nova lei também previa a construção de vários laboratórios de pesquisa e análises, como: um laboratório de análises químicas, um laboratório bacteriológico, um instituto vacinogênico e um laboratório farmacêutico. Estes laboratórios tiveram suas funções definidas e suas sedes construídas nos anos seguintes. O *Laboratório de Análises Químicas do Estado*, regulamentado pelo Decreto nº 159, de 28 de fevereiro de 1893⁷⁵ e dirigido inicialmente por Marcel Lachaud (1893-1894), teria como função a análise de substâncias alimentares comercializadas; já o *Laboratório de Bacteriologia do Estado de São Paulo* teve seu primeiro regulamento aprovado pelo Decreto nº 158, de 28 de fevereiro de 1893⁷⁶, estipulando que ele teria como finalidade o estudo de microscopia e microbiologia em geral, a etiologia das epidemias, endemias e epizootias mais freqüentes, e também o preparo, acondicionamento e remessa dos produtos necessários à vacinação preventiva e aplicações terapêuticas⁷⁷. Seu primeiro diretor foi Félix le Dantec (1893).

No caso do *Instituto Vacinogênico*, o mesmo foi regulamentado pelo Decreto nº 94, de 20 de agosto de 1892⁷⁸. Ele seria responsável pela produção da linfa antivariólica com o objetivo subsidiar a vacinação pelos serviços públicos de saúde no estado. O instituto teve como primeiro diretor Arnaldo Vieira de Carvalho (1892-1913) e começou a funcionar oficialmente em 1894 (Dantes, 2012, p.23-60).

Por último, o *Laboratório Farmacêutico do Estado* foi criado para substituir a

⁷⁵ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.159, de 28 de fevereiro de 1893. Dá o regulamento para o Laboratório de Análises Químicas do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1893/decreto-159-28.02.1893.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 28 fev. 1893.

⁷⁶ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.158, de 28 de fevereiro de 1893. Dá regulamento para o Laboratorio de Bacteriologia do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1893/decreto-158-28.02.1893.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 28 fev. 1893.

⁷⁷ FIOCRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil, 1832-1930. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/?IsisScript=iah.xis&lang=pt&base=dic>. Acesso em: 27 jul. 2014.

⁷⁸ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.94, de 20 de agosto de 1892. Cria um Instituto Vaccinogenico. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1892/decreto-94-20.08.1892.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 20 ago. 1892.

Farmácia do Estado. Regulamentado pelo Decreto n. 157, de 28 de fevereiro de 1893⁷⁹, sob a diretoria de Pedro de França Pinto (1893-1895), o laboratório deveria, entre outras coisas, preparar e fornecer medicamentos às enfermarias dos estabelecimentos custeados pelo Estado e preparar ambulâncias para serviços de socorros públicos (Mascarenhas, 1949, p.43).

Outras duas seções importantes para a atuação do Serviço Sanitário foram o *Serviço Geral de Desinfecções* e o *Hospital de Isolamento*, regulamentados pelo Decreto nº 219, de 30 de novembro de 1893⁸⁰ e Decreto nº 266, de 31 de outubro de 1894⁸¹, respectivamente. O serviço de desinfecções, como o próprio nome diz, atuaria na desinfecção de indivíduos, imóveis e objetos pessoais em caso de notificação de doença transmissível⁸². O serviço, dirigido por Diogo Teixeira de Faria, também possuía a autoridade de encaminhar o doente para isolamento no Hospital de Isolamento ou para o isolamento domiciliar.

O Hospital de Isolamento, conforme sua regulamentação e atuando sob a direção de Coriolano Burgos (1894-1895), receberia os doentes portadores de doenças transmissíveis e epidêmicas para tratamento e quarentena, completando as ações de profilaxia exercida pelo serviço de desinfecções. De acordo com Rodolpho Telarolli, o Hospital de Isolamento, ao lado do Serviço Geral de Desinfecções constituíam o arcabouço institucional para a execução de medidas de polícia sanitária voltadas para a profilaxia do contágio (Telarolli, 1996, p.149).

Conforme Rodolfo Mascarenhas (1949), portanto, o recém criado Serviço Sanitário seria uma reunião de laboratórios de saúde pública em torno de uma Diretoria de Higiene, com um corpo de delegados de higiene encarregados do combate às epidemias, saneamento do meio físico, polícia da alimentação e fiscalização das profissões médicas e afins (Mascarenhas, 1949, p.12).

⁷⁹ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.157, de 28 de fevereiro de 1893. Dá regulamento para o Laboratorio Pharmaceutico do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1893/decreto-157-28.02.1893.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 28 fev. 1893.

⁸⁰ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.219, de 30 de novembro de 1893. Approva o regulamento para o serviço geral de desinfecções. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1893/decreto-219-30.11.1893.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 30 nov. 1893.

⁸¹ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.266, de 31 de outubro de 1894. Dá regulamento para os Hospitaes de Isolamento. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1894/decreto-266-31.10.1894.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 31 out. 1894..

⁸² Conforme regulamento do serviço de desinfecções, as doenças de notificação compulsória eram as moléstias pestilenciais; febres exantemáticas transmissíveis; moléstias infectuosas puerperais; difteria; moléstias septicêmicas e beribéri. A coqueluche e a tuberculose seriam de notificação facultativa.

2.2 As prioridades do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo nos primeiros anos de atuação

Com a legislação de 1892 e a reorganização do serviço da saúde pública para o estado, iniciou-se um movimento sanitaria em São Paulo, caracterizado pela crescente tendência à intervenção do governo estadual⁸³ nas questões de saúde pública e em vários pontos do estado (Santos, 1993, p.373). Entretanto, estas intervenções não ocorreram sem prioridades, tendo as ações do novo órgão de saúde pública privilegiado a salubridade das zonas cafeeiras, dos espaços urbanos e da cidade de Santos, porto de entrada dos imigrantes estrangeiros⁸⁴.

Para Maria Alice Ribeiro (1991), a importância estratégica desta cidade para a economia paulista fez com que, entre os anos de 1892 e 1893, Santos sofresse a intervenção sanitária que iria ocorrer no Distrito Federal somente anos depois: derrubada de prédios, limpeza de quintais, desinfecção de casas, saneamento do porto, construção da rede de esgoto e da canalização da água. Em 1894, foi formada a Comissão Sanitária de Santos, que tendo Tolentino Filgueiras como dirigente (1894-1898), foi encarregada da execução de todas as medidas referentes à higiene local e demandas de desinfecção⁸⁵. Tais medidas se fizeram necessárias, pois, após anos de descaso por parte da Inspetoria de Saúde dos Portos, subordinada ao governo imperial e responsável pelo serviço sanitário marítimo das províncias, aquela cidade havia se tornado em um grande foco epidêmico para várias doenças, inclusive a febre amarela, infectando inúmeros imigrantes, que carregariam a doença - e a epidemia - para o interior do estado. Conforme a historiadora, foi então, quando a febre amarela colocou em risco a política imigratória e a expansão cafeeira, que o governo do estado assumiu a tarefa de organizar e iniciar o processo de saneamento do porto e de seus arredores.

⁸³Telarolli Jr. propõe que, naquela lei, foram definidos como atividades da esfera estatal praticamente todos os aspectos relacionados ao saneamento e à salubridade pública, em contradição com a lei orgânica dos municípios aprovada no ano anterior, que reservava para a alçada municipal todos os assuntos que dissessem respeito à higiene local, ao abastecimento de água, esgoto, hospitais, serviços de socorros aos indigentes e cemitérios, o que, por muitas vezes, causaria conflitos entre os poderes estaduais de saúde e a administração municipal de várias localidades (Telarolli, 1996, p.183).

⁸⁴A entrada de imigrantes em São Paulo foi, por vezes, ameaçada pelo próprio governo italiano, que não via com bons olhos o estado sanitário paulista. Em 1889, o governo italiano proibiu a imigração ao Brasil por decreto que, mesmo não sendo seguido à risca, provocou uma redução na entrada de imigrantes italianos no país em 1889 e 1890. A proibição foi revogada em 1891 (Telarolli, 1996, p.34).

⁸⁵ÁLVARO, G. *As campanhas sanitárias de Santos*. Suas causas e seus efeitos. São Paulo: Casa Duprat. 1919. p.53. De acordo com Guilherme Álvaro nesta publicação, Santos, desde início da década de 1890, teria seu próprio hospital de isolamento e serviço de desinfecções instalados na cidade.

Ainda segundo Ribeiro, outro grande risco para a manutenção da salubridade daquela cidade e que atraiu as atenções das autoridades, foi a epidemia de peste bubônica no ano de 1899. Para o controle da doença, foi criado um laboratório anexo ao Instituto Bacteriológico, localizado na fazenda do Butantã, na cidade de São Paulo, para a produção de soro antipestoso, que foi distribuído a partir de 1901, contendo satisfatoriamente a disseminação da epidemia. Naquele ano, através do decreto nº. 878-A⁸⁶ e sob a direção de Vital Brazil (1901-1919; 1924-1927), o laboratório passou a reforçar o quadro de laboratórios do Serviço Sanitário, sendo transformado em uma instituição autônoma com o nome de *Instituto Serumtherápico do Estado de São Paulo*⁸⁷ que, além da produção do soro antipestoso, também desenvolveu pesquisas sobre serpentes e venenos, visando a obtenção de soros antiofídicos (Fernandes, Senne, Machado, 2012).

Ribeiro ainda acrescenta que, apesar de todos os esforços de saneamento da cidade, de 1894 a 1906, Santos apresentou o maior coeficiente de óbitos por moléstias infectocontagiosas em todo o Estado de São Paulo. Os picos foram registrados em 1895, quando o número de óbitos por moléstias infectocontagiosas chegou a 58%. Na Capital e em Campinas, esse coeficiente foi de 20% e 15%, respectivamente. Coincidentemente, naquele mesmo ano, houve o registro da maior entrada de imigrantes no estado, perto de 140 mil (Ribeiro, 1991, p.52-66).

Ainda segundo Maria Alice Ribeiro, outro espaço estratégico para as atenções da saúde pública foi o interior cafeeicultor, cuja produção deixava de se concentrar somente nas cidades mais tradicionais, como Campinas e Jundiaí, expandindo-se para outras regiões do Oeste Paulista, através do crescimento das linhas de trem.

Foi o próprio desenvolvimento da cafeicultura que impulsionou o processo de

⁸⁶ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.878-A, de 23 de fevereiro de 1901. Dá organização ao Instituto Serumtherapico. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=136622>. Acesso em: 5 mar. 1916. 23 fev. 1901. De acordo com os relatórios do órgão, o mesmo também foi chamado de Instituto Sôrotherapico de Butantan, a partir de 1916. Devido às várias nomenclaturas atribuídas ao instituto, neste trabalho optamos por utilizar o termo “Soroterápico” ao referenciarmos o órgão.

⁸⁷Em contexto posterior e através do Decreto n.3876, de 11 de julho de 1925, e da Lei n.2121 de 30 de dezembro de 1925, ambos reorganizadores do Serviço Sanitário, o instituto passou a denominar-se *Instituto de Butantan*, unindo o Instituto Bacteriológico, Vacinogênico e o Soroterápico em um só órgão (Mascarenhas, 1949, p.295). Posteriormente, pelo Decreto Estadual n.4.891, de 13 de fevereiro de 1931, o bacteriológico se separa oficialmente do Instituto Butantan passando a funcionar como o *Laboratório Central do Serviço Sanitário*. Pelo Decreto Estadual n. 11.522, de 26 de outubro de 1940, o Instituto Bacteriológico fundiu-se com o *Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas*, criado também em 1892, constituindo assim o *Laboratório Central de Saúde Pública do Estado*. Em homenagem ao cientista recém falecido, a instituição recebeu o nome de *Instituto Adolfo Lutz*. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/lababacesp.htm>. Acesso em: 17 mar. 2016.

urbanização e de “expansão” do interior. O crescimento da produção, mais a entrada de imigrantes, provocou o povoamento de espaços cada vez mais afastados da capital do estado. As vilas começaram a se formar em volta das fazendas e o comércio se fixava nas proximidades das estradas de ferro. As vilas tornaram-se cidades e, em uma única década, dezenas de cidades se formaram. (Ribeiro, 1991, p.68).

Entretanto, a alta imigração para o interior acabou provocando a entrada de algumas epidemias para a região. Em 1889, uma grande epidemia de febra amarela ocorreu em Campinas, em grande parte, difundida pelos próprios imigrantes. Campinas acabou tornando-se o centro irradiador das epidemias de febre amarela, devido ao entroncamento ferroviário das vias de acesso ao interior localizado na cidade (Ribeiro, 1991, p.77).

Para evitar o contínuo afluxo da epidemia para o interior, o Serviço Sanitário organizou ações de saneamento semelhantes às realizadas em Santos. Conforme o Decreto nº 394, de 7 de outubro de 1896, que regulamentava o Serviço Sanitário⁸⁸, o estado de São Paulo estaria, então, dividido em três zonas sanitárias, a primeira abrigaria a capital; a segunda, Santos e Campinas; a terceira, as demais cidades. Em cada distrito ficaria disposto um inspetor sanitário, auxiliado por desinfetadores.

Para a cidade de Campinas, em 1896, uma Comissão Sanitária⁸⁹ permanente, dirigida por Emílio Marcondes Ribas (1896-1897), foi enviada para o local iniciando uma rigorosa campanha de saneamento da cidade, com limpeza das ruas, drenagem e impermeabilização dos solos, visitas domiciliares e desinfecções. A epidemia de febre amarela de 1896, em Campinas, foi tão intensa que acabou por se difundir para outras cidades e vilas, fato que teria impulsionado a expansão das ações e intervenções saneadoras do Serviço Sanitário também para o interior mais “profundo” do estado. Através da ação sistemática da polícia sanitária e das desinfecções, a febre amarela estaria controlada na cidade já em 1898, quando ocorreram somente três óbitos pela doença (Ribeiro, 1991, p.78-79).

O terceiro local privilegiado pelas ações do novo Serviço Sanitário foi a capital

⁸⁸ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.394, 7 de outubro de 1896. Approva o regulamento do Serviço Sanitário. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1896/decreto-394-07.10.1896.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 7 out. 1896.

⁸⁹As comissões serviriam ao estudo e organização de planos para o melhoramento do estado sanitário de uma dada área ou região. SÃO PAULO (Estado). Lei n.43, de 18 de julho de 1892. Organiza o Serviço Sanitário Estadual. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=64128>. Acesso em: 5 mar. 1916. 18 jul. 1892.

paulista, que havia crescido rapidamente com a expansão de seus comércios, linhas férreas, fábricas e cortiços. A população da cidade também cresceu rapidamente com a chegada dos indivíduos que migraram das regiões cafeeiras para a capital em busca de empregos⁹⁰. Em tais condições, a salubridade da capital decresceu de forma acentuada, exigindo das autoridades inúmeras ações de intervenção que objetivassem a higienização dos espaços.

Na cidade de São Paulo, conforme Rodolpho Telarolli, os problemas que preocupavam as autoridades sanitárias eram semelhantes aos apontados para Campinas e Santos, com destaque para a falta de drenagem superficial do solo; as ruas lamacentas, quase todas sem calçamentos e sem sarjetas; casas mal construídas; ruas mal saneadas, etc. A região do Vale do Anhangabaú, incluindo Sé e Santa Efigênia, duas áreas muito populosas, causava preocupação pela pestilência às margens do córrego, que também serviam de depósito de lixo para os quintais fronteiriços. O Serviço Sanitário passou, então, a intervir nestes espaços focando suas ações nas desinfecções de casas, cortiços, estabelecimentos comerciais e fábricas; fiscalização da alimentação pública; saneamento das localidades; e adoção de medidas específicas à prevenção e ao combate das doenças transmissíveis (Telarolli, 1996, p.145-211).

Entretanto, a cidade não enfrentou grandes epidemias de febre amarela ao longo da década de 1890, ao contrário de outras localidades no estado. Ribeiro propõe que a ausência desta epidemia na cidade não foi conseqüência de suas melhores condições de salubridade. As baixas temperaturas inibiriam a reprodução do vetor da doença, o que explicaria melhor a ausência da epidemia. Ao contrário, a capital foi acometida por várias outras epidemias decorrentes, justamente, do seu frágil estado sanitário, como a varíola, o sarampo e a febre tifóide, mas também por outros fatores decorrentes desta insalubridade, como o alto índice de mortalidade infantil, que chegava a compor metade dos óbitos gerais na capital (Ribeiro, 1991, p.104-142).

2.3 A atenção a outras enfermidades existentes no estado a partir dos anos 1890

Podemos perceber através da historiografia selecionada, portanto, que a

⁹⁰O ano de 1896 também marcou a primeira grande crise de superprodução cafeeira, acentuando a imigração de sua mão-de-obra para as zonas urbanas, principalmente, para a capital. A epidemia de febre amarela, mesmo que não decisivamente, também influenciou o redirecionamento do movimento da população para a capital do estado (Ribeiro, 1991, p.106-114).

organização do Serviço Sanitário e suas primeiras ações foram direcionadas ao controle de epidemias, principalmente a de febre amarela, e à manutenção da salubridade de locais importantes para o desenvolvimento da economia cafeeira, que seriam, também, as zonas mais afetadas pelo crescimento desta economia. Entretanto, no tocante ao combate de doenças específicas, as ações do serviço não acompanharam o quadro de mortalidade para o estado de São Paulo, que era bastante diversificado e, na maioria dos anos, não tinha a predominância da febre amarela como *causa mortis*.

Conforme os dados difundidos pela seção de *Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado* - órgão criado pela Lei 240, de 4 de setembro de 1893⁹¹, responsável por organizar as informações demográficas, sanitárias e meteorológicas paulistas - as principais causas de mortalidade no estado não estavam entre as prioridades estabelecidas pelo Serviço Sanitário para sua atuação, como vimos acima. No relatório referente ao ano de 1894, o trabalho da seção indicava que a doença transmissível de maior mortalidade em Santos e São Paulo⁹² havia sido a tuberculose, responsável por 13,05% e 9,25% do obituário geral⁹³, respectivamente, enquanto que a febre amarela, nestes casos, foi responsável por 13% e 0,6%.

Outras doenças também tiveram alta mortalidade àquele ano nestas cidades, como a malária e a febre tifóide, responsáveis por 7,8% e 1,9% da mortalidade total em Santos, e compondo 6,5% e 3,2% no quadro de mortalidade total da capital paulista⁹⁴.

Já para o ano de 1895, podemos observar que a febre amarela surgiu de forma epidêmica em alguns locais do estado, compondo cerca de 4,3%, 43,7% e 0,7% dos óbitos totais em Campinas, Santos e São Paulo, respectivamente. Sendo que em São Paulo, onde a doença não apresentou caráter epidêmico, a mortalidade pela febre amarela foi superada pelos números provocados pela tuberculose, 7,5%; malária, 4,5%;

⁹¹ SÃO PAULO (Estado). Lei n.240, de 4 de setembro de 1893. Reorganiza o serviço sanitario do Estado de S. Paulo. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1893/lei-240-04.09.1893.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 4 set. 1893.

⁹² O boletim anual da seção do ano de 1894 foi referente somente a capital e estas duas cidades.

⁹³ As porcentagens apresentadas neste trabalho foram construídas através da relação entre os óbitos totais e os óbitos por doenças específicas citadas acima. Os números de óbitos totais e óbitos por doenças foram localizados nos relatórios anuais da seção de demografia-sanitária e organizados nas tabelas anexas 1, 2 e 3 deste trabalho.

⁹⁴ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Boletim Annual de Estatística Demographo-Sanitaria da Capital e de Santos: Anno de 1894. São Paulo: Typographia da Industrial de São Paulo. 1895. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011001&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1895. Nas tabelas anexas 1, 2 e 3 estão os números de mortalidade total e mortalidade por doenças na capital, Santos e Campinas, respectivamente, conforme os dados da seção de demografia-sanitária.

e febre tifóide, 1,8%⁹⁵.

Quando acompanhamos a publicação dos dados organizados por esta seção do Serviço Sanitário, observamos que, com exceção dos anos de epidemia de febre amarela - especialmente nos anos de 1895, 1896, 1898 e 1900 na cidade de Santos, e em 1895 na cidade de Campinas -, outras doenças predominavam no quadro de mortalidade, com grande destaque para a mortalidade por tuberculose (ver tabelas 2 e 3).

Conforme propõe Geraldo José Alves (1999), muitas vezes a confiabilidade dos índices expostos foi contestada por médicos contemporâneos, sobretudo devido ao envio lacunar de dados à seção, principalmente do interior do estado e, também, pelo pouco consenso entre os médicos na aplicação do diagnóstico para doenças variadas. No entanto, ao longo dos anos e na maioria das cidades do estado, os boletins apresentavam a tuberculose como a principal causa de mortalidade por doenças infectocontagiosas (Alves, 1999, p.49-85).

Maria Alice Ribeiro afirma que foi somente a partir dos anos finais da década de 1890, e na medida em que a febre amarela estava sendo controlada e seus índices de mortalidade decresciam, que outras moléstias começaram a receber maior espaço nos relatórios anuais do Serviço Sanitário. Entre estas doenças, a que recebeu o maior destaque foi a tuberculose, considerada como uma das principais causas de morte por doença no estado de São Paulo, segundo as estatísticas demógrafo-sanitárias do Serviço Sanitário, publicadas a partir de 1894. A autora, através da análise destes dados, propõe que, “[...] entre 1896 e 1927, a tuberculose foi responsável por 7 a 8% dos óbitos totais e, dentre as moléstias infectocontagiosas, foi a responsável por quase 50% dos óbitos” (Ribeiro, 1991, p.83).

Mas, como lembra Geraldo Alves, em nenhum momento, nos textos produzidos pelo órgão público de saúde, foram evocados os dados demográficos como orientadores da ação sanitária. Do ponto de vista do conhecimento das necessidades, as principais doenças eram reconhecidas publicamente, seja nas suas manifestações endêmicas ou epidêmicas, quase que como um dado do senso comum (Alves, 1999, p.67). A elevada mortalidade por tuberculose já era reconhecida como problema de saúde pública através de algumas falas de funcionários do Serviço Sanitário, antes mesmo que ações voltadas

⁹⁵ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Boletim Annual de Estatística Demographo-Sanitaria: Anno de 1895. São Paulo: Typographia do "Diario Official". 1895. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10019999&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1895.

para a doença fossem efetuadas de maneira mais sistematizada pelo órgão público.

Conforme a documentação, o órgão de saúde pública e suas seções, no início de suas atividades, entre os anos de 1892 e 1897, se limitaram a realizar exames de diagnóstico da tuberculose através do teste tuberculínico em escarros, pelo Instituto Vacinogênico e pelo Instituto Bacteriológico, e também autópsias realizadas por este último. O Bacteriológico também realizou diagnósticos para a identificação de tuberculose bovina, doença considerada por Adolpho Lutz, diretor do instituto (1893-1908), de “[...] menor interesse actual”⁹⁶. Não foram identificadas nos relatórios destas seções as origens dos pedidos de diagnósticos ou de autópsias.

O Serviço Sanitário também promoveu a contabilidade de óbitos por tuberculose na cidade de São Paulo e nas cidades do interior do estado através Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, assim como a desinfecção de espaços onde foram notificadas mortes por tuberculose e realizadas pelo Serviço Geral de Desinfecções. No caso das desinfecções, as mesmas provavelmente não ocorriam de forma sistemática. Conforme o regulamento da seção, a tuberculose seria uma doença transmissível de notificação facultativa, ou seja, o diagnóstico afirmativo da tuberculose não implicava na necessidade de informar ao serviço sobre a ocorrência da doença, o que, por sua vez, desonerava o serviço de realizar as desinfecções e isolamentos para os casos de tuberculose.

Com a promulgação do Decreto nº 394, 7 de outubro de 1896, sobre o Serviço Sanitário⁹⁷, este quadro deveria se alterar, pois a nova lei estabelecia que os médicos deveriam notificar os casos de doenças transmissíveis - a febre amarela, a febre tifóide, cólera-morbus, a peste, o sarampão, a escarlatina, a varíola, a difteria e a tuberculose - para que as autoridades sanitárias procedessem com as medidas que julgassem necessárias para cada caso, com desinfecções ou, inclusive, o isolamento do doente. Conforme o material disponível e referente à Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, existiram ocorrências isoladas de morte por tuberculose no Hospital de Isolamento do Serviço Sanitário a partir de 1894, ano do primeiro regulamento do hospital. Porém, por serem poucos os casos, não é possível supor que os isolamentos tenham sido em

⁹⁶ LUTZ, A. Instituto Bacteriológico de S. Paulo. São Paulo. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório da Directoria do Serviço Sanitario apresentado ao cidadão Dr. Secretário do Interior pelo Dr. Director Geral do Serviço Sanitario: Anno de 1894. São Paulo. p.29-40. [1895]. p.40.

⁹⁷ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.394, 7 de outubro de 1896. Approva o regulamento do Serviço Sanitario. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1896/decreto-394-07.10.1896.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 7 out. 1896.

decorrência de caso de tuberculose, podendo o doente ter dado entrada no hospital por estar contaminado com outro agente transmissível, tendo a tuberculose se desenvolvido ou agravado enquanto hospitalizado.

Também a seção de desinfecções, aparentemente, não atuou fortemente no controle da disseminação da doença, pois os poucos registros de suas atividades indicam que a tuberculose não foi um alvo da seção. Conforme o relatório do Serviço Sanitário de 1896, de todas as intervenções exercidas pela seção e dirigidas para o controle de doenças transmissíveis diversas, a tuberculose foi objeto de somente duas intervenções na capital⁹⁸.

Os clínicos por vezes eram responsabilizados pelo acobertamento do diagnóstico da tuberculose, impedindo, assim, a realização das medidas profiláticas propostas e exercidas pelo Serviço Sanitário⁹⁹, ou então eram acusados de somente notificarem a doença em casos de óbito¹⁰⁰.

Tal hábito pode ser justificado ao pensarmos que a notificação do diagnóstico médico afirmativo para a tuberculose podia levar à exposição familiar e à quebra de sigilo existente na relação entre o médico e o paciente: fatos que poderiam contribuir para a ocultação de tais informações. Talvez a estigmatização construída sobre a doença durante o século XIX, conforme visto no capítulo anterior, que a associava à pobreza e a comportamentos desviantes, também exercesse um papel na regularidade do envio de notificações, ao desencorajar o doente de expor sua condição.

Entretanto, mesmo com a não adesão dos médicos às leis sanitárias relativas à notificação da tuberculose, as informações estatísticas referentes à mortalidade pela moléstia eram altas em relação a outras doenças transmissíveis. Nestes primeiros anos de atividades do Serviço Sanitário e da seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, esta registrava a mortalidade anual por tuberculose como responsável por, aproximadamente, 35% dos óbitos por moléstia transmissível e cerca de 8,5% dos óbitos totais na cidade de São Paulo (ver tabelas 1 e 4).

Apesar da ausência de políticas públicas de saúde voltadas para o controle da

⁹⁸ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Dr. Secretário dos Negócios do Interior pelo Dr. Joaquim José Da Silva Pinto Director do Serviço Sanitario em 5 de Janeiro de 1897. São Paulo. 1897. p.129.

⁹⁹ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatório de 1914. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917. p.12.

¹⁰⁰ GODINHO, V. Variedades: A luta anti-tuberculosa no Brazil. Carta de S. Paulo. *Defesa Contra A tísica*, São Paulo, ano 1, n.2, p.67-78, nov. 1902. p.78.

doença, estes números eram chamativos, mesmo para os membros do serviço e suas seções, os quais se posicionavam de formas diferentes frente a estes dados.

Jayme Serva, diretor da seção de demografia sanitária (1893-1902) expôs no relatório referente ao mês de abril de 1895, que a tuberculose era:

“[...] o inimigo muito mais de receiar-se, por ser constante, e ser de todos os tempos, de todas as epochas, do anno inteiro, do que qualquer outro desses que só nos fazem visitas de tempos a tempos, sendo, portanto, em ultima analyse, muito menos o contingente de victimas que fazem.”¹⁰¹.

A tuberculose, portanto, para este diretor, deveria ser reconhecida como uma doença a ser temida e enfrentada, devido aos altos e constantes índices de mortalidade que provocava em comparação com os episódios de crises epidêmicas, que eram passageiros e pesavam moderadamente nas estatísticas obituárias.

O diretor do Serviço Sanitário, Joaquim José da Silva Pinto (mar. 1893 - mar. 1898), no relatório anual do órgão referente ao ano de 1896, afirmava que era imperativo que o governo tomasse medidas que impedissem o avanço da doença. Declarou que era indispensável a criação “[...] na capital ou melhor em ponto de clima mais conveniente aos enfermos” de sanatórios e hospitais, para onde os tuberculosos seriam encaminhados para o isolamento e receberiam tratamento médico adequado conforme sua condição¹⁰².

Antônio Dino da Costa Bueno, Secretário de Estado de Negócios do Interior (maio 1896 - dez. 1897), reiterou esta opinião no relatório da secretaria referente ao mesmo ano, acrescentando que a moléstia exigia medidas que amparassem a população contra a disseminação da enfermidade. Sanatórios e hospitais especiais deveriam ser erguidos em local de clima adequado ao tratamento do tísico, como nos campos da Serra da Mantiqueira, sendo esta “[...] uma questão que dos poderes publicos deve

¹⁰¹ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Boletim Mensal de Estatística Demographo-Sanitaria da Capital, Santos, Campinas, Ribeirão Preto, Amparo, Sorocaba, Pindamonhangaba, S. João do Rio Claro, Ytú, Mogy-Mirim, São Carlos do Pinhal, Limeira e Taubaté: Mez de Abril - 1895. São Paulo: Typographia da Industrial de São Paulo. 1895. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011138&parte=4>. Acesso em: 5 mar. 1916. abr. 1895. p. 579.

¹⁰² SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Dr. Secretário dos Negócios do Interior pelo Dr. Joaquim José Da Silva Pinto Director do Serviço Sanitario em 5 de Janeiro de 1897. São Paulo. 1897. p.8.

opportunamente receber a devida solução”¹⁰³.

Em complementariedade às opiniões apresentadas, João Baptista de Mello Peixoto, diretor interino da secretaria (dez. 1897 – nov. 1898), afirmou que, além do isolamento de doentes, também era necessária a fiscalização dos matadouros e da comercialização de leite, para verificação da tuberculose bovina nestes meios¹⁰⁴.

De opinião um tanto divergente, Adolpho Lutz, diretor do Instituto Bacteriológico, no relatório de 1897, referindo-se à mortalidade por tuberculose naquele ano, afirmou que a “[...] proporção elevada, mas não exaggerada, corresponde ao facto de ser São Paulo uma cidade grande e bastante cosmopolita”¹⁰⁵. Provavelmente, o diretor do instituto estivesse comparando o quadro mortuário da tuberculose em São Paulo com a realidade encontrada em países europeus, onde a mortalidade nos centros urbanos era, de fato, elevada¹⁰⁶. Seria, talvez, uma tentativa de aproximação que buscasse ressaltar o grau de desenvolvimento alcançado pela cidade de São Paulo, ao identificar a tuberculose como uma moléstia típica de grandes cidades modernas.

As opiniões continham, assim, posicionamentos diversos, por vezes a favor do reconhecimento da doença como um problema grave de saúde pública a ser enfrentado, ou a relativização do mesmo, como se fosse, em verdade, um reflexo do desenvolvimento da cidade de São Paulo. Consideramos que todas as posições representam um amadurecimento da discussão e da possível execução destas políticas.

¹⁰³ SÃO PAULO. Secretaria de Estado dos Negócios do Interior. Relatório apresentado ao Sr. Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de março de 1897 pelo Secretario de Estado dos Negocios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. São Paulo: Typographia do "Diario Official". 1897. p.8.

¹⁰⁴ SÃO PAULO. Secretaria de Estado dos Negócios do Interior. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Vice-Presidente do Estado de S. Paulo pelo Dr. João Baptista de Mello Peixoto Secretário de Estado Interino dos Negocios do Interior em 31 de março de 1898. São Paulo: Typographia do "Diario Official". 1898. p.9.

¹⁰⁵ LUTZ, A. Relatório dos trabalhos do Instituto Bacteriologico durante o anno de 1897 apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitario pelo Dr. Adolpho Lutz. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 1, n.10, p.175-199. 15 nov. 189. p.181. A *Revista Médica de São Paulo* foi publicada entre os anos 1898 e 1914. Os fundadores da revista foram os médicos Victor Godinho e Arthur Mendonça, ambos inspetores do Serviço Sanitário. A revista, porém, não pertencia ao órgão.

¹⁰⁶ Localizamos informações a respeito dos números de mortalidade por tuberculose em algumas regiões da Europa no final do século XIX. Na capital francesa, no ano de 1897, a tuberculose teria totalizado 12.314 mortes, ou 40 mortes a cada 10.000 pessoas (CT. Commission de la Tuberculose. *Moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose*. Paris: Masson & Cie. 1900. p.391-393 Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56237077/f1.item.r=statistique%20paris%20tuberculose.zoom>. Acesso em: 14 fev. 2016. 1900). Conforme Linda Bryder, na Inglaterra e País de Gales, as mortes pela doença eram de, aproximadamente, 200 a cada 100.000 habitantes em 1900 (Bryder, 1988, p.7). Já no Império Alemão, a tuberculose teria provocado, em média, 106 mortes a cada mil habitantes entre os anos de 1896 e 1900 (HUBER, M. *Annuaire Statistique*. Paris: Imprimerie National. 1929. p.224. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56237077/f1.item.r=statistique%20paris%20tuberculose.zoom>. Acesso em: 14 fev. 2016. 1929).

Também é importante destacar que as indicações feitas a hospitais e sanatórios de isolamento voltados para o tratamento de tuberculosos como peças importantes no combate da doença, mostram que a diretoria do Serviço Sanitário e a Secretaria de Negócios do Interior estavam cientes, ao menos, daquela que era considerada a mais importante prática profilática e terapêutica contra a tuberculose no continente europeu.

Podemos, portanto, questionar a idéia presente na historiografia (Bertolli Filho, 2001, p 61; Almeida, 2003, p.172; Mota, 2005, p.137) de que a ausência de terapêuticas ou medidas específicas para o tratamento e controle da doença tenham sido responsáveis pelo atraso na implantação do combate contra a tuberculose em São Paulo. Como vimos, na Europa, a discussão a respeito da profilaxia e tratamento da tuberculose estava em nível bastante avançado em finais do século XIX, com a organização de congressos internacionais e a existência de inúmeros hospitais e sanatórios voltados para o tuberculoso. Podemos concluir que as autoridades responsáveis pelas políticas de saúde pública para o estado de São Paulo estavam a par disso.

Concluindo, consideramos que talvez o que estivesse ausente no estado, nos primeiros anos do período republicano, fossem entidades filantrópicas e civis¹⁰⁷ que, ao exemplo europeu, tivessem o intuito de promover e difundir o conhecimento sobre a doença, assim como angariar fundos privados para a construção de hospitais e sanatórios. Conforme este modelo, as entidades teriam relativa autonomia de ação, dependendo do contexto em que se inseriam, e poderiam ou não, trabalhar em cooperação com os órgãos de saúde pública locais.

Em São Paulo, como veremos, a formação destes grupos filantrópicos foi importante para a implantação da organização da luta contra a tuberculose no estado, mas, como na Europa, também foi marcada pelas características locais, tendo sido caracterizada pela presença dos poderes públicos paulistas ao longo da empreitada.

2.4 As primeiras ações da campanha contra a tuberculose em São Paulo efetuadas pelo órgão público de saúde e pelo grupo filantrópico, 1898-1905

¹⁰⁷São organizações que “[...] criadas ou inspiradas por profissionais de saúde [...], embora também tivessem o objetivo de atender os problemas imediatos dos assistidos, patrocinavam ações sanitárias, tratamento, prevenção e educação em saúde, além de terem a meta de tornar as pessoas produtivas e autossuficientes, bem como favorecer a formação e a pesquisa na área da saúde e propor medidas sanitárias junto ao poder público” (Mott, 2011, p.105).

Conforme visto no capítulo anterior, o Serviço Sanitário do Estado, em seus primeiros anos de atuação, pouco se envolveu com o problema da tuberculose, como também indica a historiografia recente (Mastromauro, 2013, Rosemberg, 2008, Bertolli Filho, 2001). Apesar da alta mortalidade provocada pela doença, esta não era interpretada como um problema de saúde pública que requisitasse ação direta e ativa dos poderes públicos paulistas, em contrapartida ao ocorrido com a febre amarela ou mesmo a varíola¹⁰⁸.

Entretanto, as visões apresentadas pela historiografia sobre a falta de interesse pela questão da tuberculose pelos serviços de saúde e a ausência de políticas públicas voltadas para a doença foram variadas.

Rodolpho Telarolli defende que o controle da tuberculose não foi prioridade para o governo paulista nos primeiros anos da Primeira República, pois a mesma não impedia o trabalhador de exercer suas funções enquanto não estivesse em quadro mais avançado, não afetando de forma significativa o desenvolvimento dos processos produtivos do complexo cafeeiro, no campo ou na cidade. Para ele, a doença somente tornou-se alvo de políticas públicas quando o controle sobre a febre amarela, em finais da década de 1890, permitiu que as atenções fossem distribuídas para outras prioridades na saúde (Telarolli, 1996, p.53). Maria Alice Ribeiro, por sua vez, afirma que o Serviço Sanitário, desde o início de suas atividades, foi moderado com relação à tuberculose, se limitando a ações de desinfecção e isolamento de doentes, pouco envolvendo o Instituto Bacteriológico nos estudos científicos sobre a moléstia (Ribeiro, 1991, p.33).

Já para Cláudio Bertolli Filho, a peste branca era reconhecida como uma das patologias que mais ceifava vidas no espaço citadino, principalmente devido à existência das habitações coletivas e cortiços, oriundos de um intenso processo de urbanização e de aglomeração populacional na cidade de São Paulo iniciado em finais do século XIX e altamente criticadas pelos médicos paulistas devido à grande

¹⁰⁸ Diego Armus, ao explorar a historiografia latino-americana das doenças, acredita que existiam paralelos históricos no tocante às doenças endêmicas, como a tuberculose, no contexto latino-americano de finais do século XIX e início do século XX. Eram doenças que, de maneira geral, “[...] no irrumpían por sorpresa pero estaban bien instaladas en la trama social y a veces mataban y enfermaban más que las epidémicas, no siempre lograban movilizar recursos materiales, profesionales o simbólicos suficientes como para ser percibidas como serios problemas colectivos. [...] Y por omnipresentes, menos ruidosas, carentes de terapias específicas exitosas, fuertemente marcadas por las condiciones materiales de existencia [...], la gestación de políticas específicas destinadas a combatirlas o no existían o demandaron de ingentes esfuerzos al momento de querer instalar el tema en la opinión pública y en la conciencia de las elites locales y nacionales” (Armus, 2002, p.49). Este paralelo é válido para o contexto aqui abordado.

insalubridade destes espaços¹⁰⁹. Porém, o fato não foi suficiente para motivar os administradores do estado de São Paulo na Primeira República a elaborarem dispositivos de combate a uma moléstia que, se amplamente disseminada, ainda não dispunha de estratégias preventivas e curativas de aceitação geral pela corporação médica. Assim, para Bertolli, diferentemente das demais enfermidades que assolavam as cidades, a tuberculose não contou com as atenções e os recursos oficiais, fazendo com que setores da sociedade paulista assumissem as tarefas de criação e de patrocínio das instituições, que tinham o objetivo de prevenir o contágio e amparar os tuberculosos pobres (Bertolli Filho, 2001, p.61).

2.4.1 O Serviço Sanitário dirigido por Emílio Ribas e as primeiras medidas de combate à tuberculose

Conforme estes historiadores e também de acordo com a documentação que levantamos na pesquisa, a primeira administração que traria sensíveis mudanças a este quadro iniciou-se no ano de 1898, com Emílio Marcondes Ribas¹¹⁰, inspetor sanitário responsável pelo combate à febre amarela e a sanitização de Campinas nos anos de 1896 e 1897, posteriormente promovido para a diretoria do Serviço Sanitário, em 1898. Durante a diretoria de Ribas junto ao Serviço Sanitário (1898-1917), a tuberculose foi colocada em um novo patamar, passando a ser uma das prioridades de saúde pública para o estado de São Paulo. Logo no início de sua administração, foram empreendidas as primeiras ações para o enfrentamento do problema.

** A Viagem de Victor Godinho e Guilherme Álvaro para a Europa e as informações coletadas sobre a tuberculose:*

¹⁰⁹ Sobre as habitações coletivas consultar também Ribeiro, 1991; Telaarolli, 1996; Mota, 2005.

¹¹⁰ Emílio Marcondes Ribas (1862-1925) nasceu em Pindamonhangaba-SP, pertencendo à classe dos cafeicultores. Estudou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, concluiu o curso em 1887 e no ano posterior defendeu a tese “Morte aparente dos recém-nascidos”. Ao retornar a Pindamonhangaba, devido à suas convicções políticas participou da fundação do Clube Republicano, em 1888. Médico clínico, iniciou em 1895 sua carreira de inspetor sanitário na Inspetoria de Profilaxia de Moléstias Infecciosas do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, combatendo moléstias no interior do estado, sendo posteriormente indicado para chefiar a Comissão Sanitária de Campinas, em 1896, onde sua luta contra diversas doenças, principalmente a febre amarela, rendeu-lhe a nomeação de diretor-geral do Serviço Sanitário, cargo que ocupou entre 1898 e 1917 (Almeida, 2003).

Uma das primeiras ações do diretor do serviço foi o envio de Victor Godinho¹¹¹ e Guilherme Álvaro¹¹², ambos inspetores sanitários, no ano de 1898, à Europa para que estudassem o conhecimento sobre a tuberculose e as práticas de controle da moléstia naquele continente. O resultado foi um extenso relatório, sobre a contagiosidade, a profilaxia e a terapêutica da doença, publicado e distribuído no ano seguinte com o intuito de difundir as informações para a população letrada paulista:

“O presente trabalho é de propaganda e interesse publico, por isso pedimos a todos os jornaes scientificos ou noticiosos que o transcrevam [...]”.

Nosso trabalho foi feito para o Povo.

Presumimos ter provado, nas paginas que seguem, que a Tuberculose é essencialmente contagiosa e não hereditaria, como se suppõe geralmente; indicámos os meios por que se estabelece o contagio; mostrámos que ella é evidentemente curavel; descrevemos o mecanismo da cura e expuzemos o tratamento higiênico; fizemos ver que, como moléstia é perfeitamente evitavel e demos as regras para se evitar.

Compete agora ao Povo fazer confiadamente applicação das noções que procuramos vulgarizar, e desta arte cada um, defendendo-se contra o terrivel flagello, terá defendido tambem a sua família e a sociedade”¹¹³.

Os autores ainda afirmaram que os poderes públicos já tinham se empenhado ou, ao menos, se interessado pelo problema da profilaxia da tuberculose, porém estas ações estavam limitadas à notificação compulsória da doença e ao pedido oficial de reformas de moradias insalubres, feito pela inspetoria sanitária. Julgaram que tal posicionamento apático frente a doença e também a falta de mobilização da comunidade civil, ocorria por desconhecimento ou pela baixa divulgação das noções referentes ao contágio da

¹¹¹ Victor Pereira Godinho nasceu em 1862 no Rio de Janeiro. Formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1887. Em São Paulo, foi inspetor sanitário, chefe da comissão sanitária enviada para o Maranhão em 1904, diretor da Revista Médica de São Paulo durante toda sua publicação (1898 a 1914), diretor do Hospital do Isolamento de Santos e de São Paulo de 1915 a 1919, quando aposentou-se do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo (Almeida, 2003, p.253-254).

¹¹² Guilherme Álvaro da Silva (1869-1930), nasceu no Rio de Janeiro-RJ. Formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1890. Em 1895 veio para São Paulo a convite de Campos Salles, sendo nomeado médico do Serviço Sanitário. Em 1899 foi designado para chefiar o serviço de saúde pública no porto de Santos, em decorrência da epidemia da peste. Permaneceu naquela cidade por 27 anos, atuando como oculista e sanitaria (Lemos, 1954, p.11).

¹¹³ GODINHO, V; ÁLVARO, G. *Tuberculose*. São Paulo: Escola Typographica Salesiana. 1899. p.5.

tuberculose. E que o relatório apresentado viria concorrer para a generalização do conhecimento sobre a doença¹¹⁴.

Portanto, para os inspetores do Serviço Sanitário, o que era mais visível àquele momento seria que a relativa inação do órgão de saúde pública e também da sociedade civil poderiam ser derivadas da ignorância, ou talvez da permanência de conceitos arcaicos sobre a doença, como a sua transmissão hereditária. Portanto, pretendia-se que a construção do relatório e sua difusão promovesse a alteração deste quadro, o que poderia levar a sociedade e os poderes públicos a se mobilizarem contra a tuberculose.

Em linhas gerais, o relatório faz, inicialmente, um histórico do conhecimento sobre a etiologia da tuberculose e, posteriormente, relata as considerações mais modernas e controversas sobre o contágio da doença. Como a afirmação da transmissão pela inalação ou pelas vias respiratórias, rejeitando a teoria da transmissão hereditária, em voga ao longo do século XIX e que ainda perdurava mesmo após a identificação do bacilo causador da doença por Robert Koch, em 1882¹¹⁵. O texto também relaciona a doença às grandes aglomerações urbanas e à falta de higiene, reforçando o papel da moradia insalubre na proliferação dos casos de tuberculose. Ademais, defendia a transmissibilidade da bactéria através da inalação, inoculação e da ingestão da carne contaminada de bovinos, propondo que a rês comprovadamente doente através do teste tuberculínico fosse abatida e, por precaução, que toda carne e leite consumidos fossem fervidos. Por último, defendia a transmissão cutânea e por relações sexuais, ainda que estes casos fossem raros¹¹⁶.

Com relação à curabilidade da doença, o relatório concluiu que a mesma era completamente alcançável caso fosse difundido o acesso à terapêutica fornecida em sanatórios populares e construídos em regiões de clima adequado, ou seja, de condições meteorológicas estáveis, ensolarado, de ar limpo e com boa circulação. Porém, também reconhecia que a casa do doente poderia ser um espaço convidativo ao tratamento, caso

¹¹⁴ GODINHO, V; ÁLVARO, G. *Op. cit.* 1899. p.5-11.

¹¹⁵ Godinho, em texto posterior publicado em 1904, relatou que foi o avanço da bacteriologia que possibilitou a superação de conceitos antigos sobre a doença, como sua hereditariedade e a não contagiosidade. Afirmou, também, que a bacteriologia do século XIX e a identificação da bactéria transmissora por Robert Koch consolidou as suspeitas colocadas por Hipócrates, sobre o contágio da doença, e de Villemin, sobre sua inoculação. Para ele, a descoberta de Koch podia transformar a contagiosidade da tuberculose em “convicção universal”. GODINHO, V. A tuberculose sob o ponto de vista social, pelo Dr. Victor Godinho. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.1, p.13-44. maio 1904. p.14. Como veremos, a revista *Defesa contra a Tísica*, publicada entre 1902 e 1914 pela Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos, foi o instrumento de divulgação das atividades do órgão filantrópico e também do conhecimento médico e científico relativo à tuberculose.

¹¹⁶ GODINHO, V; ÁLVARO, G. *Op. cit.* 1899. p.12-32.

a mesma fosse bem ventilada, sem objetos que permitissem o acúmulo de poeira, que deveria ser removida com panos úmidos, e com a prática freqüente de desinfecções do ambiente¹¹⁷.

O doente, por sua vez, para exercer a profilaxia da doença e impedir a sua propagação, deveria evitar a prática de escarrar em locais diversos, tal hábito - considerado como o grande veículo de disseminação do bacilo da tuberculose - deveria ser feito em escarradeiras fixas públicas, domésticas ou portáteis contendo líquido desinfetante e seu conteúdo posteriormente despejado no esgoto¹¹⁸.

Como lembra Giovana Mastromauro (2013), com a redação deste relatório, seus autores também buscaram responsabilizar o indivíduo nos casos de contágio. Através da publicação do texto, conforme a historiadora, o indivíduo deveria ser convencido de que hábitos higiênicos tanto individuais quanto coletivos proporcionariam uma vida saudável. Em suma, “[...] a vida regrada e moralmente higiênica servia de principal pilar imposto para o alcance da cura, enquanto a busca do saudável demandaria vigilância e controle sobre si e sobre os outros” (Mastromauro, 2013, p.40).

Através da publicação deste relatório, foi difundido o conjunto de informações considerado como mais importante para o entendimento da tuberculose e de seu controle. Eram citados trabalhos de médicos envolvidos com o problema da tuberculose na Europa, como Brehmer, Dettweiler, Verneuil, entre outros. Sem abrir espaço para teorias contraditórias àquelas que foram propostas - a não ser com o intuito de negá-las, como foi o caso da hipótese da transmissibilidade hereditária ou da não transmissão da tuberculose bovina por ingestão da carne contaminada - o relatório procurou padronizar o conhecimento em torno da doença, legitimando as diferentes propostas e seu discurso sobre a curabilidade e a evitabilidade da moléstia.

Também convém ressaltar que os autores não estipulam quais ações seriam de responsabilidade dos órgãos públicos ou das iniciativas filantrópicas, no combate à doença. Somente na introdução do texto, apresentado por Emílio Ribas, está a afirmação de que aos poderes “competentes” seria devida a distribuição ao povo de instruções ou panfletos contendo as recomendações expostas, as quais realmente foram distribuídas pelo órgão público de saúde nos anos seguintes. Foram localizados pequenos encartes publicados pelo Serviço Sanitário, para distribuição, contendo instruções sanitárias sobre a tuberculose e que, com uma linguagem simplificada e em poucas páginas,

¹¹⁷ GODINHO, V; ÁLVARO, G. *Op. cit.* 1899. p.49-73.

¹¹⁸ *Ibidem.* p.73-80.

objetivavam difundir o conhecimento médico sobre a doença para a população. De conteúdo similar ao relatório produzido por Godinho e Álvaro, os pequenos encartes estão datados em 1900, 1902 e 1906¹¹⁹.

No caso da edificação dos sanatórios, considerados como a principal arma de combate e de cura da moléstia na Europa e também pelos autores do relatório, neste primeiro momento, Emílio Ribas declara que:

“[...] oxalá que o Governo ou uma empresa particular effectuasse desde logo este tentamen [a construção de sanatórios], para servir de escola, de núcleo a estabelecimentos congeneres que se tivessem de edificar nas diferentes zonas de S. Paulo”, não tomando a responsabilidade de tal construção para o órgão de saúde pública”¹²⁰.

Concluindo, vemos que, apesar da clareza sobre os métodos de controle e de cura da doença adquiridas através das observações sobre a experiência européia, ainda não estavam claras, no texto do relatório, as obrigações concernentes a cada uma das instâncias: a pública e a privada. Todavia, era entendido por Emílio Ribas, que a presença de uma organização civil para operar em uma campanha contra a tuberculose seria importante para implementar as ações mais amplas de profilaxia da doença.

2.4.2 A contratação de Clemente Ferreira e a criação da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos e da Liga Paulista contra a Tuberculose

De acordo com Cláudio Bertolli Filho (2001), na tentativa de resolver tal demanda, Emílio Ribas convidou Clemente Ferreira a transferir-se para a cidade de São Paulo e iniciar a primeira campanha nacional contra a moléstia de Koch. Segundo o historiador, a escolha do nome de Clemente Ferreira¹²¹ por Ribas foi oriunda do

¹¹⁹ Não foram localizadas informações sobre a forma de distribuição dos encartes, exceto para o ano de 1900, que foi distribuído gratuitamente (SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. *Tuberculose* [Instruções Sanitárias]. São Paulo: Escola Typographica Salesiana. 1900). Também se desconhece a frequência e a tiragem das publicações.

¹²⁰ RIBAS, E. M. [Prefácio]. In: Godinho, V; Álvaro, G. *Op. cit.* 1899. p.4.

¹²¹ Clemente Miguel da Cunha Ferreira (1857-1947) nasceu em Resende (RJ). Diplomou-se médico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1880. Em 1896, foi nomeado inspetor sanitário do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Além de envolver-se com a campanha contra a tuberculose no estado de São Paulo a partir de 1899, também dirigiu a seção de *Inspeção de Amas de Leite* e o *Consultório de*

histórico de engajamento do médico fluminense pela a tísica, tendo o mesmo apresentando, em 1882, uma tese sobre a tísica pulmonar¹²² à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Apesar de depois ter mudado sua especialização, dedicando-se à área que mais tarde ganharia a denominação de “pediatria”, o médico recém-formado, ainda na década de 1880, também assinou um ensaio que analisava as qualidades climatoterápicas de Campos do Jordão e as possibilidades de organização da luta contra a moléstia do peito¹²³ (Bertolli Filho, 2001, p.62). Clemente Ferreira foi, então, convidado a sensibilizar a comunidade médica paulista e a elite local sobre a importância da organização de uma entidade filantrópica voltada ao combate à tuberculose.

Entretanto, nas fontes levantadas não encontramos menções a respeito do convite direcionado a Clemente Ferreira por Emílio Ribas. Também, conforme Ana Margarida Rosemberg (2008), ao estudar as memórias de Clemente Ferreira¹²⁴, este afirmou que sua vinda para São Paulo teria sido motivada pela abertura de cargos para inspetor sanitário no Serviço Sanitário e que, através do amigo e deputado federal Rodolfo Miranda, conseguiu a nomeação para uma das vagas em 1896.

Em nossa pesquisa encontramos vários textos de Ferreira em que ele afirma que foi uma iniciativa sua - e não das autoridades sanitárias paulistas - a implementação de

Lactantes para Filhos de Indigentes, ambos do Serviço Sanitário, entre 1905 e 1925. Entre 1926 e 1932, foi diretor da *Seção de Profilaxia da Tuberculose*, do Serviço Sanitário estadual (Rosemberg, 2008).

¹²² Em linhas gerais, a tese “Phisica Pulmonar”, de autoria de Clemente Ferreira e defendida em 1880, discute a “dualidade da tísica”, teoria em voga na segunda metade do século XIX e que afirmava a possível dupla origem para o desenvolvimento da tísica pulmonar, uma que seria tuberculosa e outra pneumônica “caseosa” ou “ulcerativa”. Segundo esta proposta, em outras palavras, a tísica pulmonar seria a denominação de uma enfermidade apresentada por um depauperamento físico geral procedente de uma lesão que atingiria os pulmões, a qual poderia ter duas origens, a tuberculose e a pneumonia caseosa. Conforme o trabalho de Ferreira, esta linha argumentativa estaria mais presente entre médicos alemães, enquanto que os médicos franceses acreditariam em uma doutrina “unitária”, associando tísica diretamente à tuberculose. FERREIRA, C. M. C. *Phisica Pulmonar*. These apresentada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 30 de setembro de 1880 para ser sustentada por Clemente Miguel da Cunha Ferreira. Rio de Janeiro: Typ. Central. 1880. Podemos concluir, portanto, que simplesmente associar o termo tísica à tuberculose estaria incorreto, dependendo da época em que a palavra era empregada e do porta-voz que a utilizava.

¹²³ O ensaio redigido por Ferreira procurava atestar as qualidades atmosféricas e climáticas de Campos do Jordão para o tratamento de doenças pulmonares através de estudos de casos, ou seja, de indivíduos que procuraram o local para superar alguma doença pulmonar, principalmente a tuberculose, e apresentaram melhoras consideráveis. Ao longo do texto, Ferreira afirma que a vila seria o local ideal a todos que buscassem a cura para tais doenças, além de afirmar a utilidade da instalação de um sanatório no local. FERREIRA, C. M. C. Campos do Jordão: breves apontamentos sobre climatologia brasileira. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 12, n.16, p.320-334. 31 ago. 1909.

¹²⁴ FERREIRA, C. M. C. *Minhas memórias* – Minha vida social e científica – minha carreira profissional (1881-1944). São Paulo, mimeo. s/d. Apud Rosemberg, 2008, p.88-89.

uma campanha contra a tuberculose e também a proposta da criação de uma associação pensada para promover a construção de sanatórios populares.

Assim, em textos de 1902 e 1910, Clemente Ferreira escreve que foi ele mesmo que havia cogitado iniciar uma campanha contra a doença baseada em moldes estrangeiros ainda em 1898¹²⁵. Em depoimento posterior, afirma ainda que havia iniciado a campanha através da imprensa paulista, defendendo a utilidade e urgência de se criarem sanatórios para o isolamento e tratamento dos tuberculosos indigentes. Sobre a campanha organizada por ele, Ferreira complementa que:

“[...] Cogitando de empreender mais methodicamente a cruzada salutar contra o tenaz flagello e inspirando-me no instructivo exemplo de diversos paizes europeos, deliberei traçar as linhas geraes de um centro de coordenação de esforços e de uniformização de varias collaborações e actividades esparsas, no intuito de impulsionar mais intensamente a propaganda e a vulgarização dos conhecimentos prophylaticos e das noções etiologicas concernentes à molestia e de movimentar vigorosamente a opinião publica e o espirito das administrações, ainda por demais alheias a esta ordem de preocupações”.¹²⁶

E, em texto de 1910, afirma ainda que, como fruto desta campanha inicial, foi criada a *Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos* em julho de 1899. O modelo para a criação da associação paulista foi inspirado na *Verein Für Volkneilstätten*, com sede em Munique, que objetivava criar veículos para a popularização dos meios de profilaxia da doença e a instalação de dispensários e sanatórios para o atendimento de tuberculosos indigentes¹²⁷.

¹²⁵ ASSOCIAÇÃO... Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos: sua organização, trabalhos e situação atual. *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.1, p.3-8. mai. 1902. p.3; FERREIRA, C. M. C. Tuberculose como doença popular e os meios de combate-la: O problema da tuberculose em Portugal e no Brasil. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 5, n.3, p.41-49. 15 fev. 1902. p.44; APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. 1º Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão anual ordinária de Janeiro de 1904 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação (Correspondente aos 4 primeiros anos da existência legal da Associação). São Paulo: Siqueira, Salles & C.-R. 1910. p. 5.

¹²⁶ FERREIRA, C. M. C. *A luta antituberculosa no estado de São Paulo: Liga Paulista contra a Tuberculose. A luta antituberculosa no estado de São Paulo pelo Dr. Clemente Ferreira.* São Paulo: Typ. Siqueira, Sales & Comp. 1909. p.3.

¹²⁷ APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares Para Tuberculosos. 1º Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão anual ordinária de Janeiro de 1904 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação (Correspondente aos 4 primeiros anos da existência legal da Associação). São Paulo: Siqueira, Salles & C.-R. 1910. p. 5.

O projeto desenvolvido por Clemente Ferreira e influenciado pelo modelo alemão mencionado, foi apresentado à *Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo* em julho de 1899¹²⁸, ocasião em que Ferreira definiu os pontos para ação de sua proposta. Chamando-a de *Liga contra a Tuberculose - Associação Paulista de Iniciativa para a Fundação de Sanatórios Populares*, Ferreira estabeleceu que a associação funcionaria sobre duas bases: a *Comissão de Propaganda e Aquisição de Donativos*; e a *Comissão da Administração e Execução*. A primeira teria o objetivo de divulgar o papel da associação e os perigos da tuberculose, assim como buscar subsídios dos poderes públicos e doações de órgãos privados ou filantropos. Já a segunda gerenciaria os fundos e realizaria estudos sobre a construção de um sanatório¹²⁹.

A sociedade apoiou o projeto proposto por Ferreira¹³⁰, e Guilherme Ellis, então presidente da sociedade de medicina (1899-1900), definiu nesta reunião que seria criada uma comissão composta pelos médicos Miranda Azevedo (presidente da sociedade entre 1897-1898), Victor Godinho e Clemente Ferreira para que dessem parecer sobre o assunto¹³¹.

Em nossa pesquisa, encontramos diferentes registros sobre a atuação da comissão e sobre a data de criação da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos e da Liga Paulista contra a Tuberculose. Conforme a Ata da sessão de 15 de abril de 1900, Clemente Ferreira afirmou na ocasião que, até aquele momento, a comissão ainda não havia apresentado um parecer, devido “[...] se acharem constantemente ausentes 2 dos seus membros”¹³².

Porém, em 1902, em artigo publicado na *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, Clemente Ferreira afirmou que a comissão aprovou o parecer em 17 de julho de 1899, dando origem à Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos¹³³. A publicação de 1902 sugere que a associação paulista e também outras associações e grupos formados - ou que viessem a ser formados - por cidadãos e médicos residentes no estado de São Paulo e dispostos a

¹²⁸ BOLETIM... Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: Acta da Sessão extraordinária a 17 de julho de 1899. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 2, n.9, p.274-276. 15 set. 1899. p.275.

¹²⁹ Ibidem. p.275.

¹³⁰ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* 15 fev. 1902. p.44.

¹³¹ BOLETIM... *Op. cit.* 15 set. 1899. p.275.

¹³² BOLETIM... Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: Acta da Sessão de 15 de abril de 1900. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 3, n.6, p.133-134. 15 jun. 1900. p.133

¹³³ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* 15 fev. 1902. p.44.

promoverem ações para o combate à disseminação da doença, estariam vinculados à *Liga Paulista contra a Tuberculose*¹³⁴, uma entidade maior que reuniria todas as iniciativas contra a moléstia¹³⁵.

No ano de 1908, a Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos passou a denominar-se Liga Paulista contra a Tuberculose, quando foi aprovado o novo estatuto para o órgão¹³⁶.

No momento da inauguração da associação paulista, estavam na direção do órgão Clemente Ferreira, como presidente (1899-1948); Victor Godinho, vice-presidente (1899-1913) e Emílio Ribas, vice-presidente honorário (1899). Os demais membros eram Oliveira Fausto, Sérgio Meira, Diogo de Faria, Delfino de Uchôa Cintra, Duarte Nunes, Antônio de Campos Salles, Francisco Cavalcante e Comendador Alberto da Silva e Souza (Rosemberg, 2008, p.240).

Também não existe um consenso historiográfico para a definição do momento e as motivações para a fundação da liga e da associação paulista.

Conforme já abordado, sabe-se que, iniciado nos primeiros anos da década de 1890, existiu um grande movimento no continente europeu dirigido ao combate à tuberculose e voltado às populações pobres que, certamente, serviu de inspiração para o movimento que veio a surgir em São Paulo. No entanto, na historiografia, além da inspiração nestes modelos europeus, aparecem diferentes formas de entendimento da criação da liga paulista e associação paulista.

Cláudio Bertolli Filho afirma que o alto número de óbitos provocados pela tuberculose acabou por sensibilizar o novo diretor do Serviço Sanitário, Emílio Ribas, provocando o posterior convite feito a Clemente Ferreira (Bertolli Filho, 2001, p.62), já mencionado aqui. Segundo o historiador, portanto, para a implantação da campanha contra a moléstia foi importante a existência de indivíduos na comunidade médica paulista que se identificassem com os problemas provocados pela tuberculose, ao exemplo de Ribas e Ferreira.

¹³⁴ A menção às datas da criação da Liga Paulista e da Associação, assim como a subordinação desta à primeira, estão em vários números da revista *Defesa contra a Tísica* e nos relatórios da associação. Segundo o relatório da liga paulista de 1909, devido à aprovação do novo estatuto da associação, de 1908, a mesma passou a se chamar *Liga Paulista contra a Tuberculose*. A associação foi incorporada à liga, deixando de existir.

¹³⁵ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* 15 fev. 1902. p.44-45.

¹³⁶ LPCT. Liga Paulista contra a tuberculose. Dispensário Clemente Ferreira. Exercício de 1908. Relatório dos trabalhos do Dispensário antituberculoso “Clemente Ferreira” apresentado à Assembléa Geral Ordinária de 30 de Janeiro de 1909 pelo Dr. Clemente Ferreira, Director do dispensário. São Paulo: Typ. Espindola & Comp. 1909. p.3. O estatuto aprovado em 1908 para a liga paulista não foi localizado.

Dilene Nascimento (2002), ainda que tratando de um contexto diferente - o estado do Rio de Janeiro - pode nos fornecer algumas indicações para refletir sobre quais elementos foram importantes para a implantação de um combate à tuberculose também em São Paulo, dada a proximidade dos contextos. Esta autora analisa a formação da *Liga Brasileira contra a Tuberculose*, fundada em 1899, e afirma que, no Rio de Janeiro, já existia certo movimento na Academia Brasileira de Medicina, que seguia as discussões e realizações no exterior. Este movimento começou a ganhar organicidade através de Cypriano de Freitas, que conclamou a classe médica a criar um órgão específico para combater a tuberculose no país. Juntamente a esta proposta, ocorreu o *4º Congresso de Medicina e Cirurgia*, no Rio de Janeiro, em 1899, que apontou a necessidade de se criar sanatórios para os tuberculosos, com o intuito de controlar a difusão da doença (Nascimento, 2002, p.29-30). Assim, segundo a autora, para este estado, o movimento antituberculose foi principiado por influências do contexto europeu somadas às iniciativas de algumas figuras médicas fluminenses.

Também supomos que informações sobre o *Congresso para a luta contra a tuberculose* realizado em maio de 1899, em Berlim, tiveram algum impacto na comunidade médica brasileira, visto que o evento foi divulgado com grande exaltação pela revista *Brazil-Medico* daquele ano¹³⁷, como também verificam Dilene Nascimento e Ana Margarida Rosemberg (Nascimento, 1991, p.5, 25; apud Rosemberg, 2008, p.40). Também neste congresso, como abordado anteriormente, foi proposta a criação de um agrupamento dos vários países para estabelecer vínculos colaborativos entre as ligas já existentes, reforçando o caráter internacional do movimento¹³⁸.

Consideramos que este evento motivou muitos médicos da comunidade brasileira a batalharem pelo envolvimento do país no movimento, tendo em vista que outras ligas contra a tuberculose foram criadas dentro do mesmo período. De acordo com Clemente Ferreira, em 1899, foi fundada a *Liga Mineira contra a Tuberculose* e em 1900 foi fundada a *Liga Bahiana contra a Tuberculose*; a *Liga Antituberculosa*, no Rio Grande do Sul; e uma associação antituberculose em Pernambuco¹³⁹. O texto de Ferreira

¹³⁷ CHRONICA... Chronica e Noticias: tuberculose. *Brazil-medico: Revista semanal de medicina e cirurgia*, p.97. 15 mar. 1899. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=081272&pasta=ano%20189&pesq=>. Acesso em: 5 mar. 1916. 15 mar. 1899.

¹³⁸ FERREIRA, C. M. C. *Congresso Internacional da Tuberculose*: Paris – Outubro de 1905. Estabelecimentos, instituições e obras de preservação e assistência da infância e do adulto: relatório. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1906. p.11.

¹³⁹ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* 15 fev. 1902. p.48.

sugere que todos estes grupos possuíam objetivos semelhantes - a construção de sanatórios e o combate a tuberculose através da profilaxia conhecida para a doença através dos auxílios financeiros públicos e privados.

2.4.3 Os princípios norteadores e o programa da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos

Com o intuito de divulgar a missão da associação paulista e procurando conquistar colaboradores e filantropos no meio civil aptos a investirem na causa, no ano de 1900, Clemente Ferreira publicou um trabalho chamado *Tuberculose e Sanatórios*, esclarecendo os leitores sobre os perigos da tuberculose, além de alarmar sobre a necessidade da construção de espaços para o isolamento e tratamento do tísico¹⁴⁰. O documento também é importante para compreendermos como o presidente da associação antituberculosa apresenta algumas das percepções e prioridades com relação à luta contra a tuberculose a ser implementada na capital paulista, assim como a função que teriam os órgãos públicos na campanha.

Na publicação, Ferreira procurou ressaltar a importância dos sanatórios e dos hospitais a serem construídos para tratar e isolar o tuberculoso pobre, para ele, os mais prejudicados pela doença, uma vez que, pela falta de recursos, não teriam acesso ao tratamento dispensado pelos sanatórios, ou mesmo aos cuidados em hospitais, quando em fase avançada da doença. Também, por sua falta de recursos, acabavam se abrigando em cortiços, onde a falta de higiene e a promiscuidade dos cômodos fariam aumentar os índices dos afetados pela doença e o risco de disseminação da tuberculose¹⁴¹.

Segundo Ferreira, àquele momento, em São Paulo, existia somente um sanatório privado em Campos do Jordão, que não possuía estrutura nem condições de oferecer tratamento adequado aos seus clientes. No caso dos hospitais, a *Santa Casa de Misericórdia de São Paulo* tinha uma sala especial para atender tuberculosos, porém, o risco de infecção e contaminação da moléstia pela equipe do hospital era bastante elevado. De acordo com Clemente Ferreira, este quadro estava em absoluto atraso em comparação com o que já havia sido feito em continente europeu, onde estes

¹⁴⁰ FERREIRA, C. M. C. *Tuberculose e Sanatórios*. São Paulo: Typographia Brasil de Carlos Gerke & Cia. 1900.

¹⁴¹ Ibidem. p.3-6.

estabelecimentos para a recuperação do doente eram existentes e exerciam grande papel na contenção da moléstia. Ali, também, as associações beneficentes, de assistência pública, as corporações médicas e as organizações filantrópicas localizadas, segundo o autor, na Alemanha, Dinamarca, Áustria e França, movimentaram a opinião pública em favor da criação dos hospitais e sanatórios para o recebimento de tuberculosos pobres¹⁴².

Sobre os sanatórios, especificamente, o presidente da associação paulista afirma que, naquele continente, os poderes públicos, os filantropos, as associações de socorros mútuos e as companhias de seguros contra a invalidez, desde a década anterior franqueavam “sanatorios excellentemente aparelhados para a realização do tractamento hygieno-dietetico, cujo factores fundamentaes são apresentados pela *cura de ar, pela alimentação abundante e variada e pelo repouso physico, moral e intellectual*”. Complementando que os ótimos resultados apresentados nos sanatórios privados de Brehmer e Dettweiler teriam impulsionado um movimento para a construção de sanatórios voltados para os pobres, que representavam a imensa maioria dos vitimados pela enfermidade¹⁴³. Portanto, excluía a possibilidade do tratamento domiciliar, conflitando com as propostas do relatório de Godinho e Álvaro. Para Clemente Ferreira, o isolamento domiciliar entre as classes mais pobres seria uma “ilusão”, pois o excesso de moradores em um ambiente insalubre era uma garantia de novas contaminações, questionando a eficácia de desinfecções profiláticas feitas nestas circunstâncias¹⁴⁴.

Com tal discurso, Clemente Ferreira apelou para as elites paulistas e as damas da sociedade¹⁴⁵, clamando por auxílios direcionados ao êxito da causa. Uma vez que, segundo ele, os serviços públicos não teriam condições de arcar com a totalidade dos encargos gerados por tal campanha¹⁴⁶.

Em seu texto, Clemente Ferreira reconhece que os responsáveis pelos serviços públicos estavam cientes da alta mortalidade provocada pela doença e também que

¹⁴² FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* 1900. p.9.

¹⁴³ Ibidem. p.16-17.

¹⁴⁴ Ibidem. p.5.

¹⁴⁵ Sobre a atuação das damas da elite paulista na campanha, através da organização de comissões e organizações de festas de caridade para angariar fundos pela causa antituberculosa, Ferreira escreve “[...] cabe de direito às senhoras preponderante papel, pois em tudo o que se filia a objectivos de altruismo e de abnegação, a escopos de philantropia e devotamento humanitario, o espirito feminino opera milagres pela aptidão maravilhosa a pôr em jogo os estímulos generosos da grande massa popular e pela comunidade communicativa e sensibilizadora [...]” Ibidem. p.67. Para concluir a sensibilização desta parte da elite, Ferreira emite os exemplos português e italiano, onde associações femininas aristocráticas organizavam eventos em prol das campanhas pelos tuberculosos pobres em seus países.

¹⁴⁶ Ibidem. p.66-67.

conheciam os mais modernos métodos de profilaxia para combatê-la, mas não havia grande repercussão do movimento que ocorria na Europa entre a classe médica brasileira e quase nada havia sido feito para o controle da doença. Segundo ele, no caso do Rio de Janeiro e de São Paulo, muito havia sido despendido pelos poderes públicos para impedir a expansão das epidemias, enquanto a tuberculose se disseminava pelas capitais e interior, “[...] solapando as populações, dizimando a sociedade, extinguindo inexoravelmente famílias inteiras [...]”¹⁴⁷. Para Clemente Ferreira, caberia, então, às elites paulistas o apoio para a efetivação de tal campanha, que não poderia contar com total apoio financeiro dos poderes públicos, posto que eles poderiam ter outras prioridades em sua dinâmica de funcionamento.

É possível perceber que os apelos feitos por Clemente Ferreira às elites provocaram algum impacto. Ao observarmos as informações sobre as origens das verbas gerenciadas pela associação e citadas em seus relatórios de atividades anuais a partir de 1902, percebemos que as doações feitas por filantropos à associação, somadas às mensalidades pagas pelos sócios¹⁴⁸ eram, inicialmente, volumosas, em comparação com as subvenções públicas oferecidas ao órgão (ver tabela 6).

Mas, segundo Clemente Ferreira, estes valores não eram suficientes para o desenvolvimento do programa da associação. Considerava que a generosidade da iniciativa privada era quase nula e que as solicitações feitas pela associação não encontraram respaldo entre as elites, apáticas à causa¹⁴⁹. Poucos eram os filantropos lembrados nos relatórios pela soma de dinheiro fornecido, como Rodolfo Miranda, Almeida Prado Jr. e Luiz de Souza Queiroz¹⁵⁰. Ainda que a associação possuísse 117 sócios efetivos, todos contribuindo através de suas mensalidades, a contribuição não era feita de maneira regular¹⁵¹.

Muito rapidamente a associação paulista se viu dependente das subvenções públicas, conquistadas através da campanha feita pela associação junto aos governos

¹⁴⁷ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* 1900. p.20-32.

¹⁴⁸ De acordo com relatório de 1904, a mensalidade era de 2\$000 ao mês. APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório apresentado a Assembléa Geral na Sessão Ordinária de 7 de janeiro de 1905 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação. São Paulo: Typ. Espindola & Cia. 1908. p.23.

¹⁴⁹ APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. 1º Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão anual ordinária de Janeiro de 1904 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação (Correspondente aos 4 primeiros anos da existência legal da Associação). São Paulo: Siqueira, Salles & C.-R. 1910. p.13-14.

¹⁵⁰ Ibidem. p.14-15. Não foram encontradas informações precisas sobre os filantropos, mas acreditamos que faziam parte da elite social paulista.

¹⁵¹ Ibidem. p.14.

federal, estadual e municipal de São Paulo, de valor superior às doações de particulares a partir de 1904, sem as quais o grupo filantrópico não poderia arcar com os gastos de seu projeto¹⁵².

Em pronunciamento de 1905, Ferreira concluía que, conforme a experiência adquirida na presidência da associação paulista, a instituição não poderia apoiar-se fundamentalmente na iniciativa privada e no altruísmo da população e que, sem os auxílios de origem pública, a associação teria rapidamente perecido¹⁵³.

Conforme o programa da associação paulista¹⁵⁴, as principais ações deveriam ter como prioridade:

“1º Estudar a prophylaxia da tuberculose, salientando os factores mais efficaes de defesa e as armas mais accessiveis – o melhoramento dos meios de vida, o domiciliamento hygienico das classes proletarias e a regulamentação hygienica do trabalho dos operarios, combatendo o alcoolismo e a insalubridade das habitações, o superpovoamento dos domicilios – auxiliares poderosos da disseminação do mal;

2º Vulgarisar no meio social por meio de conferencias populares, brochuras, folhas volantes, artigos na imprensa diaria e quaesquer outras vias as noções prophylaticas e instrucções preventivas que deverão ser por todos observadas em beneficio proprio, da familia e da sociedade;

3º Solicitar dos poderes municipaes, estadoaes e federaes a execução de medidas geraes, de providencias administrativas tendentes a reprimir a expansão e os progressos da enfermidade;

4º Promover quanto antes a installação de um ou mais dispensarios de consultas e de prophylaxia, de um ou mais sanatorios populares, de preferencia nas proximidades da capital e das cidades mais populosas do Estado, solicitando para esse fim dos poderes publicos e dos governos municipaes recursos pecuniarios para a sua fundação e custeio;

5º Promover subscrições publicas aqui e em todo o Estado, organizar kermesses, espectaculos diversos e diversões de qualquer genero, adquirir propriedades a titulo gratuitos ou oneroso.

6º Conceder recompensas aos autores de aparelhos e

¹⁵² APSPT. *Op. cit.* 1910. p.18; APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório apresentado a Assembléa Geral na Sessão Ordinaria de 7 de janeiro de 1905 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação. São Paulo: Typ. Espindola & Cia. 1908. p.23-24.

¹⁵³ Ibidem. p.23-24.

¹⁵⁴ O primeiro programa da associação paulista não foi localizado, porém, seus pontos principais foram elencados no primeiro relatório de atividades do grupo, referente aos anos de 1900 a 1903. APSPT. *Op. cit.* 1910.

instrumentos de aplicação à prophylaxia e tratamento da tuberculose de accordo com a sentença de um jury que será eleito para esse fim.”¹⁵⁵

De acordo com os relatórios de atividades da associação, buscou-se a implementação de tal programa ao longo dos primeiros anos de atividade do órgão. No princípio, somente foram possíveis algumas atividades de vulgarização e de conscientização, como a organização de eventos, textos em jornais, e reuniões com particulares e com representantes das instituições públicas para o levantamento de recursos dirigidos à instalação dos locais de atendimento, tratamento e cura para os tuberculosos. A associação também procurou incentivar a formação de subcomissões fora da cidade de São Paulo, através do apoio de médicos e outros indivíduos interessados em formar núcleos da associação fora da capital, para promover e generalizar a “educação antituberculosa do povo”, realizar conferências, publicar artigos em jornais locais e estimular as doações de iniciativa privada¹⁵⁶.

Também, uma das primeiras conquistas da associação paulista foi a publicação de sua revista de difusão, a *Defesa contra a Tísica*, em 1902, inicialmente financiada com verbas do próprio órgão e, posteriormente, impressa de forma gratuita pela Imprensa Oficial. A revista, também dirigida por Clemente Ferreira, tinha o intuito de reforçar a divulgação de informações sobre a tuberculose para o público letrado paulista. Em 1902, a Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos publicou a primeira edição da revista, chamado também de “órgão de propaganda” da associação, contribuindo:

“[...] para a diffusão por todas as camadas sociais dos elementos educacionais e das noções práticas essenciaes para que o povo conheça sufficientemente como evitar o contágio da tuberculose, como se preservar dos assaltos insidiosos do bacillo e quaes os recursos hygienicos que a moderna concepção da tisio-therapia indica como efficazes para a cura do terrível mal”¹⁵⁷.

¹⁵⁵ APSPT. *Op. cit.* 1910. p.7-8.

¹⁵⁶ ASSOCIAÇÃO... Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos: sua organização, trabalhos e situação atual. *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.1, p.3-8. mai. 1902. p.4.

¹⁵⁷ DEFESA... Defesa contra a tísica. *Defesa contra a tísica: Organ Oficial da Liga*. ano 1, n.1, p.1-2. maio 1902. p.2.

Com esta finalidade, a revista divulgou, anual ou semestralmente, entre os anos de 1902 e 1914¹⁵⁸, discussões ocorridas em conferências médicas e de microbiologia realizadas no exterior e voltadas para a tuberculose, a participação da liga paulista em algumas das conferências, o anúncio de novas terapêuticas para o controle da tuberculose e as discussões em torno delas. Divulgavam-se os avanços científicos no combate à doença, instruções profiláticas, as experiências de grupos americanos e europeus que possuíam atuação similar à liga paulista, cartas enviadas a diversos órgãos do governo paulista com pedidos de auxílio financeiro ou material, inclusive ao Serviço Sanitário, órgão público de saúde do estado. Também eram publicadas cartas trocadas com médicos estrangeiros, contendo elogios mútuos ou discussões científicas sobre a tuberculose, cartas de agradecimentos enviadas a mantenedores particulares do órgão e a síntese de relatórios anuais da associação¹⁵⁹.

Desta forma, e também através da distribuição gratuita da revista, a associação buscou evidenciar aos seus leitores a importância do combate à tísica, sua curabilidade, e sensibilizá-lo de que a doença se propagava devido a um contexto de grandes problemas sociais, onde estavam presentes a pobreza e a exploração da classe operária¹⁶⁰.

De forma simplificada, posto que a revista foi distribuída não somente para médicos, mas também para vários membros da liga paulista, escolas públicas, sociedades beneficentes e de auxílios mútuos, repartições estaduais, federais e municipais¹⁶¹, a Defesa contra a Tísica procurou informar aos seus leitores quais os recursos científicos disponíveis ao momento para o controle da doença e quais as discussões em torno destes recursos. Para validá-los, a revista procurou expor opiniões médicas favoráveis aos métodos propostos, de forma a não criar contradições, uma vez que os mesmos eram utilizados pela associação ou estavam sendo pensados por ela. Portanto, através das argumentações e da busca de convencimento do leitor a se engajar na luta contra a moléstia, também estava em negociação a legitimidade das ações

¹⁵⁸ Conforme o relatório da liga paulista referente ao ano de 1915, naquele ano o *Diario Oficial* deixou de produzir gratuitamente os exemplares da revista, como vinha ocorrendo desde a segunda publicação da Defesa [...] em novembro de 1902, inviabilizando a continuidade da mesma. LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1915. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 23 de Março de 1916 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Typ. Irmãos Masetti. 1916.

¹⁵⁹ DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Oficial". 1902-1914.

¹⁶⁰ DEFESA... *Op. cit.* maio 1902. p.1-2.

¹⁶¹ SUMMARIO... Summário. *Defesa contra a tísica*, ano 6, n.1. jan./jul. 1907.

executadas pela associação, as doações feitas ao órgão e a “autorização” para interferir nos espaços público e privado.

Também, a revista, através de seus artigos, discussões profiláticas e dos argumentos expostos para a justificação do combate a uma doença como a tuberculose, expunha como estavam organizadas as ações praticadas pela liga e associação paulista e os fundamentos para tais ações.

Com a criação da associação, suas comissões e o delineamento de seus princípios e programa e revista de difusão, o combate à tuberculose promovido por ela adquiriu o impulso necessário para sua efetividade. Também, a partir daí, as responsabilidades referentes ao controle da doença passaram a ser negociadas e divididas entre os órgãos público e privado.

Capítulo 3 - A campanha contra a tuberculose no estado de São Paulo: as primeiras contribuições do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose, 1898-1910

Conforme abordado no capítulo anterior, tanto o Serviço Sanitário como a Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos estavam, no fim do século XIX, programando como ocorreria o envolvimento de cada órgão com o problema da tuberculose, de forma a combater a doença de maneira efetiva no território paulista. Ao longo da primeira década do século XX, as ações efetuadas por ambos se ampliaram, podendo apresentar os primeiros resultados.

Veremos aqui, como cada órgão agiu com o intuito de refrear a expansão da tuberculose no estado de São Paulo e quais relações foram construídas entre eles.

3.1 Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos e suas ações na capital

Através da revista Defesa contra a Tísica e dos relatórios anuais da associação paulista, podemos observar que dentre o conjunto de ações pensadas pela associação para o controle e contenção da tuberculose, foram identificadas como mais importantes o dispensário, o sanatório e a “guerra ao escarro”, como parte da educação profilática popular.

****O Dispensário “Clemente Ferreira”:***

O dispensário, nomeado em homenagem ao seu idealizador e construído conforme o modelo proposto por Albert Calmette (1863-1933) em seu dispensário “Emile Roux”¹⁶², na França, foi inaugurado à Rua Líbero Badaró, em 1904, sendo local de funcionamento, também, da associação paulista, o centro de suas atividades e de

¹⁶² O dispensário “Emile Roux” foi construído em 1901 em Lille, França, idealizado e organizado por Calmette. Segundo Clemente Ferreira, os dispensários construídos na América teriam este dispensário como modelo de funcionamento e construção. FERREIRA, C. M. C. Discurso proferido no acto da inauguração do Dispensario “Clemente Ferreira” pelo dr. Clemente Ferreira, presidente da Associação Paulista dos Sanatórios Populares. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.2, p.26-39. out. 1904. p.27.

coordenação de ações. Considerado o principal centro da luta contra a tuberculose na cidade, tinha o objetivo de prover o tuberculoso pobre de tratamento e assistência gratuitos, distribuindo auxílios médicos e farmacêuticos, socorros alimentares, financeiros e fornecimento de informações sobre a profilaxia da doença. Suas atividades incluíam também a realização de exames para a identificação do bacilo causador da tuberculose no organismo do indivíduo que buscava o auxílio do dispensário, e o encaminhamento do doente a algum local de cura, como sanatórios ou hospitais com ala construída para tuberculosos, quando existentes.

A importância do dispensário como um centralizador das ações praticadas pela liga paulista para o controle da tuberculose, um “[...] nucleo central de uma vasta rede de operações contra a molestia”¹⁶³, foi inspirada no modelo proposto pelo médico Robert Philip, o já mencionado fundador da *Victoria Dispensary for Consumption and Diseases of the Chest*, em Edimburgo, que colocava o dispensário como o centro de diagnóstico, atendimento e observação, incluindo visitas domiciliares ao doente tuberculoso. Neste esquema, o dispensário, além de ser o responsável pela difusão de informações sobre a profilaxia da doença aos seus pacientes e aos cidadãos, também deveria estar próximo dos outros centros de cura de apoio aos doentes, como os hospitais, sanatórios e outras obras filantrópicas, para encaminhamento dos pacientes a tais locais¹⁶⁴.

Entretanto, devido à relativa ausência na capital de São Paulo dos estabelecimentos acima, o doente era geralmente reencaminhado à sua própria casa¹⁶⁵, onde seria atendido e observado pelo dispensário através de seus inspetores ou então encaminhado à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a qual possuía uma ala para tuberculosos, ainda que em situação não ideal, conforme visto¹⁶⁶.

¹⁶³ APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos: Relatório do anno de 1906 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de Janeiro de 1907 pelo Dr. Clemente Ferreira, presidente da Associação. São Paulo: Typ. Augusto Siqueira & C. 1907. p.18.

¹⁶⁴ Ibidem. p.18.

¹⁶⁵ VEIGA, S. Falta de Solidariedade. *Defesa contra a tísica*, ano 4, n.2, p.8-20. out. 1905; ISOLAMENTO... Isolamento domiciliar dos tuberculosos adeantados. *Defesa contra a tísica*, ano 7, n.1, p.58-60. jan./jun. 1908.

¹⁶⁶ Segundo Márcia Barros da Silva, nos relatórios da irmandade da Santa Casa estava já idealizada a construção de instalações especiais para abrigar e tratar dos tuberculosos. Conforme a historiadora: “[...] Vista a eterna precariedade das condições financeiras da Irmandade, foram adiantadas algumas propostas de caráter paliativo. Propunha-se a reorganização das instalações da escola Externato Santa Cecília, do hospital e das suas enfermarias, a fim de se ampliar as instalações do hospital para o atendimento de tuberculosos. Assinam um documento nesse sentido o diretor clínico na época, Arnaldo Vieira de Carvalho, o engenheiro Ramos de Azevedo, chefe da comissão de obras e o mordomo do hospital Alberto da Silva e Souza: ‘É preciso notar que todas estas indicações, relacionam-se intimamente com a questão

O inspetor-visitador, como era denominado, era funcionário do dispensário. Até o ano de 1905, o exercício da atividade era realizado somente por um funcionário. A partir deste ano, a atividade foi dividida entre dois inspetores, um homem e uma mulher, que dividiram o atendimento domiciliar conforme o sexo dos pacientes, masculino ou feminino¹⁶⁷.

O inspetor possuía importante atuação na manutenção das atividades do dispensário, pois através de visitas à casa do doente, ele garantiria a continuidade do tratamento do tuberculoso, além de fornecer ao dispensário dados importantes sobre ele e sua família. Conforme a revista da associação paulista de outubro de 1904.

“[...] este empregado interroga minuciosamente os tuberculosos, que frequentam o Dispensário, sobre a sua profissão, salario, modo de vida, alimentação, hygiene das fabricas ou officinas em que trabalha, profissão da mulher e filhos dos enfermos, inspeciona os domicilios no ponto de vista da salubridade e attributos hygienicos, verifica como os doentes se comportam no que se refere á expectoração e toma nota de tudo o que se refere ao asseio e limpeza da casa e da roupa. [...] o inspetor constitue um guia seguro para a administração do Dispensário, assim orientada quanto ás necessidades e natureza da assistência que tem de prestar aos enfermos, concedendo além dos cuidados médicos e dos medicamentos, auxílios alimentares e mesmo, si for possivel, socorros em dinheiro para o pagamento do aluguel da casa ou para promover uma mudança de residência, si acaso o paciente morar em uma peça ou casa muito insalubre.”¹⁶⁸

Cabia também aos inspetores a continuação do ensinamento profilático contra a tuberculose, inicialmente fornecido no Dispensário “Clemente Ferreira”, no momento em que o doente era atendido pelo dispensário.

Era o inspetor quem primeiro julgava quais eram as necessidades físicas e econômicas do doente e se ele era merecedor destes auxílios conforme sua dedicação ao

da tuberculose, porquanto a promiscuidade atual, e a superlotação de nossas salas, impossibilitam a adaptação de qualquer medida que impeça a disseminação dos germens de Koch por todos os recantos do nosso hospital’. O externato foi, nesta ocasião, transferido para prédios alugados e transformado em enfermaria para tuberculosos como queriam os médicos, além de ser iniciada a construção de mais duas enfermarias” (Silva, 2003, p.80-81).

¹⁶⁷ APSPT. *Op. cit.* 1907. p.29.

¹⁶⁸ VARIEDADES... Variedades e Notícias: inauguração do Dispensário “Clemente Ferreira”. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.2, p.50-55. out. 1904. p.54

tratamento¹⁶⁹. O inspetor era, também, o sujeito que recomendava o isolamento compulsório do doente visitado, recomendando o afastamento de sua família e do seu meio para um sanatório ou hospital de isolamento, conforme a evolução da doença. Ele era a extensão do dispensário para os espaços privados, interferindo diretamente sobre eles e também no cotidiano do tuberculoso e daqueles de sua convivência. O Dispensário “Clemente Ferreira”, através da atuação do inspetor-visitador, abria espaço para a interferência do órgão público de saúde, o Serviço Sanitário, ao recomendar a desinfecção periódica do local habitado pelo doente, sendo casa, ou habitação compartilhada em cortiço; de seus pertences e também dos pertences daqueles que residiam com ele¹⁷⁰.

Devido ao elevado número de pacientes atendidos pelo dispensário, ano após ano¹⁷¹, rapidamente o prédio da Rua Líbero Badaró tornou-se inadequado às necessidades da associação. Funcionando em uma casa alugada e adaptada para atender às demandas da liga paulista, logo se pensou em um projeto de construção de um prédio, desenhado e melhor estruturado para comportar tais demandas. Em 1909, com o auxílio de subvenções públicas, iniciou-se a construção do *Dispensário-Modelo “Clemente Ferreira”* à Rua da Consolação, um novo espaço criado conforme as “regras da higiene moderna”, ou seja, distanciado do fluxo urbano de pessoas, melhor ventilado e iluminado, ao mesmo tempo um prédio maior e melhor estruturado para o atendimento de um grande número de doentes¹⁷².

Durante toda a sua construção até a inauguração, em 1913, a revista de difusão do órgão publicou textos sobre a importância da construção de um novo dispensário, maior e com mais recursos para o atendimento de tuberculosos pobres, ressaltando que a presença destes na região não apresentaria risco aos habitantes do entorno¹⁷³. Esta afirmativa ocorreu em resposta às manifestações contrárias a sua construção no local,

¹⁶⁹ Na tabela 7 encontram-se as informações referentes às doações oferecidas pelo dispensário ao seus doentes mais carentes.

¹⁷⁰ APSPT. *Op. cit.* 1907. p.17.

¹⁷¹ Nos cinco primeiros anos de funcionamento do Dispensário “Clemente Ferreira”, o número de doentes freqüentadores teve acréscimo de 83%, ou seja, de 125 para 229 doentes ao ano. Já as consultas gerais realizadas no local, tiveram aumento de 687%, isto é, de 1194 para 9397 consultas anuais (ver “Movimento do Dispensário e do Dispensário-Modelo ‘Clemente Ferreira’ (1904-1917)” em tabela 7).

¹⁷² DISPENSARIO... Dispensario Clemente Ferreira. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.1, p.97-107. jan./jul. 1909.

¹⁷³ A COLLOCAÇÃO... A collocação do Dispensário Modelo “Clemente Ferreira”. *Defesa contra a tísica*, ano 8, n.1, p.59-96. jan./jul. 1909.

através da imprensa ou não, de moradores que ameaçaram, inclusive, entrar na justiça para inviabilizar o projeto do novo dispensário¹⁷⁴.

Ao comparar este fato com outro episódio semelhante ocorrido em Tours, onde de fato ocorreu um processo judicial em 1906, para impedir a construção de um sanatório para tuberculosos da *Liga Antituberculosa da Touraine* ao lado da propriedade do conde de Lafont, Victor Godinho leva a crer que não somente o medo do contágio e da disseminação da doença estavam presentes nos discursos contrários à instalação de um dispensário na Rua da Consolação, mas também o temor de que os imóveis da região pudessem ter o seu valor reduzido pela presença de tal estabelecimento e de seus pacientes na vizinhança. Segundo ele, este era o argumento do conde, que solicitava também uma indenização de 10.000 francos pelo prejuízo¹⁷⁵.

Segundo Godinho, a sentença foi desfavorável ao conde, pois, a pedido da liga de Touraine, importantes médicos como Paul Brouardel, Émile Roux e Jacques-Joseph Grancher deram seus pareceres sobre a construção do sanatório e afirmaram que o perigo de infecção de pessoas saudáveis era nulo, quando o doente se encontrava “vigiado” em sanatórios e dispensários¹⁷⁶.

Victor Godinho, apoiando-se neste episódio onde, aparentemente, a autoridade científica contida no discurso médico foi o fator mais relevante para a conclusão de um processo judicial a favor de uma liga antituberculose, dirigiu-se indiretamente aos magistrados paulistas, utilizando o fato como um precedente ao caso da construção do dispensário-modelo paulista, se um processo de similar teor ocorresse.

Os artigos deste mesmo número da revista¹⁷⁷ seguem com transcrições de pareceres favoráveis à construção do dispensário-modelo pela Comissão de Higiene da Câmara Municipal de São Paulo, pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, pela Academia Nacional de Medicina e pela Comissão Técnica da Liga Brasileira contra a Tuberculose¹⁷⁸, dirigidos ao Governo do Estado e ao Serviço Sanitário, para fortalecer os argumentos da liga paulista¹⁷⁹.

¹⁷⁴ GODINHO, V. Colaboração: a questão do ‘Dispensário Clemente Ferreira’ sob o ponto de vista jurídico – Uma sentença análoga do Tribunal Civil de Tours. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.1, p.6-13. jan./jul. 1909. p.6.

¹⁷⁵ Ibidem. p.7.

¹⁷⁶ Ibidem. p.8.

¹⁷⁷ DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Oficial", ano 8, n. 1. jan./jul. 1909.

¹⁷⁸ As diversas ligas estaduais, incluindo a paulista, estavam unidas à liga brasileira, porém sem perder sua autonomia no que dizia respeito aos interesses regionais, sendo confiada a discussão de assuntos de interesse comum ou geral a uma Comissão Central constituída de representantes das diversas ligas.

**Sanatório para tuberculosos:*

A implantação de sanatórios tinha por objetivo a construção de espaços para onde fossem enviados os doentes que sofriam de tuberculose pulmonar e que eram considerados capazes de alcançar a cura¹⁸⁰. Também seriam indicados para os doentes que não habitassem em domicílio salubre¹⁸¹.

Conforme publicações da Defesa contra a Tísica, a profilaxia promovida pelo sanatório consistiria em fornecer ao doente alimentação adequada, abundante e freqüente, exercícios leves e descanso “physico e moral”¹⁸². Era importante também que o sanatório fosse construído em locais onde o ar fosse limpo, fresco, ensolarado e sem umidade excessiva. O doente permaneceria em isolamento e sob intensa observação, enquanto durasse o tratamento, para que não infectasse outros indivíduos¹⁸³.

O sanatório também seria a alternativa encontrada pelos médicos ao isolamento hospitalar, prática considerada errônea pelos fisiologistas, pois, além de não garantir a cura do doente também poderia aumentar os casos de tuberculose¹⁸⁴. O hospital de isolamento era somente indicado quando não existia a possibilidade de cura para o doente e quando a internação ocorresse em uma ala construída somente para

APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. 1º Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão anual ordinária de Janeiro de 1904 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação (Correspondente aos 4 primeiros anos da existência legal da Associação). São Paulo: Siqueira, Salles & C.-R., 1910. p.18.

¹⁷⁹ A COLLOCAÇÃO... *Op. cit.* p.59-96. jan./jul. 1909.

¹⁸⁰ FERREIRA, C. M. C. O Sanatorio “S. Luiz” em Piracicaba. *Defesa contra a tísica*, ano 5, n.1, p.31-36. jul. 1906. p.31-35.

¹⁸¹ EIS... Eis a circular que a Associação está distribuindo e que por este meio offerece áqueles que não a tenham recebido, pela impossibilidade de ser mandada a todos quantos podem auxiliar a fundação do Sanatorio. *Defesa contra a tísica*, ano 5, n.2, p.59-65. dez. 1906. p.61-62.

¹⁸² PRINCIPIOS... Principios a seguir para a construção de um sanatório popular para 100 tuberculosos do sexo masculino. *Defesa contra a tísica*, ano 8, n.1, p.113-119. jan./jul. 1909. p.113.

¹⁸³ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* jul. 1906.

¹⁸⁴ Segunda a *Defesa [...]*, a Santa Casa da capital paulista, apesar de possuir um pavilhão para tuberculosos, não oferecia estrutura ou higiene adequadas. As Santas Casas de Sorocaba, Mogi das Cruzes, São Carlos, Botucatu e Ribeirão Preto também possuíam pavilhão para tuberculosos, mas alguns deles não tinham sido inaugurados até aquele momento. REDACÇÃO... Redacção - Isolamento dos tuberculosos em S. Paulo e a prophylaxia da tuberculose, de acordo com as disposições do ultimo regulamento sanitario. *Defesa contra a tísica*, ano 11, n.1 e 2, p.1-6. jan./dez. 1912. p.2-3.

tuberculosos¹⁸⁵. A necessidade do isolamento era definida pela equipe do dispensário, caso tivesse conhecimento da gravidade da infecção do doente¹⁸⁶.

Porém, não havia sanatórios em funcionamento voltados especialmente para o atendimento do tuberculoso pobre na cidade de São Paulo nas primeiras décadas do século XX. Pois, apesar da constante campanha da associação junto aos órgãos públicos e entidades privadas para a construção destes estabelecimentos, não conseguiu angariar o dinheiro necessário para tal. Segundo os médicos, havia desinteresse de parte da sociedade civil em apoiar a campanha antituberculose desenvolvida pela associação¹⁸⁷, ocorrendo uma queda das contribuições anuais, como mostram os relatórios da instituição (ver tabela 6).

Segundo Ana Margarida Rosemberg, o sanatório era considerado, pela liga, o lugar ideal para o tratamento do tuberculoso, porém, a percepção de que a construção e a manutenção eram por demais custosas, fez com que a entidade concentrasse sua campanha antituberculosa, na manutenção do dispensário e na divulgação de informações sobre a profilaxia da doença em espaços públicos (Rosemberg, 2008, p.49).

Sem o espaço apropriado para encaminhar seus doentes, para que os mesmos obtivessem tratamento adequado e dada a emergência da medida profilática para o controle da tuberculose, a associação paulista, através do Dispensário “Clemente Ferreira”, optou por financiar alugueis de quartos de pensão, ou mesmo de cortiços, onde o doente poderia manter-se isolado de sua família e outras pessoas sãs. Mesmo que, de início, tal atividade fosse vista com maus olhos por Clemente Ferreira, o mesmo se viu forçado a organizar a receita da associação paulista para promover o pagamento destes alugueis, de maneira a garantir a recuperação do doente e a segurança dos que conviviam com ele. Tal isolamento seria monitorado pelo inspetor-visitador, que avaliaria as condições de salubridade do ambiente, garantiria o isolamento e faria a manutenção da saúde do enfermo¹⁸⁸.

* *A Educação profilática popular e a “Guerra ao escarro”:*

¹⁸⁵ Apesar da existência do Hospital de Isolamento do Serviço Sanitário, não existe registro de envio de tuberculosos atendidos pelo Dispensário “Clemente Ferreira” ao mencionado hospital nos relatórios anuais da associação paulista.

¹⁸⁶ VEIGA, S. Notícias – Dr. Clemente Ferreira. *Defesa contra a tísica*, São Paulo, ano 5, n.1, p.37-81. jul. 1906. p.78.

¹⁸⁷ VEIGA, S. Colaboração – Em favor do infortunio. *Defesa contra a tísica*, ano 6, n.2, p.6-10. ago./dez. 1907. p.7-8.

¹⁸⁸ VEIGA, S. *Op. cit.* jul. 1906. p.79.

Através de propagandas impressas em folhetos e cartazes afixados em espaços públicos - como igrejas, bondes, bares, cafés, farmácias, órgãos públicos, escolas¹⁸⁹ e em múltiplos pontos da cidade de São Paulo - a associação paulista procurou disseminar informações a respeito da profilaxia da tuberculose, sua transmissão, tratamento e a possibilidade de cura. Segundo a revista publicada em maio de 1902, alguns dizeres dos cartazes eram: “A tuberculose mata annualmente em todo o mundo tres milhões de pessoas e no Estado de S. Paulo cerca de 2.000”; “A tuberculose é contagiosa e por conseguinte evitavel; a tuberculose é também curavel”; “A tuberculose ou tísica como a maior parte das molestias do aparelho respiratorio transmite-se pelos escarros dessecados e reduzidos a poeira” e “Não escarreis, pois, no chão das ruas, no pavimento das habitações, das casas de negocio [...]: é um costume repugnante e sempre perigoso”¹⁹⁰.

A difusão de informações a respeito da doença, além de procurar sensibilizar a população sobre os riscos da tuberculose ao expor com frequência discursos ambivalentes de cura/morte, contágio/prevenção, também buscou educar a população em seus hábitos, ressaltando o valor da higiene doméstica, da boa alimentação, do cozimento da carne e leite de vaca, que poderiam carregar a tuberculose bovina¹⁹¹, do arejamento de ambientes fechados e de se evitar o abuso de bebidas alcoólicas. Foram instruções que objetivavam “[...] fortificar o corpo e impedir que nelle se cultive o micróbio da phthisica”¹⁹², além de reduzir a exposição ao bacilo causador da tuberculose, que se acreditava poder sobreviver na poeira e em escarros.

¹⁸⁹ Conforme Giovana Mastromauro, a preservação das crianças contra a moléstia foi também um dos alvos da educação profilática promovida pela associação paulista. Esta requereu ao Secretário do Interior para que fossem instalados programas nas escolas a fim de orientar as crianças a se protegerem contra as moléstias transmissíveis, principalmente a do bacilo de Koch. Solicitou-se também a obrigatoriedade da inclusão nos livros e materiais escolares, de preceitos de preservação antituberculose e a afixação de cartazes e avisos contendo regras higiênicas em todos os estabelecimentos oficiais de instrução (Mastromauro, 2013, p.39).

¹⁹⁰ PROPAGANDA... Propaganda anti-tuberculosa. *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.1, p.45-48. maio 1902. p.45-46.

¹⁹¹ Existiam muitas incertezas com relação à transmissão da tuberculose através da carne e leite bovinos entre os médicos brasileiros. Conforme José Antunes e outros, Arnaldo Vieira de Carvalho, que também era dono de uma leiteria, sustentava a tese de que o homem não se infeccionaria com carne ou leite de vaca. Para ele, não havia identidade entre a tuberculose humana e a bovina. Já a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo manifestou-se a favor da inoculação da tuberculina em bovinos e rejeitou a tese de que a carne do animal tuberculoso não fosse perigosa: diziam que, àquele momento, não se podia afirmar a diferença entre esta tuberculose e a humana (Antunes, Moraes, et al. 2002). Sobre as discussões a respeito do controle da tuberculose bovina na capital paulista, consultar Mota, 2010, p.129-137.

¹⁹² ASSOCIAÇÃO... Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos (Liga Paulista contra a Tuberculose): instruções populares sobre a phthisica (folheto). *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.1. maio 1902.

Logo, prática comum de alguns indivíduos, como a revista leva a entender ao usar expressões como “[...] incorrigivelmente cóspem aqui e alli”, “anti-higienico habito” e “pernicioso e grosseiro habito”¹⁹³, o escarro foi altamente combatido. Inclusive, foi feito um pedido, em 1906, ao Conselho Municipal para determinar uma lei impondo a proibição da prática sob pena de multa e também a obrigatoriedade da instalação de escarradeiras coletivas em estabelecimentos de alta circulação de pessoas¹⁹⁴. Sobre o combate ao escarro, escreve Clemente Ferreira que:

“O escarro do doente, transformado em poeira e vultuando no ar, as gotticulas, a poeira liquida formada durante as crises de tosse ou por ocasião do espirro, -eis os factores de disseminação que nos cumpre por todos os meios combater ou pelo menos restringir da maneira a mais severa possível; tal esforço, semelhante objetivo visará a supressão da capital via de transmissão da tuberculose pulmonar e equivalerá a uma redução apreciavel do coefficiente de morbidez pela terrível endemia”¹⁹⁵.

Entendido como o principal propagador da tuberculose pulmonar, a guerra ao escarro foi um dos principais combates da associação paulista. Através das revistas, foram expostas inúmeras cartas e circulares enviadas a diretores de órgãos públicos ou a dirigentes de locais com grande circulação de pessoas, solicitando que escarradeiras coletivas com anti-séptico fossem implantadas nos estabelecimentos. Também solicitavam que a limpeza dos locais fosse feita diariamente e com panos úmidos, para que o bacilo não entrasse em suspensão no ar, contaminando pessoas saudáveis¹⁹⁶.

Através das propagandas impressas, a associação incentivava as pessoas a portarem sua própria escarradeira portátil, que poderia ser adquirida gratuitamente no Dispensário “Clemente Ferreira”, de forma a não expectorarem no chão ou mesmo em lenços.

¹⁹³ FERREIRA, C. M. C. Illmo. Sr. Dr. Aarão Reis, muito digno diretor da Estrada de Ferro Central do Brazil, S. Paulo, 29 de Maio de 1907. *Defesa contra a tísica*, ano 4, n.1, p.48-49. jan./jul. 1907.

¹⁹⁴ APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório do anno de 1906 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de Janeiro de 1907 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da Associação. São Paulo: Typ. Augusto Siqueira & C. 1907. p.26.

¹⁹⁵ FERREIRA, C. M. C. A prophylaxia da tuberculose pela guerra ao escarro. *Defesa contra a tísica*, ano 2, n.1, p.46-52. out. 1903. p.46.

¹⁹⁶ DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Escola Typographica Salesiana, ano 1, n. 1, maio 1902; DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 1, n. 2, nov. 1902.

Assim, através de suas campanhas promovidas pela revista de divulgação e das ações efetuadas pelo dispensário, a todo o momento a associação paulista procurou “medicalizar” a população, instruindo-a na prática de hábitos de higiene considerados adequados pela comunidade médica da época no tocante ao combate à tísica¹⁹⁷. Com relação aos operários e os indigentes, mesmo que considerados como vítimas da realidade quase insuperável em que viviam, estes eram vistos como grupos a serem cuidados e tutorados, o que justificaria a intervenção em seus espaços de trânsito, a reeducação de seus hábitos e a não autonomia do doente em relação ao seu tratamento.

3.1.1 As ações promovidas por grupos vinculados à Liga Paulista contra a Tuberculose na cidade de São Paulo

Tal concepção de interferência também foi abraçada por alguns indivíduos de classes mais elevadas, que se identificaram com a causa propagada pelo grupo filantrópico, atuando em benefício deste. Logo, a associação paulista, em seus primeiros anos de atuação, pôde contar com o auxílio de grupos caritativos¹⁹⁸ formados, em sua maioria, por mulheres, que se envolveram com a questão social provocada pela disseminação da doença e pelas propostas de combate promovidas pela associação. Uma das principais obras atuando em parceria com o dispensário foi a *Obra de preservação dos filhos de tuberculosos pobres*, fundado em 1908 pela Viscondessa da Cunha Bueno.

De início, a obra teria se originado em uma campanha feita por Clemente Ferreira, em 1906, através de circulares às damas de sociedade do interior, com o objetivo de esclarecer os fatos sobre a tragédia social que era a tuberculose dentro das classes mais baixas e incitando-as a criarem uma organização nos moldes de *L'Oeuvre Grancher*. Esta obra, criada pelo médico Jacques-Joseph Grancher em 1903, na França, objetivava separar os filhos saudáveis dos pais ou familiares tuberculosos, enquanto estes receberiam tratamento adequado para superar a doença, ou ao menos, apresentar uma cura relativa, preservando a saúde da criança, educando-a em hábitos saudáveis.

¹⁹⁷ O termo “medicalização” da população também foi utilizado por Richard Evans, ao se referir sobre o processo de educação pública em massa voltada para a adoção de novos padrões de higiene pessoal que estava ocorrendo na Europa nas últimas décadas do século XIX (Evans, 1992, p.172).

¹⁹⁸ Os grupos caritativos ofereciam cuidados e tratamentos de enfermidades diversas ou forneciam remédios, roupas, alimentos, e/ou prevenção de saúde. Também poderiam socorrer o enfermo no domicílio, patrocinar seu atendimento e os encaminhavam para internação, além de fornecerem algum tipo de auxílio aos familiares (Mott, M. L. et al, 2011, p.105).

Segundo Ferreira, a quantidade de crianças saudáveis até os 15 anos, filhos e filhas de tísicos atendidos pelo dispensário eram em torno de 465, contados desde o início das atividades do local e que estariam ameaçadas de desenvolver a doença¹⁹⁹.

Em 1908, foi fundada tal associação, através de Viscondessa da Cunha Bueno, sua presidenta. Criada como uma seção da liga paulista e com seu escritório dentro do dispensário, a obra receberia crianças, filhos de pacientes do estabelecimento, conforme o encaminhamento deste. Por sua vez, a obra de preservação apresentaria estas crianças a famílias moradoras no campo e que receberiam uma contribuição mensal entre 25 e 30\$000 para cuidá-los. Existia também a possibilidade de enviar as crianças para orfanatos agrícolas ou sanatórios de preservação que viessem a ser construídos pela liga paulista. Logo no primeiro ano de atuação, sete destas crianças foram encaminhadas para o “Asylo Ypiranga” e para o “Collegio São Jose”, na capital e em Santos²⁰⁰.

Amparando o trabalho desta obra, foi criada também em 1908, na capital, a *Associação Vestiário dos Tuberculosos*, onde um grupo de mulheres da sociedade costurava e oferecia roupas e enxovais para os filhos dos atendidos pelo dispensário. A direção da associação era de responsabilidade de Noêmia Barbosa Bueno e Anitta Tibiriçá, diretora e vice, respectivamente. Em seu primeiro ano, puderam atender cerca de 50 crianças, enviando 462 peças de roupas²⁰¹. Também a associação funcionava como uma seção da Liga Paulista contra a Tuberculose²⁰².

3.1.2 A campanha em defesa do trabalhador

Como descrito até o momento, toda a organização profilática do combate contra a tuberculose, efetuada pela liga paulista, era voltada para o tuberculoso pobre - o indigente e o operário - assim como para a sua família. Estes eram vistos como as grandes vítimas da doença, por serem aqueles em contato constante com os focos da tuberculose, como as aglomerações das fábricas, dos cortiços, e com a insalubridade de ambos os espaços, além de submeterem-se a longas jornadas de trabalho e ao acesso

¹⁹⁹ OBRA... Obra de preservação dos filhos de tuberculosos pobres. *Defesa contra a tísica*, ano 6, n.1, p.67-72. jan./jul. 1907.

²⁰⁰ ESBOÇO... Esboço do Regimento da Obra de preservação dos filhos de tuberculosos pobres. *Defesa contra a tísica*, ano 7, n.1, p.18-21. jan./jun. 1908.

²⁰¹ FERREIRA, C. M. C. A “Obra de Preservação dos Filhos dos Tuberculosos-Pobres” e o “Vestiaro dos Tuberculosos”. *Defesa contra a tísica*, ano 7, n.2, p.35-37. jul./dez. 1908. p.36.

²⁰² A seção deixou de ser referenciada nos relatórios da liga paulista a partir do ano de 1911.

limitado a uma alimentação de qualidade. Além disso, um trabalhador, na medida em que se tornava tuberculoso e seu quadro de infecção piorasse, ficaria fisicamente impedido de trabalhar, levando-o à miséria, junto com sua família²⁰³. Por gerar pobreza e por provocar o afastamento do indivíduo como força de trabalho, a tuberculose era vista pela associação não somente como um problema de saúde pública, mas também como um problema de cunho social e econômico²⁰⁴.

Apesar da notável interferência proposta ou efetuada pela associação paulista na vivência dos doentes, de suas famílias e daqueles identificados como de “comportamento de risco”, era reconhecido que, muitas vezes, a realidade vivenciada por estas pessoas dificultava qualquer possibilidade de superação da doença ou mesmo de defesa contra ela. Esta compreensão levou o vice-presidente da associação, Victor Godinho, a sugerir que, a exemplo dos países europeus, o governo brasileiro promulgasse leis que garantissem estabilidade, segurança e o direito ao gozo na vida do trabalhador, posto que “a extinção da tuberculose e a prosperidade do operário são elementos de igual valor numa mesma equação”²⁰⁵.

A compreensão de que o tratamento para a tuberculose era diretamente influenciado pela qualidade de vida do indivíduo, levou a associação paulista a defender a necessidade do amparo legal trabalhista àqueles que eram considerados como os mais afetados pela doença - os operários - que tinham a saúde comprometida devido às longas jornadas e os poucos recursos financeiros²⁰⁶. Godinho, neste mesmo texto,

²⁰³ Podemos considerar que as ações da associação e suas preocupações inserem-se no conceito de “medicina social” proposto por George Rosen e já discutido no capítulo primeiro. Apesar da proposta de Rosen estar direcionada ao contexto europeu do século XIX, a associação paulista, por ter como inspiração as ligas antituberculose organizadas àquele continente, possui seu discurso e suas ações voltados a um problema de saúde considerado como fruto da industrialização e que afetavam seus trabalhadores (Rosen, 1980, p.138).

²⁰⁴ “[...] Sendo a tuberculose um perigo social torna-se um dever cívico, uma obrigação indeclinável dos que presidem aos destinos das nações, a defesa contra a tísica, assim como a assistência eficaz aos tuberculosos necessitados, cuja hecatombe desfalca o patrimônio econômico dos países e reduz o capital social.” FERREIRA, C. M. C. A cruzada anti-tuberculosa. *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.1, p.64-66. maio 1902. p.64.

²⁰⁵ GODINHO, V. A tuberculose sob o ponto de vista social, pelo Dr. Victor Godinho. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.1, p.13-44. maio 1904. p.40.

²⁰⁶ Todavia, conforme os dados apresentados anualmente pelos relatórios da liga paulista, os indivíduos mais afetados pela tuberculose, conforme a profissão, seriam as domésticas ao invés dos operários e, de maneira geral, as mulheres ao invés dos homens (ver tabela 10). Tal fato foi interpretado por Clemente Ferreira de formas diferentes ao longo das exposições. Por vezes, o presidente da liga afirmava que as mulheres e as atividades exercidas por elas teriam uma característica mais reclusa e, portanto, mais exposta aos riscos da infecção do domicílio insalubre. Também chegou a afirmar, como no relatório de 1909, que estas mulheres pobres seriam as companheiras dos operários, apesar de não existirem dados elaborados pelo dispensário que expusessem tal relação. APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório apresentado a Assembléa Geral na Sessão Ordinária de 27 de

afirma que o Brasil, seguindo o modelo da Alemanha²⁰⁷, deveria instalar o sistema de seguro obrigatório, onde o operário e o empregador receberiam um seguro de igual valor, caso o trabalhador se afastasse do trabalho por sua idade avançada ou por doença que o invalidasse. Segundo ele, a estabilidade trazida ao trabalhador através desta lei permitiria a continuidade e a boa manutenção da luta antituberculosa no Brasil.

A necessidade de auxílio aos trabalhadores, no combate contra a tuberculose, também foi levantada posteriormente por Oswaldo Cruz, Diretor-Geral de Saúde Pública²⁰⁸, na revista *Defesa contra a Tísica*, em texto sobre a necessidade de direitos garantidos por lei aos tísicos. Entre eles, estariam a aposentadoria temporária ou definitiva de trabalhadores tuberculosos, o seguro obrigatório contra a moléstia para os operários e empregados no comércio e na indústria, de forma a garantir o bem estar do tuberculoso e de sua família²⁰⁹.

Logo, a campanha antituberculosa promovida e divulgada pela associação paulista também envolvia o reconhecimento de que os trabalhadores necessitavam de amparo legal e trabalhista que melhorasse suas condições de vida, para que os excessos da jornada de trabalho não levassem a problemas de saúde. Supõe-se também que, através das leis propostas, haveria a preocupação de não comprometer o aproveitamento da capacidade de produção de outros trabalhadores em razão da tuberculose. Pois, uma vez identificado como portador da moléstia, o trabalhador tísico seria afastado de seu local de trabalho, reduzindo o risco da transmissão do bacilo para pessoas saudáveis, para posteriormente ser assistido pelos seguros sugeridos.

março de 1906 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação. São Paulo: Typ. Augusto Siqueira & Comp. 1906. p.9. APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório do ano de 1906 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de Janeiro de 1907 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da Associação. São Paulo: Typ. Augusto Siqueira & C. 1907. p.6; LPCT. Liga Paulista contra a tuberculose. Exercício de 1909. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 26 de fevereiro de 1910 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Siqueira, Sales & C. 1910. p.10.

²⁰⁷ Segundo Victor Godinho, a “lei dos seguros” foi votada pelo parlamento alemão em 1883, entrando em vigor em 1 de dezembro de 1884. Entretanto, o autor não aborda detalhes desta lei. GODINHO, V. *Op. cit.* maio 1904. p.37.

²⁰⁸ Oswaldo Gonçalves Cruz nasceu no dia 5 de agosto de 1872, em São Luís de Paraitinga, São Paulo. Em 1892, formou-se médico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1902, assumiu a direção geral do Instituto Soroterápico Federal. No ano seguinte, foi nomeado Diretor Geral de Saúde Pública. Em 1909, deixou o cargo, passando a se dedicar apenas ao Instituto de Manguinhos, antigo Instituto Soroterápico Federal, que fora rebatizado com o seu nome. Em 1915, por motivos de saúde, abandonou a direção do Instituto Oswaldo Cruz. Morreu a 11 de fevereiro de 1917. Texto disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/oswaldo-cruz>>. Acesso em: 09/08/2014.

²⁰⁹ CRUZ, O. G. *Higiene publica. Prophylaxia da tuberculose pelo Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz. Defesa contra a tísica*, ano 6, n.1, p.19-33. jan./jul. 1907.

Compreende-se, portanto, que mesmo dentro de uma política de tutela do trabalhador, por parte da comunidade médica e do governo, é possível afirmar que a campanha promovida pela liga paulista também envolvia a construção do conceito de direito à saúde e qualidade de vida, somado à necessidade do Estado responsabilizar-se pela saúde e bem-estar social da população²¹⁰.

3.1.3 O dispensário antituberculoso Clemente Ferreira como espaço científico para o combate à tuberculose²¹¹

Conforme já visto, entende-se que o dispensário em sua origem, tanto na concepção constituída em países europeus como na do dispensário paulista em seus primeiros anos de atividades, foi pensado para ser um espaço de assistência e de divulgação sobre a profilaxia da tuberculose.

Esta concepção de atuação dos dispensários também esteve presente nos trabalhos da assembléia reunida no *Congresso Internacional da Tuberculose*, ocorrido em 1905, em Paris, no qual estavam presentes o presidente e vice-presidente da associação e liga paulista, Clemente Ferreira e Victor Godinho, e o diretor do Serviço Sanitário do Estado, Emílio Marcondes Ribas. Na ocasião, a assembléia definiu que:

“Os dispensarios abertos a todos têm como objetivo essencial a prophylaxia, a educação hygienica e tambem a assistencia. [...] Mantendo a sua autonomia e liberdade, elles [os dispensários] só têm a ganhar ligando-se entre si e relacionando-se com as instituições congeneres de hygiene e de previdencia (laboratorios e institutos bacteriologicos, administrações hospitalares ou de beneficencia, mutualidades, caixas de

²¹⁰ Neste sentido, a campanha antituberculose promovida pela associação e divulgada por sua revista também teve sua parte na promoção de novas relações entre sociedade e Estado, que estimulariam o rompimento de algumas práticas oligárquicas da Primeira República paulista nas décadas seguintes. Segundo Nísia Lima, Cristina Fonseca e Gilberto Hochman, “[...] as medidas de proteção social e, em particular, a assistência médica só viriam a ter um reconhecimento legal como política pública com a aprovação da lei ‘Eloy Chaves’, de 1923, resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como questão social no país”, o qual buscava a inclusão de parcelas da população dentro de um conceito mais amplo de cidadania, atingindo as áreas da saúde, educação e de direitos políticos (Lima, Fonseca, Hochman, 2005, p.32).

²¹¹ Este texto é a versão revisada de Machado, 2015.

seguro, serviços sanitários, obras antialcoolicas etc).”²¹²

O exposto leva-nos a concluir que aos dispensários não caberiam as atividades científicas. Estas seriam desenvolvidas pelos laboratórios existentes, públicos ou privados, que trabalhavam em cooperação e conforme as necessidades das ligas antituberculose.

Contudo, logo após o congresso, Clemente Ferreira alega através do relatório da associação paulista de 1906, que estava disposto a ampliar a área de atuação do dispensário em São Paulo. Ele pretendia reformar o regulamento do local, incluindo melhorias como a remuneração dos principais clínicos e a regulamentação dos deveres e funções do dispensário enquanto “[...] aparelho de assistência e centro de informações e de pesquisas científicas.”²¹³. Logo, para promover o melhoramento dos serviços prestados pelo Dispensário “Clemente Ferreira” e em benefício ao enfermo que buscasse o auxílio médico através do dispensário, seu espaço e equipe foram repensados, objetos e práticas de estudos tiveram que ser selecionados para articular a execução de suas primeiras atividades científicas²¹⁴.

A partir daquele mesmo ano, conforme os relatórios do dispensário, a equipe clínica do local realizou suas primeiras pesquisas. Foram, então, promovidos estudos sobre procedimentos de diagnóstico da tuberculose e executados ensaios com a tuberculina tipo T.O.A adaptada para fins clínicos e produzida pelo *Instituto de Medicina Experimental de Manguinhos*²¹⁵. Também foram iniciados estudos sobre o “serum antituberculoso de Marmorek”, um soro aparentemente bem-sucedido e, então, utilizado por países europeus e os Estados Unidos. O mesmo era fornecido ao

²¹² FERREIRA, C. M. C. *Congresso Internacional da Tuberculose*: Paris – Outubro de 1905. Estabelecimentos, instituições e obras de preservação e assistência da infância e do adulto: relatório. São Paulo: Typographia do Diário Oficial. 1906. p.51.

²¹³ APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório do anno de 1906 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de Janeiro de 1907 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da Associação. São Paulo: Typ. Augusto Siqueira & C. 1907. p.23.

²¹⁴ Ibidem. p.22-24; FERREIRA, C. M. C. O tratamento da tuberculose no Dispensário “Clemente Ferreira”. *Defesa contra a tísica*, ano 7, n.2, p.14-20. jul./dez. 1908.

²¹⁵ Não foram localizadas informações a respeito do envio gratuito ou não das tuberculinas produzidas em Manguinhos ao Dispensário “Clemente Ferreira”. A partir de 1907, conforme os relatórios da associação paulista, o Instituto Soroterápico seria o fornecedor de tuberculinas tipo T.O.A adaptada para fins clínicos, e entregues gratuitamente ao dispensário. APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório correspondente ao exercício de 1907 apresentado a Assembléa Geral na Sessão Ordinária de 27 de janeiro de 1908 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação. São Paulo: Typ. Espindola & Cia. 1908. p.20.

dispensário pelo *Instituto Pasteur de São Paulo*²¹⁶, de maneira gratuita pelo seu diretor, Antonio Carini²¹⁷. Nos anos seguintes, conforme os relatórios, as pesquisas se ampliaram e geraram, inclusive, a demanda por espaços mais adequados para a sua realização e eficiência.

Como regra, todo paciente que buscava o dispensário deveria passar pelos testes de diagnóstico, que envolviam, análise dos sintomas, verificação dos escarros e a óculo ou cutirreação, chamados também de métodos de von Pirquet e de Eisner-Calmette²¹⁸. Estes últimos eram preferencialmente utilizados quando os diagnósticos não eram precisos, pois poderiam acarretar reações cutâneas ou oculares adversas²¹⁹.

A partir de 1910, como método de diagnóstico, foi incluído a albuminoreação²²⁰, método desenvolvido pelos clínicos Roger e Wourmann em Paris no ano anterior²²¹. Em artigo publicado na revista *La Presse Medicale*, Clemente Ferreira divulga que a eficácia do método foi verificada também no dispensário, onde foi observado que a albuminoreação era eficiente para detectar a moléstia mesmo em indivíduos que não estariam eliminando a bactéria através da expectoração²²². A albuminoreação, na publicação, foi reconhecida por Clemente Ferreira como uma grande arma no diagnóstico da tuberculose, em complementariedade aos estudos realizados no exterior²²³.

No tocante ao tratamento da tuberculose, a tuberculina e suas diferentes fórmulas foram priorizadas durante todo o contexto aqui estudado. Assim como para as observações em diagnósticos, as variações de tuberculinas selecionadas para estudo e o uso no dispensário, também foram desenvolvidas e produzidas no exterior e

²¹⁶ O Instituto Pasteur de São Paulo foi um órgão privado que tinha como objetivo produzir conhecimentos científicos, proceder ao tratamento anti-rábico, elaborar produtos biológicos de uso humano e veterinário e realizar exames diagnósticos (Teixeira, 1995, p.13).

²¹⁷ Antonio Carini (1872–1950) foi bacteriologista italiano. Dirigiu o Instituto Pasteur entre 1906 e 1915 (Teixeira, 1995, p.79).

²¹⁸ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Relatório do ano de 1910 apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 21 de Fevereiro de 1911 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Typ. Siqueira, Nagel & C. 1911. p.23. Conforme os relatórios da liga, a partir de 1912 também foi usada a radiologia para o diagnóstico da tuberculose. Porém, uso deste recurso não recebe destaque nos relatórios ou revista da liga. A prioridade foi o uso dos métodos mencionados no texto.

²¹⁹ APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório correspondente ao exercício de 1907 apresentado a Assembléa Geral na Sessão Ordinária de 27 de janeiro de 1908 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação. São Paulo: Typ. Espindola & Cia. 1908. p.19-20.

²²⁰ LPCT. *Op. cit.* 1911. p.23-24.

²²¹ FERREIRA, C. M. C. *L'Albumino-Réaction dans l'Expectoration comme Élément Sémiologique dans la Diagnose precoce de la Tuberculose pulmonaire*. Extrait de La Presse Médicale. n° 31. 19 abr. 1911. Paris: Masson et Cie. 1911. p.3.

²²² Ibidem. p.7-21; LPCT. *Op. cit.* 1911. p.23-24.

²²³ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* 1911.

posteriormente importadas diretamente pelo dispensário ou produzidas pelo Instituto Soroterápico ou pelo Instituto Pasteur, e então entregues gratuitamente ao dispensário²²⁴. Conforme o resultado das observações clínicas realizadas no dispensário, as fórmulas originais poderiam sofrer novas manipulações, realizadas pelo médico responsável pelas pesquisas, João Pedro da Veiga (1908-1912), para que fossem adequadas ao uso clínico no local²²⁵.

Para as verificações, os pacientes eram triados entre todos os freqüentadores do Dispensário “Clemente Ferreira” comprovadamente contaminados pela bactéria transmissora da tuberculose. Os selecionados seriam aqueles julgados como mais aptos a tolerarem os efeitos colaterais do tratamento, ou seja, os que apresentavam a tuberculose em seu período inicial e também considerados fisicamente mais resistentes. A partir de conclusões de médicos estrangeiros, reiteradas pelas observações no dispensário, também se tornou um critério de seleção ao tratamento a qualidade de vida do indivíduo. O tratamento era considerado inócuo quando desassociado de descanso e boa alimentação, que a maioria dos pacientes do dispensário - operários, pobres e indigentes - não tinha acesso²²⁶.

A tuberculina, contrariando a posição de uma parte historiografia que propõe que a mesma foi rapidamente desacreditada após seu desenvolvimento e divulgação por Robert Koch (Bertolli Filho, 2001; Rosemberg 2008; Tomes, 1998; Gradmann, 2013), a tuberculina foi amplamente utilizada em vários países e, por décadas foi uma importante aliada na terapêutica da tuberculose²²⁷. Clínicos e microbiologistas do início do século

²²⁴ As tuberculinas testadas no Dispensário “Clemente Ferreira”, em diferentes tempos, foram: a tuberculina T.O.A., bruta e bovina, produzida pelo Instituto Pasteur de São Paulo e Soroterápico; a tuberculina Berameck do Instituto Pasteur de São Paulo; e as importadas, tuberculina belga de Jacobs, tuberculina alemã de Rosenbach e a tuberculina de Denys Dessy. Clemente Ferreira justifica o teste com variadas tuberculinas afirmando que, conforme Heinrich Klein, do Sanatório de Holsterhausen, “[...]as diversas tuberculinas são fundamentalmente idênticas, sendo o princípio activo de todas ellas a proteína do bacilo de Koch. [...] Tudo é questão de dose e de technica nas aplicações”. LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1916. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 24 de Maio de 1917 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Escolas Profissionais do Lyceu Salesiano S. Coração de Jesus. 1917. p.24.

²²⁵ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1909. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinaria de 26 de fevereiro de 1910 pelo Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Siqueira, Sales & C. 1910. p.20.

²²⁶ FERREIRA, C. M. C. O tratamento da tuberculose no Dispensário “Clemente Ferreira”. *Defesa contra a tísica*, ano 7, n.2, p.14-20. jul./dez. 1908.

²²⁷ Na Bretanha, existiram alguns dispensários inaugurados na década de 1910 que serviam somente tratamento pela tuberculina. Existia uma liga assistencialista organizada somente para este propósito, a *Tuberculin Dispensary League for the Establishment of Tuberculin Dispensary in the Poorer Parts of London*, criada em 1909. O objetivo da liga era tratar gratuitamente pobres com a tuberculina e instruir clínicos no uso da mesma (Bryder, 1988 p.35).

XX, como Albert Calmette (1863-1933), Nathan Raw (1866-1940), Hermann Sahli (1856-1933) e Carl Spengler (1860-1937), entre vários outros, acreditavam que o tratamento tuberculínico, como era chamado, alcançaria sempre bons resultados, contanto que o manejo da fórmula fosse controlado e os pacientes adequadamente selecionados para o tratamento²²⁸.

Tendo conhecimento destes estudos, o Dispensário “Clemente Ferreira” e sua equipe promoveram vários testes com diferentes tuberculinas, posteriormente divulgando seus resultados e considerações através dos relatórios da liga e associação paulista e também da revista Defesa Contra a Tísica.

Ainda acompanhando as propostas científicas desenvolvidas no exterior para o tratamento da tuberculose, também foram realizados ensaios com outras substâncias, como o atoxil, paratoxina Lemoine, arsênio, micolisina, entre vários outros²²⁹. Porém, apesar da variedade de objetos de estudo nos primeiros anos de pesquisas ocorridas no dispensário, as observações foram em número limitado. Em geral, grupos de um a seis pacientes eram selecionados para testes com cada uma das variadas substâncias e técnicas e, por vezes, em somente um paciente eram testadas mais de uma terapêutica²³⁰.

Tendo em vista que, desde o início das atividades de pesquisa do dispensário, o mesmo atendia pouco mais de 200 tuberculosos ao ano (ver tabela 7), a quantidade de testes realizados nos pacientes do local é relativamente pequena. A baixa frequência de testes não é justificada nos relatórios ou na revista de divulgação, entretanto, poderíamos apreender que, como as condições para a realização destes tratamentos eram a boa condição física inicial do paciente e também a certeza de que ele não abandonaria o tratamento, estas condições acabaram limitando a ocorrência de testes.

²²⁸ LPCT. *Op. cit.* 1917. p.24-30.

²²⁹ Conforme os relatórios da liga paulista, os usos do atoxil e da paratoxina Lemoine foram iniciados no dispensário em 1908; o arsênio, em 1909; a micolisina, em 1910. LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Dispensario Clemente Ferreira. Exercício de 1908. Relatorio dos trabalhos do Dispensário antituberculoso “Clemente Ferreira” apresentado à Assembleia Geral Ordinaria de 30 de Janeiro de 1909 pelo Dr. Clemente Ferreira, Director do dispensario. São Paulo: Typ. Espindola & Comp. 1909. p.22-23; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1909. Relatorio apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinaria de 26 de fevereiro de 1910 pelo Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Siqueira, Sales & C. 1910. p.19-21; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Relatorio do anno de 1910 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 21 de Fevereiro de 1911 pelo Dr. Clemente Ferreira, presidente. São Paulo: Typ. Siqueira, Nagel & C. 1911. p.23-25.

²³⁰ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Dispensario Clemente Ferreira. Exercício de 1908. Relatorio dos trabalhos do Dispensário antituberculoso “Clemente Ferreira” apresentado à Assembleia Geral Ordinaria de 30 de Janeiro de 1909 pelo Dr. Clemente Ferreira, Director do dispensario. São Paulo: Typ. Espindola & Comp. 1909. p. 31-41; LPCT. *Op. cit.* 1911. p.37-49.

De acordo com os relatórios anuais da liga e da associação, a quantidade de doentes que pediam auxílio do dispensário quando a doença ainda estava em seu desenvolvimento inicial variou bastante, de 27% em 1907 a 60% em 1910²³¹. Logo, nem todos os pacientes estariam aptos a participarem dos testes com as terapêuticas à disposição no laboratório do local. Também observamos, através de seus relatórios anuais, que o número de pacientes que abandonavam o tratamento antes de sua conclusão era aparentemente elevado, quando comparamos os números de abandono de tratamento com o número de doentes atendidos²³² (ver tabelas 7 e 8).

Talvez o fato de que muitas destas terapêuticas fossem importadas pelo dispensário, que possuía uma renda limitada para administrar, tenha implicado em quantidades reduzidas de substâncias terapêuticas armazenadas no local. Também supomos que o laboratório do dispensário fosse dependente da fabricação e posterior doação²³³ de tuberculinas produzidas pelos institutos de pesquisa paulistas, uma vez que não existe menção, nos relatórios anuais da liga, à produção deste material pelo seu laboratório.

Também devemos lembrar a falta de estrutura do dispensário para o desenvolvimento de estudos clínicos. A construção de um espaço melhor estruturado para as pesquisas científicas realizadas pela liga paulista, de forma a transformar o órgão em uma referência nos estudos da tuberculose, também fez parte das demandas envolvidas na construção do novo dispensário²³⁴, que foi inaugurado somente em 1913.

3.2 O Serviço Sanitário e a tuberculose na capital paulista

Ao observarmos, portanto, as ações organizadas e dirigidas ao combate à tuberculose e todo o discurso de engajamento realizado pela liga paulista, descritos até o momento, estas se concentravam em ações um tanto diferenciadas em relação ao exercício da saúde pública praticada no estado de São Paulo.

²³¹ APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório do anno de 1906 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de Janeiro de 1907 pelo Dr. Clemente Ferreira, presidente da Associação. São Paulo: Typ. Augusto Siqueira & C. 1907. p.15; LPCT. *Op. cit.* 1911. p.10.

²³² Relatórios Anuais da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos e da Liga Paulista contra a Tuberculose, 1902-1917. Acervo do Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”.

²³³ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Relatório do anno de 1910 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 21 de Fevereiro de 1911 pelo Dr. Clemente Ferreira, presidente. São Paulo: Typ. Siqueira, Nagel & C. 1911. p.25.

²³⁴ LPCT. *Op. cit.* 1909. p.30; LPCT. *Op. cit.* 1911. p.29.

Como vimos, esta área era de responsabilidade do Serviço Sanitário, que se organizava, em linhas gerais e conforme a lei de 1896, para as práticas higienistas de controle de doenças epidêmicas e de manutenção da salubridade dos espaços privados e públicos, através de desinfecções e isolamentos. Além do investimento em pesquisas científicas para solucionar problemas de saúde pública e a fiscalização de alimentos e do exercício da medicina e da farmácia. O Serviço Sanitário, conforme era estruturado, não enfrentaria a moléstia da mesma maneira que a liga paulista - sua base filantrópica, seus centros voltados ao atendimento, cuidados e tratamento do indivíduo tuberculoso.

Porém, ao analisarmos a atuação do Serviço Sanitário e suas seções no controle da tuberculose, podemos perceber que as ações promovidas pelo órgão público de saúde e pelo órgão filantrópico e voltadas para a moléstia podem ser consideradas complementares, o que vem de encontro à literatura que trata do tema.

Segundo a bibliografia, existem indicativos de que houve, entre os dois órgãos, uma divisão de quais ações de combate à tuberculose caberiam a cada um deles. Cláudio Bertolli, Marta de Almeida e Maria Alice Ribeiro concordam que, ao Serviço Sanitário cabiam as desinfecções de domicílios, roupas e objetos, as instruções sanitárias e a construção, em 1911, da estrada de ferro que ligaria Pindamonhangaba a Campos do Jordão, melhorando o acesso a este distrito, considerado como o lugar ideal para a construção de sanatórios para doentes com tuberculose pulmonar, devido à qualidade climática da região. À liga paulista, segundo os três autores, e também conforme proposto por Ana Margarida Rosemberg e André Mota (2005), competia a divulgação profilática, através da fixação de cartazes e distribuição de panfletos em espaços públicos, a atenção ao doente e a administração do Dispensário “Clemente Ferreira”.

Porém, pela documentação proveniente das seções do Serviço Sanitário e seus relatórios anuais, pudemos identificar outras importantes atribuições e responsabilidades com relação ao combate à tuberculose, já no início do século XX.

No caso dos relatórios produzidos pelo Serviço Sanitário²³⁵ existem informações a respeito das desinfecções de locais contaminados pela tuberculose e realizadas pelo Serviço de Desinfecção, e também sobre a verificação e controle da salubridade de moradias coletivas pela Inspetoria Sanitária. Já nos relatórios do Instituto Soroterápico, há dados sobre a produção de tuberculina e pesquisa sobre a tuberculose. E, nos

²³⁵ Os relatórios anuais do Serviço Sanitário contém a versão sintetizada dos relatórios de cada uma de suas seções.

relatórios do Laboratório Farmacêutico do Serviço Sanitário, estão relacionados os envios de “fórmulas” ao Dispensário “Clemente Ferreira”. Finalmente, nos relatórios do Instituto Bacteriológico, publicados na Revista Médica de São Paulo, estão relacionadas a análise de escarros para verificação da tuberculose e a autópsia de corpos para o diagnóstico da doença.

De acordo com os relatórios anuais publicados pelo Instituto Soroterápico, a tuberculina produzida pelo instituto teve sua fabricação iniciada em 1907²³⁶ pelo farmacêutico Bruno Rangel Pestana²³⁷ e, durante os anos que abarcam o período deste trabalho, lotes de tuberculina de origem bovina e humana foram distribuídos para diferentes instituições, como a Santa Casa de Misericórdia, repartições do Serviço Sanitário, e também para clínicos paulistas em diferentes diluições, nas proporções de Manguinhos ou de Nathan Raw, conforme a demanda dos estabelecimentos ou dos clínicos. O Dispensário “Clemente Ferreira” figura nos relatórios como um dos principais recebedores da tuberculina líquida produzida pelo Soroterápico²³⁸.

De acordo com Clemente Ferreira, Vital Brazil, diretor do instituto, também havia se disposto a produzir a paratoxina Lemoine, terapêutica para a tuberculose desenvolvida em 1905, na França, e que teria ação sobre o fígado do paciente, exercendo bons resultados em seu apetite e funções gastrointestinais²³⁹. Entretanto, a entrega de tal substância pelo instituto não está registrada nos relatórios da associação paulista, nem do Soroterápico.

No tocante às pesquisas, o Instituto Soroterápico iniciou, também em 1907, os estudos sobre a natureza do bacilo causador da tuberculose, buscando desenvolver imunizantes e terapias para o tratamento da doença através da utilização de cobaias²⁴⁰.

²³⁶ Sobre a saída anual das diferentes tuberculinas produzidas no instituto para o período estudado aqui, consultar tabela 11.

²³⁷ Bruno Rangel Pestana nasceu em São Paulo em 15 de setembro de 1881. Diplomou-se em 1902 pela Faculdade de Farmácia, anexa a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Cinco anos mais tarde integrou o quadro técnico do antigo Instituto Soroterápico. ARQUIVO HISTÓRICO DE SÃO PAULO. História das ruas de São Paulo. Disponível em: <<http://www.dicionarioderuas.prefeitura.sp.gov.br/PaginasPublicas/ListaLogradouro.aspx>>. Acesso em: 30/07/2014.

²³⁸ Relatórios do Instituto Butantan. 1901-1912. Acervo Núcleo de Documentação do Instituto Butantan.

²³⁹ FERREIRA, C. M. C. O tratamento da tuberculose no Dispensário “Clemente Ferreira”. *Defesa contra a tísica*, ano 7, n.2, p.14-20. jul./dez. 1908.

²⁴⁰ Relatórios do Instituto Butantan. 1901-1912. Acervo Núcleo de Documentação do Instituto Butantan. Não foram localizadas informações sobre como ocorreram as pesquisas referentes ao agente da tuberculose no local, nem seus resultados. O material referente à produção científica de Rangel Pestana não está completo no acervo do Instituto, dificultando nosso entendimento sobre as motivações na escolha do objeto de estudo e seus princípios científicos. No contexto estudado, também não foram localizadas publicações com resultados dos estudos desenvolvidos pelo farmacêutico, no que tange a tuberculose. De

Com relação ao envio de fórmulas produzidas pelo Laboratório Farmacêutico ao Dispensário “Clemente Ferreira” a partir de 1906, ocorridas através da determinação da Secretaria de Estado de Negócios do Interior²⁴¹, não foram encontrados dados a respeito de quais produtos eram entregues ao dispensário. Somente temos conhecimento, através dos relatórios do laboratório²⁴², sobre o valor total do material enviado²⁴³. Pelos relatórios da associação e da liga sabe-se que o Laboratório Farmacêutico do Serviço Sanitário foi o maior fornecedor de fórmulas ao Dispensário “Clemente Ferreira” a partir de 1909, elevando a cada ano o oferecimento de fórmulas, de maneira a acompanhar a necessidade do dispensário²⁴⁴.

Ao contrário das seções mencionadas, o Instituto Bacteriológico foi a seção que menos colaborou com as demandas provenientes da associação paulista. Apesar de ter se envolvido com o problema da tuberculose, o órgão tendeu a desenvolver suas atividades de pesquisa e diagnóstico da doença de maneira mais distanciada das demandas da associação, aparentemente não prestando apoio às suas atividades. Por outro lado, o Bacteriológico, segundo seus relatórios, respondeu a demandas originadas de outros órgãos públicos e clínicos alocados na cidade de São Paulo.

De acordo com os relatórios do órgão publicados na Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene, no primeiro ano da revista, onde foi publicado o relatório de 1897²⁴⁵, consta que o instituto promovia análise de escarros para a identificação do bacilo de Koch²⁴⁶ de forma a atender uma demanda externa ao

acordo com Regina Gualtieri, as limitações do laboratório da instituição impuseram a seleção dos estudos a serem desenvolvidos no local, os quais poderiam obedecer a três critérios, sejam as demandas sociais, os conhecimentos técnicos disponíveis à comunidade ou as condições materiais do laboratório. Provavelmente, os estudos sobre a bactéria se encaixavam nestas condições (Gualtieri, 1994, p.60).

²⁴¹ APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório do anno de 1906 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de Janeiro de 1907 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da Associação. São Paulo: Typ. Augusto Siqueira & C. 1907. p.16.

²⁴² Relatórios do Laboratório Farmacêutico do Estado de São Paulo. 1895-1917. Acervo Arquivo do Estado de São Paulo.

²⁴³ Em 1906, este valor totaliza 221\$000, já em 1917, a quantia é de 13:810\$900. Relatórios do Laboratório Farmacêutico do Estado de São Paulo. 1895-1917. Acervo Arquivo do Estado de São Paulo.

²⁴⁴ LPCT. Liga Paulista contra a tuberculose. Exercício de 1909. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinaria de 26 de fevereiro de 1910 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Siqueira, Sales & C. 1910. p.17; LPCT. Liga Paulista contra a tuberculose. Relatório do anno de 1910 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 21 de Fevereiro de 1911 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente. São Paulo: Typ. Siqueira, Nagel & C. 1911. p.21.

²⁴⁵ A publicação dos relatórios do Instituto Bacteriológico na Revista Médica não foi regular. Mesmo nos relatórios do Serviço Sanitário, o espaço reservado para o relato dos trabalhos do instituto é bastante reduzido. Portanto, as fontes provenientes do Instituto Bacteriológico encontram-se incompletas.

²⁴⁶ Conforme publicado na Revista Médica de São Paulo, em 1900, o Instituto Bacteriológico fazia exames de análise bacteriológica e de microscopia clínica, sendo que os exames seriam feitos gratuitamente quando requisitados por autoridades, por estabelecimentos de caridade, por doentes

instituto, em sua maior parte, da diretoria e médicos do Hospital da Força Pública.

Sobre as pesquisas realizadas no instituto voltadas para a moléstia, a Revista Médica também menciona o episódio, já visitado por Maria Alice Ribeiro (1991, p.33), sobre a pesquisa encaminhada a pedido do Secretário do Estado de Negócios do Interior, em 1902, e relativa à cura da tuberculose, que Las Casas dos Santos proclamava ter descoberto. Para o acompanhamento das experiências, foi nomeada uma comissão de médicos, entre os quais, o diretor e funcionários do instituto²⁴⁷. Entretanto, as experiências foram interrompidas “[...] em vista das irregularidades que constão das actas e que foram cometidas por pessoas de confiança de dr. Las Casas, indicada por elle para auxiliar ditas experiências”²⁴⁸.

Nos anos seguintes, de acordo com os relatórios publicados, o instituto também promoveu autópsias para determinar a confirmação do diagnóstico da moléstia, assim como observou uma variação do lúpus associado à tuberculose, que seria uma forma rara da doença²⁴⁹. O Bacteriológico e seus pesquisadores também publicaram textos científicos referentes à etiologia da tuberculose em inúmeras edições da Revista Médica de São Paulo que, de acordo com Ana Maria Faccioli de Camargo (1894), foi um importante veículo de difusão para os trabalhos do instituto (Camargo, 1984, p.174-183).

Sobre as desinfecções e a fiscalização das habitações mencionadas anteriormente, as principais fontes são os relatórios do Serviço Sanitário, que citam a ocorrência freqüente das desinfecções e das intervenções feitas pelos inspetores sanitários. De acordo com Rodolpho Telarolli, havia um grande número de dispositivos regulando as construções e o uso do solo urbano, as habitações individuais e coletivas, a higiene das casas e quintais, assim como a intervenção do órgão de saúde pública sobre os mesmos. As casas insalubres podiam ser demolidas ou reformadas por ordem das autoridades sanitárias estaduais, o que constituiu um foco permanente de atritos com a

indigentes, quando o instituto tivesse algum interesse científico na análise ou em caso de utilidade pública. Em outras situações, os exames e análises seriam remunerados. No caso do exame para verificação do bacilo de Koch, o valor seria de 20\$000. LUTZ, A. Instituto Bacteriologico do Estado de S. Paulo. Instruções relativas aos exames e analyses que podem ser requisitados do Instituto Bacteriológico do Estado. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 3, n.2, p.28-31. 15 fev. 1900. p.28-29.

²⁴⁷ Conforme Ribeiro, a comissão foi composta por Adolpho Lutz, Vital Brazil, Dorival Penteado, Carlos Meyer, Bonilha de Toledo, Ivo Brandi e Las Casas dos Santos (Ribeiro, 1991, p.33).

²⁴⁸ RESUMO... Resumo dos trabalhos do Instituto Bacteriologico de S. Paulo. 1892 à 1906. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 10, n.4, p.65-87. 28 fev. 1907. p.68.

²⁴⁹ Ibidem. p.80.

população e as administrações municipais. Prescrevia-se a caiação das casas, a elevação da altura do teto e o rebocamento das paredes. Essas medidas tinham por objetivo garantir a melhoria da circulação do ar e a redução da umidade e dos bolores, favorecendo as desinfecções domiciliares, prejudicadas nas casas de construção muito precária (Telarolli, 1996, p.134).

O exercício das desinfecções e vistorias realizadas pela equipe do serviço e voltadas ao controle da disseminação da tuberculose estava garantido pelo regulamento do Serviço Sanitário de 1896, sendo, portanto, da responsabilidade do serviço a realização do trabalho, ainda que, inicialmente, o dispensário tenha organizado algumas desinfecções, porém interrompendo a prática a partir de 1905, conforme seus relatórios.

A liga paulista, nos relatórios do Serviço Sanitário é lembrada por seus trabalhos, no que se refere à administração do dispensário, às instruções sobre a doença divulgadas para a população, e, principalmente, por comunicar ao Serviço Sanitário quando ocorria a mudança de residência realizada por algum doente freqüentador do dispensário da associação, para que a moradia fosse desinfetada. Na revista publicada pela associação paulista, existem referências do envio destas informações ao Serviço Sanitário com o respectivo pedido de desinfecção, ação considerada pela liga paulista como essencial ao combate à tuberculose, devido à associação existente entre a doença e a habitação insalubre²⁵⁰. De acordo com a revista, o mesmo pedido era feito também em caso de óbito do paciente tratado pelo dispensário²⁵¹.

As desinfecções e as vistorias de imóveis promovidas pelo Serviço Sanitário através do Serviço Geral de Desinfecção eram consideradas como principais ações do órgão para o controle da tísica²⁵², podendo refletir diretamente na diminuição dos números anuais de mortalidade provocada pela doença e expostos pela demografia sanitária.

De acordo com o relatório do Serviço Sanitário do ano de 1905, a tuberculose estava em plena queda desde o ano de 1896, a ponto de São Paulo apresentar um dos menores coeficientes de mortalidade por tuberculose no Brasil e entre as principais

²⁵⁰ REDACÇÃO... Redacção - A tuberculose no domicilio. *Defesa contra a tísica*, ano 4, n.1, p.1-4. abr. 1905.

²⁵¹ O DISPENSARIO... O Dispensario Clemente Ferreira durante o anno de 1910. *Defesa contra a tísica*, ano 10, n.1, p.10-16. jan./jun. 1911. p.14.

²⁵² SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emilio Ribas, Director do Serviço Sanitario do Estado de S. Paulo. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1906. p.11-15.

idades do mundo²⁵³. Conforme o relatório, a queda de 434 para 344 óbitos pela moléstia, que representaria cerca de 20% de diminuição em menos de uma década, se assemelharia ao que a Inglaterra havia conquistado com sua campanha antituberculose.

A diminuição dos números foi atribuída, principalmente, às fiscalizações de edificações realizadas pelos inspetores sanitários e às reformas dos domicílios insalubres impostas pelo serviço desde 1900, conforme o relatório²⁵⁴, de forma a permitir a entrada de sol e arejamento dos espaços. Também foram consideradas como ações importantes para o controle da disseminação da tuberculose, as desinfecções sistemáticas dos domicílios em que ocorreram mortes pela moléstia, assim como roupas e objetos em contato com os doentes²⁵⁵.

Ademais, de acordo com o texto, foram fundamentais a distribuição de instruções sobre o contágio pela doença e a “educação do publico”, feitos, principalmente, pela Liga Paulista contra a Tuberculose²⁵⁶.

Segundo o diretor da seção de Estatística Demógrafo-Sanitária, Rubião Meira²⁵⁷, ao avaliar a queda na mortalidade total provocada pela tuberculose, a mesma era resultado das atividades postas em prática pelos dois órgãos, conjuntamente:

“[...] as oscillações mortuárias da tuberculose apresentam alguma differença de um anno para outro, sendo certo que ella já mostra tendencias a diminuição, o que deve ser o resultado da campanha, aberta de algum tempo pra cá, por benemerita associação [paulista de sanatórios populares para tuberculosos], e dos conselhos e medidas prophylaticas postas em execução pela Directoria Sanitaria contra este terrivel flagello [...]”²⁵⁸

²⁵³ SÃO PAULO. *Op.cit.* 1906. p. 11-12.

²⁵⁴ Ibidem. p. 12.

²⁵⁵ Ibidem. p.12.

²⁵⁶ Ibidem. p. 12.

²⁵⁷ Domingos Rubião Alves Meira (1878-1946, Rio de Janeiro) era formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em São Paulo, exerceu atividade clínica, atuou na *Gazeta Clínica*, periódico médico com o qual contribuiu e chegou a editar, além de dirigir a Seção Demógrafo-Sanitária entre os anos de 1903 a 1915. A partir de 1916, ano em que deixou a direção da Seção, passou a conciliar sua atividade clínica com a docência na recém criada Faculdade de Medicina de São Paulo (Alves, 1999, p.63-64).

²⁵⁸ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. *Anuario Estatistico da Secção de Demographia*. Anno de 1902. São Paulo, Typographia do “Diario Official”. 1903. p.115. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011003&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 2016.

Concluindo esta análise das atuações do Serviço Sanitário e da liga e associação paulista no combate à tuberculose, consideramos importante salientar que o Serviço Sanitário, nos trechos reservados à tuberculose em seus relatórios, apresentava constantemente o combate contra a tuberculose como algo efetuado tanto pela liga e associação como pelo órgão público, sugerindo um equilíbrio de responsabilidades no combate, ou a equivalência na importância entre os recursos usados por cada órgão para o enfrentamento à doença.

Entretanto, o material proveniente da liga e da associação sugere que o grupo filantrópico teria encabeçado a campanha de maneira quase isolada, através dos recursos originados de doações de particulares e de subvenções fornecidas pelos órgãos públicos. Muitas vezes reconhecia os auxílios prestados pelos diretores das seções do Serviço Sanitário, agradecendo-os pelas contribuições, sugerindo que as mesmas serviriam somente como uma colaboração à luta contra a doença²⁵⁹.

Porém, ainda que os dois discursos tivessem objetivos diferentes, consideramos que ambos puderam colaborar no controle da tuberculose na capital do estado, conforme a organização de cada órgão. O Serviço Sanitário e sua organização moldada em práticas de cunho higienista - de combate às doenças através de intervenções realizadas pelos inspetores sanitários e da abertura de institutos de pesquisa - e a Liga contra a Tuberculose - com sua base filantrópica de atendimento ao doente - puderam contribuir para o controle da disseminação da doença, com ações complementares.

Entretanto, ao observarmos a campanha contra a tuberculose realizada no interior do estado, podemos ver que a mesma apresentou contornos muito diferentes do ocorrido na capital paulista.

3.3 As iniciativas da Liga Paulista contra a Tuberculose e as ações do Serviço Sanitário no interior do estado de São Paulo voltadas ao controle da tísica, de 1898 a 1910

O combate à tuberculose pelos órgãos público e privado de saúde não foi limitado à capital. Ambos procuraram estender suas atividades para o interior do estado de São Paulo, de forma a intensificar o controle sobre a disseminação da tuberculose.

²⁵⁹ Infelizmente, ainda não foram localizados os relatórios do Serviço Sanitário de 1898 a 1903, que coincidem com os primeiros anos de ação da liga e associação paulista e que poderiam revelar como os órgãos público e privado se coordenaram nestes primeiros anos conjuntos de “luta contra a tuberculose”, do ponto de vista do Serviço Sanitário.

Porém, a atuação de cada órgão nas cidades do interior apresentou configurações diferentes ao efetuado na capital, como veremos a seguir.

3.3.1 A Liga Paulista contra a Tuberculose e suas iniciativas no interior paulista

A associação paulista, em seus primeiros anos de atuação, procurou organizar subcomissões fora da cidade de São Paulo com o apoio de médicos locais e outros indivíduos interessados em formar núcleos da liga fora da capital, para promover e generalizar a “educação antituberculosa do povo”, realizar conferências, publicar artigos em jornais locais e estimular as doações de iniciativa privada²⁶⁰.

Conforme o primeiro relatório de atividades publicado pela associação, a partir do momento de sua criação, ela tentou formar subcomissões em diferentes municípios de São Paulo²⁶¹, através do envio de circulares aos clínicos das cidades onde eles foram solicitados a organizarem núcleos de combate à tuberculose. Era esperado que as subcomissões divulgassem, através de conferências e de textos nas imprensas locais, os conceitos mais essenciais sobre a profilaxia da moléstia, incentivando o “ensino antituberculoso das classes populares”, vulgarizando a necessidade de sanatórios para o tratamento de tuberculosos pobres e incentivando as doações feitas à Liga Paulista contra a Tuberculose²⁶².

Entretanto, o projeto não obteve sucesso. As comunidades médicas locais não foram sensibilizadas pela questão, ao ponto de organizarem campanhas contra a tuberculose em suas cidades. Somente em Piracicaba, organizou-se uma associação semelhante à associação da capital e que se empenhou na construção de um sanatório regional, o *Sanatório “São Luiz”*²⁶³.

²⁶⁰ ASSOCIAÇÃO... Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos: sua organização, trabalhos e situação atual. *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.1, p.3-8. mai. 1902.

²⁶¹ O relatório não informa quais cidades foram abrangidas no projeto de criação de subcomissões, nem quais médicos foram contactados. O projeto consta somente no primeiro relatório da associação; não foram localizadas informações a respeito da continuidade da ação nos outros relatórios anuais ou na *Defesa contra a tísica* posterior ao ano de 1902.

²⁶² APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. 1º Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão anual ordinária de Janeiro de 1904 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação (Correspondente aos 4 primeiros anos da existência legal da Associação). São Paulo: Siqueira, Salles & C.-R. 1910. p.6.

²⁶³ Ibidem. p.7.

**O Sanatório “São Luiz” em Piracicaba:*

Uma das primeiras obras da liga paulista no interior do estado foi o Sanatório “São Luiz”, em Piracicaba, construído através dos esforços de Lydia de Rezende. O sanatório foi idealizado, em fins de 1902, pelo médico Joviniano Reginaldo Alvim, que foi auxiliado financeiramente pela família do Barão de Rezende²⁶⁴, cuja filha Lydia, depois foi organizadora da obra²⁶⁵.

O projeto, desenhado pelo engenheiro Augusto Fomm e inspirado no modelo do Sanatório de Angicourt, na França, previa um corpo central - com capela, sala de espera, gabinete do médico e farmacêutico, uma farmácia e um laboratório de análises -, ligado a duas alas para acomodação dos tísicos, cada uma delas com capacidade para 40 doentes. Atrás do corpo central, estavam localizados a copa, refeitório, cozinha e dispensa, e à frente da construção estaria a “galeria de cura” - um corredor bem ventilado para a mobilidade dos doentes²⁶⁶.

Para a construção da obra foi fundada a *Sociedade-Sanatório S. Luiz*, que teve Clemente Ferreira como seu primeiro presidente. De acordo com os estatutos da sociedade, o sanatório estava sendo criado com a missão de vulgarizar os conhecimentos sobre a profilaxia e a cura da tuberculose em Piracicaba, e dar atendimento gratuito para tuberculosos pobres e operários²⁶⁷.

Recebendo 24.000\$000 do Governo Federal e Estadual em 1906, no total, para auxiliar na construção do edifício, a previsão era de que as obras fossem concluídas em 1910. O sanatório foi terminado em 1909, porém não pôde ser imediatamente inaugurado. As poucas doações de particulares e a irregularidade do subsidiamento oferecido pelos governos, que não foi entregue à sociedade anualmente desde o início de suas atividades, fez com que a mesma não tivesse recursos financeiros para atender doentes. Ainda que o sanatório já estivesse construído e mobiliado, a sociedade não teve

²⁶⁴ NOTÍCIAS... Notícias. Sanatorio S. Luiz, em Piracicaba. *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.2, p.86-89. nov. 1902.

²⁶⁵ A primeira menção localizada sobre Lydia de Rezende como organizadora da construção e montagem do Sanatório “São Luiz” encontra-se no relatório do sanatório para os exercícios de 1911-1912. SSL. Sanatório “São Luiz”. Exercício de 1911 e 1912. Relatório apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da Sociedade. São Paulo: Casa Graphica. 1913. p.3.

²⁶⁶ FOMM, A. O Sanatório “S. Luiz” em Piracicaba. *Defesa contra a tísica*, ano 2, n.1, p.83-84. out. 1903.

²⁶⁷ ESTATUTOS... Estatutos da Sociedade-Sanatorio S. Luiz. *Defesa contra a tísica*, ano 2, n. 1, p.85-94. out. 1903.

recursos para a contratação de um médico que dirigisse as atividades clínicas do local, considerado pela sociedade como vital para o funcionamento do estabelecimento²⁶⁸.

O controle da disseminação da tuberculose no interior do estado de São Paulo, nestes primeiros anos de luta contra a doença, portanto, não contou com a participação da liga paulista, ou de qualquer outra organização assistencialista voltada aos tísicos. Conforme a documentação que levantamos, tal luta foi de responsabilidade das Comissões Sanitárias organizadas pelo Serviço Sanitário.

3.3.2 O Serviço Sanitário e suas ações no interior do estado de São Paulo

De acordo com os relatórios do Serviço Sanitário, as mesmas ações efetuadas para o controle da tuberculose na capital, por parte do órgão - a distribuição para a população de livretos com instruções sobre a profilaxia da tuberculose, as desinfecções e as melhorias feitas em moradias insalubres²⁶⁹ - foram também postas em prática no interior do estado, pelos inspetores sanitários. Entretanto, as medidas não foram implantadas de maneira uniforme pelos distritos sanitários.

Conforme visto no capítulo anterior, os distritos sanitários foram organizados inicialmente através do regulamento sanitário de 1896²⁷⁰. Conforme o decreto, o estado de São Paulo estaria dividido em três zonas sanitárias: a primeira abrigaria a capital; a segunda, Santos e Campinas; a terceira, as demais cidades. Em cada distrito ficaria disposto um inspetor sanitário, auxiliado por desinfetadores.

Entre as cidades do estado, com a exceção da capital, Santos e Campinas - o segundo distrito sanitário - receberam maiores atenções do órgão público de saúde no combate à tuberculose, devido aos altos números de mortalidade que a moléstia provocava nestas duas cidades. Mas também devido às epidemias que atingiam estes locais e por terem sido regiões de maior peso político e importância para as atividades do complexo cafeeiro, o que levou a uma maior presença do Serviço Sanitário nestes espaços. No entanto, segundo o relatório da seção de estatística demógrafo-sanitária

²⁶⁸ SSL. Sanatório “São Luiz”. Exercício de 1911 e 1912. Relatório apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da Sociedade. São Paulo: Casa Graphica. 1913. p.3-20.

²⁶⁹ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório da Directoria do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo apresentado ao Sr. Secretario dos Negócios do Interior Dr. Gustavo de Oliveira Godoy pelo Diretor Geral Dr. Emilio Ribas, 1906. São Paulo: Typographia do Diário Official. 1907. p.15.

²⁷⁰ SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 394, 7 de outubro de 1896. Approva o regulamento do Serviço Sanitário.

para 1905, outras localidades do interior tinham índices de mortalidade por tuberculose ainda maiores:

“Quanto á mortalidade [total no interior do estado em 1904] houve 72.312 – sendo que a tuberculose victimou 1.917 pessoas [...]. sobre o total dos obitos dá uma porcentagem de 2,64. Ella é mais frequente nas cidades do Norte do Estado – Taubaté, Pinheiros, Lorena, Mogy das Cruzes e outras, nas da zona da Sorocabana, em Santos e Villa Bella.

Em muitas dessas, o coeﬃciente por mil habitantes é maior que na Capital. Assim, em Lorena é de 2,0%, em Taubaté 2,46%, em Jacarehy 1,88, em Pindamonhangaba 1,67, todos elles superiores ao de S. Paulo.”²⁷¹.

Assim, apesar destes dados terem sido elaborados por uma seção vinculada ao Serviço Sanitário - dados de caráter oficial, portanto - os relatórios do serviço fornecem mais informações sobre a atuação do órgão nas duas cidades indicadas. E, ao mencionar sua atuação no interior, o faz sucintamente, sem explanar sobre as especificidades da realização de uma campanha contra a tuberculose nos diferentes distritos sanitários, dificultando nossa compreensão sobre o andamento dos trabalhos voltados para o controle da tuberculose no interior de São Paulo. Ao exemplo do relatório de 1904, que se ocupa de relatar a necessidade de reformar a legislação sanitária para o interior²⁷²; o relatório de 1905, que trata somente da capital paulista, Santos, Campinas e Ribeirão Preto, não abordando outras cidades²⁷³; e o relatório de 1909, que aponta somente a mortalidade por tuberculose nos municípios do interior do estado²⁷⁴.

**Atuação da Comissão Sanitária em Santos:*

²⁷¹ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. *Anuario Estatístico da secção de Demographia*. Anno XI, 1904. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1905. p.26-27. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011004&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1904.

²⁷² SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Dr. Jose Cardoso de Almeida, Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emilio Ribas Director do Serviço Sanitario do Estado de S. Paulo. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1905. p.21-47.

²⁷³ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emilio Ribas, Director do Serviço Sanitario do Estado de S. Paulo. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1906. p.24-28.

²⁷⁴ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Director do Serviço Sanitario, anno de 1909. São Paulo: Typ. do Diario Official. 1913. p.20-31.

Conforme os números que obtivemos através dos relatórios anuais da seção de estatística demógrafo-sanitária, a cidade de Santos, no final do século XIX, sofreu com inúmeras epidemias de febre amarela, peste bubônica, varíola, impaludismo, entre outras. No entanto, em alguns anos, a tuberculose foi a doença responsável pelos índices mais elevados de óbito por moléstias infecciosas na cidade²⁷⁵.

Conforme Rodolpho Telarolli, tal quadro epidêmico foi resultado da insalubridade de Santos, do fluxo de pessoas causado pelo transporte ferroviário e também pela alta entrada de imigrantes através da zona portuária (Telarolli, 1996, p.49). Tendo em vista a importância estratégica de Santos para a economia cafeeira, a higienização da cidade foi uma prioridade para o poder estadual. (Telarolli, 1996, p.137-146).

Guilherme Álvaro, chefe da comissão sanitária de Santos a partir de 1904²⁷⁶, em seu histórico publicado em 1919, a respeito da campanha sanitária realizada pelo Serviço Sanitário na cidade desde o ano de 1893²⁷⁷, descreveu que o combate à insalubridade e epidemias foram as primeiras prioridades na atuação da Comissão Sanitária estabelecida no local, em 1893. Conforme Álvaro, a comissão, dirigida inicialmente por Tolentino Filgueiras, envolveu-se com a melhora do saneamento de água, reforma ou derrubada de cortiços e o combate às epidemias, principalmente de febre amarela, varíola e a ameaça de cólera, através de desinfecções, extermínio de ratos, vacinação contra a varíola e isolamento de doentes no Hospital de Isolamento local²⁷⁸.

De acordo com o relator do histórico, neste primeiro momento, a tuberculose passou despercebida, apesar da mortalidade que provocava²⁷⁹. No primeiro ano de atuação da comissão sanitária, a moléstia era a segunda causa de mortalidade por doenças transmissíveis, provocando a morte de 135 pessoas. A febre amarela teria provocado 1642 óbitos e a varíola, 59²⁸⁰. O combate à tuberculose é mencionado no documento quando ele trata do ano de 1904. Para este ano, existe a indicação de que as

²⁷⁵ Relatórios anuais da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Acervo da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/#2>. Acesso em: 27 fev. 2016.

²⁷⁶ ÁLVARO, G. Estado Sanitario de Santos em 1904. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 8, n.12, p.253-262. 30 jun. 1905. p.253.

²⁷⁷ ÁLVARO, G. *As campanhas sanitárias de Santos*. Suas causas e seus efeitos. São Paulo: Casa Duprat. 1919. O texto foi redigido a pedido de Arthur Neiva, diretor do Serviço Sanitário àquele momento.

²⁷⁸ Ibidem. p.48-78.

²⁷⁹ Ibidem. p. 52.

²⁸⁰ Ibidem. p. 51-52.

atenções voltadas para a doença estavam divididas com outras moléstias em situação epidêmica - varíola e impaludismo - ou que corriam o risco de apresentar um quadro epidêmico - como a febre amarela, febre tifóide e difteria²⁸¹. Guilherme Álvaro, escrevendo sobre as ações exercidas para o controle moléstia durante o ano de 1904, afirma que:

“[...] A tuberculose continuou a doença mais mortífera de Santos [...] e contra ella continuavam os esforços da C. [comissão] Sanitaria, já desinfectando os domicilios occupados pelos doentes, já promovendo a reforma dos prédios, para que a insolação e o arejamento dos apozentos modificassem usos e costumes nocivos, prejudiciaes aos moradores. As medidas postas em pratica vêm dando resultado, porquanto tendo dobrado a população santista no ultimo decenio de 1895 a 1904, o numero dos obitos pela tuberculose augmentou apenas de 20 % [...]”²⁸².

Através dos relatórios da comissão alocada em Santos e publicados na Revista Médica de São Paulo, Guilherme Álvaro relatou que também fazia parte da campanha de profilaxia da doença, a distribuição de cartazes em lugares públicos com informações sobre a etiologia e o contágio da tuberculose²⁸³.

Entretanto, Álvaro escreve que o trabalho da comissão, por vezes, era dificultado pela própria população, que procurava ocultar a origem dos tuberculosos falecidos ou removidos para a Santa Casa de Santos, na tentativa de evitar a desinfecção do local

²⁸¹ ÁLVARO, G. *Op. cit.* 1919. p. 95-97.

²⁸² Ibidem. p. 97. De acordo com o relatório da seção de Demografia-Sanitária do Estado, no ano de 1895 Santos era habitada por 2754 pessoas, tendo o número de óbitos por moléstias infecciosas totalizado 1391, e por tuberculose, 148 óbitos. Para o ano de 1904, o relatório do mesmo órgão para aquele ano expõe que a moléstia causou 185 mortes, porém, não há indicação do número total de habitantes. Conforme o relatório do Serviço Sanitário para o ano de 1904, em Santos, o número de óbitos para as principais doenças infecciosas, incluindo a tuberculose, foi de 407. SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. *Boletim Annual de Estatística Demographo-Sanitaria*: Anno de 1895. São Paulo: Typographia do "Diario Official". 1895. p.22-30. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10019999&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1895; SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. *Anuario Estatistico da secção de Demographia*. Anno XI, 1904. São Paulo: Typographia do "Diario Official". 1905. p.58-189. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011004&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1903; SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Dr. Jose Cardoso de Almeida, Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emilio Ribas Director do Serviço Sanitario do Estado de S. Paulo. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1905. p.20.

²⁸³ ÁLVARO, G. *Op. cit.* 30 jun. 1905. p.256.

previamente habitado pelo doente²⁸⁴. No texto, Guilherme Álvaro questiona o posicionamento da população, afirmando que o serviço era feito gratuitamente, com discricção e sem causar danos materiais aos moradores²⁸⁵.

Portanto, o trabalho efetuado pela comissão sanitária em Santos pôde desenvolver algumas ações no controle da disseminação da tuberculose. Embora a comissão tenha dividido suas atenções para o combate a outras doenças, a tuberculose também se tornou alvo de suas ações através da prática das desinfecções, das vistorias em moradias coletivas e da publicidade para a profilaxia da doença. Porém, a resistência popular mencionada pode nos levar a questionar a frequência da execução destas ações e mesmo a contagem de óbitos totais causados pela doença.

**Atuação da Comissão Sanitária em Campinas:*

Já para o caso de Campinas, pelas informações que encontramos, as ações de enfrentamento da doença foram quase inexistentes. Os relatórios sobre o estado sanitário de Campinas, redigidos por Octávio Marcondes Machado, chefe da comissão sanitária da cidade desde 1902, e dirigidos ao diretor do Serviço Sanitário, também publicados na Revista Médica de São Paulo²⁸⁶, colocam que, no início do século XX, as maiores preocupações sanitárias para a cidade, em linhas gerais, seriam a alta mortalidade infantil, a falta de tratamento de água para a população e o perigo do surgimento de novas epidemias devido ao grande número de linhas férreas que convergiam no local²⁸⁷.

Porém, a ausência de inspetores sanitários - tão reclamada ao longo dos relatórios redigidos por Machado - não permitia dar conta das atividades exercidas pela

²⁸⁴ Sobre a população santista e sua relação com a tuberculose, Thomaz Catunda, médico da Santa Casa de Santos, afirmava que aquela era “[...] aferrada à antiga doutrina da herança tuberculosa e, em sua maioria absoluta, desacomodada em relação a causas de contágio.” CATUNDA. T. A tuberculose em Santos. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 4, n.3, p.43-49. 15 fev. 1901. p.44.

²⁸⁵ ÁLVARO, G. *Op. cit.* 1919. p. 122.

²⁸⁶ MACHADO, O. M. Estado Sanitario de Campinas em 1903. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 7, n.22, p.530-537. 30 nov. 1904; MACHADO, O. M. Estado Sanitario de Campinas em 1904. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 8, n.8, p.182-187. 30 abr. 1905; MACHADO, O. M. Estado Sanitario de Campinas em 1909. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, São Paulo, ano 8, n.3, p.46-52. 15 fev. 1910; MACHADO, O. M. Estado Sanitario de Campinas em 1910. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 14, n.5, p.83-96. 15 mar. 1911.

²⁸⁷ MACHADO, O. M. Estado Sanitario de Campinas em 1903. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 7, n.22, p.530-537. 30 nov. 1904.

comissão e muito menos promover a resolução dos problemas citados. Os relatórios indicam também que os poderes municipais não tinham condições de exercer suas responsabilidades na manutenção sanitária da cidade, conforme o código sanitário de 1896, como a limpeza pública ou o efetramento das obras para o tratamento de água, sendo necessária a intervenção do governo estadual²⁸⁸.

Neste contexto difícil para a ação da Comissão Sanitária, a tuberculose não recebeu nenhuma atenção privilegiada, ou ao menos comparável ao realizado na capital ou em Santos pelos órgãos de saúde pública, contrariando a afirmação de Emílio Ribas, o qual relatou que em Campinas eram executadas as mesmas ações para o controle da tuberculose que na capital²⁸⁹. As únicas medidas sanitárias exercidas para o controle da doença foram as desinfecções “*post mortem*”.

Octavio Machado acreditava que a alta mortalidade provocada pela tuberculose em Campinas, que chegava a quase 60% das mortes por moléstias transmissíveis, seria insuperável caso não fossem instalados dispensários e sanatórios para tratamento e isolamento dos doentes na cidade, assim como a prática da propaganda profilática, para melhor informar a população sobre a transmissão e cura da doença. Ademais, ele atribuía o elevado número de mortos por tuberculose na cidade, mais à existência da Santa Casa de Misericórdia em Campinas e, não tanto, pela insalubridade da cidade e das moradias, afirmando que um grande número de pessoas de outras localidades dirigia-se à Santa Casa em busca de tratamento para a doença e as mortes que ocorriam no local eram computadas no obituário de Campinas²⁹⁰. Considerava, também, que a situação era agravada pelo fato de o hospital não possuir um pavilhão especial para tuberculosos até o ano de 1910 e, mesmo com a sua construção naquele ano, o pavilhão estava localizado próximo às outras enfermarias e operando sem uma equipe própria, o que não anulava o risco da transmissibilidade²⁹¹.

Entretanto, ao avaliar as estatísticas e constatar que a mortalidade por tuberculose, apesar de elevada, estava estacionária, Machado considerou que este fato

²⁸⁸ MACHADO, O. M. *Op. cit.* 30 nov. 1904. p.531.

²⁸⁹ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emilio Ribas, Director do Serviço Sanitario do Estado de S. Paulo. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1906. p.15.

²⁹⁰ Maria Alice Ribeiro escreve que Campinas era o centro urbano da região, para onde eram atraídos doentes de várias localidades em busca de tratamento no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, o que elevava o número de óbitos registrados, já que muitos chegavam à cidade para morrer (Ribeiro, 1991, p.83).

²⁹¹ MACHADO, O. M. Estado Sanitario de Campinas em 1910. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 14, n.5, p.83-96. 15 mar. 1911. p.84-85.

devia-se às desinfecções efetuadas pela comissão²⁹², ainda que estas ocorressem somente após o óbito do doente, conforme já mencionado.

De acordo com a documentação, portanto, e através destes exemplos de atuação no combate contra a tuberculose em Santos e Campinas, percebe-se que as condições de ação não foram idênticas para as comissões e, apesar de não terem sido localizadas informações sobre o investimento feito pelo Serviço Sanitário para cada equipe, há indícios de que a comissão de Santos possuía mais recursos que a de Campinas²⁹³. Logo, aquela poderia ter mais condições de executar ações contra a tuberculose através de recursos públicos, apesar das dificuldades mencionadas.

A documentação também referencia brevemente o empenho da comissão sanitária alocada em Ribeirão Preto para combater a tuberculose. Conforme o relatório do Serviço Sanitário para o ano de 1906, as medidas de controle para doença realizadas naquela cidade eram as mesmas que as mobilizadas para a capital. De acordo com o relatório de Eduardo Lopes, chefe da comissão sanitária no local, publicado na Revista Médica de São Paulo, entretanto, as ações se resumiam a desinfecções após óbitos ou em caso de mudanças de tuberculosos, além de distribuição de desinfectantes para os mais pobres²⁹⁴.

Para as outras cidades do interior do estado não foram localizadas informações sobre a atuação do órgão público de saúde contra a tuberculose. Sabe-se que o norte do estado apresentava altos índices de mortalidade para a doença, conforme o relatório da seção de estatística demógrafo-sanitária citado, assim como o relatório do Serviço Sanitário de 1906, que também faz tal afirmação, salientando a grande ocorrência de moradias insalubres na região e em quase todas as cidades que acompanhavam a Estrada de Ferro Central do Brasil. Mas, conforme apontado por Marta de Almeida (Almeida, 2003, p.263), procurando destacar o relativo melhoramento dos dados sanitários para a tuberculose, Emílio Ribas utilizava-se dos dados estatísticos

²⁹² MACHADO, O. M. Estado Sanitario de Campinas em 1909. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, São Paulo, ano 8, n.3, p.46-52. 15 fev. 1910. p.47.

²⁹³ Em relatório do Serviço Sanitário para o ano de 1914, encontra-se a afirmação “a importancia de Campinas e o papel que ella representa na defesa sanitaria de zona rica e de immigração, justificam as necessidades apontadas [de construção do desinfectório e remoção do hospital de isolamento para local adequado]. Santos já recebeu o aparelhamento de que necessitava, deve caber a vez, agora à Campinas.” SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatório de 1914. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917. p.51. Aparentemente, Santos exerceria prioridade sobre os outros distritos sanitários, o que, provavelmente refletiu na distribuição de recursos financeiros para cada comissão.

²⁹⁴ LOPES, E. Estado Sanitario de Ribeirão Preto em 1905. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 9, n.11, p.217-223. 15 jun. 1906. p.218.

organizados pelo órgão. De acordo com Ribas,

“[...] Embora incompleta ainda, a estatística demographica já nos affirma que o flagello não tem augmentado no interior do Estado, destacando-se mesmo que em 1904 e 1903, com maior numero de municipios apurados, a mortalidade por tuberculose foi menor que em 1902, o mesmo acontecendo em 1905.”²⁹⁵

Apesar de Ribas afirmar que, estatisticamente, a mortalidade por tuberculose teria caído naquele início de século no interior do estado, os dados relativos ao interior eram incompletos. Algumas cidades não enviaram com regularidade os dados pedidos pela seção de estatística demógrafo-sanitária, que incluíam número de nascimentos, óbitos e suas causas, casamentos e população total. Logo, acompanhar a frequência da mortalidade pela moléstia em todo o estado se torna difícil. Também, não foram localizados os relatórios sobre a situação de cada distrito sanitário, as medidas higiênicas executadas e os principais problemas a serem resolvidos pelas comissões sanitárias, sendo que, nos relatórios do Serviço Sanitário encontra-se apenas uma síntese das ações realizadas pelas comissões sanitárias em cada distrito.

Concluindo, através do exposto, é possível apreender que, mesmo operando de maneira desigual nos seus distritos sanitários, o Serviço Sanitário e suas comissões reconheciam a importância da tuberculose, percebendo-a como um problema de saúde pública a ser enfrentado. Buscaram, assim, promover ações de controle da doença em cidades do interior de São Paulo, focando principalmente na prática das desinfecções para interromper o ciclo de contágios, na verificação da salubridade das moradias e na divulgação de informações sobre a profilaxia da moléstia.

Ademais, foi observado que a mobilização da comunidade civil para a formação de grupos filantrópicos que pretendessem combater a tuberculose nos moldes da liga paulista, ou seja, arregimentando pessoas e recursos para o levantamento de dispensários, sanatórios ou procurando exercer ampla divulgação do conhecimento médico sobre a moléstia para a população, foram em número bastante reduzido nas cidades do interior. Com a exceção do Sanatório “São Luiz”, em Piracicaba, não foram localizadas informações sobre outras iniciativas que buscassem dar assistência ao

²⁹⁵ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Dr. Jose Cardoso de Almeida, Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emilio Ribas Director do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1905. p.14.

tuberculoso carente de recursos. Para o interior do estado, o combate, quando existente, estava sob a organização do Serviço Sanitário e de suas comissões, através de algumas das práticas sanitárias já promovidas no espaço da capital do estado.

Capítulo 4 - Novas diretrizes para questão da tuberculose no estado de São Paulo, 1911-1917

Por volta de 1910, a tuberculose tornou-se uma grande fonte de preocupações para os serviços de saúde do estado, dado o crescimento da população urbana, com aumento das moradias coletivas e insalubres, e a expansão da mortalidade por tuberculose. A situação implicou no aumento do envolvimento dos órgãos de saúde, tanto público como privado, com maior destaque para o Serviço Sanitário, nas ações contra a presença e disseminação da tuberculose no espaço paulista.

Neste contexto, o Serviço Sanitário elaborou um novo código sanitário que, ainda que não fosse a esperada solução para a questão da tuberculose, foi capaz de aumentar a interferência do serviço público de saúde nos espaços em que a tuberculose proliferava, acabando por fomentar uma nova percepção e uma nova dinâmica entre o serviço e a doença.

4.1 O novo Código Sanitário e o aumento da vigilância sobre a tuberculose

Em 1911, foi emitido o Decreto Estadual n. 2141, de 14 de novembro de 1911²⁹⁶, que reorganizava o código sanitário, posteriormente aprovado com alterações pela Lei Estadual n. 1310, de 30 de dezembro de 1911²⁹⁷.

Conforme Telarolli, a reforma de 1911 acentuou a crescente estadualização das práticas sanitárias no Estado de São Paulo (Telarolli, 1996, p.230- 233). Intensificou-se a tendência, que já existiria na prática, de utilização da “educação higiênica” pelo Serviço Sanitário e foram estabelecidas orientações de conduta profissional e de reforma de construções como ferramenta acessória nas ações de polícia sanitária, assim

²⁹⁶ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.2141, de 14 de novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=135510>. Acesso em: 5 mar. 1916. 14 nov. 1911.

²⁹⁷ SÃO PAULO (Estado). Lei n.1310, de 30 de dezembro de 1911. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1911/lei-1310-30.12.1911.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 30 dez. 1911. Segundo Telarolli, pela primeira vez, invertia-se a seqüência dos dispositivos legais normalmente empregada nestas ocasiões. Nesse momento, o decreto do Executivo precedeu a lei, que o aprovou *a posteriori*, incluindo pequenas modificações (Telarolli, 1996, p.231).

como o aumento das regulamentações sobre as profissões, vendas de alimentos, produtos e circulação de pessoas (Telarolli, 1996, p.232). Também aumentou o controle do poder estadual sobre os problemas de saúde pública municipal, por intermédio de mecanismos de supervisão técnica e administrativa. (Telarolli, 1996, p.231).

Consideramos também que, além de legitimar uma abordagem diferente em relação às leis sanitárias anteriores, o código de 1911 teve como característica uma nova relação entre o Serviço Sanitário e a tuberculose, pois permitia maior intervenção do órgão nos espaços públicos e privados, objetivando o controle da doença²⁹⁸.

Ficou determinado àquele momento que a tuberculose entraria para o grupo de doenças de notificação obrigatória em caso de óbito. A notificação também devia ocorrer nos seguintes casos: quando na forma aberta da doença²⁹⁹ e o doente residisse em habitação coletiva; o doente trabalhasse em repartições públicas, fábricas, oficinas e estabelecimentos similares; trabalhasse em locais em que fossem preparadas substâncias alimentícias; fosse empregada como ama de leite e outras atividades relacionadas ao espaço doméstico; ou freqüentasse escolas e colégios, como estudante ou funcionário. Isto é, se o doente convivesse com outras pessoas, colocando em risco a saúde coletiva. Nestas condições, o doente deveria ser colocado em isolamento parcial domiciliar ou em hospitais dependentes do Serviço Sanitário. Também foi determinada a proibição de parteiras, dentistas, farmacêuticos, vendedores ambulantes, barbeiros e cabeleireiros de exercerem suas profissões, caso fossem diagnosticados com tuberculose³⁰⁰.

A nova lei também alertava para a desinfecção obrigatória de imóveis e de objetos em caso de mudança de residência pelo tuberculoso ou da aquisição, por lojas e bibliotecas, de livros, roupas e objetos de origem desconhecida³⁰¹.

No caso dos espaços de saúde, como os hospitais, estes estariam proibidos de colocar um tuberculoso entre pacientes com outros diagnósticos. Também eram

²⁹⁸ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.2141, de 14 de novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=135510>. Acesso em: 5 mar. 1916. 14 nov. 1911.

²⁹⁹ Conforme Ana Margarida Rosemberg, os termos tuberculose aberta e tuberculose fechada foram criadas pelo médico Jacques-Joseph Grancher e serviram para distinguir, respectivamente, a tuberculose com expectoração abundante da tuberculose com expectoração nula (Rosemberg, 2008, p.44).

³⁰⁰ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.2141, de 14 de novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Título II - Capítulo II, do Exercício da Obstetrícia; Capítulo III, do Exercício da Arte Dentária; Capítulo IV, do Exercício da Arte Farmacêutica; Capítulo XI, das Casas de Barbeiro e Cabeleireiro. Título IV - Capítulo II, do Isolamento; Capítulo VI, da Tuberculose. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=135510>. Acesso em: 5 mar. 1916. 14 nov. 1911.

³⁰¹ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.2141, de 14 de novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Título IV - Capítulo VI, da Tuberculose. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=135510>. Acesso em: 5 mar. 1916. 14 nov. 1911.

obrigados a notificar o Serviço Sanitário sobre os doentes recebidos e diagnosticados com a doença e informar sobre sua proveniência. Já os locais que fossem construídos com a intenção de oferecer, exclusivamente, tratamento aos tuberculosos deveriam ter autorização do órgão público para este fim, sendo que a planta do local, o lugar para o seu estabelecimento e o seu funcionamento deveriam obedecer às instruções especiais da diretoria do serviço³⁰².

Este código construiu uma nova relação do órgão público de saúde com a tuberculose. Tendo em vista o antigo código de 1896, que somente declarava a tuberculose como doença de notificação obrigatória, sem colocar nenhuma outra regulamentação a respeito da mesma e de seu controle, o novo código de 1911 estipulava uma série de intervenções relacionadas à restrição da circulação do doente nos espaços públicos, ao expurgo de seus objetos e moradia, e ao exercício profissional. Através da especificação das práticas higienistas de isolamento e desinfecções objetivando o controle da disseminação da doença, o novo código se voltou para a vigilância sobre seu portador, posto que ainda não eram conhecidos medicamentos que atacassem de maneira efetiva a bactéria transmissora, como vacinas ou soros. Também estipulava que qualquer estabelecimento voltado aos cuidados com o portador da moléstia, necessitava do aval do Serviço Sanitário para sua construção e funcionamento.

Também, como avanços da nova regulamentação, podemos destacar: a criação da *Seção de Engenharia Sanitária*, que objetivava dar pareceres sobre questões técnico-sanitárias, fiscalizar a construção de prédios na capital e realizar vistorias em serviços de saneamento no interior; a inspeção médico-sanitária nas escolas, que procurava instruir e vistoriar os estabelecimentos educacionais a respeito de sua higiene, examinar e vacinar estudantes e funcionários e garantir a profilaxia contra doenças transmissíveis, incluindo a tuberculose. O novo código também estipulou regras para a construção de escolas, fábricas, habitações, hospitais, casas de saúde, entre outros, de maneira a melhorar a circulação do ar, a salubridade e a segurança nestes espaços de grande movimentação de pessoas. Conforme já vimos, locais considerados privilegiados para a

³⁰² SÃO PAULO (Estado). Decreto n.2141, de 14 de novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Título IV - Capítulo VI, da Tuberculose. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=135510>. Acesso em: 5 mar. 1916. 14 nov. 1911.

transmissão da tuberculose e que, de acordo com a lei, seriam monitorados pelos inspetores sanitários e a, recém criada, seção de engenharia sanitária³⁰³.

Conforme os relatórios do Serviço Sanitário, as intervenções aprovadas pelo novo código sanitário foram executadas rapidamente e vários espaços sofreram reformas e melhorias. Nos relatos expostos nos relatórios do serviço, referentes ao policiamento sanitário e a seção de engenharia sanitária, está registrado que os inspetores se depararam com grandes irregularidades nas construções de fábricas, oficinas e habitações populares. O serviço, então, defendia a necessidade de um conjunto de leis claras que regulamentasse e ordenasse a construção destes espaços. Para ele, seriam leis destinadas a reger o crescimento da cidade de São Paulo³⁰⁴.

Ademais, é possível verificar o interesse dos inspetores nas chamadas “vilas operárias”, que são mostradas como semelhantes à colméias, com pequenos ambientes desprovidos de ar e luz, alocando moradores em quantidade superior a sua capacidade. Sobre as ações efetuadas nestes locais, foi afirmado que “[...] a campanha vai sendo productiva e já se pode ver, neste capítulo, crescido numero desses cortiços reformados, limpos, com as casas arêjadas, onde o sol começa a penetrar.”³⁰⁵.

Estender as supervisões sanitárias através do código de 1911 para os espaços fabris, também levou à exposição da realidade que, aos olhos do Serviço Sanitário, os trabalhadores enfrentavam. Através dos relatórios, o serviço acabou por se posicionar frente a questão, denunciando a exploração do trabalho de adultos e crianças em fábricas e oficinas de pouca salubridade e segurança:

“[...] Infelizmente está tudo por se fazer, por falta de leis, quer do Estado, quer do Municipio, para regulamentar a situação, o perfeito aparelhamento das fábricas e o seu funcionamento, tendo-se em vista a attenção que deve merecer-lhes o problema complexo da protecção dos operarios, adultos, menores e mulheres. O nosso regulamento abórda a questão nas suas linhas geraes, mas é mudo quanto á classificação das

³⁰³ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.2141, de 14 de novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitario do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=135510>. Acesso em: 5 mar. 1916. 14 nov. 1911.

³⁰⁴ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatorio de 1913. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917. 13-14.

³⁰⁵ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatorio de 1914. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917. p.31.

industrias, á capacidade dos operarios para o trabalho, e ao regimen deste. Por isso vemos constantemente as industrias, as mais perigosas sob o ponto de vista sanitário, surgirem nos locais os menos apropriados, com instalações as mais rudimentares, sem previo estudo do assumpto pelas auctoridades competentes, que só tem conhecimento de taes fabricas quando as encontram em suas vistas.”³⁰⁶.

Apesar do avanço que este código representava para a questão da tuberculose em São Paulo, marcando um posicionamento mais ativo no enfrentamento da doença por parte da administração do Serviço Sanitário, o texto recebeu críticas de Clemente Ferreira, presidente da Liga Paulista contra a Tuberculose, que usou a revista de difusão do órgão para expor suas idéias.

Para o diretor, seria quase impossível colocar em prática as disposições do novo código sanitário, pois não existiam estabelecimentos especiais para acolher os tuberculosos pobres domiciliados em cortiços. Ele mencionava a experiência inglesa, onde a obrigatoriedade da notificação e isolamento somente ocorreu depois que os locais para acomodar os doentes foram construídos³⁰⁷. Segundo ele, o único local àquele momento, que poderia acolher e isolar os diagnosticados com a doença era a Santa Casa de Misericórdia do município de São Paulo, que não possuía atributos higiênicos satisfatórios, nem funcionários que trabalhassem exclusivamente no pavilhão para os doentes, além dos poucos leitos³⁰⁸.

Segundo ele, também existiam algumas santas casas no interior do estado com um pavilhão construído para o trato do tuberculoso, mas muitos desses ainda não tinham sido inaugurados. Mesmo o isolamento em domicílio, como previa o código, era considerado, por Ferreira, como uma burla. Apesar desta ser uma prática efetuada também pela liga paulista, ao auxiliar nos custos do aluguel de um quarto em cortiços ou hospedagens para o isolamento do doente, tal prática era vista por ele como um

³⁰⁶ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatorio de 1915. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em commissão. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917. p.37.

³⁰⁷ FERREIRA, C. M. C. Isolamento dos tuberculosos em S. Paulo e a prophylaxia da tuberculose, de accôrdo com as disposições do ultimo regulamento sanitario. *Defesa contra a tísica*, ano 11, n.1 e 2. p.1-6, jan./dez. 1912. p.3. Conforme Linda Bryder, a notificação compulsória da doença para toda a Bretanha foi estabelecida em 1913. Antes desta data, as notificações referentes às doenças transmissíveis estariam a cargo das autoridades locais, que geralmente levavam em conta as discussões sobre a interferência na relação de confiança entre paciente e médico que a notificação representava, e sobre a garantia do anonimato do doente notificado, para que o mesmo não corresse o risco de ser estigmatizado na sociedade (Bryder, 1988, p.41-43).

³⁰⁸ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* jan./dez. 1912. p.2.

improviso, enquanto sanatórios e hospitais adequadamente organizados para receber, isolar e tratar estes doentes não fossem construídos³⁰⁹.

Ferreira ainda complementou escrevendo que tais regulamentos não causariam grande impacto na luta contra a moléstia, uma vez que os focos de doença continuariam a existir nos cortiços lotados onde, por conta da miséria e das más condições de higiene, seus moradores acabavam se expondo a uma “[...] contaminação forçada, de uma quasi inoculação experimental”³¹⁰.

Apesar das críticas ao texto do novo código sanitário, Clemente Ferreira, no relatório da liga paulista de 1911, reconheceu avanços na aprovação da lei, como a criação da Seção de Engenharia Sanitária e a inspeção médico-sanitária nas escolas. Demonstrou grande excitação por abrangerem, principalmente, intervenções nos espaços escolares e fábricas, reconhecendo como uma grande conquista no terreno da profilaxia da tuberculose a presença dos poderes públicos nestes locais. O médico também reconhecia nestas medidas atos de promoção da saúde e de preservação da infância e do trabalhador, duas categorias um tanto negligenciadas pela legislação³¹¹.

Posteriormente, durante a *Conferência Internacional sobre a Tuberculose*, ocorrida em Londres no ano de 1913, Clemente Ferreira, ao expor brevemente sobre o estágio da luta contra a doença no Brasil, afirmou que o novo regulamento introduziu melhorias com relação à profilaxia da tuberculose, principalmente por transformá-la em uma doença de notificação obrigatória³¹².

Mesmo que a visibilidade do evento não permitisse críticas abertas ao órgão de saúde pública³¹³, e mesmo que as críticas feitas anteriormente fossem válidas, posto que não existiriam espaços adequados para garantir o isolamento do tuberculoso e o seu tratamento, a nova regulamentação sanitária pôde ser vista como um avanço no trato com a tuberculose pelo Serviço Sanitário, permitindo que a doença participasse oficialmente do quadro de preocupações daquele órgão.

³⁰⁹ FERREIRA, C. M. C. *Op. cit.* jan./dez. 1912.

³¹⁰ Ibidem. p.4.

³¹¹ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1911. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 16 de Fevereiro de 1912 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. Paris: Librairie O. Berthier. 1912. p.44-47.

³¹² FERREIRA, C. M. C. The latest progress of the anti-tuberculosis fight in Brazil. In: *International Conference on Tuberculosis, London – 4th. and 5th. August 1913*. São Paulo: Casa Vanorden. 1913. p.4.

³¹³ Não foram localizadas informações a respeito da origem dos recursos para o envio de Clemente Ferreira a Londres, se o mesmo recebeu subvenção pública, privada ou se utilizou as receitas da liga paulista. Se o financiamento foi originado de verbas públicas, provavelmente Ferreira se preocuparia com as referências aos poderes públicos.

Não temos elementos para compreender a mudança de posição de Clemente Ferreira com relação à primeira crítica feita à nova regulamentação sanitária, no entanto, para o diretor da liga, ao final, ela foi vista como um avanço no trato com a tuberculose pelo Serviço Sanitário, permitindo que a doença participasse oficialmente do quadro de preocupações daquele órgão.

Como já visto, tanto a liga paulista como alguns representantes da saúde pública já haviam se posicionado a respeito do assunto. Para o Serviço Sanitário, tornava-se cada vez mais explícito como a baixa qualidade de vida do operário e sua saúde fragilizada, originada em sua exploração pelos empregadores e donos de habitações coletivas, era um fator para a disseminação da tuberculose, sendo necessária a intervenção dos legisladores e dos poderes públicos na matéria³¹⁴.

Como vemos, a lei de 1911 e as novas práticas sanitárias dela derivadas possibilitaram ao órgão de saúde pública um aumento nas intervenções praticadas pelo mesmo no meio público e privado no tocante à tuberculose, permitindo, inclusive, que o Serviço Sanitário estabelecesse uma nova abordagem com relação à doença, chegando a se posicionar com mais clareza frente aos problemas sociais que ela implicava.

A seguir, poderemos observar que, além da nova legislação, naquele momento outros avanços e iniciativas para o controle da tuberculose foram favorecidos, como o projeto de Emílio Ribas e Victor Godinho, discutido àquele mesmo ano, com propostas para o estabelecimento de uma vila sanitária e um sanatório em Campos do Jordão.

4.2 Emílio Ribas, Victor Godinho e o projeto sanatorial para Campos do Jordão

De acordo com as fontes levantadas, Emílio Ribas, desde os últimos anos do século XIX, quando se iniciou a campanha contra a tuberculose no estado de São Paulo, possuía a intenção de promover a construção de sanatórios em território paulista.

Por ocasião de um pedido feito, em 1899, pela Associação Paulista dos

³¹⁴ Conforme Liane Bertucci, a imprensa operária já estaria denunciando as condições de vida do trabalhador e a extensão dos danos causados pelas moléstias - a tuberculose, em particular - no seu cotidiano, desde a primeira década do século XX. A militância operária exposta nestes jornais, inclusive, apropriava-se de noções médico-científicas para dar visibilidade às suas posições e reivindicações em sua luta por melhores condições de saúde, transformando-as em instrumento de denúncia da ordem burguesa (Bertucci, 1992). Logo, não se deve ignorar o movimento operário e sua interferência nas questões de saúde pública, ainda que o material selecionado para o desenvolvimento deste trabalho não faça menções a tal mobilização.

Sanatórios Populares para Tuberculosos à Câmara dos Deputados do Congresso Legislativo do Estado³¹⁵ para a construção de um sanatório em Campos do Jordão³¹⁶, foi solicitado o parecer do Serviço Sanitário, ao qual Emílio Ribas, diretor do serviço, deu parecer negativo. Ribas considerava que não existiam construções que pudessem ser adaptadas para a instalação de sanatórios populares naquele local³¹⁷.

Aproveitando a redação do parecer, Emílio Ribas lembrou que o governo do estado já tinha refletido sobre o assunto - a construção de sanatórios - ao autorizar a ida de Victor Godinho, para a Europa, em 1898, com o fim de produzir um texto sobre os sanatórios europeus³¹⁸. Também defendeu a construção de uma linha férrea até a vila de Campos do Jordão, de maneira a facilitar o acesso até a região, para que a mesma se tornasse uma estação climática³¹⁹.

A nosso ver, o texto parece indicar que Ribas já estaria desenhando um projeto de construção de sanatórios e vila sanitária para o local. Acreditamos que a intenção de Ribas ao dar um parecer negativo ao projeto da associação paulista, tenha sido uma tentativa de proteger a execução de empreitada semelhante pelos órgãos públicos³²⁰.

Finalmente, em 1911, através das ações de Emílio Ribas e Victor Godinho, foram postos em execução os seus primeiros projetos e acordos para a construção de uma linha férrea que ligaria São Bento do Sapucaí até o distrito de Campos do Jordão,

³¹⁵ SÃO PAULO. Câmara dos Deputados. Projecto n.24, de 1899. Auctorizando o Governo a estabelecer, nos campos do Jordão, um sanatorio para tratamento dos tuberculosos. fl.11-17. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/geral/acervoHistorico/FichaDocumentoRepublicaVelha.jsp?idDocumento=3320>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1899.

³¹⁶ O texto era assinado por Clemente Ferreira, Victor Godinho, Sérgio Meira e Antônio de Campos Salles, na ocasião membros da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos (Rosemberg, 2008, p.240) e, conforme o texto da representação, membros de comissão indicada pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. O texto chamava a atenção para a alta mortalidade provocada pela tuberculose, reforçando a importância da construção de um estabelecimento como o sanatório para a cura dos tuberculosos pobres, assim como o atraso paulista em comparação a Europa, onde tais espaços já teriam sido construídos em várias localidades. O sanatório, conforme a representação, seria custeado pelo erário público, mas erguido e administrado pela associação paulista. SÃO PAULO. *Op. cit.* 1899. fl.11-17.

³¹⁷ SÃO PAULO. Câmara dos Deputados. Projecto n.24, de 1899. Auctorizando o Governo a estabelecer, nos campos do Jordão, um sanatorio para tratamento dos tuberculosos. fl.26-27. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/geral/acervoHistorico/FichaDocumentoRepublicaVelha.jsp?idDocumento=33202>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1899.

³¹⁸ Ibidem. fl.26. Ribas, no documento, não menciona a ida de Guilherme Álvaro junto a Godinho.

³¹⁹ Ibidem. fl.27.

³²⁰ Não foi possível determinar o peso da negativa de Emílio Ribas sobre o andamento do processo na Câmara. Somente sabemos que o projeto teve seu trâmite suspenso em 1900. O mesmo foi reaberto em 1911, quando o texto foi finalmente rejeitado e arquivado pela Câmara dos Deputados do Estado. SÃO PAULO. Câmara dos Deputados. Projecto n.24, de 1899. Auctorizando o Governo a estabelecer, nos campos do Jordão, um sanatorio para tratamento dos tuberculosos. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/geral/acervoHistorico/FichaDocumentoRepublicaVelha.jsp?idDocumento=3320>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1899.

de uma vila sanitária para repouso e restabelecimento físico de indivíduos enfraquecidos por doenças, e de um sanatório em Campos do Jordão, local indicado como ideal para a construção de sanatórios voltados para o tratamento do tuberculoso. Os acordos foram feitos com o Governo do Estado de forma que este realizasse o financiamento inicial do projeto. Tais acordos foram redigidos de maneira que também permitissem e estimulassem a participação da iniciativa privada na empreitada³²¹.

Conforme Marta de Almeida (2003), a dimensão do projeto sanatorial extrapolou a intenção saneadora dos médicos, pois interesses de outros grupos sociais estavam em jogo, como os investimentos imobiliários, comerciais, de transportes, de especulações fundiárias, de prestação de serviços públicos, de prestígio político, etc. Segundo a autora, tal fato pode ser observado através de alguns termos do contrato firmado entre os médicos do Serviço Sanitário e a Câmara Municipal de São Bento do Sapucaí - comarca a qual pertencia Campos do Jordão -, e na forma que teria a nova vila, com terrenos reservados para a construção de uma igreja, um hotel, um grupo escolar, um teatro, uma residência de verão para o presidente do estado, jardins, uma praça e um campo de desportos (Almeida, 2003, p.268-270).

Para auxiliar o financiamento do empreendimento, Ribas e Godinho recorreram também ao governo federal, com pedidos de recursos e acordos financeiros, que abrangiam:

1º) Garantia de juros de 6% ao anno, durante trinta annos, para o capital de dois mil contos de réis a ser empregado na construcção de sanatorios para tuberculosos e de uma Villa Sanitaria nos Campos do Jordão;

2º) Isenção de impostos aduaneiros para o material de construcção, mobilia, rouparia e baixella, destinados aos sanatorios para tuberculosos;

3º) Isenção de impostos aduaneiros para o material de construcção das cem primeiras casas a serem construídas na nova Villa Sanitaria.

Em retribuição desses favores os abaixo assinados [Emílio Ribas e Victor Godinho], por si, ou empreza que organizarem, obrigam-se:

1º) Construir á sua custa um Sanatorio Popular com quarenta leitos, para tratamento gratuito de doentes pobres, principalmente que habitarem

³²¹ SANATORIOS... Sanatórios para tuberculosos e villa Sanitaria dos Campos do Jordão. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 14, n.16 , p. 308-314. 31 ago. 1911. p.311. Este texto indica que os acordos eram assinados por Ribas e Godinho, sem envolvimento com o Serviço Sanitário.

Villas Operarias ou que forem na ocasião soccorridos por Ligas contra a tuberculose;

2º) A inaugurar o Sanatorio Popular no fim de um anno, a contar da inauguração da estrada de ferro dos Campos do Jordão, nas imediações da Villa Jaguaribe;

3º) A reverter à propriedade da União no fim de trinta annos, e independente de indemnização pecuniaria, o Sanatorio Popular completamente montado, o qual passará a ser custeado pelo proprio Governo ou por uma Liga contra a tuberculose de sua escolha³²².

A proposta foi publicada pela Revista Médica de São Paulo, junto ao texto de requerimento enviado aos congressistas do Legislativo Federal por Ribas e Godinho. O texto, além de exaltar o empreendimento, reforçando a grande utilidade pública que seria a instalação do tão sonhado e custoso sanatório para tuberculosos, pedia favores governamentais em troca de garantia da “[...] remuneração cubiçada pelos capitalistas”³²³, ou seja, a proposta também garantiria o lucro daqueles que se aventurassem a instalar sanatórios na vila de Campos do Jordão e a investir na futura vila sanitária³²⁴.

Também, ao projetar a construção da linha férrea, Ribas e Godinho necessitaram dos auxílios financeiros do governo estadual, conforme mencionado. O Congresso do Estado, então, concedeu a eles - ou à empresa que organizassem - a autorização para a construção de uma estrada de ferro ligando a cidade de Pindamonhangaba a Campos do Jordão, através da Lei Estadual n. 1265-A, de 28 de outubro de 1911³²⁵, com privilégio de 15 km para cada lado do eixo da linha e garantia de 6% sobre o capital de 4 mil contos de réis destinados à construção da linha e que deveria se tornar propriedade do Estado sessenta anos após a inauguração da mesma. Com a autorização, Ribas e Godinho criaram em 1912 a *Sociedade Anônima Estrada de Ferro Campos do Jordão*, da qual eram os principais acionistas³²⁶. A sociedade foi criada tendo como fins:

³²² SANATORIOS... *Op. cit.* 31 ago. 1911. p.309.

³²³ Ibidem. p.309.

³²⁴ Ribas e Godinho afirmaram que esta “[...] é a sorte de todas as empresas uteis: - só se fundam á sombra de favores governamentais.”. Ibidem. p.309.

³²⁵ SÃO PAULO (Estado). Lei n.1265-A, de 28 de outubro de 1911. Concede aos drs. Emilio Ribas e Victor Godinho, ou á empresa que organizarem, o direito de construirem uma estrada de ferro, ligando Pindamonhangaba aos Campos do Jordão. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1911/lei-1265A-28.10.1911.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1911.

³²⁶ Os outros acionistas da sociedade foram Honorio de Castilhos, Antonio Prudente de Moraes, Abelardo Alves, Theodoro da Silva Bayma, Sylvio Maya, Eduardo Rodrigues Alves, Lincoln de Azevedo, Antonio

[...] a) executar e explorar o contracto celebrado entre o governo do Estado de São Paulo e os Drs. Emilio Marcondes Ribas e Victor Godinho para construção, uso e gozo de uma estrada de ferro de bitola de um metro, ligando a cidade de Pindamonhangaba aos Campos do Jordão, nas imediações da Villa Jaguaribe, com um ramal que, partindo do ponto mais conveniente dessa linha vá terminar nos limites do Estado de São Paulo com os de Minas Gerais, passando pelo município de São Bento do Sapucahy [...];

b) construir e explorar outras estradas de ferro que venha a obter ou de que se faça aquisição;

c) adquirir propriedades agrícolas, promovendo o seu povoamento e colonização, tendo em vista desenvolver a renda das estradas de ferro;

d) construir sanatorios para tuberculosos, estações climatericas, uma villa sanitaria nos Campos do Jordão e estabelecimentos congêneres³²⁷.

A inauguração oficial da linha ocorreu dois anos depois, em 1914, entretanto, já em 1915, a construção da linha férrea foi encampada pelo governo do estado a pedido da sociedade, que enfrentava grandes dificuldades financeiras para concluir o projeto devido às dificuldades em contrair empréstimos no exterior, pois o Brasil estaria sem créditos para realizar negócios na Europa³²⁸. Políticos da região, a exemplo de Guaratinguetá, São Bento do Sapucaí e Pindamonhangaba, também endossaram o

Francisco de Castro Pereira, Manoel Ribeiro Marcondes Machado, José Villela Cardoso. Todos teriam somente uma ação na sociedade, enquanto que Ribas e Godinho dispunham de 4995 ações, cada. ESTATUTOS... Estatutos da Estrada de Ferro de Campos do Jordão Sociedade Anonyma. São Paulo: Typographia Brasil de Rothschild & Cia. 1912. p.10-11. In: Godinho, V. [Officio do Presidente da Estrada de Ferro dos Campos do Jordão ao Presidente da Camara dos Deputados, Dr. Carlos de Campos, communicando a instalação daquela sociedade anonyma e remetendo um exemplar dos respectivos estatutos]. 19 jun. 1912. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorioAH/Acervo/Alesp/Republica/C_258/0015_1912.pdf. Acesso em: 5 mar. 1916. 1912.

³²⁷ ESTATUTOS... Estatutos da Estrada de Ferro de Campos do Jordão Sociedade Anonyma. São Paulo: Typographia Brasil de Rothschild & Cia. 1912. p.10-11. In: Godinho, V. [Officio do Presidente da Estrada de Ferro dos Campos do Jordão ao Presidente da Camara dos Deputados, Dr. Carlos de Campos, communicando a instalação daquela sociedade anonyma e remetendo um exemplar dos respectivos estatutos]. 19 jun. 1912. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorioAH/Acervo/Alesp/Republica/C_258/0015_1912.pdf. Acesso em: 5 mar. 1916. 1912. p.3-4. Aparentemente, os lucros de tal empreendimento seriam entregues diretamente aos acionistas. Não existe a menção de que os rendimentos poderiam ser dirigidos ou compartilhados com o Serviço Sanitário ou o governo do estado e municípios.

³²⁸ SÃO PAULO. Câmara dos Senadores. Projecto n.28, de 1915. Autorizando o governo a realizar a encampação da Estrada de Ferro dos Campos do Jordão. fl.26 Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorioAH/Acervo/Alesp/Documentos/247/0028_1915.pdf. Acesso em: 5 mar. 1916. 1915.

pedido de encampamento, pois a construção da linha férrea já estaria atraindo negócios e o desenvolvimento local³²⁹.

Tanto a construção da linha férrea como a construção dos futuros sanatórios populares não ocorreram com a participação da liga paulista em seu planejamento ou em negociações com poderes públicos e privados.

Não temos como saber se este encaminhamento causou algum desgaste nas relações entre Ferreira e Ribas, como coloca Cláudio Bertolli (Bertolli Filho, 2001, p.65). Ainda que, como já discutimos, o governo estadual tenha concedido os direitos de construção e exploração da estrada de ferro e do sanatório a Emílio Ribas que, anos antes, tinha persuadido as autoridades a não levarem adiante o projeto liderado pela liga paulista³³⁰.

Mas, encontramos registros de que o projeto de Ribas e Godinho foi, durante algum tempo, uma preocupação de Clemente Ferreira. Um deles é a carta enviada a ele por Emilio Coni³³¹, diretor da *Liga Argentina contra a Tuberculose*, onde expressa seu receio de que a construção de sanatórios distanciados da gerência da liga paulista poderia causar um antagonismo com o trabalho promovido por Ferreira³³².

Também, durante a Conferência Internacional sobre a Tuberculose, ocorrida em Londres, em 1913, Clemente Ferreira afirmou que tanto Ribas como Godinho estariam instalando, à custa de favores governamentais, um sanatório modelo e uma vila sanitária em Campos do Jordão e que ele reconhecia a importância de tal empreendimento. Nesta ocasião, Ferreira também anunciou, sem detalhar, a intenção do Governo Estadual de instalar um sanatório penitenciário próximo à capital, dedicado aos presos com tuberculose. Para ele, um grande avanço na prevenção da moléstia em instituições penais³³³.

³²⁹ SÃO PAULO. *Op. cit.* 1915. fl.31-39.

³³⁰ Para Cláudio Bertolli Filho, a construção da linha férrea provocou o desentendimento entre Emílio Ribas e Clemente Ferreira (Bertolli Filho, 2001, p.65).

³³¹ Emilio R. Coni (Argentina, 1855-1928), médico higienista, diretor da *Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires* entre 1892 e 1893. Contribuiu com desenvolvimento das seguintes instituições: *Patronato de la Infancia*; *Liga Argentina contra la Tuberculosis*; *Gota de Leche*; *Oficina Estadística Municipal*; *Maternidad del Hospital San Roque*. Disponível em: http://web.archive.org/web/20080504035858/http://www.ama-med.org.ar/institucional_historia5.asp?id=1. Acesso em: 4 fev. 2016.

³³² CONI, E. R. Carta a Clemente Ferreira. Acervo Instituto Clemente Ferreira, sala da diretoria. 11 mar. 1914.

³³³ FERREIRA, C. M. C. The latest progress of the anti-tuberculosis fight in Brazil. In: *International Conference on Tuberculosis, London – 4th. and 5th. August 1913*. São Paulo: Casa Vanorden. 1913. p.5. Conforme o relatório do Serviço Sanitário referente ao ano de 1913, o projeto teria sido elaborado pela seção de Engenharia Sanitária (SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria

Consideramos que, neste momento, somente Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário, tinha condições de organizar e levar adiante tal projeto, dados seu cargo de diretor de um órgão público e sua proximidade e capacidade de negociar com os interesses dos dirigentes do estado, municípios e de outros grupos sociais. Pensamos que a liga paulista, através de Clemente Ferreira, não tinha tal influência, tendo canais de negociação mais frágeis com estes grupos, visto a baixa adesão da comunidade civil e política às ações da liga.

Ainda que o projeto de estabelecer a linha férrea e os sanatórios populares na região de Campos do Jordão pela ação de Emílio Ribas e Victor Godinho não tenha sido efetivado dentro do contexto estudado, consideramos ainda que o sucesso na montagem de uma vila sanitária em Campos do Jordão só se tornou possível com uma proposta de investimento que poderia beneficiar tanto os poderes públicos como a iniciativa privada.

Ademais, como já observado, o código sanitário de 1911 indicava a tendência estadualizante da execução da saúde pública paulista, principalmente no tocante à tuberculose. Também os processos para a construção, tanto da linha férrea como dos sanatórios e da vila sanitária, podem ser vistos como uma demonstração desta tendência, ao observarmos a iniciativa e as ações de médicos ligados ao Serviço Sanitário na elaboração dos projetos, assim como a aprovação de suas propostas, trazendo o problema da tuberculose mais próximo das atenções da saúde pública.

4.3 A continuidade das ações do órgão público e do filantrópico no combate à tuberculose na cidade de São Paulo

Dado que o novo código sanitário interferia mais na atuação do policiamento sanitário através das seções de Engenharia Sanitária e do Desinfectório Central, as outras seções do Serviço Sanitário não tiveram seu trabalho alterado de maneira

Geral. Relatório de 1913. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917. p.19). Na publicação *Defesa contra a Tísica*, Clemente Ferreira informa que o projeto de sanatório para tuberculosos presos previa dois pavilhões. Um deles seria dirigido aos presos, com capacidade para 100 doentes. O outro seria dirigido para a administração do sanatório, com os gabinetes do médico e do diretor, a secretaria, a farmácia, almoxarifado, rouparia, dentista, locutório, capela, sacristia, sala de radiologia, sala de operações e esterilização. Na entrada do edificio haveria um desinfectório, lavanderia e cozinha. Para Ferreira, além do alcance humanitário do feito, também evitaria condenar o preso a uma dupla punição (FERREIRA, C. M. C. A prophylaxia anti-tuberculosa nas prisões. *Defesa contra a tísica*, ano 12, n.1 e 2, p.39-42. jan./dez. 1913). Entretanto, para o contexto estudado, não foram localizadas informações a respeito da realização de tal construção.

significativa no tocante à tuberculose. Essas continuaram a auxiliar o trabalho desenvolvido pela liga paulista, dentro de suas capacidades, e dividindo as atividades voltadas para a tísica com suas outras ações. A opção foi de dirigir parte de seus trabalhos de forma a prestar apoio às demandas da liga ou, por vezes, também desenvolvendo pesquisas ou ações voltadas para a doença de maneira autônoma e sem cooperação explícita com a entidade filantrópica.

Com relação ao envolvimento do Instituto Soroterápico, este continuou colaborando com as atividades promovidas pela liga paulista, chegando a participar da montagem do laboratório do novo dispensário da liga, pensando a construção e a funcionalidade do espaço. Segundo o relatório do instituto de 1914, a construção deste laboratório não fez cessar a demanda pela tuberculina do Soroterápico, que continuou a ser entregue, como de costume³³⁴. Infelizmente, os relatórios anuais deste instituto no período estudado não fornecem de forma sistemática detalhes a respeito da produção e distribuição anual da tuberculina.

Nos relatórios, é informada apenas a listagem da produção anual dos diferentes tipos de tuberculinas produzidos no local (ver tabela 11), sendo que os valores comerciais das mesmas estão mencionados no relatório de 1917³³⁵. Conforme os relatórios de 1916 e 1917, a maior parte das tuberculinas produzidas foi distribuída de forma gratuita para o Serviço Sanitário, hospitais de caridade e médicos³³⁶.

No tocante às pesquisas, o instituto continuou os estudos sobre a natureza do bacilo de Koch em diferentes meios de cultura, desenvolvendo imunizantes e terapias para o tratamento da doença. Conforme o relatório do órgão referente ao ano de 1914, foram desenvolvidos estudos sobre quimioterapia com sais de metais - bismuto, ouro, prata e cobre, principalmente -, posteriormente experimentados em tratamento³³⁷. Porém, não foram localizadas outras informações sobre os tratamentos quimioterápicos e também se tais pesquisas estavam relacionadas ou eram feitas conjuntamente pelo

³³⁴ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório do Instituto Seruntherapico do Estado de São Paulo. 1914. Mimeografado. p.9.

³³⁵ No geral, elas valeriam 10\$000, o frasco, com exceção da tuberculina com fins veterinários, que custaria 5\$000. Para estabelecer a comparação, o soro antitetânico e antidiftérico para fins profiláticos e produzido pelo Instituto Soroterápico no ano de 1917 custaria 36\$000; o soro antiofídico, 8\$000; e o antipestoso, 5\$000. SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório do Instituto Seruntherapico do Estado de São Paulo. 1917. Mimeografado. Sem página.

³³⁶ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório do Instituto Seruntherapico do Estado de São Paulo. 1916. Datilografado. p.6-10; SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório do Instituto Seruntherapico do Estado de São Paulo. 1917. Mimeografado. p.109.

³³⁷ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório do Instituto Seruntherapico do Estado de São Paulo. 1914. Mimeografado. p.9.

instituto e o órgão filantrópico.

O Instituto Bacteriológico continuou a abranger a tuberculose em suas atividades, mas atuou de maneira distanciada da liga paulista. O relatório de 1912, publicado na Revista Médica de São Paulo de 1913, cita pedidos de verificação de escarros feitos por órgãos públicos e privados do estado, como o Hospital da Força Pública, o Hospital de Isolamento do Serviço Sanitário e a Policlínica de São Paulo, também mencionando que estes pedidos eram feitos por clínicos, particulares e inspetores do Serviço Sanitário³³⁸. O Instituto Bacteriológico, igualmente, realizava autópsias para estudar a manifestação em humanos da tuberculose não pulmonar e promovia estudos sobre a natureza do bacilo através de sua inoculação em cobaias³³⁹.

Apesar de conterem informações importantes a respeito do envolvimento do órgão com a questão da tuberculose, as fontes provenientes do Instituto Bacteriológico encontram-se incompletas³⁴⁰. A publicação dos relatórios do instituto na Revista Médica de São Paulo não foi regular. Mesmo nos relatórios do Serviço Sanitário, o espaço reservado para o relato dos trabalhos do instituto é bastante reduzido. Mas isto não desqualifica as informações que possuímos a respeito do órgão de pesquisas em questão, pois elas, mesmo que superficialmente, auxiliam na compreensão de como o mesmo encontrava-se, de alguma forma, engajado no combate à doença, do mesmo

³³⁸ MEYER, C. Instituto Bacteriológico do Estado de S. Paulo. Relatório sobre administração e os trabalhos do Instituto durante o anno de 1912 pelo dr. Carlos Meyer. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 16, n.3, p.56-61. 15 fev. 1913. p.58.

³³⁹ Ibidem. p.58.

³⁴⁰ Os relatórios anuais do Instituto Bacteriológico foram localizados em: LUTZ, A. Instituto Bacteriologico de S. Paulo. São Paulo. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. *Relatório da Directoria do Serviço Sanitario apresentado ao cidadão Dr. Secretário do Interior pelo Dr. Director Geral do Serviço Sanitario*: Anno de 1894. São Paulo: s.n. p.29-40. [1895]; LUTZ, A. Relatório apresentado ao Dr. Director do Serviço Sanitario pelo Dr. Adolpho Lutz Director do Instituto Bacteriologico - 1895. São Paulo. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. *Relatorio apresentado ao Dr. Secretário dos Negócios do Interior pelo Dr. Joaquim José Da Silva Pinto Director do Serviço Sanitario*. São Paulo, s.n. p.47-62. [1895]; LUTZ, A. Relatório apresentado ao Dr. Director do Serviço Sanitario pelo Dr. Adolpho Lutz Director do Instituto Bacteriologico - 1896. São Paulo. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. *Relatorio apresentado ao Sr. Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de março de 1897 pelo Secretario de Estado dos Negocios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno*. São Paulo: Typographia do "Diario Official". 1897. p.57-68; LUTZ, A. Relatório dos trabalhos do Instituto Bacteriologico durante o anno de 1897 apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitario pelo Dr. Adolpho Lutz. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 1, n.10, p.175-199. 15 nov. 1898; LUTZ, A. Trabalhos do Instituto Bacteriológico do Estado de S. Paulo durante o anno de 1898 pelo Dr. Adolpho Lutz. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 2, n.11. p.308-321. 15 nov. 1899; RESUMO dos trabalhos do Instituto Bacteriologico de S. Paulo. 1892 à 1906. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 10, n.4, p.65-87. 28 fev. 1907; MEYER, C. Instituto Bacteriológico do Estado de S. Paulo. Relatório sobre administração e os trabalhos do Instituto durante o anno de 1912 pelo dr. Carlos Meyer. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 16, n.3, p.56-61. 15 fev. 1913.

modo que indicam os esforços para a construção do conhecimento científico sobre o bacilo pelos bacteriologistas do órgão.

Já o Laboratório Farmacêutico e o Desinfectório Central, conforme os relatórios anuais da liga paulista, continuaram a exercer suas atividades em total apoio ao dispensário. O envio de fórmulas ao local pelo laboratório se manteve sem interrupções, conforme a demanda do dispensário e respeitando as instruções da Secretaria de Estado de Negócios do Interior³⁴¹. No caso do desinfectório, as vistorias e desinfecções ocorridas em locais insalubres, a pedido do dispensário, continuaram a ser efetuadas como parte da rotina de trabalho e das comunicações construídas entre a seção e o órgão³⁴².

Logo, dentro do contexto estudado, as seções do Serviço Sanitário intervieram na campanha contra a tuberculose, seja de maneira independente ou de forma colaborativa com a liga paulista, atuando dentro dos limites estabelecidos pela regulamentação de cada seção. Ainda que não fossem observadas grandes mudanças nas atividades desenvolvidas e direcionadas para a moléstia por cada setor do serviço, as informações mostram que ao Serviço Sanitário também couberam responsabilidades e atribuições no combate à tísica.

A Liga Paulista contra a Tuberculose continuou seus trabalhos e pôde, inclusive, dilatar suas operações devido à inauguração de seu novo dispensário-modelo em 1913, à Rua da Consolação³⁴³, maior, melhor equipado e planejado para os fins da liga paulista.

No momento da inauguração, que contou com a presença de vários líderes políticos e dirigentes da administração pública do estado, colaboradores e membros da liga, de acordo com textos veiculados pelos jornais Correio Paulistano e o Estado de São Paulo e posteriormente publicados na Defesa contra a Tísica de 1913, Clemente Ferreira discursou sobre a importância do novo estabelecimento que, além de promover a eficaz campanha contra o “flagelo da tuberculose”, em suas palavras, representava a

³⁴¹ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1914. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 12 de fevereiro de 1915 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Casa Graphica. 1915. p.26-27; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1916. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 24 de Maio de 1917 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Escolas Profissionais do Lyceu Salesiano S. Coração de Jesus. 1917. p.22.

³⁴² LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1914. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 12 de fevereiro de 1915 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Casa Graphica. 1915. p.29; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1916. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 24 de Maio de 1917 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Escolas Profissionais do Lyceu Salesiano S. Coração de Jesus. 1917. p.23.

³⁴³ Local onde hoje funciona o Instituto Clemente Ferreira, centro de referência e excelência em tuberculose e doenças respiratórias no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo.

afirmação do progresso higiênico da capital do estado, ao portar uma instituição construída e estruturada para funcionar conforme os moldes dos dispensários europeus.

Porém, o presidente da liga paulista destacou aos seus ouvintes que, na medida em que a tuberculose estava se transformando em calamidade pública, já não caberia mais à energia exclusiva da iniciativa privada o refreamento da disseminação da doença e de suas conseqüências sociais. Havia se tornado indispensável o concurso dos poderes públicos para efetuar uma série de providências, medidas, leis e regulamentos para proteger as classes mais necessitadas - o “capital vivo do paiz” - das complicações sociais provocadas pela influência da tuberculose³⁴⁴. Logo, para ele, o novo dispensário representaria somente um reforço ao combate à moléstia, mas de maneira alguma a solução a um problema por demais complexo. Para isso, seria necessário o maior envolvimento da administração pública na matéria, atuando em benefício do desenvolvimento da cidade, seus espaços e população.

O novo edifício, que foi construído com verbas do Governo Estadual e Federal, possuía três pavimentos. Conforme reportagem publicada no Correio Paulistano, que fez a descrição da nova construção, no segundo andar ficava a parte administrativa, com o arquivo, a biblioteca, a secretaria, a sala de conferências, diretoria da Obra de Preservação dos Filhos dos Tuberculosos Pobres e a diretoria do dispensário-modelo. No primeiro andar, o atendimento do dispensário, com sua sala de espera para doentes de tuberculose fechada e outra para tuberculose aberta, gabinete de hematologia e análises químicas, gabinete de bacteriologia clínica, salas de consultas, gabinete de otorrinolaringologia, sala de aeroterapia e ginástica pulmonar, gabinete de radiologia, gabinete para pequenas operações, *toilette* para os médicos, gabinete de inscrição dos doentes, sala de entrega de alimentos, farmácia e laboratório farmacêutico³⁴⁵.

No pavimento térreo, estava uma caldeira para desinfecção de escarradeiras, sala de fotografia, sala de esterilização de leite, almoxarifado, rouparia e um museu. No centro do pátio interno, foi construído um *solarium* para o tratamento de tuberculosos pela luz solar³⁴⁶.

Segundo o relatório da liga paulista, o edifício já estaria em funcionamento

³⁴⁴ FERREIRA, C. M. C. Colaboração. Discurso pronunciado pelo sr. Dr. Clemente Ferreira, por ocasião do acto inaugural do edificio do Dispensario Modelo da “Liga Paulista contra a Tuberculose”. *Defesa contra a tísica*, ano 12, n.1 e 2, p.7-28. jan./dez. 1913.

³⁴⁵ A LUTA... A luta contra a tuberculose. Uma obra meritória: o novo predio do Dispensário “Dr. Clemente Ferreira”. *Correio Paulistano*. 11 jul. 1913. Apud *Defesa contra a tísica*, ano 12, n.1 e 2, p. 69-76. jan./dez. 1913. p.72.

³⁴⁶ *Ibidem*. p.72.

desde o ano anterior, 1912³⁴⁷. Conforme a mudança se efetivava e as salas recebiam suas mobílias e utensílios, o novo dispensário entrava em funcionamento, recebendo antigos e novos pacientes e inaugurando internamente seus novos setores, como o serviço de raios-X, o *solarium*, utilizado para o tratamento de helioterapia³⁴⁸, e o “museu antituberculose”³⁴⁹, organizado com peças que seriam oferecidas pelos institutos de pesquisa da cidade, públicos e privados, além da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a pedido da presidência da liga, com o intuito de difundir o conhecimento construído a respeito da doença, as vias de combate e a promoção deste pela Liga Paulista contra a Tuberculose³⁵⁰.

Inicialmente, a mudança para um prédio melhor estruturado e com maior capacidade de atendimento, não influenciou os números produzidos pelo dispensário-modelo, uma vez que o mesmo não atendeu um contingente muito maior de pessoas (ver tabela 7). Clemente Ferreira temia, ao contrário, que o número de atendidos pelo local caísse, dado que o novo prédio estaria mais afastado do centro da cidade. Entretanto, não ocorreu tal decréscimo na quantia de enfermos acudidos³⁵¹.

Mas a construção do novo prédio afetou a receita do órgão. O elevado custo de sua edificação e manutenção, somado às quedas no total de subvenções e de doações, devido à crise econômica que atingia o estado, de acordo como os relatórios, afetaram diretamente o atendimento do dispensário-modelo, com um relativo acréscimo no número de pacientes que não puderam ser mantidos de forma gratuita (ver tabela 8). De acordo com o relatório de 1914, tal instabilidade financeira ameaçava o funcionamento do novo dispensário, que não tinha mais receita satisfatória para manter suas atividades

³⁴⁷ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1912. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 19 de Fevereiro de 1913 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma associação. São Paulo: Siqueira, Nagel & Comp. 1913. p.3.

³⁴⁸ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1912. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 19 de Fevereiro de 1913 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma associação. São Paulo: Siqueira, Nagel & Comp. 1913. p.4. A helioterapia era conhecida como a “cura pelo sol”: um tratamento longo, onde o paciente repousaria por vários minutos sob o sol, diariamente ou não. LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1912. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 19 de Fevereiro de 1913 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma associação. São Paulo: Siqueira, Nagel & Comp. 1913. p.24.

³⁴⁹ Ibidem. p.4. Neste relatório, encontramos informações de que o museu teria sido organizado com materiais oferecidos pelo diretor do Instituto Soroterápico, Vital Brazil.

³⁵⁰ FERREIRA, C. M. C. Liga Paulista contra a Tuberculose - [Offício aos directores do Instituto Pasteur, Bacteriologico e do Butantan e ao diretor do Serviço Clínico da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo. São Paulo, 2 de maio de 1911]. *Defesa contra a tísica*, ano 10, n.1, p. 44-59. jan./jun. 1911. p.51.

³⁵¹ LPCT. *Op.cit.* 1913. p.4.

normalmente³⁵². Tal situação melhorou relativamente quando, em 1916, o governo do estado de São Paulo elevou sua subvenção, mas ainda não foi suficiente para que o local atuasse plenamente na prestação de socorros aos pacientes mais carentes³⁵³.

Em linhas gerais, apesar da nova construção e da receita afetada por diversos fatores, o dispensário-modelo não alterou a maneira como efetuava seu trabalho com os pacientes, continuando a fornecer auxílios médicos, financeiros e alimentares aos tísicos e suas famílias, que necessitaram do apoio do órgão filantrópico. Pôde, inclusive, auxiliar o Serviço Sanitário, através do serviço de inspeção médico-sanitária de escolas, quando o órgão público passou a encaminhar ao dispensário-modelo alguns alunos com suspeita de tuberculose pulmonar para serem examinados, possivelmente por reconhecer o estabelecimento como o local mais adequado para atendimento destes enfermos. Aqueles que foram diagnosticados com a doença passaram a receber atendimento e tratamento no local³⁵⁴.

Também não alterou a maneira como lidava com pacientes de tuberculose aberta, encaminhando-os para o isolamento na Santa Casa de São Paulo, alugando quartos em cortiços para o isolamento de doentes ou, ainda, fornecendo leitos e roupas de cama para o doente dormir distanciado de sua família (ver tabela 7), pois ainda o tão aguardado sanatório não havia sido instalado³⁵⁵.

Ademais, a liga continuou a se envolver em novas questões consideradas atreladas à disseminação da tuberculose, como a raça e o alcoolismo. Nesta última matéria, é possível perceber que a preocupação em expor a questão já se apresentava anteriormente, todavia, a discussão intensificou-se na década de 1910, ao acompanhar o movimento eugenista que ocorria na Europa. Para o presidente da liga paulista, o alcoolismo ou o uso indiscriminado do álcool, além de tornar o organismo mais fraco e suscetível à tuberculose, era também um fator que contribuiria para a “degenerescência” das gerações, tornando a descendência do alcoólatra mais suscetível à tísica, de acordo

³⁵² LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1914. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 12 de fevereiro de 1915 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Casa Graphica. 1915. p.3-5.

³⁵³ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1916. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 24 de Maio de 1917 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Escolas Profissionais do Lyceu Salesiano S. Coração de Jesus. 1917. p.34.

³⁵⁴ LPCT. *Op. cit.* 1915. p.30.

³⁵⁵ LPCT. Liga Paulista contra a tuberculose. Exercício de 1914. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 12 de fevereiro de 1915 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Escolas Profissionais do Lyceu Salesiano S. Coração de Jesus. 1915. p.5-30; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1917. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 7 de Maio de 1918 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Casa Graphica. 1918. p.13-36.

com pesquisas de cunho eugênico realizadas no continente europeu³⁵⁶.

Clemente Ferreira, apesar de afirmar que o alcoolismo não era algo restrito às classes baixas, ele menciona estas mesmas pesquisas para afirmar que existiriam relações entre o álcool e algumas profissões que favoreceriam o uso de bebidas, como as dos cocheiros, taverneiros, cozinheiros, músicos ambulantes, etc. O que era mais observado na realidade brasileira, segundo ele, seria o abuso do álcool pelos libertos, que se entregariam ao álcool para saciar a fome devido à carência de recursos, muitas vezes provocada pela indolência dos ex-escravos³⁵⁷. Para tal afirmação, o autor não se mune de quaisquer referências ou estatísticas construídas localmente - nem mesmo as construídas pelo dispensário-modelo - que associassem a tendência da raça negra ao desenvolvimento da tuberculose. Ferreira cita exemplos de estatísticas formuladas nos Estados Unidos, Argentina, Uruguai e colônias inglesas na África, que apontavam a suscetibilidade das “pessoas de côr” para a tísica³⁵⁸.

Observando os relatórios do dispensário paulista, é notável que esta etnia somava anualmente cerca de 20% da totalidade dos infectados pela doença ao longo da década de 1910 (ver tabela 8). Clemente Ferreira considerava que esta baixa proporção representava a ausência do elemento negro ou pardo na população da cidade de São Paulo³⁵⁹. Porém, de qualquer forma não foi apresentada, nos relatórios, qualquer interpretação ou cruzamento dos dados de alcoolismo e raça que associassem os libertos ao vício alcoólico, ainda que o número de indivíduos com “estigmas alcoólicos” também girasse em torno de 20% anualmente, assim como o de pardos e negros, conforme as estatísticas organizadas pelo dispensário-modelo.

Utilizando-se ainda do discurso eugênico europeu de degenerescência causada por fatores climáticos, Clemente Ferreira afirmava que, em um país como o Brasil, onde o calor incitaria ao abuso da bebida e diminuiria a força do organismo para os efeitos nocivos do álcool, a ausência de políticas para o controle das bebidas alcoólicas acentuaria o número de infectados pela tuberculose, prejudicando todas as ações da luta contra a doença, devido ao excesso de pacientes que necessitariam de sanatórios para

³⁵⁶ FERREIRA, C. M. C. Colaboração. A luta contra a tuberculose pela guerra ao alcoolismo e à habitação malsã. *Defesa contra a tísica*, ano 13, n.1, p.7-20. jan./jun. 1914.

³⁵⁷ Ibidem. p.10.

³⁵⁸ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914. p.10. LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1917. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 7 de Maio de 1918 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Casa Graphica. 1918. p.12.

³⁵⁹ Ver nota anterior (358).

tratamento e isolamento. Para superar este entrave ao combate à tuberculose, o autor sugeriu que se preparasse uma campanha antialcoólica, no modelo que estava sendo proposto ou executado por países da Europa e pelos Estados Unidos, que incluíam o internamento dos alcoólatras em asilos especiais, a regulamentação de tavernas e botequins, a taxação do álcool e o monopólio do álcool pelo Estado³⁶⁰.

Apesar de se apropriar de teorias eugênicas européias para abordar a questão do álcool, não há evidências de que a liga promovesse ações de cunho eugênico. Questões caras ao eugenismo brasileiro dos anos de 1920, conforme apontado por Nancy Stepan (2004), de branqueamento da raça e de saneamento social, ou mesmo as questões importantes ao eugenismo europeu, de melhoramento da raça atrelada ao conceito de classe social, não estavam presentes nas publicações da revista de divulgação do órgão, nem mesmo nos relatórios da liga paulista.

Outra questão importante que recebeu atenção da liga paulista foi a, por eles chamada, “crise de domiciliamento”, provocada pelo afluxo de imigrantes para a cidade de São Paulo, que elevou os níveis de desemprego e o valor dos aluguéis. Assim como a imposição da derrubada de imóveis para o embelezamento da cidade, que provocou a mudança forçada de inúmeras pessoas para bairros mais afastados³⁶¹.

De acordo com Maria Alice Ribeiro, os anos de 1912 e 1913 foram marcados pela entrada elevadíssima de imigrantes no estado de São Paulo, assim como a entrada contínua de colonos e suas famílias na capital, comprometendo ou agravando suas condições de existência. Em finais de 1913, o aumento da mão-de-obra no mercado incentivou as fábricas a reduzirem suas atividades, a baixarem o salário de seus funcionários e a elevarem as demissões. Muitos trabalhadores não conseguiram uma colocação profissional e outros tantos passariam a viver como mendigos. A alta demanda por casas também encareceu os aluguéis, transformando algumas habitações

³⁶⁰ FERREIRA, C. M. C. Colaboração. A luta contra a tuberculose pela guerra ao alcoolismo e á habitação malsã. *Defesa contra a tísica*, ano 13, n.1, p.7-20. jan./jun. 1914; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914. p.10.

³⁶¹ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1911. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 16 de Fevereiro de 1912 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. Paris: Librairie O. Berthier. 1912. p.28; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1912. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 19 de Fevereiro de 1913 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma associação. São Paulo: Siqueira, Nagel & Comp. 1913. p.23; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914. p.25-26.

em cortiços populosos. Agravando a situação, a especulação comercial, em momento imediatamente anterior à Guerra Mundial, elevou os preços de produtos de primeira necessidade, empobrecendo ainda mais as classes mais baixas (Ribeiro, 1991, p.179-183).

O contexto desenhado pela historiadora também foi percebido pela liga paulista, que narrou, em seus relatórios, a diminuição da qualidade de vida no município, devido aos fatores acima descritos, que afetavam principalmente as classes baixas. Denunciando a exacerbação da pobreza entre os mais carentes da capital, Clemente Ferreira afirmou que:

“[...] [A crise de domicílio] tem acarretado entre nós males inenunciáveis para o domicílio das classes pobres, das famílias numerosas, muitas das quais vegetam em peças de porão, sem ar, sem luz e nas mais deploráveis condições de asseio, em lamentável promiscuidade antihigiénica e immoral. [...] Trata-se de um angustioso problema sanitário e social, cuja solução se impõe aos esforços e à solicitude da Municipalidade, do Governo do Estado e dos industriais.”³⁶²

Para a liga paulista, outro fator que teria impulsionado a concentração de pessoas nos espaços de moradia coletiva, dificultando ainda mais a existência destes indivíduos, foi a reforma urbana promovida pelo governo do município, para o alargamento de ruas e a instalação de parques e praças na cidade, que teria desabrigado inúmeras pessoas, para a derrubada de imóveis, estabelecimentos e cortiços, quarteirões inteiros, de forma a abrir espaço para os novos locais de lazer³⁶³.

Conforme os relatórios, os habitantes dos cortiços se viram obrigados a procurarem moradia em bairros mais afastados e baratos da cidade, por sua vez já bastante povoados. Clemente Ferreira, em nome da liga paulista, criticou a preocupação existente em priorizar mais o embelezamento rápido da cidade, para o conforto e o recreio da população abastada, do que em favorecer o acesso das classes populares a

³⁶² LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914. p.25.

³⁶³ Ibidem. p.25-26. Ribeiro menciona que durante os anos de 1910 e 1911, ocorreu a destruição e remodelação de partes da cidade, o que também significou a falta de casas para abrigar a população pobre e o proletariado (Ribeiro, 1991, p.180).

moradias salubres e baratas³⁶⁴. Inclusive, responsabilizou indiretamente o governo municipal por favorecer a elevação dos índices de tuberculose e de muitas outras doenças, na medida em que ignorava o amontoamento de indivíduos em habitações anti-higiênicas, provocado pela sua própria política³⁶⁵. Na compreensão de Clemente Ferreira, tal descaso estaria construindo um novo contexto de emergência social e sanitária, que devido à complexidade dos fatores que envolviam a disseminação da tuberculose, as intervenções efetuadas do Serviço Sanitário seriam inúteis e os serviços oferecidos pela Liga Paulista contra a Tuberculose, inválidos³⁶⁶.

Para ele, uma possível solução para o problema seria a criação de vínculos entre as atividades do governo Estadual, Municipal e a indústria, para promover a construção de moradias populares - casas baratas e higiênicas para os operários - ainda em quantidade bastante reduzida na capital de São Paulo. Conforme os relatórios, poucas foram as empresas que se preocuparam em investir em tal negócio. As poucas moradias existentes com estas características foram erguidas por associações mutualistas e cooperativas de construções, como a “Economisadora” e a “União Mutua”, que aproveitaram a concessão de favores fiscais federais e de atos legislativos estaduais para o levantamento de casas dentro das normas de higiene e com aluguéis módicos³⁶⁷. Porém, acreditamos que não foi suficiente para solucionar o problema das habitações operárias, pois os relatórios da liga paulista colocam as moradias coletivas como a habitação predominante do operariado³⁶⁸.

Assim, a resolução para o problema da tuberculose se mostrava cada vez mais distante, dada a complexidade de fatores que envolviam sua permanência no meio social

³⁶⁴ LPCT. *Op.cit.* 1914. p.26.

³⁶⁵ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1912. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 19 de Fevereiro de 1913 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma associação. São Paulo: Siqueira, Nagel & Comp. 1913. p.23; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914. p.25-26.

³⁶⁶ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914. p.26.

³⁶⁷ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1911. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 16 de Fevereiro de 1912 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. Paris: Librairie O. Berthier. 1912. p.28.

³⁶⁸ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1912. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 19 de Fevereiro de 1913 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma associação. São Paulo: Siqueira, Nagel & Comp. 1913. p.23; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914. p.25.

- a habitação e indústrias insalubres, trabalho não regulamentado, ausência de locais de isolamento do tísico, necessidade de educação profilática, etc. Além da quantidade de elementos e forças que deveriam atuar na campanha contra a doença, para que a mesma fosse efetiva. Havia, neste ponto, acordo entre Emílio Ribas e Clemente Ferreira de que, sem a interferência direta dos poderes públicos, a doença teria proporções calamitosas.

Tendo em vista que o programa em execução da liga paulista não era considerado completo, devido à falta de verbas, que impediam a instalação de sanatórios, hospitais para tuberculosos e novos dispensários, em 1917, Ferreira escreve que o combate à doença deveria tornar-se função governamental. Para ele, a luta antituberculose havia se transformado, antes de tudo, em obra social de incumbência dos governos e deveria ser orientada e realizada pelos que possuíam responsabilidade e manejo nos negócios públicos, transformando a profilaxia contra a tuberculose em uma arma mais metódica, coordenada e eficiente³⁶⁹.

Já Emílio Ribas, menos enfático, mas também crítico a respeito do serviço que dirigia, afirmava que de nada adiantaria continuar a promover desinfecções e vistorias em locais insalubres, de maneira a controlar a disseminação da moléstia, se as pessoas continuavam a se acumular em locais sem luz, úmidos e sem arejamento, como os cortiços e as fábricas. E a trabalharem duramente por períodos muito longos, sem qualquer tipo de regulamentação para exercerem a atividade, homens, mulheres e crianças. Seria da resolução destes problemas - a construção e a permanência de locais sem salubridade e a regulamentação do trabalho nas indústrias - que a governança paulista, incluindo o próprio Serviço Sanitário, deveriam se ocupar “[...] para conseguirmos pôr paradeiro aos estragos produzidos pela tuberculose na nossa terra.”³⁷⁰. Ribas escreveu que, agindo desta forma, diminuiria enormemente o número de infectados pela moléstia, tornando o tratamento dos poucos doentes algo praticável, através de sanatórios e dispensários, além de tornar efetivo o controle profilático pelas desinfecções³⁷¹.

O contexto de crise social, exacerbado pelo perigo que representava a disseminação da tuberculose que, além de uma possível catástrofe sanitária, poderia

³⁶⁹ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1916. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 24 de Maio de 1917 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Escolas Profissionais do Lyceu Salesiano S. Coração de Jesus. 1917. p.3-4.

³⁷⁰ SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatório de 1914. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitário, em comissão. São Paulo: Typographia do “Diario Oficial”. 1917. p.14.

³⁷¹ Ibidem. p.14.

levar ao acentuamento do pauperismo na capital, resultou na intensificação das cobranças feitas aos governos do estado e município, pelos órgãos público e privado de saúde, para que agissem rapidamente para resolver estas questões. Consideramos, assim que, aos poucos, foi se construindo a compreensão de que a responsabilidade do combate à doença e aos fatores relacionados a ela, não caberia somente aos dois órgãos de saúde, mas sim a toda administração pública. Somente com o envolvimento ativo destes últimos, a luta antituberculose poderia alcançar bons resultados, livrando o estado paulista do desastre social e sanitário.

4.3.1 O laboratório da Liga Paulista contra a Tuberculose e a busca por espaço no universo científico³⁷²

A década de 1910 marcou um grande avanço na proposta da liga paulista em se tornar um centro de referência em pesquisas relativas à natureza e a terapêutica da tuberculose e de seu bacilo transmissor. No ano de 1913, ano de inauguração do Dispensário-Modelo “Clemente Ferreira”, foi colocado em funcionamento o novo laboratório construído especialmente para os fins de pesquisa da liga paulista³⁷³. Construído em colaboração com os pesquisadores do Instituto Soroterápico e com o apoio de subvenções do governo federal enviados especialmente para a construção e aparelhamento do laboratório, o novo espaço de pesquisas da liga paulista foi referenciado como um instrumento essencial para executar estudos relevantes às necessidades do dispensário, aprimorando-o enquanto dispositivo de assistência e também configurando-o, a partir de então, como centro de estudos e de investigações científicas no terreno da terapêutica e da profilaxia da tuberculose³⁷⁴.

Porém, naquele mesmo ano foram interrompidas as subvenções federais à liga, o que inviabilizou a contratação imediata de um pesquisador bacteriologista, conforme a demanda do dispensário-modelo, para operar no laboratório, o qual já estaria completamente aparelhado e sob risco de perder parte do material por deterioramento³⁷⁵.

³⁷² Este texto é a continuação da versão revisada de Machado, 2015.

³⁷³ LPCT. *Op. cit.* 1914. p.4.

³⁷⁴ FERREIRA, C. M. C. Colaboração. Discurso pronunciado pelo sr. Dr. Clemente Ferreira, por ocasião do acto inaugural do edificio do Dispensario Modelo da “Liga Paulista contra a Tuberculose”. *Defesa contra a tísica*, ano 12, n.1 e 2, p.7-28. jan./dez. 1913. p.10.

³⁷⁵ LPCT. *Op. cit.* 1914. p.4.

Apesar da ausência de um chefe para gerir o laboratório, as atividades voltadas para os estudos terapêuticos puderam ser mantidas da mesma forma que nos anos anteriores, através do uso de tuberculinas e outras novas fórmulas, como a oxigenoterapia e a quimioterapia por cianureto de potássio e de ouro, além da helioterapia, possibilitada pela construção do *solarium* no dispensário-modelo, e do pneumotórax³⁷⁶. Também a quantidade de indivíduos tuberculosos a serem envolvidos em tais estudos controlados manteve-se em número relativamente baixo - de um a seis pacientes para cada terapêutica -, comparado à quantidade total de pacientes que freqüentavam o local³⁷⁷.

A equipe que atuava no acompanhamento dos testes e no controle das observações foi também de tamanho reduzido. Sempre em número de um ou dois clínicos, não necessariamente especialistas em bacteriologia, tão pouco de dedicação exclusiva ao dispensário. Um especialista, aliás, continuou entre as demandas para o funcionamento do novo laboratório, o mesmo devendo ser “[...] proficiente, experimentado, com entusiasmo e pendor para este genero de estudos e indagações, dispondo, além de tudo, do tempo necessario para consagrar a uma atividade productiva, bem orientada”³⁷⁸.

³⁷⁶ Conforme os relatórios da liga paulista, o uso da helioterapia iniciou-se em 1912; o pneumotórax e a oxigenoterapia, em 1914; e a quimioterapia de cianureto de ouro e potássio, em 1915 (LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1912. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 19 de Fevereiro de 1913 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma associação. São Paulo: Siqueira, Nagel & Comp. 1913. p.4; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1914. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 12 de fevereiro de 1915 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Casa Graphica. 1915. p.33-38; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1915. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 23 de Março de 1916 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Typ. Irmãos Masetti. 1916. p.31). Foram localizadas informações sobre alguns dos procedimentos mencionados, como o pneumotórax, que foi desenvolvido por Carlo Forlanini (1847-1918), em 1882 e consistia na introdução de ar entre as pleuras pulmonares, acreditando-se que, no processo de cicatrização do pulmão, as lesões pulmonares causadas pela tuberculose desapareceriam ou se amenizariam (Rosemberg, 2008, p.69). Já a oxigenoterapia constava de diversas sessões de inoculação subcutânea de oxigênio no doente tuberculoso LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914. p.34.

³⁷⁷ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914. p.43-52; LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1915. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 23 de Março de 1916 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Typ. Irmãos Masetti. 1916. p.42-65.

³⁷⁸ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1916. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 24 de Maio de 1917 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Escolas Profissionais do Lyceu Salesiano S. Coração de Jesus. 1917. p.33.

Entretanto, a administração do dispensário-modelo continuou com dificuldades em manter o laboratório funcionando adequadamente, por falta de recursos materiais e de equipe especializada para atuar no local, reflexo também da instabilidade financeira que enfrentava o dispensário neste contexto, conforme já mencionado. No relatório de 1915, Clemente Ferreira afirma que nem mesmo as atividades regulares do dispensário, relacionadas aos testes em terapêuticas, poderiam ter continuidade:

“A carencia de recursos impoz-nos a dura providencia de, para mais reduzir ainda os nossos encargos financeiros, suspender provisoriamente o trabalho de preparo da tuberculina e pesquisas experimentaes no laboratorio bacteriologico do Instituto. Ficamos dest’arte adstrictos de novo á realização exclusiva de exames de escarros e de uma ou outra analyse de urinas, isto após o enorme dispêndio com a instalação completa deste gabinete [...]”³⁷⁹

Clemente Ferreira também comenta que, ao ter a notícia do corte de atividades do novo laboratório, Geraldo de Paula Sousa³⁸⁰, contratado para ser o responsável pelas pesquisas no ano de 1914, pediu o seu desligamento no ano seguinte. O mesmo foi substituído pelo farmacêutico José Malhado Filho³⁸¹, que realizaria somente análises bacteriológicas de diagnóstico³⁸².

Dessa forma, logo no início de suas atividades, o laboratório do novo dispensário não pôde ser utilizado tal como foi idealizado, impossibilitando que fossem executadas maiores contribuições “[...] para a solução de problemas de alta relevância”, no caso, para o estudo da tuberculose³⁸³.

É possível inferir que o não funcionamento do laboratório e a impossibilidade de iniciar pesquisas científicas no local podem ter limitado uma maior inserção da liga paulista nas discussões científicas sobre a moléstia. Seria uma oportunidade para o dispensário-modelo paulista deixar de ser um “reprodutor” de ensaios clínicos, para se

³⁷⁹ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1915. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 23 de Março de 1916 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Typ. Irmãos Masetti. 1916. p.38.

³⁸⁰ Geraldo Horácio de Paula Souza (1889-1951), foi graduado pela Escola de Farmácia de São Paulo e pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi professor na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 1914, e diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo em 1922-1927 (Campos, 2000).

³⁸¹ José Malhado Filho (1872-1958) ocupou o posto de responsável pelas pesquisas do dispensário nos anos seguintes conforme o recorte desta pesquisa.

³⁸² LPCT. *Op. cit.* 1916. p.38.

³⁸³ LPCT. *Op. cit.* 1917. p.33.

tornar um centro de produção de conhecimento, podendo, com isso, ampliar sua visibilidade no meio científico nacional ou mesmo internacional.

Conforme Ludwik Fleck (2009), ao tratar da tuberculose no contexto europeu em meados do século XIX, a pesquisa voltada para a tuberculose não recebeu da sociedade um impulso forte, porque a doença não provocava nenhuma tensão social que fosse aliviada através de sua pesquisa. Enquanto ela não tivesse importância social, não seria possível encontrar “[...] clínicas, diretores experimentados, assistentes entusiasmados, nem fundos públicos; não haveria nenhuma competição, nem reconhecimento público que fomentasse a pesquisa” (Fleck, 2009, p.125).

A partir desta reflexão, ao observamos as dificuldades enfrentadas pela liga paulista para institucionalizar o Dispensário-Modelo “Clemente Ferreira” como espaço de produção científica, podemos pensar que fatores externos à produção científica do local também influenciavam a dinâmica do laboratório do dispensário e sua administração³⁸⁴. Neste caso, podemos fazer uma reflexão aproximada à de Fleck e questionar se não tivemos um quadro social semelhante em São Paulo.

4.4 As ações promovidas no interior paulista: o seguimento das atividades da Liga Paulista contra a Tuberculose e do Serviço Sanitário

Pelas informações que coletamos, a promulgação do novo código sanitário de 1911, não alterou o andamento das atividades da liga paulista em sua atuação no interior. Entretanto, as dificuldades financeiras sofridas pelo dispensário-modelo, nestes anos, atingiram também outra seção da liga, o Sanatório “São Luiz”, de Piracicaba, que, em 1911, ainda não havia sido aberto, por não possuir receita suficiente para receber pacientes.

Conforme o relatório para os anos de 1911 e 1912, a administração do sanatório não possuía recursos para remunerar um médico apto a trabalhar em um estabelecimento tão atípico no estado. Também o sanatório não teria àquele momento recursos para a instalação elétrica do local ou para a construção de uma apropriada rede de esgotos, assim como rouparia e compra de alguns utensílios destinados aos enfermos,

³⁸⁴ Como propõe Dominique Pestre (1996), o estudo da prática e do desenvolvimento da ciência envolvem muitos fatores, como o conceitual, o material ou instrumental, o técnico e o político. É através do estudo não disassociado destes fatores que se compreende a dinâmica e a lógica do desenvolvimento científico (Pestre, 1996, p.20-22).

sendo que as despesas do sanatório eram dirigidas, em sua totalidade, à manutenção do local e ao pagamento de um zelador. Os recursos recebidos pelo sanatório eram, em sua maior parte, originados de subvenções esporádicas do Governo Federal e Estadual, sendo que a quantia fornecida pelas doações, pagamentos e mensalidades eram de valor bastante reduzido, correspondendo, naqueles anos, a aproximadamente de 20% a 30% de toda a receita³⁸⁵.

Posteriormente, no ano de 1913, o sanatório pôde contar com o auxílio das *Irmãs Hospitaleiras* de Portugal, que teriam vindo ao Brasil através do contato de Lygia de Rezende, diretora do sanatório, com a missão de administrar o local de cura. Porém, como após alguns meses da permanência das irmãs no local, o mesmo ainda não havia sido aberto, elas partiram para a Santa Casa de Misericórdia da cidade de Socorro, com a promessa de retorno, quando ocorresse a abertura do sanatório³⁸⁶.

Clemente Ferreira, em relatório redigido para os anos de 1913 e 1914, tratando do sanatório, em tom de desabafo, atribuiu a responsabilidade do insucesso da empreitada à contínua falta de engajamento e sensibilidade por parte da sociedade civil, às subvenções irregulares e à má administração pública, que não saberia como dirigir a distribuição de auxílios, o que, de outra forma já poderia colocar o sanatório em funcionamento. Considerando a negligência feita aos tuberculosos pobres como um atentado à saúde pública e um crime de “lesa-civilização”, Ferreira insistia que a assistência aos doentes era um dever civil e governamental, e que a situação em que estes viviam, seu pauperismo, más condições de trabalho, de moradia e de saúde, eram de responsabilidade da sociedade como um todo³⁸⁷.

Finalmente, devido à falta de recursos e a constante dificuldade em abrir o espaço para os tísicos da cidade de Piracicaba, em 1915, o sanatório com seus equipamentos e móveis foi transferido para a administração direta da Liga Paulista contra a Tuberculose³⁸⁸ que, por sua vez, dentro do contexto estudado, também não

³⁸⁵ SSL. Sanatório “São Luiz”. Exercício de 1911 e 1912. Relatório apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da Sociedade. São Paulo: Casa Graphica. 1913.

³⁸⁶ SSL. Sanatório “São Luiz”. Exercício de 1913 e 1914. Relatório apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da Sociedade a Assembléa Geral realizada a 13 de junho de 1915. São Paulo: Typ Siqueira, Nagel & C. 1915. p.6.

³⁸⁷ Ibidem. p.3-5.

³⁸⁸ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1915. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 23 de Março de 1916 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Typ. Irmãos Masetti. 1916. 38-39.

obteve verbas para abertura do sanatório³⁸⁹.

Como vimos, a outra seção da liga paulista, a Obra de Preservação dos Filhos de Tuberculosos Pobres, nestes anos obteve mais sucesso em sua empreitada, podendo participar de maneira mais ativa na luta contra a doença, trabalhando em parceria com o dispensário da liga paulista, fundando, inclusive, seu próprio sanatório na cidade de Bragança, interior do estado de São Paulo.

Em 1911, em conformidade com pedido feito pela liga paulista à sua diretora, a Obra de Preservação dos Filhos de Tuberculosos Pobres inaugurou um sanatório de prevenção em Bragança, ainda com a finalidade de oferecer às crianças isolamento ou distanciamento de seus pais tuberculosos. O estabelecimento foi considerado pela liga como de grande importância para a profilaxia da tuberculose, colaborando também com o programa de “preservação social e de defesa colectiva” do grupo filantrópico³⁹⁰. No local, que poderia abrigar cerca de 50 crianças, elas teriam dieta para fortalecer seus corpos, disciplina higiênica e ensino ao ar livre. Também, estariam ocupadas em trabalhos de jardinagem e horticultura com o intuito de os “aguerrir”, “tornando-os inaptos para a proliferação do bacillo de Koch”³⁹¹.

No momento, a obra foi considerada como uma das garantias de êxito na campanha antituberculose, integrando o aparelhamento profilático e o programa de preservação social e de defesa coletiva prestado pela liga paulista. Vista como uma obra de proteção à criança, sua eficiência era apoiada em pesquisas publicadas no exterior que indicavam que o impedimento da infecção na infância seria uma maneira eficiente de protegê-la do desenvolvimento da tísica quando adulto³⁹².

Em 1917, eram acolhidos pelo sanatório de prevenção, em Bragança, 58 crianças, 42 meninas de 6 a 18 anos e 16 meninos de 3 a 11 anos³⁹³. Provavelmente, um dos motivos do sucesso de seu funcionamento como uma seção da liga e da execução de suas atividades com aparente constância, tenha sido o grande número de doações

³⁸⁹ Conforme Rosenberg, o sanatório somente foi aberto em 1926, ainda pelos esforços de Lydia de Resende. Porém, em 1931, foi novamente fechado por falta de verbas (Rosenberg, 2008, p.121).

³⁹⁰ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1911. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 16 de Fevereiro de 1912 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. Paris: Librairie O. Berthier. 1912. p.37.

³⁹¹ Ibidem. p.38.

³⁹² LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914. p.34.

³⁹³ LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1917. Relatório apresentado à Assembléa Geral na sessão ordinária de 7 de Maio de 1918 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Casa Graphica. 1918. p.42-43.

recebidas, que chegaram a superar o valor das subvenções públicas enviadas ao local. Nos anos de 1916 e 1917, únicas demonstrações de balanços localizadas para o sanatório de preservação e publicadas no relatório da liga paulista para aqueles anos, está indicado que, do valor total de receita, em torno de 43.000\$000 em cada ano, somente 5.000\$000 seriam de subvenções públicas. Em comparação com o Sanatório “São Luiz” e o Dispensário-Modelo “Clemente Ferreira”³⁹⁴, onde as subvenções superavam as doações, o sanatório da Obra de Preservação dos Filhos de Tuberculosos Pobres, de Bragança, pôde se manter e administrar seu funcionamento praticamente com recursos de origem privada.

Com os dados que dispomos é difícil compreender em que se fundava a diferença de atenções recebidas pelos dois sanatórios da liga no tocante às doações privadas. De acordo com os relatórios da liga paulista, ambas as diretoras estariam igualmente empenhadas no crescimento e na manutenção de suas empreitadas, buscando novos doadores, promovendo eventos para arrecadação de receita, etc. Poderíamos destacar o lugar social que estas mulheres ocupavam, assim como as redes de influências construídas através desta posição, pois ambas pertenciam a famílias aristocráticas paulistas, ligadas à produção do café e à política estadual. Portanto, tal questão ainda não se mostra clara, necessitando de novos dados para a reflexão.

Entretanto, mesmo que a obra de prevenção de Bragança tenha alcançado algum sucesso, ao contrário do sanatório em Piracicaba, e tenha conseguido funcionar sem muitos percalços, recebendo crianças com o intuito de protegê-las de uma possível infecção pela tuberculose, percebe-se que a atuação da liga paulista no interior do estado, como um todo, foi bastante limitada. Não há informações sobre a criação de ligas locais ou de outras iniciativas voltadas ao combate à tuberculose e vinculados à liga. Como já mencionado, ao sairmos do espaço do município de São Paulo, percebe-se que a campanha de controle da tuberculose no interior do estado continuou sendo encaminhada, quase exclusivamente, pelo Serviço Sanitário. Conforme a documentação levantada, o órgão deu andamento tanto às desinfecções e à reforma para a manutenção da salubridade das residências, como à divulgação da profilaxia da tuberculose para a população em cada distrito sanitário, conforme as capacidades de atuação do órgão e do

³⁹⁴ A título de comparação, nos anos mencionados, a Liga Paulista contra a Tuberculose teve como receita total aproximadamente 52.000\$000, sendo as subvenções em 34.000\$000 para o ano de 1916; e, em 1917, aproximadamente 44.000\$000 de receita, onde as subvenções comporiam 28.000\$000 deste valor. A receita da liga paulista, portanto, era composta de subvenções, em sua maior parte.

apoio das municipalidades³⁹⁵.

A atuação do Serviço Sanitário nas outras cidades do estado adquiriu novo significado com o código sanitário de 1911. O trabalho continuou a ser exercido pelas comissões sanitárias, atuando em cada distrito sanitário, porém exercendo as intervenções já descritas e propostas pelo novo código e efetuadas na capital³⁹⁶.

No caso de Santos, onde Guilherme Álvaro ainda era o chefe da comissão sanitária, as ações prosseguiram como no contexto anterior, com as ações de desinfecção e reformas de residências, de locais de trabalhos coletivos, fábricas e oficinas, como parte da campanha de controle da tuberculose. Para atender à nova regulamentação sanitária de 1911, todos os estabelecimentos que envolviam preparo de alimentos, como bares, cafês, açougues e quitandas, também sofreram um endurecimento das vistorias, conforme expõe Álvaro, que também foram estendidas aos estábulos e a comercialização de leite, ainda que tal feito fosse de responsabilidade do poder municipal³⁹⁷.

Porém, apesar dos esforços da comissão naquela cidade, Guilherme Álvaro admite que a campanha contra a tuberculose não ocorria sem dificuldades, uma vez que as notificações da doença não eram realizadas no início do desenvolvimento da moléstia, impedindo as desinfecções regulares, consideradas importantes para a redução do índice de contágio. Também trata do aumento do número de doentes e a falta de conhecimento da população com relação à profilaxia da doença³⁹⁸.

A situação agravou-se com a Guerra Mundial, em 1914, que provocou o fechamento ou falência de vários estabelecimentos comerciais dependentes do fluxo regular de embarcações do porto local, ocasionando a acentuação das dificuldades econômicas de parte considerável da população. Tal fato era indicado por Álvaro como responsável pelo agravamento das condições sanitárias de Santos e também pela

³⁹⁵ ÁLVARO, G. *As campanhas sanitárias de Santos*. Suas causas e seus efeitos. São Paulo: Casa Duprat. 1919; MACHADO, O. Estado Sanitário de Campinas em 1911. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Emilio M. Ribas, Director Geral do Serviço Sanitário do Estado pelo Dr. Octavio Machado, chefe da comissão. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 15, n.8. 30 abr. 1912. p.154; MACHADO, O. Estado Sanitário de Campinas em 1912. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Emilio M. Ribas, Director Geral do Serviço Sanitário do Estado pelo Dr. Octavio Machado, chefe da comissão. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 16, n.2. 31 jan. 1913. p.22.

³⁹⁶ SÃO PAULO (Estado). Decreto n.2141, de 14 de novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=135510>. Acesso em: 5 mar. 1916. 14 nov. 1911.

³⁹⁷ ÁLVARO, G. *Op. cit.* 1919. p.128-134.

³⁹⁸ *Ibidem*. p.160.

elevação do número de mortalidade por tuberculose na cidade³⁹⁹. Neste ponto, o médico estava próximo do discurso oficial identificado nos relatórios da Secretaria de Negócios do Interior, que afirmava aguardar a melhoria da situação econômica, apoiada pela continuidade da campanha sanitária, para que os óbitos provocados pela tuberculose voltasse a apresentar melhores números⁴⁰⁰.

No contexto trabalhado neste capítulo, infelizmente são poucas as referências feitas ao combate à tuberculose nos distritos sanitários. Em vários momentos, seja nos relatórios da Secretaria do Interior, do Serviço Sanitário ou nos relatórios sobre a situação sanitária de cidades específicas, como Santos, Campinas e Ribeirão Preto, publicadas em alguns anos na Revista Médica de São Paulo, a mesma é referenciada como a doença de maior mortalidade em vários distritos e foco de cuidados por parte dos serviços prestados pelas comissões. Porém, ela é apresentada como uma doença estacionária do ponto de vista das estatísticas, relativizando sua gravidade aos leitores dos relatórios. Ao mesmo tempo, é percebido como a tuberculose passa cada vez mais a dividir as atenções com outras doenças nestas publicações, também importantes do ponto de vista sanitário devido aos números de óbitos que provocavam, como a varíola, a peste, a ancilostomíase e o impaludismo⁴⁰¹.

Porém, tendo em vista o exposto até o momento, tal fato não reduz a suposição de que, fora da capital, o Serviço Sanitário e suas comissões foram os responsáveis pelo combate à tuberculose, ainda que não possamos medir a efetividade das ações voltadas para a doença ou as vicissitudes do combate, por falta de dados mais específicos. No mesmo contexto, a liga paulista manteve um espaço de atuação mais limitado à capital, sendo pouco presente no interior, apesar de seus esforços.

³⁹⁹ ÁLVARO, G. *Op. cit.* 1919. p.160.

⁴⁰⁰ SÃO PAULO. Secretaria de Estado dos Negócios do Interior. Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Altino Arantes, Presidente do Estado, pelo Secretário do Interior Oscar Rodrigues Alves, anno de 1917. [S.l.: s.n.]. [1918]. p.222.

⁴⁰¹ SÃO PAULO. Secretaria de Estado dos Negócios do Interior. Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Altino Arantes, Presidente do Estado, pelo Secretário do Interior Oscar Rodrigues Alves, anno de 1917. [S.l.: s.n.]. [1918]. p.133-225; SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatório de 1913. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917; SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatório de 1914. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917; SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatório de 1915. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917.

Conclusão

A intenção deste trabalho foi examinar as primeiras políticas de saúde voltadas para a tuberculose no território paulista, entre a última década do século XIX e as duas primeiras décadas do século XX. Aqui, verificamos como e quando surgiram as iniciativas voltadas para a doença, de quais grupos partiram tais iniciativas, qual foi a extensão das ações voltadas para a doença e se tiveram a adesão e o reconhecimento da sociedade.

Pudemos observar que a existência de um movimento antituberculose em andamento na Europa, nas últimas décadas do século XIX, foi o referencial para que ocorressem as primeiras discussões a respeito da doença na comunidade médica paulista.

Na Europa, o desenvolvimento de campanhas para a luta contra a tuberculose foi precedido e influenciado pela existência dos movimentos de medicina social e de filantropia voltada aos trabalhadores pobres, além de outras variáveis que influenciaram contextos locais, conforme apontados pela historiografia, como o avanço bacteriológico, imperativos econômicos, a organização de órgãos públicos de saúde, entre outros. Já em São Paulo, apesar de tais movimentos não terem sido identificados pela pesquisa, a campanha antituberculose foi precedida e influenciada pela luta européia contra a doença, com participação em um movimento médico de caráter internacional com níveis avançados de organização, congressos, publicações e modelos de enfrentamento da moléstia.

Entendemos, assim, que foi a partir da existência de um movimento europeu antituberculose, que a alta mortalidade provocada pela doença no estado de São Paulo sofreu uma mudança de significado no discurso médico paulista. Antes ignorada ou considerada como manifestação do avanço civilizatório em que o estado se encontrava, a doença passou a ser percebida como problema de cunho social e de saúde, que demandava a intervenção de poderes públicos e particulares.

O início da campanha contra a tuberculose no espaço paulista foi, então, promovido pela criação de um órgão filantrópico organizado nos moldes europeus para o enfrentamento da doença e, também, pela existência de um órgão público de saúde que também se envolveu com a campanha, complementando-a. Também a existência de

uma comunidade médica organizada e atenta aos movimentos médicos no exterior foi um fator importante para o início do movimento em São Paulo. Então, foi neste contexto, que surgiram as primeiras iniciativas voltadas ao controle da doença em São Paulo iniciadas no final do século XIX, através das ações do Serviço Sanitário e com a criação da Liga Paulista contra a Tuberculose.

Conforme mencionado no capítulo 3, ao observarmos as ações efetuadas pelos órgãos público e privado, percebemos que elas foram complementares. Consideramos que ambos puderam colaborar no controle da tuberculose na capital do estado, conforme a organização de cada órgão. O Serviço Sanitário e sua organização moldada em práticas de cunho higienista - de combate às doenças através de intervenções realizadas pelos inspetores sanitários e da abertura de institutos de pesquisa - e a Liga contra a Tuberculose - com sua base filantrópica de atendimento ao doente - puderam contribuir para o controle da disseminação da doença.

Inicialmente, a partir da bibliografia, ficamos tentados a considerar que as ações realizadas pela liga paulista haviam sido mais importantes que as do órgão público, pelos seus esforços de difusão de informações a respeito da profilaxia para a tuberculose e dos serviços que a liga prestava, procurando atrair a atenção e confiança daqueles que poderiam estar contaminados com o bacilo, ao mesmo tempo em que intencionou diminuir o não conhecimento sobre a doença na sociedade paulista.

Em nossa pesquisa pudemos observar que também foi relevante o atendimento oferecido pela liga e dirigido ao doente, principalmente através de seu dispensário. Acreditamos que tanto os trabalhos de diagnóstico como de acompanhamento do tuberculoso - o fornecimento de medicamentos, de alimentos, aluguéis, roupas de cama e as visitas dos inspetores - foram importantes por se dirigirem diretamente ao doente e sua família, fornecendo-lhes suporte médico e material para o enfrentamento da doença.

Observamos também que, conforme os dados levantados pela liga e pela seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário, os atendidos pela liga eram provenientes dos bairros mais atingidos pelos óbitos provocados pela tuberculose (ver tabelas 5 e 9). Conforme Claudio Bertolli (2003), estes bairros, classificados por ele como distritos intermediários - Liberdade, Bela Vista, Santa Ifigênia e Santa Cecília - ou periféricos - Bom Retiro, Bráz, Mooca e Belenzinho - em relação às atenções recebidas pelos serviços públicos⁴⁰², eram predominantemente ocupados por proletários

⁴⁰² Bertolli também classifica outros bairros de São Paulo em distritos centrais, espaços privilegiados pela administração municipal - Sé e Consolação - e distritos suburbanos, de difícil acesso e praticamente sem

alocados em habitações coletivas pouco higiênicas (Bertolli, 2003, p.39-47). Portanto, a liga pôde atender a parcela da população foco de seu trabalho desde o início de suas atividades.

Porém, ao compararmos os números dos atendidos pelo dispensário e os números de mortalidade na capital paulista pela tuberculose, levantados pela seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário (ver tabelas 4 e 7), vemos que o alcance das ações da liga era limitado. A quantidade de pessoas atendidas pelo dispensário era bastante inferior ao número de óbitos da doença na capital paulista.

Outras limitações importantes ao exercício das funções da liga paulista foram derivadas da baixa adesão da sociedade em sua campanha contra a tuberculose. O desinteresse pela causa promovida pela liga estava refletido no apoio financeiro relativamente baixo às suas atividades - tanto nas poucas doações, como nas subvenções insuficientes para administrar as atividades do órgão - provocando uma forte crise financeira na organização durante a década de 1910.

A renda limitada da liga levou, também, à centralização de suas atividades no dispensário, sem que pudesse ampliar sua atuação através de sanatórios ou de hospitais para tuberculosos para encaminhar seus pacientes para tratamento e isolamento adequados.

Tal desinteresse também fez com que as atividades da liga fossem limitadas, quase exclusivamente, à capital paulista. Em outras cidades do estado, como vimos, onde os óbitos por tuberculose eram altos, foi o Serviço Sanitário que liderou a campanha contra a tuberculose. Posteriormente, o Código Sanitário de 1911 possibilitou ao serviço o aumento de suas intervenções no meio público e privado para o controle da tuberculose, aproximando ainda mais a moléstia das atenções da saúde pública.

Através da pesquisa pudemos perceber que as relações entre o Serviço Sanitário e a Liga Paulista contra a Tuberculose e entre seus dirigentes foram intrincadas. Desde o início, existiram momentos de cooperação entre suas seções, ainda que discordassem em alguns pontos. Como o isolamento domiciliar de doentes, proposto inicialmente pelos funcionários do Serviço Sanitário e que contava com forte oposição de Clemente

atenções dos serviços públicos - Cambuci, Santana, Lapa, Penha, São Miguel, Nossa Senhora do Ó, Butantã e Vila Mariana. Conforme o historiador, os serviços oferecidos pela administração municipal aos distritos intermediários foram os bondes, água, esgoto, luz e telefone, mas somente nas proximidades com os distritos centrais. Aos distritos periféricos eram disponíveis serviços de bondes, iluminação elétrica nas principais vias e serviços precários de água e esgoto (Bertolli, 2003, p.39-47).

Ferreira. Posteriormente, foi o Código Sanitário de 1911 e a notificação obrigatória de doentes que provocou nova divergência entre os órgãos.

Mas, ao estudarmos a construção do sanatório para tuberculosos em Campos do Jordão, percebemos que existia um jogo de forças e de interesses entre eles. Vimos como a liga paulista, através da presidência de Clemente Ferreira, não obteve apoio político suficiente para liderar a construção de sanatórios. Quem teve apoio para encaminhar o projeto foi Emílio Ribas e Vitor Godinho, que, através de uma proposta de investimento interessante aos poderes públicos e à iniciativa privada, deram andamento ao projeto sanatorial para a vila de Campos do Jordão.

Também, apesar de identificados momentos de discordância e a existência de um jogo de poderes entre os dirigentes do órgão público de saúde e do órgão filantrópico, é bom lembrar que Emílio Ribas no ano de 1916, antes de afastar-se da diretoria do Serviço Sanitário, tornou-se vice-presidente da Liga Paulista contra a Tuberculose, em substituição a Cândido Espinheira (1912-1916). Não localizamos informações a respeito da participação de Ribas na vice-presidência da liga paulista, nem como ela ocorreu, mas a entrada de Ribas na liga é mais uma evidência de que as relações entre os órgãos e suas diretorias foram complexas, ou ao menos mais complexas do que propõe a historiografia.

Consideramos que, a despeito das dificuldades na implementação das ações contra a tuberculose por todo o estado de São Paulo no período, a campanha contra a doença apresentou alguns êxitos. Pudemos ver que a campanha pôde mobilizar parte da sociedade na causa promovida pela liga paulista. Como resultado, foram possíveis as construções de obras filantrópicas como o dispensário-modelo “Clemente Ferreira”, na capital; o sanatório “São Luiz”, em Piracicaba; e o sanatório de preservação da Obra de Preservação dos Filhos de Tuberculosos Pobres, em Bragança. Também possibilitou a publicação da revista de divulgação da liga.

Ademais, o combate à doença provocou a exposição cada vez mais intensa da realidade vivida pelos proletários e pobres nos bairros periféricos de São Paulo, o que proporcionou a discussão, entre parte da comunidade médica, a respeito dos direitos sociais e trabalhistas que estes indivíduos necessitavam. Também demonstrou que não poderia ser feito o controle da disseminação da doença, que estava tomando grandes proporções, sem que fatores como a proliferação da habitação insalubre e a regulamentação das fábricas e oficinas fossem, de fato, trabalhados pelos poderes públicos, como parte de suas responsabilidades.

Estava se tornando cada vez mais claro que o combate à tuberculose necessitava do envolvimento e intervenção destes poderes para o controle efetivo da doença, que não poderia ser feito somente através da Liga Paulista contra a Tuberculose ou do Serviço Sanitário, dada a necessidade de resolução das questões sociais atreladas ao combate à doença e também ao alto custo deste combate.

Conforme Cláudio Bertolli e Ana Margarida Rosemberg foi somente na década de 1930, na presidência de Getúlio Vargas, que ocorreu o envolvimento direto do governo na questão da tuberculose. Em São Paulo, em 1931, foi criada a Seção de Profilaxia da Tuberculose do Serviço Sanitário e, em 1934, o dispensário-modelo foi transferido para a administração estadual. Para estes autores, somente neste momento, a tuberculose se transformou em questão estatal (Bertolli Filho, 2001, p.68-79; Rosemberg, 2008, p.189). Mas, como vimos, a discussão sobre a importância da participação dos poderes públicos na efetivação do controle da disseminação da tuberculose já estava presente décadas antes.

Com este trabalho, pretendemos colaborar com os estudos feitos sobre a formação de políticas de controle à tuberculose. Também buscamos apontar a importância do retorno às fontes históricas para a observação e análise dos eventos. Desta maneira, problematizamos antigas interpretações, posicionamentos, e construímos novas abordagens, enriquecendo o debate historiográfico sobre o tema.

Compreendemos que esta pesquisa tratou somente de alguns aspectos envolvidos na questão da tuberculose e seu controle, portanto, novos estudos devem ser realizados. Esperamos que este trabalho possibilite ou instigue novas discussões acerca da doença, pois as dinâmicas social, científica, econômica e política que cercam sua existência e convívio em nosso meio ainda carecem de estudos.

Tabela 1 – Mortalidade por doenças em São Paulo – SP (1894-1917)

Mortalidade por doenças em São Paulo - SP (1894-1917)														
Anos	População	Óbitos Totais	Óbitos por Febre Amarela	Óbitos por Varíola	Óbitos por Peste	Óbitos por Tuberculose	Óbitos por Febre Tifóide	Óbitos por Malária	Óbitos por Sarampo	Óbitos por Sífilis	Óbitos por Gripe	Óbitos por Cólera	Óbitos por Difteria e Crupe	Óbitos por Coqueluche
1894	150000	4214	25	0	0	390	135	273	21	8	8	24	13	20
1895	170000	5191	39	22	0	366	93	236	66	16	2	23	23	40
1896	200000	5779	98	21	0	434	187	266	71	27	1	0	17	16
1897	230000	5237	28	26	0	406	223	214	77	21	2	11	33	21
1898	260000	5083	26	345	0	418	160	149	19	26	3	5	11	33
1899	260000	4279	29	7	4	399	112	120	28	9	5	4	12	17
1900	260000	4108	94	1	2	365	106	118	21	27	5	0	9	35
1901	286000	4514	3	46	0	337	68	81	57	31	13	4	20	60
1902	286000	5199	3	66	1	361	55	99	85	35	8	7	13	10
1903	286000	4604	16	13	7	393	62	62	1	41	30	2	16	12
1904	286000	4922	1	19	6	358	38	54	34	41	34	4	14	102
1905	286000	4852	2	5	4	344	51	63	116	46	31	10	11	27
1906	286000	5406	0	5	8	387	52	50	134	37	55	2	22	41
1907	300000	5129	0	0	3	421	54	41	58	37	48	4	4	26
1908	300000	5760	0	136	5	374	35	42	96	38	59	8	20	41
1909	300000	5757	0	48	0	427	53	39	111	44	78	8	24	30
1910	314000	6246	0	5	5	474	40	26	99	41	64	4	24	24
1911	358000	6933	0	2	5	447	63	20	80	59	80	8	26	41
1912	400000	9585	0	237	1	432	99	17	133	51	106	7	39	39
1913	480000	9301	0	17	4	561	165	8	124	57	97	6	54	33
1914	485000	8491	0	16	5	612	294	18	32	55	107	4	38	47
1915	500000	7621	0	1	1	628	156	20	25	66	70	2	35	27
1916	484901	8176	0	0	0	531	97	13	77	65	75	2	31	36
1917	470872	7908	0	3	0	585	66	17	7	62	74	1	44	42

Fonte: Boletins anuais da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1894-1917. Acervo da Biblioteca Digital da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE (<http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/>).

As informações anuais referentes à população, óbitos totais, óbitos por tuberculose, varíola, sarampo, crupe e difteria, sífilis, peste, febre tifóide, gripe e malária estão referenciados em SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Anuario Demographico da Secção de Estatistica Demographo-Sanitaria. Ano XXIV, 1917. São Paulo: Typ. do “Diario Official”. 1919. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011020&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 2016. 1919.

Os números referentes às outras doenças foram identificados nos relatórios anuais do mesmo órgão, quando localizados.

Tabela 2 – Mortalidade por doenças em Santos (1895-1917)

Mortalidade por doenças em Santos - SP (1894-1917)														
Anos	População	Óbitos Totais	Óbitos por Febre Amarela	Óbitos por Varíola	Óbitos por Peste	Óbitos por Tuberculose	Óbitos por Febre Tifóide	Óbitos por Malária	Óbitos por Sarampo	Óbitos por Sífilis	Óbitos por Gripe	Óbitos por Cólera	Óbitos por Difteria e Crupe	Óbitos por Coqueluche
1894	30000	1383	172	1	0	173	25	104	1	5	1	0	0	3
1895	N.I.	2422	1058	6	0	148	9	144	17	12	0	0	1	5
1896	N.I.	1660	435	11	0	161	8	143	18	8	0	0	2	1
1897	N.I.	1331	37	7	0	154	13	37	16	N.I.	0	N.I.	1	N.I.
1898	N.I.	1625	343	7	0	176	17	123	4	N.I.	0	N.I.	0	N.I.
1899	N.I.	1366	2	3	14	172	30	121	21	N.I.	1	N.I.	1	N.I.
1900	N.I.	1369	260	1	2	165	22	119	1	N.I.	1	N.I.	2	N.I.
1901	N.I.	1312	0	26	1	173	8	78	45	8	0	0	4	7
1902	N.I.	1371	0	5	1	163	21	77	4	15	16	1	3	19
1903	N.I.	1490	7	1	9	180	16	91	1	14	29	0	4	20
1904	N.I.	1507	1	76	1	185	10	60	17	10	31	0	1	12
1905	N.I.	1391	0	6	0	173	6	54	15	8	19	0	2	10
1906	N.I.	1404	0	0	1	172	6	33	13	9	14	0	2	7
1907	N.I.	1609	0	3	4	197	9	42	39	10	46	0	3	9
1908	N.I.	1636	0	99	0	215	9	41	8	11	26	0	2	7
1909	N.I.	1544	0	1	3	194	10	20	12	5	48	1	3	11
1910	N.I.	1469	0	0	1	221	8	16	30	17	51	5	1	1
1911	N.I.	1514	0	1	0	202	10	15	49	16	48	1	1	10
1912	N.I.	1639	0	2	0	184	5	20	4	5	41	0	2	27
1913	88967	1637	0	2	2	188	6	14	9	11	48	1	2	13
1914	100000	1603	0	0	0	173	11	9	13	12	35	1	7	8
1915	100000	1692	0	0	0	211	5	71	4	19	34	1	4	10
1916	91941	1833	0	0	0	217	3	5	16	30	47	0	8	1
1917	94841	1533	0	1	1	252	7	31	2	20	19	0	2	23

N.I.: não informado.

Fonte: Boletins anuais da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1894-1917. Acervo da Biblioteca Digital da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE (<http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/>).

As informações referentes aos óbitos totais, óbitos por tuberculose, febre tifóide, gripe e malária estão referenciados em SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Anuario Demographico da Secção de Estatistica Demographo-Sanitaria. Ano XXIV, 1917. São Paulo: Typ. do “Diario Oficial”. 1919. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011020&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 2016. 1919. Os números referentes às outras doenças foram identificados nos relatórios anuais do mesmo órgão, quando localizados.

Tabela 3 – Mortalidade por doenças em Campinas (1895-1917)

Mortalidade por doenças em Campinas - SP (1895-1917)														
Anos	População	Óbitos Totais	Óbitos por Febre Amarela	Óbitos por Varíola	Óbitos por Peste	Óbitos por Tuberculose	Óbitos por Febre Tifóide	Óbitos por Malária	Óbitos por Sarampão	Óbitos por Sífilis	Óbitos por Gripe	Óbitos por Cólera	Óbitos por Difteria e Crupe	Óbitos por Coqueluche
1895	N.I.	1757	81	4	0	71	27	44	5	3	3	0	8	8
1896	N.I.	2600	788	0	0	88	10	33	1	4	4	0	10	5
1897	N.I.	1904	231	0	N.I.	110	27	38	4	N.I.	2	N.I.	N.I.	9
1898	N.I.	1577	3	0	N.I.	91	11	34	2	N.I.	6	N.I.	N.I.	7
1899	N.I.	1480	4	0	N.I.	102	10	23	0	N.I.	8	N.I.	N.I.	0
1900	N.I.	1456	2	0	N.I.	100	7	10	11	N.I.	14	N.I.	N.I.	8
1901	N.I.	1736	0	1	0	127	14	8	4	5	18	0	1	13
1902	N.I.	1782	2	0	0	149	6	13	1	9	17	1	3	15
1903	N.I.	1569	8	0	0	106	11	13	0	16	15	0	4	9
1904	N.I.	1537	0	1	0	108	12	22	1	9	21	0	4	12
1905	N.I.	1648	0	0	0	109	7	11	26	9	19	1	16	27
1906	N.I.	1733	0	0	0	109	13	7	7	12	9	5	11	7
1907	N.I.	1815	0	0	0	143	16	2	0	8	33	7	10	37
1908	N.I.	1840	0	0	0	131	7	5	7	10	32	10	5	17
1909	N.I.	1694	0	0	0	133	10	8	0	5	34	5	4	4
1910	N.I.	1679	0	5	0	112	11	5	43	15	23	7	9	10
1911	N.I.	1776	0	1	0	116	14	2	10	4	26	7	3	25
1912	N.I.	1840	0	10	0	110	14	7	16	11	26	4	12	9
1913	100000	1865	0	3	0	129	17	4	5	12	31	3	10	20
1914	100000	1877	0	0	0	133	16	4	14	3	32	6	4	17
1915	100000	1687	0	0	0	157	23	9	0	13	22	0	10	13
1916	99376	1842	0	13	0	151	27	37	5	7	23	2	2	3
1917	99546	2160	0	0	0	157	10	140	1	8	16	1	1	8

N.I.: não informado.

Fonte: Boletins anuais da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1894-1917. Acervo da Biblioteca Digital da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE (<http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/>).

As informações referentes aos óbitos totais, óbitos por tuberculose, febre tifóide, gripe e malária estão referenciados em SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Anuario Demographico da Secção de Estatistica Demographo-Sanitaria. Ano XXIV, 1917. São Paulo: Typ. do “Diario Oficial”. 1919. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011020&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1919. Os números referentes às outras doenças foram identificados nos relatórios anuais do mesmo órgão, quando localizados.

Tabela 4 - Coeficiente de mortalidade em São Paulo-SP por doenças transmissíveis e por tuberculose - variação anual (1894-1917)

Coeficiente de mortalidade em São Paulo-SP por doenças transmissíveis e por tuberculose - variação anual (1894-1917)									
Anos	População	Óbitos totais	Óbitos por doenças transmissíveis	Coeficiente das doenças transmissíveis sobre o total de óbitos	Coeficiente das doenças transmissíveis sobre 1000 habitantes	Óbitos por tuberculose	Porcentagem sob obtuário geral	Porcentagem sob óbitos por doenças transmissíveis	Coeficiente de tuberculose sobre 1000 habitantes
1894	150000	4214	1049	24.8	6.22	390	9.25	37.18	2.60
1895	170000	5191	1058	20.3	5.71	366	7.05	34.59	2.15
1896	200000	5779	1291	22.3	6.36	434	7.50	33.62	2.17
1897	230000	5237	1148	21.9	5.00	406	7.75	35.37	1.76
1898	260000	5083	1322	26.0	4.97	418	8.22	31,62	1.76
1899	260000	4279	858	20.0	3.19	399	9.32	46,5	1.53
1900	260000	4108	885	21.5	3.29	365	8.88	41,24	1.40
1901	286000	4514	806	17.8	2.63	337	7.46	41,81	1.17
1902	286000	5199	898	17.2	3.14	361	6.94	40,2	1.26
1903	286000	4604	884	19.2	2.74	393	8.53	44,46	1.37
1904	286000	4922	843	17.1	2.95	358	7.27	42,47	1.25
1905	286000	4852	815	13.7	2.85	344	7.08	42,21	1.20
1906	286000	5406	941	17.4	3.30	387	7.07	41,13	1.35
1907	300000	5129	823	16.0	2.74	421	8.20	51,15	1.40
1908	300000	5760	989	17.1	3.29	374	6.49	37,82	1.24
1909	300000	5757	985	17.1	3.27	427	7.41	43,35	1.42
1910	314000	6246	937	15.0	2.98	474	7.58	50,59	1.50
1911	358000	6933	994	14.3	2.83	447	6.44	44,97	1.24
1912	400000	9585	1343	14.0	3.35	432	5.03	32,17	1.08
1913	480000	9301	1298	13.9	2.71	561	6.03	43,22	1.17
1914	485000	8491	1418	16.7	2.92	612	7.20	43,16	1.27
1915	500000	7621	1183	15.5	2.36	628	8.24	53,08	1.25
1916	484901	8176	1106	13.5	2.28	531	6.49	48,01	1.09
1917	470872	7908	1135	14.3	2.41	585	7.39	51,54	1.24

Fonte: SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Anuario Demographico da Secção de Estatística Demographo-Sanitaria. Ano XXIV, 1917. São Paulo: Typ. do “Diario Official”. 1919. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011020&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 2016. 1919.

Tabela 5 – Mortalidade por tuberculose em São Paulo-SP por distritos - variação anual (1894-1917)

Distritos		Mortalidade por tuberculose em São Paulo-SP por distritos - variação anual (1894-1917)																		
Anos	Norte e Sul da Sé																			
		Sé	Liberdade	Consolação	Bella Vista	Santa Efigenia	Bom Retiro	Santa Cecilia	Braz	Moóca	Belemzinho	Sant'Anna	Villa Marianna	Cambucy	Lapa	Penha de França	São Miguel	Nossa Senhora do Ó	Butantan	TOTAL
1894	76			126		70			93			7				12	3	3		390
1895	76			132		53			89			6				8	1	1		366
1896	63			188		67			101			9				3	2	1		434
1897	56			194		70			69			10				5	2			406
1901	45			28		39		145	49		17	6	2			5		1		337
1902	45			25		29		201	32		12	9	4			3	1			361
1903	44			31		39		194	53		13	5	4			4	5	1		393
1904	32			28		33		183	40		23	7	6			3	1	1		357
1905	36			40		35		159	39		20	4	4			8		1		346
1906		1	42	37		44		177	48		17	6	4			7	2	2		387
1907		6	37	214		36		32	53		17	4	10	4		3	2	3		421
1908		2	29	202		25		31	39		19	2	6	7		2	1		2	367
1909		4	34	214		26		30	56		23	7	13	10		7	2	1		427
1910		4	22	258		42		37	48		25	8	17	6		5			2	474
1911		1	29	221	20	33	9	22	40	17	15	9	8	9	2	6	1	3	2	447
1912			14	215	29	20	15	28	27	19	26	10	9	10	5	3		1	1	432
1913		4	28	295	21	29	14	33	24	37	36	10	13	5	4	2		3	3	561
1914		5	21	311	24	28	21	52	36	28	36	15	17	6	3	3		3	3	612
1915		1	27	324	32	31	12	47	33	35	36	20	10	6	5	6			3	628
1916		2	23	270	24	31	15	41	31	33	20	10	7	9	5	4	2		4	531
1917			18	319	21	19	11	47	36	39	38	9	7	6	4	6	1		4	585

Fonte: Boletins anuais da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1894-1917. Acervo da Biblioteca Digital da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE (<http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/>).

Não foram localizados os relatórios referentes aos anos de 1898, 1899 e 1900.

Nos boletins anuais da seção encontram-se as datas de criação dos distritos na cidade de São Paulo: distritos criados em 1899: Santa Cecilia, Belenzinho, Vila Mariana; distritos criados em 1906: Sé, Liberdade; distrito criado em 1907: Cambucy; distrito criado em 1908: Butantan; distritos criado em 1911: Bela Vista, Bom Retiro, Moóca, Lapa.

Tabela 6 - Receitas de origem pública e privada para a Liga Paulista contra a Tuberculose (1902-1917)

Receitas de origem pública e privada para a Liga Paulista contra a Tuberculose (1902-1917)						
Anos	Contribuições, Donativos e Mensalidades	Subvenções				
		Câmara Municipal de São Paulo	Câmaras de outros municípios	Governo do Estado de São Paulo	Quotas de Loterias	Santas Casas
1902-1903	18:320\$300	2:000\$000	0	250\$000	0	220\$000
1904	6:236\$900	10:000\$000	400\$000	1:140\$000	0	0
1905	8:752\$730	10.000\$000	400\$000	5:000\$000	0	120\$000
1906	2:579\$480	10.000\$000	1:940\$000	13:000\$000	0	120\$000
1907	16: 212\$300	21:925\$200				
1908	1:251\$766	92:476\$000				
1910	9:204\$400	71:610\$964				
1911	39.268.500	72.575.374				
1912	8:567\$200	65:570\$275				
1913	15:517\$430	59:395\$330				
1914	3:179\$000	10.000\$000	0	11:000\$000	5:398\$790	0
1915	9:032\$100	10.000\$000	0	10.000\$000	1:432\$920	0
1916	7:062\$800	10.000\$000	5:400\$000	17.000\$000	4:712\$687	0
1917	5:871\$100	11.000\$000	0	17.000\$000	4:148\$100	0

Fonte: Relatórios anuais da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos e Liga Paulista Contra a Tuberculose (1902-1917). Acervo do Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas” – Instituto Butantan.

Observações: os valores expostos respeitam a formatação apresentada pelos relatórios. Entre 1907 e 1913, os relatórios não discriminavam as origens das subvenções. O relatório de 1909 não possui informações sobre a receita anual. Não foram listadas informações como "raio-x", "juros", "avulsos", "descontos" e "restituições", por não estarem especificadas as origens exatas de tais receitas.

Tabela 7 - Movimento do Dispensário e do Dispensário-Modelo "Clemente Ferreira" (1904-1917)

Movimento do Dispensário e do Dispensário-Modelo "Clemente Ferreira" (1904-1917)														
Anos	Número de Doentes	Consultas Realizadas	Fórmulas Aviadas	Medicamentos Distribuídos pelo Dispensário	Alimentos Fornecidos			Visitas Domiciliares dos Inspetores	Visitas do Médico Externo	Exames de Escarros	Exames de Laringe	Escarradeiras Distribuídas	Leitos e Roupas de Cama Doados	Socorros de Aluguel
					Pão (Kg)	Carne (Kg)	Leite (Kg)							
1904	125	1194	785	394	352	995	784	254	0	150	96	34	0	6\$000
1905	222	4001	2351	2047	1183	2225	2574	706	0	366	57	43	0	171\$000
1906	242	4083	1289	2211	1374	3568	3317	1317	0	555	104	100	15	1:071\$000
1907	228	5505	2380	2812	2033	4007	4502	1227	352	576	140	44	10	1:471\$000
1908	229	9397	1250	5623	2294,5	4605	5553	1582	424	473	180	64	9	1:510\$000
1909	250	9495	1490	6357	2233,5	4411	5800	1479	480	388	169	53	9	1:180\$000
1910	236	9113	2221	6208	2178	4540	5422	1432	499	445	130	47	14	1:175\$000
1911	163	9075	1527	956	2261	4389	4400	1294	579	956	165	36	5	865\$000
1912	222	8065	1265	681	1769	3603	4180	1253	606	506	126	32	5	990\$000
1913	235	8870	1333	421	1831	3721	3975	1032	357	455	337	50	11	1:015\$000
1914	354	18981	2084	541	1683,5	3970	5174	1564	558	698	431	47	13	585\$000
1915	255	21839	2913	878	1410	2809	3702	1542	118	1064	496	46	19	240\$000
1916	314	18116	2610	950	2596	2881	3624	1445	104	885	388	12	0	524\$000
1917	392	19404	2769	527	1533,5	3892	4543	1418	361	784	306	3	2	600\$000

Fonte: LPCT. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1917. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 7 de Maio de 1918 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Casa Graphica. 1918. Acervo do Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas” – Instituto Butantan.

Observação: os valores monetários expostos respeitam a formatação apresentada pelo relatório.

Tabela 8 - Perfil dos pacientes atendidos pelo Dispensário e Dispensário-Modelo "Clemente Ferreira" (1904-1917)

Perfil dos pacientes atendidos pelo Dispensário e Dispensário-Modelo "Clemente Ferreira" (1904-1917)																			
Ano	Sexo		Idade			Nacionalidade		Cor/Raça					Saída de Pacientes						
	Masculino	Feminino	Abaixo de 20 anos	Entre 20 e 50 anos	Acima de 50 anos	Brasileiros	Estrangeiros	Branco	Mestiço / Pardo	Preto	"de cor"	Amarelos	Altas Aparentes ou Curados	Não estavam doentes	Não puderam ser mantidos gratuitamente	Abandono do Tratamento	Procura de outro clima para tratamento	Enviado para hospitais	Morte
1904	68	57	22	97	6	74	51	0	0	0	0	0	11	3	3	6	8	3	42
1905	109	113	35	184	3	120	102	150	58	14	0	0	21	0	0	41	14	9	35
1906	125	117	49	180	13	136	106	171	56	15	0	0	78	341	2	93	25	27	33
1907	109	120	50	172	7	133	96	167	0	62	0	0	59	309	0	65	40	24	40
1908	122	143	60	185	10	147	108	199	27	28	0	1	60	194	0	47	34	21	47
1909	115	135	86	156	8	145	105	185	0	0	65	0	99	196	0	73	32	18	42
1910	107	129	75	152	9	154	82	170	0	0	66	0	101	179	2	50	14	19	48
1911	61	61	47	113	3	81	41	115	0	0	48	0	106	122	2	46	29	14	34
1912	129	96	63	149	7	134	88	168	0	0	54	0	110	147	2	42	27	13	25
1913	134	101	70	157	8	134	101	196	0	0	39	0	82	128	11	60	32	18	38
1914	208	146	98	243	13	184	170	286	0	0	68	0	82	82	7	57	47	16	42
1915	145	11	66	187	2	150	105	208	17	30	47	0	111	28	1	94	39	17	28
1916	165	149	93	213	8	171	143	256	44	14	58	0	0	0	0	0	0	0	0
1917	187	205	180	237	5	242	150	341	45	6	0	0	102	9	5	98	50	14	42

Fonte: Relatórios anuais da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos e Liga Paulista Contra a Tuberculose (1904-1917). Acervo do Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas” – Instituto Butantan.

Observação: as definições de cor e raça variaram muito ao longo dos anos.

Tabela 9 - Perfil da moradia dos pacientes atendidos pelo Dispensário e Dispensário-Modelo "Clemente Ferreira" (1906-1917)

Perfil da moradia dos pacientes atendidos pelo Dispensário e Dispensário-Modelo "Clemente Ferreira" (1906-1917)														
Anos	Natureza das Habitações			Distribuição por bairros										
	Casas Individuais	Habitações Coletivas	Ignoradas	Norte e Sul da Sé	Braz	Santa Efigênia	Consolação	Santa Cecília	Belenzinho	Vila Mariana	Sant'Anna	Penha	Pinheiros	Lapa
1906	100	116	0	55	54	43	26	23	8	0	0	0	0	0
1907	83	11	0	61	64	30	23	12	11	5	6	1	0	0
1908	89	139	0	48	69	42	42	16	10	6	1	3	0	0
1909	75	172	3	50	77	38	45	16	7	2	0	0	0	0
1910	76	155	5	52	74	30	29	21	12	3	0	0	0	0
1911	56	106	0	33	42	27	29	22	6	1	2	0	0	0
1912	54	160	0	31	66	40	35	23	9	2	2	0	2	0
1913	48	167	20	62	68	27	45	15	5	0	1	0	0	1
1914	90	247	17	58	94	35	98	34	33	0	0	0	0	0
1915	73	163	19	41	70	39	45	31	27	0	1	0	0	0
1916	98	188	28	37	77	54	84	28	32	0	0	0	0	0
1917	109	251	32	49	103	59	99	42	37	0	0	0	0	0

Fonte: Relatórios anuais da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos e Liga Paulista Contra a Tuberculose (1906-1917). Acervo do Museu de Saúde Pública "Emílio Ribas" – Instituto Butantan.

O perfil das moradias e localidade das mesmas foi apresentado a partir do relatório referente ao ano de 1906.

Tabela 10 - Profissões mais atingidas pela tuberculose entre os pacientes do Dispensário e do Dispensário-Modelo "Clemente Ferreira" (1904-1917)

Profissões mais atingidas pela tuberculose entre os pacientes do Dispensário e do Dispensário-Modelo "Clemente Ferreira" (1904-1917)											
1904		1905		1906		1907		1908		1909	
Domésticas	46	Domésticas	54	Domésticas	54	Domésticas	51	Domésticas	68	Domésticas	61
Operários	25	Operários	17	Costureiras	21	Cozinheiros	20	Costureira	21	Costureiras	18
Cozinheiras	25	Cozinheiras	19	Cozinheiras	19	Costureiras	19	Operários	18	Cozinheiras	17
Costureiras	15	Costureiras	21	Operários	17	Operários	15	Lavadeiras	17	Operários	13
Empregados no comércio	14	Empregados no comércio	11	Lavadeiras	13	Empregados no comércio	14	Jornaleiros	14	Empregados no comércio	13
Soldados	12	Soldados	10	Empregados no comércio	11	Jornaleiros	9	Cozinheiros	14	Lavadeiras	11
Sapateiros	10	Lavadeiras	13	Soldados	10	Lavadeiras	8	Sapateiros	8	Jornaleiros	10
Lavadeiras	9	Pedreiros	7	Pedreiros	7	Sapateiros	6	Soldados	7	Sapateiros	6
Copeiros	6	Sapateiros	6	Engomadeiras	6	Criados de servir	6	Pedreiros	6	Copeiros	5
Engomadeiras	6	Engomadeiras	6	Tipógrafos	6	Copeiros	6	Carpinteiros	6	Tipógrafos	5
1911		1912		1913		1914		1915		1916	
Domésticas	36	Domésticas	50	Domésticas	44	Domésticas	73	Domésticas	67	Domésticas	67
Empregados no comércio	14	Operários	29	Costureiras	20	Operários	37	Empregados no comércio	17	Operários	30
Operários	11	Empregados no comércio	15	Empregados no comércio	15	Costureiras	15	Costureiras	14	Costureiras	22
Criadas de Servir	9	Costureiras	12	Operários	14	Cozinheiras	15	Operários	13	Empregados no comércio	16
Costureiras	8	Cozinheiras	10	Cozinheiros	11	Empregados no comércio	14	Jornaleiros	10	Sapateiros	14
Pedreiros	8	Pedreiros	10	Sapateiros	9	Sapateiros	14	Tipógrafos	7	Engomadeiras	10
Engomadeiras	7	Carpinteiros	8	Jornaleiros	7	Pintores	12	Cozinheiras	7	Escolares	9
Cozinheiras	6	Lavadeiras	7	Empregados públicos	6	Jornaleiros	11	Engomadeiras	6	Cozinheiras	9
Soldados	5	Sapateiros	5	Tipógrafos	6	Pedreiros	11	Alfaiates	6	Lavadeiras	9
Tipógrafos	5	Soldados	5	Colegiais	6	Lavadeiras	10	Sapateiros	6	Jornaleiros	7
										Pedreiros	7

Fonte: Relatórios anuais da Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos e Liga Paulista Contra a Tuberculose (1904-1917). Acervo do Museu de Saúde Pública "Emílio Ribas" – Instituto Butantan. Nos relatórios encontram-se as listas completas das profissões.

Tabela 11 – Saída anual de tuberculinas pelo Instituto Soroterápico do Estado de São Paulo (1908-1917)

Saída anual de tuberculinas pelo Instituto Soroterápico do Estado de São Paulo (1908-1917)							
	Tuberculina	Tuberculina Bruta	Tuberculina para curativo	Tuberculina T.O.A.	Tuberculina in natura	Tuberculina in natura (uso veterinário)	Tuberculina de Koch
1908		1 frasco	42 frascos				
1909			164 frascos				
1910	1945 frascos						
1911	1499 frascos						
1912	783 frascos						
1913	1990 frascos						
1914	2140 frascos						
1915				1538 frascos			
1916		104 frascos		620 frascos	70 frascos		50 frascos
1917				98 caixas	61 caixas	44 frascos	128 caixas

Fonte: Relatórios Anuais do Instituto Butantan (1908-1917). Acervo do Núcleo de Documentação do Instituto Butantan.
As nomenclaturas das diferentes tuberculinas respeitam as informações fornecidas pelos relatórios.

Iconografia⁴⁰³

Documentos textuais

SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emilio Ribas Director do Serviço Sanitário. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1906.

SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. *Tuberculose* [Instruções Sanitárias]. São Paulo: Escola Typographica Salesiana. 1900.

⁴⁰³ Somente foram localizadas informações sobre a autoria de algumas imagens. Não foram encontradas informações sobre a identidade dos indivíduos retratados nas mesmas.

SÃO PAULO. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório apresentado á Assembléa Geral na Sessão Ordinária de 27 de Março de 1906 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da Associação. São Paulo: Typ. Augusto Siqueira & Comp. 1906.

SÃO PAULO. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914.

Requamos eange

LIGA PAULISTA

CONTRA

A TUBERCULOSE

Exchanges are solicited

Defesa contra a tísica

Orgão Official da Liga

DIRECTORES

DR. CLEMENTE FERREIRA

Membro titular da Associação Internacional contra a tuberculose, de Berlim. Presidente da Liga Paulista contra a tuberculose. Director do Dispensário «Clemente Ferreira». Vogal da Comissão Internacional Permanente para a prophylaxia da tuberculose na America Latina.

DR. VICTOR GODINHO

Membro correspondente da Associação Internacional contra a tuberculose, de Berlim, e 1.º vice-presidente da Liga Paulista contra a tuberculose.

DR. SATURNINO DA VEIGA

2.º Vice-presidente da Liga Paulista contra a tuberculose.

Para combater com efficaçia a tísica como molestia do povo, faz-se mister a acção combinada de um governo sabio, de medicos orientados e de um povo intelligente.

(S. A. KNOFF)

A tísica mata annualmente no Estado de S. Paulo 1500 pessoas, fazendo desaparecer um municipio equivalente ao de *Barretos*, *Ribeirão Branco*, ou *Arapirangua*. Heida a tuberculose uma molestia *subtil e curavel*, cumpre dar-lhe combate sem tréguas pela hygiene preventiva, pela puericultura, pela verticatura, pela educaçao hygienica do publico, e domicilio hygienico, a assistencia aos doentes em *dispensarios, sanatorios e colonias agricolas*.

TIRAGEM 2.500 EXEMPLARES

ANNO 8.º—N. 2—JULHO A DEZEMBRO—1909

Solicita-se permuta

S. PAULO

TYPOGRAPHIA DO DIARIO OFFICIAL

1909

On demande l'échange

Wir bitten um austausch den Publicationem

Esta revista está isenta de sello por uma concessão do Governo Federal.

DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 8, n.2. jul./dez. 1909.

APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *Apello ao Público*. A Obra Caritativa e Social do Dispensario Anti-tuberculoso “Clemente Ferreira”. São Paulo: Augusto Siqueira & C. 1906.

APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *Propaganda da Associação Paulista dos Sanatórios*. Instruções Populares sobre a Tuberculose. São Paulo: Typographia Magalhães. 1908.

Imagens do Dispensário “Clemente Ferreira”

Dispensário “Clemente Ferreira” na Rua Libero Badaró. Autor: V. & C. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 4, n.2. out. 1905.

Sala de espera do Dispensário “Clemente Ferreira”. Autor: V. & C. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 4, n.2. out. 1905.

Sala de Consulta do Dispensário “Clemente Ferreira”. Autor: V. & C. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 4, n.2. out. 1905.

Sala de exame microscópico do Dispensário “Clemente Ferreira”. Autor: V. & C. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 4, n.2. out. 1905.

Depósito de medicamentos do Dispensário “Clemente Ferreira”. Autor: V. & C. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 4, n.2. out. 1905.

“Visita do Inspector Visitador”. Autor: V. & C. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 4, n.2. out. 1905.

Sala de espera masculina. Autor: E. Riedel. Fonte: APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *La Lotta Antitubercolosa nello Stato di San Paolo*. Relazione apresentada alla Xª Conferenza Internazionale contro la tubercolosi, riunita in Roma dal 24 al 30 Settembre 1911 dal Dr. Clemente Ferreira. São Paulo: Casa Graphica. 1911.

Consultório masculino. Autor: E. Riedel. Fonte: APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *La Lotta Antitubercolosa nello Stato di San Paolo*. Relazione apresentada alla Xª Conferenza Internazionale contro la tubercolosi, riunita in Roma dal 24 al 30 Settembre 1911 dal Dr. Clemente Ferreira. São Paulo: Casa Graphica. 1911.

Sala de espera feminina. Autor: E. Riedel. Fonte: APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *La Lotta Antituberculosa nello Stato di San Paolo*. Relazione apresentada alla Xª Conferenza Internazionale contro la tuberculosi, riunita in Roma dal 24 al 30 Settembre 1911 dal Dr. Clemente Ferreira. São Paulo: Casa Graphica. 1911.

Consultório feminino. Autor: E. Riedel. Fonte: APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *La Lotta Antituberculosa nello Stato di San Paolo*. Relazione apresentada alla Xª Conferenza Internazionale contro la tuberculosi, riunita in Roma dal 24 al 30 Settembre 1911 dal Dr. Clemente Ferreira. São Paulo: Casa Graphica. 1911.

Sala de hipodermia. Autor: E. Riedel. Fonte: APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *La Lotta Antitubercolosa nello Stato di San Paolo*. Relazione apresentada alla X^a Conferenza Internazionale contro la tubercolosi, riunita in Roma dal 24 al 30 Settembre 1911 dal Dr. Clemente Ferreira. São Paulo: Casa Graphica. 1911.

Imagens do Dispensário-Modelo “Clemente Ferreira”

Dispensário-Modelo “Clemente Ferreira”. Autoria desconhecida. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 12, n.1 e 2. jan./dez. 1913.

Dispensário-Modelo “Clemente Ferreira”, lateral. Autoria desconhecida. FERREIRA, C. M. C. *La Ligue Antituberculeuse de São Paulo: sa fondation, son développement*. São Paulo: Casa Graphica. 1912.

Sala de espera de tuberculose fechada. Autoria desconhecida. DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 12, n.1 e 2. jan./dez. 1913.

Gabinete de inscrição. Autoria desconhecida. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 12, n.1 e 2. jan./dez. 1913.

Sala de consultas para tuberculose aberta.
 Autoria desconhecida. Fonte: DEFESA
 CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia
 do "Diario Official", ano 12, n.1 e 2. jan./dez.
 1913.

Vestiário dos doentes. Autoria desconhecida.
 Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São
 Paulo: Typographia do "Diario Official", ano
 12, n.1 e 2. jan./dez. 1913.

Gabinete de Laringologia. Autoria
 desconhecida. Fonte: DEFESA CONTRA A
 TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario
 Official", ano 12, n.1 e 2. jan./dez. 1913.

Laboratório de análises químicas e
 hematológicas. Autoria desconhecida. Fonte:
 DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo:
 Typographia do "Diario Official", ano 12, n.1 e
 2. jan./dez. 1913.

Gabinete de radiologia. Autoria desconhecida. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Oficial", ano 12, n.1 e 2. jan./dez. 1913.

Galeria de cura pelo ar. Autoria desconhecida. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Oficial", ano 12, n.1 e 2. jan./dez. 1913.

Câmara para soros e tuberculinas. Autoria desconhecida. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 12, n.1 e 2. jan./dez. 1913.

Laboratório de Bacteriologia. Autoria desconhecida. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 12, n.1 e 2. jan./dez. 1913.

Imagens do Sanatório “São Luiz”

Fachada do Sanatório “São Luiz”. Autor: E. Riedel. Fonte: APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *La Lotta Antitubercolosa nello Stato di San Paolo*. Relazione apresentada alla Xª Conferenza Internazionale contro la tubercolosi, riunita in Roma dal 24 al 30 Settembre 1911 dal Dr. Clemente Ferreira. São Paulo: Casa Graphica. 1911.

Galeria de cura. Autor: E. Riedel. Fonte: SÃO PAULO. Sanatório “São Luiz”. Exercício de 1911 e 1912. Relatório apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da Sociedade. São Paulo: Casa Graphica. 1913.

Sala de refeições. Autor: E. Riedel. Fonte: SÃO PAULO. Sanatório “São Luiz”. Exercício de 1911 e 1912. Relatório apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da Sociedade. São Paulo: Casa Graphica. 1913.

Quarto de doentes. Autor: E. Riedel. Fonte: SÃO PAULO. Sanatório “São Luiz”. Exercício de 1911 e 1912. Relatório apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da Sociedade. São Paulo: Casa Graphica. 1913.

Imagens da Obra de preservação dos filhos de tuberculosos pobres

Grupo de pupilos na cidade de Santos. Autor: E. Riedel. Fonte: APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *La Lotta Antitubercolosa nello Stato di San Paolo*. Relazione apresentada alla Xª Conferenza Internazionale contro la tubercolosi, riunita in Roma dal 24 al 30 Settembre 1911 dal Dr. Clemente Ferreira. São Paulo: Casa Graphica. 1911.

Sanatório de preservação – Vista do prédio. Autoria desconhecida. Fonte: DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 12, n.1 e 2. jan./dez. 1913.

Jardim do Sanatório de Preservação. Autor: E. Riedel. Fonte: APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *La Lotta Antitubercolosa nello Stato di San Paolo*. Relazione apresentada alla Xª Conferenza Internazionale contro la tubercolosi, riunita in Roma dal 24 al 30 Settembre 1911 dal Dr. Clemente Ferreira. São Paulo: Casa Graphica. 1911.

Dormitório do Sanatório de Preservação. Autor: E. Riedel. Fonte: APSPT. Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. *La Lotta Antitubercolosa nello Stato di San Paolo*. Relazione apresentada alla Xª Conferenza Internazionale contro la tubercolosi, riunita in Roma dal 24 al 30 Settembre 1911 dal Dr. Clemente Ferreira. São Paulo: Casa Graphica. 1911.

Acervos e Fontes

Para o desenvolvimento deste trabalho foram visitados vários acervos públicos na cidade de São Paulo, onde muitas fontes foram localizadas. Também foram consultados acervos digitais pertencentes a órgãos públicos e universidades. Aqui estão referenciados os materiais relevantes para a pesquisa e localizados em cada acervo. Posteriormente, encontram-se as fontes citadas ao longo da dissertação, separados por acervo.

Acervos

Instituto Butantan: o acervo documental e de biblioteca do Instituto Butantan está dividido em três setores:

****Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”:*** o museu possui um amplo acervo com documentação e livros de vários órgãos e instituições associados ao desenvolvimento das políticas de saúde paulista. Para esta pesquisa foram levantados:

- Relatórios do Serviço Sanitário, 1893-1894; 1897; 1904-1907; 1909-1910; 1913-1915;
- Relatório da Engenharia Sanitária, 1915;
- Instruções Sanitárias, 1899, 1900;
- Instruções Sanitárias - Tuberculose, 1899; 1900; 1902; 1906;
- Ofícios expedidos e recebidos pelo órgão, 1897-1898; 1902-1903; 1906-1910;
- Regimento interno do Serviço Sanitário, 1916;
- Conjunto de leis e códigos sanitários relacionados ao órgão, 1891-1925;
- Registro de notificações de moléstias compulsórias em Campinas, 1897;
- *As campanhas sanitárias de Santos: suas causas e seus efeitos*, por Guilherme Álvaro, 1892-1919;
- Relatórios da Liga Paulista contra a Tuberculose, 1903-1917;
- Revista Defesa contra a Tísica, 1902-1914.
- Relatório do Sanatório “São Luis”, 1911-1912;
- Apelo ao público do Dispensário “Clemente Ferreira”, 1906;
- Discursos e Conferências de Clemente Ferreira, 1892-1939.

**Biblioteca:* a biblioteca do instituto contém várias publicações médicas e científicas acessíveis para consulta. No desenvolvimento deste estudo foi consultada a *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene* (1898-1914). Na revista estão impressos:

- Relatórios do Instituto Bacteriológico, 1897-1899; 1892-1906 (resumo dos trabalhos); 1912;
- Relatório da Comissão Sanitária em Santos, 1904; 1905;
- Relatório da Comissão Sanitária em Campinas, 1898; 1899; 1901; 1904; 1905; 1911; 1913;
- Relatório da Comissão Sanitária em Ribeirão Preto, 1905;

**Núcleo de Documentação:* o núcleo possui organizados os documentos provenientes do instituto de pesquisa desde sua fundação até períodos mais recentes. Aqui, foram consultados os relatórios anuais de atividades do instituto entre 1901-1917.

Instituto Clemente Ferreira: o instituto guarda a biblioteca pessoal de Clemente Ferreira. No local também existem várias publicações de cunho médico sobre a tuberculose, além dos relatórios mais contemporâneos do instituto. Também foram localizados:

- Correspondências de Clemente Ferreira, 1882-1918;
- Estatutos da Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos, 1906, 1909, 1913;
- Relatório do Sanatório “São Luis”, 1913-1914.

Arquivo Público do Estado de São Paulo: relatórios referentes à administração pública e de saúde pública do Estado de São Paulo, como:

- Relatórios da Secretaria dos Negócios do Interior e da Justiça, 1892-1898; 1904; 1906-1910; 1912; 1916; 1917;
- Relatórios do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, 1894; 1895;
- Relatórios da seção do Laboratório Farmacêutico, 1895-1917.

Biblioteca Digital da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE (<http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/>): encontram-se neste acervo digital:

- Relatórios da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado, 1904-1917;

- Anuários Estatísticos do Estado de São Paulo, 1901-1917, publicados pela Repartição de Estatística e do Arquivo de São Paulo.

Esta última publicação também está digitalizada e disponível através do projeto *Memória Estatística do Brasil* da Biblioteca do Ministério da Fazenda do Rio de Janeiro (<http://memoria.org.br/>).

Acervo Digital da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo (<http://www.al.sp.gov.br/acervo-historico/sobre-o-acervo/>): o órgão mantém um arquivo - físico e digital - onde encontra-se a documentação produzida pela assembléia desde meados do século XIX. No site foram consultadas:

- Leis e Decretos referentes a administração do Estado de São Paulo, 1892-1911;
- Exposições dos trabalhos legislativos feitas pelos Presidentes da Câmara dos Deputados, 1899-1902; 1904-1908; 1910;
- Exposições dos Presidentes do Senado, 1896-1917;
- Ofícios, pareceres e decretos estaduais relacionados à instalação da linha de trem que ligaria Pindamonhangaba a Campos do Jordão, de responsabilidade de Emílio Ribas e Victor Godinho;
- Ofícios da Liga Paulista encaminhados à Câmara dos Deputados referentes ao envio de revistas do órgão, da inauguração do Dispensário “Clemente Ferreira” e da solicitação de auxílio financeiro para a instalação do Dispensário-Modelo “Clemente Ferreira”.

Biblioteca Nacional – Hemeroteca Digital (<http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital/>): nesta biblioteca digital foram consultadas a publicações da *Revista Brazil-Medico* entre 1887 e 1905.

Bibliothèque National de France - Gallica (<http://gallica.bnf.fr/>): na biblioteca francesa foram acessados textos médicos publicados sobre a tuberculose e a tísica, de início do século XIX até as primeiras décadas do século XX. Também no site estão disponíveis publicações de várias ligas antituberculose européias.

Université Paris Descartes – BIU Santé (<http://www.biusante.parisdescartes.fr/index.php>): no site da universidade francesa foi localizada a publicação *La Presse Medicale* (1893-1945), um tradicional periódico

francês de medicina. No site estão disponíveis outras publicações médicas e notas biográficas.

Center for Research Libraries-Global Resources Network. Brazilian Government Documents (<http://www-apps.crl.edu/brazil>): este site disponibiliza os relatórios dos presidentes de província brasileiras. Para a pesquisa, foram consultados os relatórios dos Presidentes de Província de São Paulo (1889-1917).

Sites diversos: na redação da dissertação, foi importante a consulta a sites universitários, de centros de pesquisa ou de órgãos públicos para localizar informações biográficas a respeito dos sujeitos históricos apresentados no trabalho. Os sites foram consultados somente quando as informações provenientes da documentação ou da bibliografia não eram suficientes para traçar um breve histórico dos indivíduos mencionados.

É importante destacar que procuramos acessar o arquivo mantido pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo para consultarmos os relatórios de atividades do local. Pretendíamos levantar informações a respeito da construção da ala especial para tuberculosos no hospital, mencionada nas revistas da liga paulista. Porém, não obtivemos autorização para examinar o material.

Fontes

Instituto Butantan

**Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”*

ÁLVARO, G. *As campanhas sanitárias de Santos*. Suas causas e seus efeitos. São Paulo: Casa Duprat. 1919.

ASSOCIAÇÃO... Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos: sua organização, trabalhos e situação atual. *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.1, p.3-8. mai. 1902.

ASSOCIAÇÃO... Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos

(Liga Paulista contra a Tuberculose): instruções populares sobre a phthisica (folheto). *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.1. maio 1902.

COLLABORAÇÃO... Colaboração: Dispensario anti-tuberculoso Clemente Ferreira, cinco annos de funcionamento – 10 de julho de 1904 – 10 de julho de 1909. *Defesa contra a tísica*, ano 8, n.2, p.16-25. jul./dez. 1909.

A COLLOCAÇÃO... A collocação do Dispensário Modelo “Clemente Ferreira”. *Defesa contra a tísica*, ano 8, n.1, p.59-96. jan./jul. 1909.

CRUZ, O. G. Hygiene publica. Prophylaxia da tuberculose pelo Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz. *Defesa contra a tísica*, ano 6, n.1., p.19-33. jan./jul. 1907.

DEFESA CONTRA A TISICA. São Paulo: Typographia do "Diario Official". 1902-1914.

_____. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 8, n.1, jan./jul. 1909.

_____. São Paulo: Escola Typographica Salesiana, ano 1, n.1. maio 1902

_____. São Paulo: Typographia do "Diario Official", ano 1, n.2. nov. 1902.

DEFESA... Defesa contra a tísica. *Defesa contra a tísica: Orgam Official da Liga*. ano 1, n.1, p.1-2. maio 1902.

DISPENSARIO... Dispensario Clemente Ferreira. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.1, p.97-107. jan./jul. 1909.

O DISPENSARIO... O Dispensario Clemente Ferreira durante o anno de 1910. *Defesa contra a tísica*, ano 10, n.1, p10-16. jan./jun. 1911.

EIS... Eis a circular que a Associação está distribuindo e que por este meio offerece áqueles que não a tenham recebido, pela impossibilidade de ser mandada a todos quantos podem auxiliar a fundação do Sanatorio. *Defesa contra a tísica*, ano 5, n.2, p.59-65. dez. 1906

ESBOÇO... Esboço do Regimento da Obra de preservação dos filhos de tuberculosos pobres. *Defesa contra a tísica*, ano 7, n.1, p.18-21. jan./jun. 1908.

ESTATUTOS... Estatutos da Sociedade-Sanatorio S. Luiz. *Defesa contra a tísica*, ano 2, n. 1, p.85-94. out. 1903.

FERREIRA, C. M. C. Discurso proferido no acto da inauguração do Dispensario “Clemente Ferreira” pelo dr. Clemente Ferreira, presidente da Associação Paulista dos Sanatórios Populares. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.2, p.26-39. out. 1904.

_____. Colaboração. Discurso pronunciado pelo sr. Dr. Clemente Ferreira, por ocasião do acto inaugural do edificio do Dispensario Modelo da “Liga Paulista contra a Tuberculose”. *Defesa contra a tísica*, ano 12, n.1 e 2, p.7-28. jan./dez. 1913

_____. Illmo. Sr. Dr. Aarão Reis, muito digno diretor da Estrada de Ferro Central do Brasil, S. Paulo, 29 de Maio de 1907. *Defesa contra a tísica*, ano 4, n.1, p.48-49. jan./jul. 1907.

_____. A prophylaxia da tuberculose pela guerra ao escarro. *Defesa contra a tísica*, ano 2, n.1, p.46-52. out. 1903.

_____. A cruzada anti-tuberculosa. *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.1, p.64-66. maio 1902.

_____. O tratamento da tuberculose no Dispensário “Clemente Ferreira”. *Defesa contra a tísica*, ano 7, n.2, p.14-20. jul./dez. 1908.

_____. A “Obra de Preservação dos Filhos dos Tuberculosos-Pobres” e o “Vestiarío dos Tuberculosos”. *Defesa contra a tísica*, ano 7, n.2, p.35-37. jul./dez. 1908.

_____. O Sanatorio “S. Luiz” em Piracicaba. *Defesa contra a tísica*, ano 5, n.1, p.31-36. jul. 1906.

_____. Isolamento dos tuberculosos em S. Paulo e a prophylaxia da tuberculose, de accôrdo com as disposições do ultimo regulamento sanitario. *Defesa contra a tísica*, ano 11, n.1 e 2. p.1-6, jan./dez. 1912.

_____. A prophylaxia anti-tuberculosa nas prisões. *Defesa contra a tísica*, ano 12, n.1 e 2, p.39-42. jan./dez. 1913.

_____. Collaboração. A luta contra a tuberculose pela guerra ao alcoolismo e á habitação malsã. *Defesa contra a tísica*, ano 13, n.1, p.7-20. jan./jun. 1914.

_____. Liga Paulista contra a Tuberculose - [Officio aos directores do Instituto Pasteur, Bacteriologico e do Butantan e ao diretor do Serviço Clínico da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo. São Paulo, 2 de maio de 1911]. *Defesa contra a tísica*, ano 10, n.1, p. 44-59. jan./jun. 1911.

FOMM, A. O Sanatório “S. Luiz” em Piracicaba. *Defesa contra a tísica*, ano 2, n.1, p.83-84. out. 1903.

GODINHO, V. Collaboração: a questão do ‘Dispensário Clemente Ferreira’ sob o ponto de vista jurídico – Uma sentença análoga do Tribunal Civil de Tours. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.1, p.6-13. jan./jul. 1909.

_____. A tuberculose sob o ponto de vista social, pelo Dr. Victor Godinho. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.1, p.13-44. maio 1904.

_____. Variedades: A luta anti-tuberculosa no Brazil. Carta de S. Paulo. *Defesa Contra A tísica*, São Paulo, ano 1, n.2, p.67-78, nov. 1902.

_____; ÁLVARO, G. *Tuberculose*. São Paulo: Escola Typographica Salesiana.

1899.

ISOLAMENTO... Isolamento domiciliar dos tuberculosos adeantados. *Defesa contra a tísica*, ano 7, n.1, p.58-60. jan./jun. 1908.

NOTÍCIAS... Notícias. Sanatorio S. Luiz, em Piracicaba. *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.2, p.86-89. nov. 1902.

OBRA... Obra de preservação dos filhos de tuberculosos pobres. *Defesa contra a tísica*, ano 6, n.1, p.67-72. jan./jul. 1907.

PRINCÍPIOS... Princípios a seguir para a construção de um sanatório popular para 100 tuberculosos do sexo masculino. *Defesa contra a tísica*, ano 8, n.1, p.113-119. jan./jul. 1909.

PROPAGANDA... Propaganda anti-tuberculosa. *Defesa contra a tísica*, ano 1, n.1, p.45-48. maio. 1902.

REDACÇÃO... Redacção - Isolamento dos tuberculosos em S. Paulo e a prophylaxia da tuberculose, de acordo com as disposições do ultimo regulamento sanitário. *Defesa contra a tísica*, ano 11, n.1 e 2, p.1-6. jan./dez. 1912.

_____... Redacção - A tuberculose no domicilio. *Defesa contra a tísica*, ano 4, n.1, p.1-4. abr. 1905.

RIBAS, E. M. [Prefácio]. Godinho, V; Álvaro, G. *Tuberculose*. São Paulo: Escola Typographica Salesiana. p.4. 1899.

APSPT. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. 1º relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão anual ordinária de Janeiro de 1904 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação (Correspondente aos 4 primeiros anos da existência legal da Associação). São Paulo: Siqueira, Salles & C.-R. 1910.

_____. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório apresentado a Assembléa Geral na Sessão Ordinaria de 27 de março de 1906 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação. São Paulo: Typ. Augusto Siqueira & Comp. 1906.

_____. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório apresentado a Assembléa Geral na Sessão Ordinaria de 7 de janeiro de 1905 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação. São Paulo: Typ. Espindola & Cia. 1908.

_____. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório do anno de 1906 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de Janeiro de 1907 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da Associação. São Paulo: Typ.

Augusto Siqueira & C. 1907.

_____. Associação Paulista dos Sanatórios Populares para Tuberculosos. Relatório correspondente ao exercício de 1907 apresentado a Assembléa Geral na Sessão Ordinaria de 27 de janeiro de 1908 pelo Dr. Clemente Ferreira presidente da associação. São Paulo: Typ. Espindola & Cia. 1908.

LPCT. Liga Paulista contra a tuberculose. Dispensario Clemente Ferreira. Exercício de 1908. Relatório dos trabalhos do Dispensário antituberculoso “Clemente Ferreira” apresentado à Assembleia Geral Ordinaria de 30 de Janeiro de 1909 pelo Dr. Clemente Ferreira, Director do dispensario. São Paulo: Typ. Espindola & Comp. 1909.

_____. Liga Paulista contra a tuberculose. Exercício de 1909. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinaria de 26 de fevereiro de 1910 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Siqueira, Sales & C. 1910.

_____. Liga Paulista contra a tuberculose. Relatório do anno de 1910 apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 21 de Fevereiro de 1911 pelo Dr. Clemente Ferreira, presidente. São Paulo: Typ. Siqueira, Nagel & C. 1911.

_____. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1911. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 16 de Fevereiro de 1912 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. Paris: Librairie O. Berthier. 1912.

_____. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1912. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 19 de Fevereiro de 1913 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma associação. São Paulo: Siqueira, Nagel & Comp. 1913.

_____. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1913. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 28 de fevereiro de 1914 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da mesma Associação. São Paulo: Tipographia Levi. 1914.

_____. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1914. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 12 de fevereiro de 1915 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Casa Graphica. 1915.

_____. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1915. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 23 de Março de 1916 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Typ. Irmãos Masetti. 1916.

_____. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1916. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 24 de Maio de 1917 pelo Dr.

Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Escolas Profissionais do Lyceu Salesiano S. Coração de Jesus. 1917.

_____. Liga Paulista contra a Tuberculose. Exercício de 1917. Relatório apresentado á Assembléa Geral na sessão ordinária de 7 de Maio de 1918 pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente. São Paulo: Casa Graphica. 1918.

A LUTA... A luta contra a tuberculose. Uma obra meritoria: o novo predio do Dispensário “Dr. Clemente Ferreira”. Correio Paulistano. 11 jul. 1913. Apud *Defesa contra a tísica*, ano 12, n.1 e 2, p. 69-76. jan./dez. 1913.

SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria geral. Relatório de 1914. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Dr. Jose Cardoso de Almeida, Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emilio Ribas Director do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1905.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Sr. Dr. Secretario dos Negócios do Interior e da Justiça pelo Dr. Emilio Ribas, Director do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1906.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Director do Serviço Sanitário, anno de 1909. São Paulo: Typ. do Diario Official. 1913.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório da Directoria do Serviço Sanitario do Estado de S. Paulo apresentado ao Sr. Secretario dos Negócios do Interior Dr. Gustavo de Oliveira Godoy pelo Diretor Geral Dr. Emilio Ribas, 1906. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1907.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatório de 1913. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatório de 1914. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São paulo: Typographia do “Diario

Official”. 1917.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Directoria Geral. Relatorio de 1915. Apresentado ao Exmº Sr. Dr. Secretario do Interior pelo Dr. Guilherme Alvaro, Director Geral do Serviço Sanitario, em comissão. São paulo: Typographia do “Diario Official”. 1917.

_____. Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo. Tuberculose [Instruções Sanitárias]. São Paulo: Escola Typographica Salesiana. 1900.

SSL. Sanatório “São Luiz”. Exercício de 1911 e 1912. Relatorio apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da Sociedade. São Paulo: Casa Graphica. 1913.

SUMMARIO... Sumário. *Defesa contra a tísica*, ano 6, n.1. jan./jul. 1907.

VARIEDADES... Variedades e Notícias: inauguração do dispensário “Clemente Ferreira”. *Defesa contra a tísica*, ano 3, n.2, p.50-55. out. 1904.

VEIGA, S. Noticias – Dr. Clemente Ferreira. *Defesa contra a tísica*, São Paulo, ano 5, n.1, p.37-81. jul. 1906.

_____. Collaboração – Em favor do infortunio. *Defesa contra a tísica*, ano 6, n.2, p.6-10. ago./dez. 1907.

_____. Falta de Solidariedade. *Defesa contra a tísica*, ano 4, n.2, p.8-20. out. 1905.

**Biblioteca*

ÁLVARO, G. Estado Sanitario de Santos em 1904. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 8, n.12, p.253-262. 30 jun. 1905.

CATUNDA, T. A tuberculose em Santos. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 4, n.3, p.43-49. 15 fev. 1901.

BOLETIM... Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: Acta da Sessão extraordinaria a 17 de julho de 1899. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 2, n.9, p.274-276. 15 set. 1899.

_____. ... Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: Acta da Sessão de 15 de abril de 1900. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 3, n.6, p.133-134. 15 jun. 1900.

FERREIRA, C. M. C. Tuberculose como doença popular e os meios de combate-la: O problema da tuberculose em Portugal e no Brasil. *Revista Médica de São Paulo: jornal*

pratico de medicina, cirurgia e hygiene, ano 5, n.3, p.41-49. 15 fev. 1902.

_____. Campos do Jordão: breves apontamentos sobre climatologia brasileira. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 12, n.16, p.320-334. 31 ago. 1909.

LOPES, E. Estado Sanitario de Ribeirão Preto em 1905. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 9, n.11, p.217-223. 15 jun. 1906.

LUTZ, A. Relatório dos trabalhos do Instituto Bacteriologico durante o anno de 1897 apresentado ao Dr. Diretor do Serviço Sanitário pelo Dr. Adolpho Lutz. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 1, n.10, p.175-199. 15 nov. 1898.

_____. Trabalhos do Instituto Bacteriológico do Estado de S. Paulo durante o anno de 1898 pelo Dr. Adolpho Lutz. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 2, n.11. p.308-321. 15 nov. 1899.

_____. Instituto Bacteriológico do Estado de S. Paulo. Instruções relativas aos exames e analyses que podem ser requisitados do Instituto Bacteriológico do Estado. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 3, n.2, p.28-31. 15 fev. 1900.

RESUMO... Resumo dos trabalhos do Instituto Bacteriologico de S. Paulo. 1892 à 1906. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 10, n.4, p.65-87. 28 fev. 1907.

MACHADO, O. M. Estado Sanitario de Campinas em 1903. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 7, n.22, p.530-537. 30 nov. 1904.

_____. Estado Sanitario de Campinas em 1904. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 8, n.8, p.182-187. 30 abr. 1905.

_____. Estado Sanitario de Campinas em 1909. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, São Paulo, ano 8, n.3, p.46-52. 15 fev. 1910.

_____. Estado Sanitario de Campinas em 1910. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 14, n.5, p.83-96. 15 mar. 1911.

_____. Estado Sanitario de Campinas em 1911. Relatorio apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Emilio M. Ribas, Director Geral do Serviço Sanitario do Estado pelo Dr. Octavio Machado, chefe da comissão. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 15, n.8. 30 abr. 1912.

_____. Estado Sanitario de Campinas em 1912. Relatorio apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Emilio M. Ribas, Director Geral do Serviço Sanitario do Estado pelo Dr. Octavio Machado, chefe da comissão. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 16, n.2. 31 jan. 1913.

MEYER, C. Instituto Bacteriológico do Estado de S. Paulo. Relatorio sobre administração e os trabalhos do Instituto durante o anno de 1912 pelo dr. Carlos Meyer. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 16, n.3, p.56-61. 15 fev. 1913.

SANATORIOS... Sanatórios para tuberculosos e villa Sanitaria dos Campos do Jordão. *Revista Médica de São Paulo: jornal pratico de medicina, cirurgia e hygiene*, ano 14, n.16, p. 308-314. 31 ago. 1911.

**Núcleo de Documentação*

Relatórios Anuais do Instituto Butantan. 1901-1912. Acervo Núcleo de Documentação do Instituto Butantan.

SÃO PAULO. Serviço Sanitario do Estado de São Paulo. Relatorio do Instituto Seruntherapico do Estado de São Paulo. 1914. Mimeografado.

_____. Serviço Sanitario do Estado de São Paulo. Relatorio do Instituto Seruntherapico do Estado de São Paulo. 1916. Mimeografado.

_____. Serviço Sanitario do Estado de São Paulo. Relatorio do Instituto Seruntherapico do Estado de São Paulo. 1917. Mimeografado.

Instituto Clemente Ferreira:

APSPT. Associação Paulista de Sanatorios Populares para Tuberculosos. *La Lotta Antitubercolosa nello Stato di San Paolo*. Relazione apresentada alla Xª Conferenza Internazionale contro la tubercolosi, riunita in Roma dal 24 al 30 Settembre 1911 dal Dr. Clemente Ferreira. São Paulo: Casa Graphica. 1911.

BÉRANECK, E. Introduction: The Endiburgh System. In: Sutherland, H. G. (Ed.). *The control and the eradication of tuberculosis: a series of international studies*. Edinburgh/London: Willian Green & Sons. p.1-4. 2011.

BROUARDEL, P. *La lutte contre la tuberculose*: La tuberculose est contagieuse, évitable, curable. Paris: Librairie J. -b. Baillière & Fils. 1901.

CONI, E. R. Carta a Clemente Ferreira. Acervo Instituto Clemente Ferreira, sala da diretoria. 11 mar. 1914.

CT. Commission de la Tuberculose. *Moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose*. Paris: Masson & Cie. 1900.

FERREIRA, C. M. C. *Congresso Internacional da Tuberculose*: Paris – Outubro de 1905. Estabelecimentos, instituições e obras de preservação e assistência da infância e do adulto: relatório. São Paulo: Typographia do Diario Official. 1906.

_____. *Phtisica Pulmonar*. These apresentada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 30 de setembro de 1880 para ser sustentada por Clemente Miguel da Cunha Ferreira. Rio de Janeiro: Typ. Central. 1880.

_____. *A luta antituberculosa no estado de São Paulo*: Liga Paulista contra a Tuberculose. A luta antituberculosa no estado de São Paulo pelo Dr. Clemente Ferreira.. São Paulo: Typ. Siqueira, Sales & Comp. 1909.

_____. *Tuberculose e Sanatórios*. São Paulo: Typographia Brasil de Carlos Gerke & Cia. 1900.

_____. *L'Albumino-Réaction dans l'Expectoration comme Élément Sémiologique dans la Diagnose precoce de la Tuberculose pulmonaire*. Extrait de La Presse Médicale. n° 31. 19 abr. 1911. Paris: Masson et Cie. 1911.

_____. *La Ligue Antituberculeuse de São Paulo*: sa fondation, son développement. São Paulo: Casa Graphica. 1912.

_____. The latest progress of the anti-tuberculosis fight in Brazil. In: *International Conference on Tuberculosis, London – 4th. and 5th. August 1913*. São Paulo: Casa Vanorden. 1913.

FLICK, L. F. The duties, responsibilities and opportunities of the National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis. *Tuberculosis*, v.6, n.6, p.274-285. [1907].

FORNIER, W. The Movement in Germany, Austria, and Hungary. In: Sutherland, Halliday G. (Ed.). *The control and the eradication of tuberculosis: a series of international studies*. Edinburgh/London: Willian Green & sons. p.314-330. 1911.

JACCOUD, S. *Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire*. Leçons faites à la Faculté de Médecine. Paris: Adrien Delahaye et Émile Necrosnier, Editeurs. 1881.

LACASSAGNE, A. *Précis d'hygiène privée et sociale*. Paris: G. Masson, Éditeur/Libraire de la L'Académie de Médecine. 1879.

LOUIS, P. –C. –A. *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phthisie*. Paris: Chez J. –B. Bailliére/Libraire de la L'Académie de Médecine. 1843.

RABINOWITSCH, L. The present state of the investigations in connections with tuberculosis. *Tuberculosis*, v.6, n.8, p.391-396. [1907].

SERSIRON, M. G. La ligue française contre la tuberculose: Son fonctionnement. Son rôle dans la lutte contre la tuberculose. Les services qu'elle est appelée à rendre. *L'œuvre Antituberculeuse*. p.133-139. [1900].

SSL. Sanatorio “São Luiz”. Exercício de 1913 e 1914. Relatório apresentado pelo Dr. Clemente Ferreira, Presidente da Sociedade a Assembléa Geral realizada a 13 de junho de 1915. São Paulo: Typ Siqueira, Nagel & C. 1915.

SUTHERLAND, Halliday G. (Ed.). *The control and the eradication of tuberculosis: a series of international studies*. Edinburgh/London: Willian Green & sons. 1911.

Arquivo Público do Estado de São Paulo

LUTZ, A. Instituto Bacteriologico de S. Paulo. São Paulo. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório da Directoria do Serviço Sanitário apresentado ao cidadão Dr. Secretário do Interior pelo Dr. Director Geral do Serviço Sanitário: Anno de 1894. São Paulo: s.n. p.29-40. [1895].

_____. Relatório apresenado ao Dr. Director do Serviço Sanitario pelo Dr. Adolpho Lutz Director do Instituto Bacteriologico - 1895. São Paulo. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Dr. Secretário dos Negócios do Interior pelo Dr. Joaquim José Da Silva Pinto Director do Serviço Sanitario. São Paulo, s.n. p.47-62. [1895].

_____. Relatório apresenado ao Dr. Director do Serviço Sanitario pelo Dr. Adolpho Lutz Director do Instituto Bacteriologico – 1896. São Paulo. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Sr. Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de março de 1897 pelo Secretario de Estado dos Negocios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. São Paulo: Typographia do "Diario Official". p.57-68. 1897.

SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Relatório apresentado ao Dr. Secretário dos Negócios do Interior pelo Dr. Joaquim José Da Silva Pinto Director do Serviço Sanitario em 5 de Janeiro de 1897. São Paulo: s.n. 1897.

_____. Secretaria de Estado dos Negócios do Interior. Relatório apresentado ao

Sr. Presidente do Estado de S. Paulo em 15 de março de 1897 pelo Secretario de Estado dos Negocios do Interior Antonio Dino da Costa Bueno. São Paulo: Typographia do "Diario Official". 1897.

_____. Secretaria de Estado dos Negócios do Interior. Relatorio apresentado ao Sr. Dr. Vice-Presidente do Estado de S. Paulo pelo Dr. João Baptista de Mello Peixoto Secretário de Estado Interino dos Negocios do Interior em 31 de março de 1898. São Paulo: Typographia do "Diario Official". 1898.

Relatórios do Laboratório Farmacêutico do Estado de São Paulo. 1895-1917. Acervo Arquivo do Estado de São Paulo.

Biblioteca Digital da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE
(<http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/>)

SÃO PAULO. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Boletim Annual de Estatistica Demographo-Sanitaria da Capital e de Santos: Anno de 1894. São Paulo: Typographia da Industrial de São Paulo. 1895. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011001&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1895

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Boletim Annual de Estatistica Demographo-Sanitaria: Anno de 1895. São Paulo: Typographia do "Diario Official". 1895. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10019999&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1895.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Boletim Mensal de Estatistica Demographo-Sanitaria da Capital, Santos, Campinas, Ribeirão Preto, Amparo, Sorocaba, Pindamonhangaba, S. João do Rio Claro, Ytú, Mogy-Mirim, São Carlos do Pinhal, Limeira e Taubaté: Mez de Abril - 1895. São Paulo: Typographia da Industrial de São Paulo. 1895. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011138&parte=4>. Acesso em: 5 mar. 1916. abr. 1895.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Anuario Estatistico da Secção de Demographia. Anno de 1902.

São Paulo, Typographia do “Diario Official”. 1903. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011003&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1903.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Anuario Estatistico da secção de Demographia. Anno XI, 1904. São Paulo: Typographia do “Diario Official”. 1905. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011004&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1904.

_____. Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado. Anuario Demographico da Secção de Estatistica Demographo-Sanitaria. Ano XXIV, 1917. São Paulo: Typ. do “Diario Official”. 1919. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/bibliotecadigital/view/singlepage/index.php?pubcod=10011020&parte=1>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1919.

Acervo Digital da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
(<http://www.al.sp.gov.br/acervo-historico/sobre-o-acervo/>)

ESTATUTOS... Estatutos da Estrada de Ferro de Campos do Jordão Sociedade Anonyma. São Paulo: Typographia Brasil de Rothschild & Cia. 1912. In: Godinho, V. [Officio do Presidente da Estrada de Ferro dos Campos do Jordão ao Presidente da Camara dos Deputados, Dr. Carlos de Campos, communicando a instalação daquella sociedade anonyma e remettendo um exemplar dos respectivos estatutos]. 19 jun. 1912. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorioAH/Acervo/Alesp/Republica/C_258/0015_1912.pdf. Acesso em: 5 mar. 1916. 1912.

SÃO PAULO. Câmara dos Deputados. Projecto n.24, de 1899. Auctorizando o Governo a estabelecer, nos campos do Jordão, um sanatorio para tratamento dos tuberculosos. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/geral/acervoHistorico/FichaDocumentoRepublicaVelha.jsp?idDocumento=33202>. Acesso em: 5 mar. 1916. 1899.

_____. Câmara dos Senadores. Projecto n.28, de 1915. Autorizando o governo a realizar a encampação da Estrada de Ferro dos Campos do Jordão. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorioAH/Acervo/Alesp/Documentos/247/0028_1915.pdf.

Acesso em: 5 mar. 1916. 1915.

**Leis e Decretos*

SÃO PAULO (Estado). Lei n.43, de 18 de julho de 1892. Organiza O Serviço Sanitário Estadual. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=64128>. Acesso em: 5 mar. 1916. 18 jul. 1892.

_____. Decreto n.94, de 20 de agosto de 1892. Cria um Instituto Vaccinogenico. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1892/decreto-94-20.08.1892.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 20 ago. 1892.

_____. Decreto n.159, de 28 de fevereiro de 1893. Dá o regulamento para o Laboratório de Análises Químicas do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1893/decreto-159-28.02.1893.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 28 fev. 1893.

_____. Decreto n.158, de 28 de fevereiro de 1893. Da regulamento para o Laboratorio de Bacteriologia do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1893/decreto-158-28.02.1893.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 28 fev. 1893.

_____. Decreto n.157, de 28 de fevereiro de 1893. Dá regulamento para o Laboratorio Pharmaceutico do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1893/decreto-157-28.02.1893.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 28 fev. 1893.

_____. Lei n.240, de 4 de setembro de 1893. Reorganiza o serviço sanitario do Estado de S. Paulo. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1893/lei-240-04.09.1893.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 4 set. 1893.

_____. Decreto n.219, de 30 de novembro de 1893. Approva o regulamento para o serviço geral de desinfecções. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1893/decreto-219-30.11.1893.html>. Acesso em: 5 mar. 1916. 30 nov. 1893.

_____. Decreto n.266, de 31 de outubro de 1894. Dá regulamento para os Hospitaes de Isolamento. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1894/decreto-266->

31.10.1894.html. Acesso em: 5 mar. 1916. 31 out. 1894.

_____. Decreto n.394, 7 de outubro de 1896. Approva o regulamento do Serviço Sanitário. Disponível em:

<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1896/decreto-394->

07.10.1896.html. Acesso em: 5 mar. 1916. 7 out. 1896.

_____. Decreto n.878-A, de 23 de fevereiro de 1901. Dá organização ao Instituto Serumtherapico. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=136622>. Acesso em: 5 mar. 1916. 23 fev. 1901.

_____. Decreto n.1343, de 27 de janeiro de 1906. Divide o territorio do Estado em districtos sanitarios e dispõe a respeito da policia sanitaria. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1906/decreto-1343->

27.01.1906.html. Acesso em: 5 mar. 1916. 27 jan. 1906.

_____. Lei n.1265-A, de 28 de outubro de 1911. Concede aos drs. Emilio Ribas e Victor Godinho, ou á empresa que organizarem, o direito de construirem uma estrada de ferro, ligando Pindamonhangaba aos Campos do Jordão. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1911/lei-1265A-28.10.1911.html>.

Acesso em: 5 mar. 1916. 1911.

_____. Decreto n.2141, de 14 de novembro de 1911. Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=135510>. Acesso em: 5 mar. 1916. 14 nov. 1911.

_____. Lei n.1310, de 30 de dezembro de 1911. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1911/lei-1310-30.12.1911.html>.

Acesso em: 5 mar. 1916. 30 dez. 1911.

Biblioteca Nacional – Hemeroteca Digital (<http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital/>)

CHRONICA... Chronica e Noticias: tuberculose. *Brazil-medico: Revista semanal de medicina e cirurgia*, p.97. 15 mar. 1899. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=081272&pasta=ano%20189&pesq=>. Acesso em: 5 mar. 1916. 15 mar. 1899.

Bibliothèque National de France - Gallica (<http://gallica.bnf.fr/>)

CT. Comissão de la Tuberculose. *Moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose*. Paris: Masson & Cie. 1900. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56237077/f1.item.r=statistique%20paris%20tuberculose.zoom>. Acesso em: 14 fev. 2016. 1900.

HARDY, A. Phthisie. In: Beaude, Jean-Pierre (Ed.). *Dictionnaire de Médecine Usuelle*. Tome II. Paris: Didier, p.649-651. 1849. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k289223/f389.vertical>. Acesso em: 10 fev. 2016. 1849.

HUBER, M. *Annuaire Statistique*. Paris: Imprimerie National. 1929. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56237077/f1.item.r=statistique%20paris%20tuberculose.zoom>. Acesso em: 14 fev. 2016. 1929.

LAENNEC, R. T. H. *Traité de l'auscultation médiate des maladies des poumons et du cœur*. Bruxelas: Librairie Médicale Et Scientifique. 1828. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k829237/f4.item.r=zoom>. Acesso em: 12 fev. 2016. 1828.

PHTHISIE... Phthisie. In: *Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société des Médecins et des Chirurgiens*: PHT-PLAD. Paris: C. L. F. Panckoucke. p.15-168. 1820. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k102354w/f1.vertical>. Acesso em: 10 fev. 2016. 1820.

LE TRAITEMENT... Le traitement de la tuberculose du docteur Robert Koch. Paris: Louis Westhausser. 1890. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5701880s.r=koch%20tuberculose%201882>. Acesso em: 31 mar. 2016. 1890.

Université Paris Descartes – BIU Santé
(<http://www.biusante.parisdescartes.fr/index.php>)

ARMAINGAUD, M. Compte-rendu du fonctionnement de la ligue contre la tuberculose, de 1893 à 1898. *La Presse Médicale*, n.65, p.70-71. 6 out. 1898. Disponível em: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?cote=100000x1898x02xartorig&p=74&do=page>. Acesso em: 22 set. 2015. out. 1898.

DUBOUSQUET-LABORDERIE, M. Quelques recherches et réflexions sur la contagion familiale et “maisonnière” de la tuberculose. *La Presse Médicale*. n.67, p.86. 13 out. 1898. Disponível em:

<http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?cote=100000x1898x02xartorig&p=90&do=page>. Acesso em: 22 set. 2015. out. 1898.

LA PRESSE MÉDICALE. Paris: Georges Carré Et C. Naud, p.253-272. 1899. Disponível em:

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/?cote=100000x1899x01xartorig&p=257&do=page>. Acesso em: 13 fev. 2016. 1899.

SERSIRON, M. G. L'iniciative privée et les sanatoriums pour tuberculeux adultes et pauvres. *La Presse Médicale*, n.64, p.63-64. 3 out. 1898. Disponível em: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?p=68&cote=100000x1898x02xartorig&do=page>. Acesso em: 22 set. 2015. out. 1898.

Sites diversos

AHSP. Arquivo Histórico de São Paulo. História das ruas de São Paulo. Disponível em: <http://www.dicionarioderuas.prefeitura.sp.gov.br/PaginasPublicas/ListaLogradouro.aspx>. Acesso em: 30 jul. 2014.

AMA. Asociación Médica Argentina. Institucional. História. Presidentes AMA. Disponível em: http://web.archive.org/web/20080504035858/http://www.ama-med.org.ar/institucional_historia5.asp?id=1. Acesso em: 4 fev. 2016.

BNF. Bibliothèque National de France. Aristide Verneuil (1823-1895). Disponível em: http://data.bnf.fr/12557317/aristide_verneuil/. Acesso em: 30 out. 2015.

_____. Bibliothèque National de France. La Presse médicale (1893). Disponível em: http://data.bnf.fr/34349018/la_presse_medicale__1893_/. Acesso em: 21 set. 2015.

_____. Bibliothèque National de France. Arthur Armaingaud (1842-1935). Disponível em: http://data.bnf.fr/12950239/arthur_armaingaud/. Acesso em: 30 out. 2015

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. A Fundação. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/oswaldo-cruz>>. Acesso em: 09/08/2014. Acesso em: 9 ago. 2014.

_____. Casa de Oswaldo Cruz. Dicionário histórico-biográfico das ciências da

saúde no Brasil, 1832-1930. Disponível em:

[http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/cgi-](http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/?IsisScript=iah.xis&lang=pt&base=dic)

[bin/wxis.exe/iah/scripts/?IsisScript=iah.xis&lang=pt&base=dic](http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/?IsisScript=iah.xis&lang=pt&base=dic). Acesso em: 27 jul. 2014.

Oxford Dictionary of National Biography. Edmund Parkes. Disponível em:

<http://www.oxforddnb.com/index/50/101050276/>. Acesso em: 5 ago. 2015

Bibliografia

ALMEIDA, M. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo, 1898-1917*. Bragança Paulista: EDUSF. 2003.

ALVES, G. J. *A "contabilidade da higiene": representações da mortalidade no discurso médico demográfico - São Paulo (1903-1915)*. Dissertação (Mestrado em História Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A.; MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.367-379. 2000.

ANTUNES, J. L. F; MORAES, M. et al. Tuberculose e leite: elementos para a história de uma polêmica. *Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v.9, n.3, p. 609-623. set./dez. 2002.

ARMUS, D. *The ailing city. Health, tuberculosis and culture in Buenos Aires, 1870-1950*. Estados Unidos: Duke Universty Press. 2011.

BARNES, D. S. *The Making of a Social Disease: Tuberculosis in Nineteenth-Century France*. Berkeley: University of California Press. 1995.

BENCHIMOL, J. L. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

BERTOLLI FILHO, C. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2001.

_____. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. *Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos*. v.6, n.3, p.493-522. fev. 2000.

_____. *A gripe Espanhola em São Paulo*. São Paulo: Paz e Terra. 2003.

BERTUCCI, L. M. *Saúde: arma revolucionária*. São Paulo 1891/1925. Campinas: UNICAMP. Centro de Memória. 1997.

BITTENCOURT, T. M. M. *Peste branca - arquitetura branca: os sanatórios de tuberculose no Brasil na primeira metade do século 20*. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Universidade de São Paulo. São Paulo. 2000.

BLOCH, M. *Apologia da História ou o ofício de historiador*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora. 1997.

BLOOR, D. *Conhecimento e imaginário social*. São Paulo: Editora UNESP. 2009.

BRUZZO, C. *Em nome da saúde... da ordem e do progresso: discurso e prática dos médicos do serviço sanitário paulista no final do século XIX*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1989.

BRYDER, L. *Below the Magic Mountain: a social history of tuberculosis in twentieth-century Britain*. Oxford: Clarendon Press. 1988.

CAMARGO, A. M. F. *Os impasses da pesquisa microbiológica e as políticas de Saúde Pública em São Paulo: (1892-1934)*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1984.

CAMPOS, C. A transformação da cidade pela educação sanitária. A atuação do sanitarista Geraldo Horácio de Paula Souza em São Paulo, 1922-1927. In: Seminário de História da cidade e urbanismo, 6., s/d, Natal. *Anais...* Natal: PPGAU/UFRN. Disponível em:
<http://unuhospedagem.com.br/revista/rbeur/index.php/shcu/article/view/749/724>.
Acesso em: 6 abr. 2015.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes. 1998.

CZERESNIA, D. *Do contágio à transmissão*. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1997.

DANTES, M. A. M; SILVA, M. R. B. (Orgs.). *Arnaldo Vieira de Carvalho e a história da medicina paulista (1867-1920)*. Rio de Janeiro: Fundação Miguel de Cervantes. 2012.

DANTES, M. A.M; ALMEIDA, M. O Serviço Sanitário de São Paulo, a Saúde Pública e a Microbiologia. In: Dantes, M. A. M. (Org.) *Espaços da ciência no Brasil, 1800-1930*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. p.135-155. 2001.

DESSERTINE, D; FAURE, O. *Combattre la tuberculose: 1900-1940*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon. 1988.

EZPINOZA, J. N. N. *Ideias e práticas médicas: luta contra a tuberculose nas cidades de Lima e Rio de Janeiro, 1882-1919*. Dissertação (Mestrado) – Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2008.

EVANS, Richard J. Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth century Europe. In: Ranger, T.; Slack, P. (Ed.). *Epidemics and ideas*. Essays on the Historical Perception of Pestilence. Cambridge: University Press. p.149-173. 1992.

FERNANDES, S. C. G; SENNE, C. A; MACHADO, S. P. O Núcleo de Documentação do Instituto Butantan e a preservação da memória científica e institucional da saúde pública paulista - proposta de guia de acervos. In: Seminário Nacional de História da Ciência e Tecnologia, 13., 1912, São Paulo. *Anais eletrônicos...* São Paulo: Sociedade Brasileira de História da Ciência. 2012. Disponível em: http://www.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345055074_ARQUIVO_ArtigoNucleoDeDocumentacao13SBHCversaofinal.pdf. Acesso em: 26 jul. 2014.

FERNANDES, T. M. Sol e trevas: histórias sociais da tuberculose brasileira. *Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v.11, n.3, p. 67-771. dez. 2004.

_____ (Coord). *Memória da tuberculose: acervo de depoimentos orais*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz; Fundação Nacional de Saúde/Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. 1993.

FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum. 2010.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. p79-98. 1979.

GOFF, J. *As doenças tem historia*. Lisboa: Terramar. 1985.

_____. *História e Memória*. Campinas: Editora da Unicamp. 2006.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC. 1988.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. v.7, n.2, p.305-327. jul./out. 2000.

GRADMANN, C. Os laboratórios assumem o controlo. Robert Koch e o bacilo da tuberculose. In: Medcalf, A. et al. (Ed.). *Tuberculose: uma breve história*. York: University of York/Orient Blackswan. 2013.

GUALTIERI, R. C. E. *Ciência e serviço*. O Instituto Butantan e a saúde pública (São Paulo: 1901-1927). Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1994.

HENRY, S. *Vaincre la tuberculose (1879-1939)*. La Normandie en proie à la peste blanche. Rouen: Presses Universitaires de Rouen et du Havre. 2013.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.41, supl.1, p.50-57. set. 2007.

KAUFMANN, S. H. E; SCHAIBLE, U. E. Historical Review: 100th. Anniversary of Robert Koch's Nobel Prize for the discovery of the tubercle bacillus. *Trends in Microbiology*, v.13, n.10, p.469-475. out. 2005.

HOCHMAN, G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec. 1998.

LATOUR, B. On the partial existence of existing and nonexisting objects. In: Daston, L. (Ed.). *Biographies of Scientific Objects*. Chicago: Chicago University Press. p.247-269. 2000.

_____. *The Pasteurization of France*. Cambridge: Harvard University Press. 1988.

LEMOS, F. C. Contribuição à História do Instituto Bacteriológico (1892-1940). *Revista do Instituto Adolfo Lutz: laboratório de saúde pública*, v.14, número especial, p.1-161. 1954.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M., HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva histórica. In: Lima, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.493-533. 2005.

MACHADO, S. P. O dispensário antituberculoso Clemente Ferreira: espaço de assistência e de ciência na luta contra a tuberculose em São Paulo (1904 - 1917). In: XXVIII Simpósio Nacional de História, 28., 2015, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: ANPUH /UFSC. Disponível em: http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1434414649_ARQUIVO_ApresentacaoANPUH28oSNHrevisado-SylviaPintoMachado.pdf. Acesso em: 29 fev. 2016.

MASCARENHAS, R. S. *Contribuição para o estudo da administração dos serviços estaduais de tuberculose em São Paulo*. Tese (Provimento de Cátedra) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1953.

_____. *Histórico Administrativo dos Serviços Estaduais de Saúde Pública de São Paulo*. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1949.

MASTROMAURO, G. C. *As ações higienistas e a tuberculose em São Paulo (1890-1924)*. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2013.

MARINHO, M. G. S. M. C., MOTA, A. (Orgs.) *Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo*. A Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Universidade Federal do ABC, CD.G. Casa de Soluções e Editora. 2013.

_____. *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces organizadores*. São Paulo: Faculdade de Medicina-USP; CDG Casa de Soluções e Editora. 2011.

MARINHO, M. G. S. M. C. Elites em negociação. Breve História dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931). In: MARINHO, M. G. S. M. C., MOTA, A. (Orgs.) *Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo*. A Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Universidade Federal do ABC, CD.G. Casa de Soluções e Editora. p.79-175. 2013.

MCCARTHY, O. R. The key to the sanatoria. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v.94, p.413-417. ago. 2001.

MCKEOWN, T. *The role of medicine*. Dream, mirage or nemesis. Oxford: Basil Blackwell. 1979.

MONTEIRO, Y. N. (Org.). *História da saúde: olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde. 2010.

MORAES, M. *Imagens e ações: representações e práticas médicas na luta contra a tuberculose São Paulo - 1899-1930*. Dissertação. (Mestrado em História Social) - Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2000.

MOTA, A. *Tropeços da medicina bandeirante, medicina paulista entre 1892-1920*. São Paulo: EDUSP. 2005.

MOTT, M. L. et al. Assistência à saúde, filantropia e gênero: as sociedades civis na cidade de São Paulo (1893-1929). In. Mott, M. L.; Sanglard, G. (Orgs). *História da Saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Minha Editora. 2011.

NASCIMENTO, D. R. A doença e o poder publico ou o poder das doenças: elementos para uma análise em torno do Estado no combate à tuberculose. *Revista de História Regional*, v.2, n.1. 2007.

_____. *As pestes do século XX. Tuberculose e Aids no Brasil: uma história comparada*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 2005.

_____.; CARVALHO, D. M. (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Editora Paralelo 15. 2004.

NATHANSON, C. A. *Disease prevention as social change: the state, society and public health in the United States, France, Great Britain and Canada*. New York: Russell Sage Foundation. 2007.

NOGUEIRA, O.; CAVALCANTI, M. L. V. C. *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. *Direitos humanos, cidadania e tuberculose na perspectiva da legislação brasileira*. Brasília: OPAS. 2015. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1514&Itemid=. Acesso em: 26 mar. 2016. 2015.

PESTRE, D. Para uma história (social) da prova nas ciências e nas técnicas. Reflexões gerais e estudo de dois casos: as experiências de Hertz e a imunização magnética dos navios. In: Gil, F. (Org.). *A ciência tal qual se faz*. Lisboa: Edições João Sá da Costa. p.343-374. 1999.

_____. Por uma nova História Social e Cultural das Ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens. *Cadernos IG/UNICAMP*, vol.6, nº 1, p.3-56. 1996.

PICKSTONE, J. Medicina, sociedade e estado. In: Porter, R. *Cambridge – História ilustrada da medicina*. Rio de Janeiro: Livraria e editora REVINTER Ltda. p.304-341. 2001.

PORTER, R. Ciência médica. In: Porter, R. *Cambridge – História ilustrada da medicina*. Rio de Janeiro: Livraria e editora REVINTER Ltda. p.154-201. 2001.

_____. O que é doença? In: Porter, R. *Cambridge – História ilustrada da medicina*. Rio de Janeiro: Livraria e editora REVINTER Ltda. p.82-117. 2001.

PORTO, A. Representação da tuberculose na literatura brasileira na passagem do século XIX para o XX. In: Mayor, A. L. A. S.; Soares, V. A. (Orgs.) *Arte e saúde: desafios do olhar*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica da Saúde Joaquim Venâncio. p.47-56. 2008.

_____. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v.41, p.43-49. set. 2007.

RENNEVILLE, M. La criminologie perdue d’Alexandre Lacassagne (1843-1924). *Criminocorpus*. Revue Hypermédia. Histoire de la justice, des crimes et des peines (on-line desde 01-01-2005). Disponível em: <http://criminocorpus.revues.org/112>. Acesso em: 30 out. 2015.

RIBEIRO, M. A. R. *História sem fim...* Inventário da saúde pública. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1991.

_____. Historiografia recente da História da Saúde Pública em São Paulo. *Boletim do Instituto de Saúde*. Memória e História da Saúde em São Paulo, n.38, p.4-11. abr. 2006.

RIBEIRO, S. N. *O controle da tuberculose no Brasil*: principais momentos do desenvolvimento das medidas de controle contra a tuberculose no Brasil. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 1989.

ROSEMBERG, M. A. F. *Guerra à peste branca*. Clemente Ferreira e a “Liga Paulista contra a Tuberculose”. 1889 – 1947. Dissertação (Mestrado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2008.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Editora Unesp, Hucitec; Rio Janeiro: Abrasco. 1994.

_____. Da polícia médica a medicina social. Ensaio sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.

ROSEMBERG, C. E. “Introduction: Framing Disease: Illness, Society and History”. In: Rosenberg, C. E.; Golden, J. (Ed.). *Framing Disease*. Studies in cultural history. New Brunswick: Rutgers University Press. 1997.

_____. The tyranny of diagnoses: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, v.80, n.2, p.237-260. 2002.

SANTOS, A. F. C. P. *O combate à tuberculose*: Uma abordagem demográfico-epidemiológica. O Hospital de Repouso de Lisboa. Dissertação (Mestrado) - Curso de História Regional e Local, Universidade de Lisboa, Lisboa. 2010.

SANTOS, L. A. C. A Reforma Sanitária “pelo alto”: o pioneirismo paulista no século XX. *Dados*. Revista de Ciências Sociais, v.36, n.3, p.361-392. 1993.

_____; FARIA, L. R. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da primeira república*. Bragança Paulista: EDUSF. 2003.

SHEPPARD, D. S. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940. *Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v.8, n.1, p.172-92. mar./jun. 2001.

SILVA, A. A. D. *Personagens da História da Medicina*. Londrina: Ed. Autor. 2007.

SILVA, M. R. B. *O mundo transformado em laboratório: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo de 1891 a 1933*. Tese (Doutorado em História Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.

_____. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: saúde e assistência se tornam públicas (1875-1910). *Varia História*, v.26, n.44, p.395-420. jul./dez. 2010.

SILVA, R. S.; MORELL, M. G. G.; SILVEIRA, M. M. *Política Nacional de Saúde Pública: A trindade desvelada: economia - saúde – população*. Rio de Janeiro: Revan. 2005.

SOARES, P. P. A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose. *Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v.1, n.1, p.127-134. jul./out. 1994.

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

SOUZA, A. M. A. F. *Vigilância sanitária na saúde pública brasileira e sua aproximação com o caso mexicano: proteger, vigiar e regular*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina (Prolam), Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

STEPAN, N. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. São Paulo: Artenova. 1976.

TELAROLLI JÚNIOR, R. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora UNESP. 1996.

TOMES, N. *The gospel of germs. Men, Women, and the Microbe in American Life*. Cambridge: Harvard University Press. 1998.

WHO. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report*, 2015. S.l.: WHO. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf. Acesso em: 26 mar. 2016. 2015.

VIEIRA, I. C. Contributos da “Liga Nacional contra a Tuberculose” para a luta antituberculose em Portugal (1899-1907). Trabalho apresentado no Encontro da Associação Portuguesa de História Económica e Social, 21., 2011, Coimbra. Disponível em http://www4.fe.uc.pt/aphes31/papers/sessao_2b/ismael_vieira_paper.pdf. Acesso em: 27 nov. 2014.