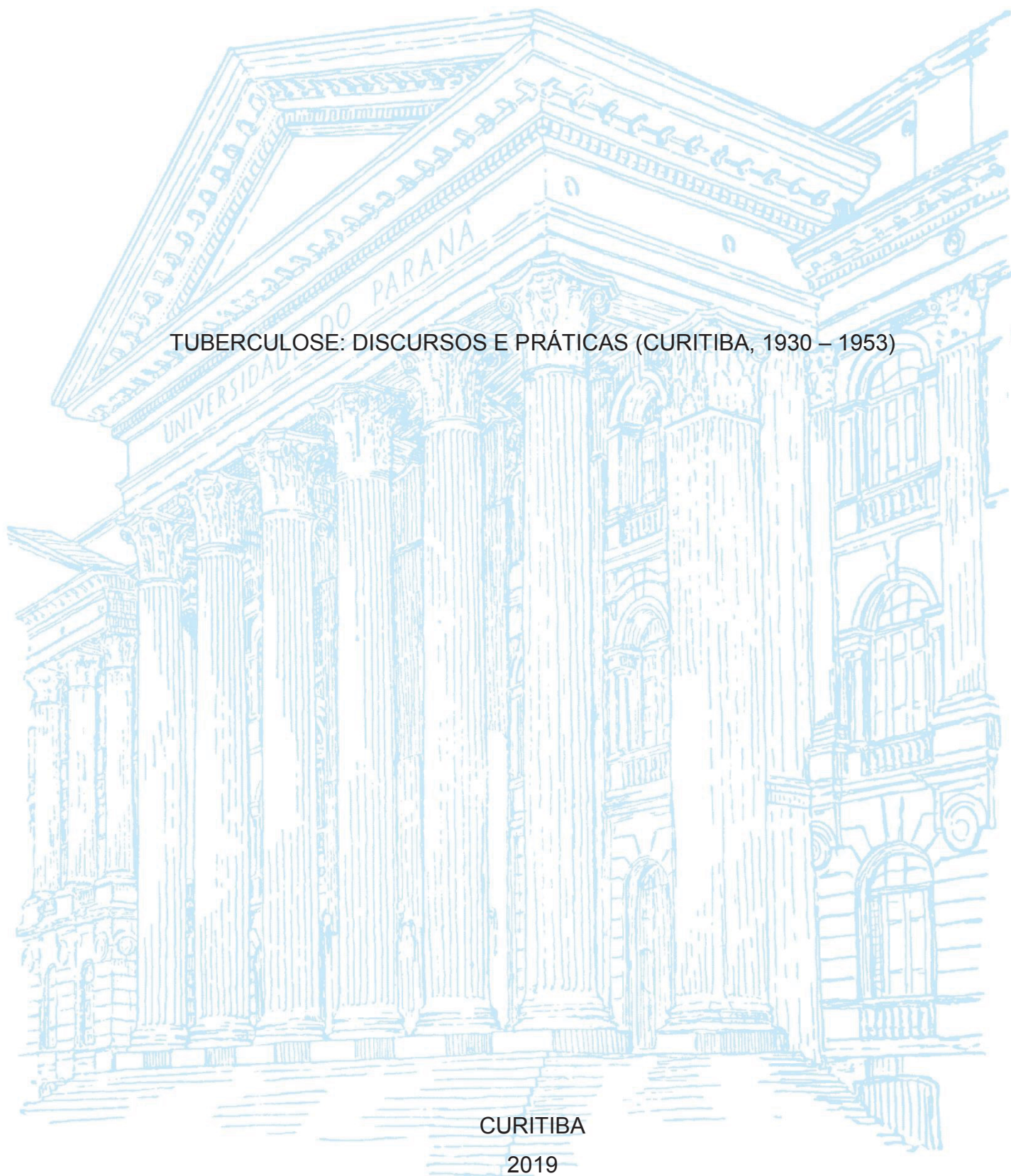


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELE SANTOS

TUBERCULOSE: DISCURSOS E PRÁTICAS (CURITIBA, 1930 – 1953)



CURITIBA

2019

DANIELE SANTOS

TUBERCULOSE: DISCURSOS E PRÁTICAS (CURITIBA, 1930 – 1953)

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em História, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em História.

Orientador: Prof. Dr. Clóvis Mendes Gruner

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Santos, Daniele

Tuberculose : discursos e práticas (Curitiba, 1930 – 1953). / Daniele Santos. – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado em História) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador : Prof. Dr. Clóvis Mendes Gruner

1. Tuberculose – História - Curitiba. 2. Doenças - Historiografia.
3. Medicina - História – Curitiba. I. Título.

CDD – 610.98162

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em HISTÓRIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **DANIELE SANTOS**, intitulada: **TUBERCULOSE: DISCURSOS E PRÁTICAS (CURITIBA, 1930 - 1953)**, após terem inquirido a autora e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do Título de Mestre está sujeita à homologação pelo Colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 28 de Fevereiro de 2019.

CLÓVIS MENDES GRUNER
Presidente da Banca Examinadora

LILIANA MÜLLER LAROCCA
Avaliador Externo (UFPR)

VINICIUS NICASTRO HONESKO
Avaliador Interno (UFPR)



Aos meus pais

Ao Godot (em memória)

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Aos meus pais, Denilson e Vera, que tanto cuidam e cuidaram de mim.

Ao Leandro, que sem ele nada disso seria possível.

Aos meus avós, Mario e Tereza, que dedicaram sua vida a nossa família.

Aos meus sogros, Gregório e Tereza, que tanto me ajudaram a construir este sonho.

Aos amigos, que sabem quem são.

Aos meus orientadores, Clóvis e Rogério, e a todos os outros professores que participaram da conclusão deste estudo.

Agradeço à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa durante todo período de realização deste mestrado.

Aos nossos bichos, que jamais me arrependerei de ter tirado da rua ou de lares ruins.

Aquele que dança em sua própria casa atrai incêndios.

Lourenço Mutarelli

RESUMO

Esta dissertação é fruto da percepção de que haveria no estado do Paraná, mais especificamente na cidade de Curitiba, um rico discurso médico que pudesse abarcar um importante período da história das doenças e contribuir com a historiografia voltada para esse assunto. Nesse sentido, o nosso objeto de pesquisa se constituiu, sendo o discurso, proferido nas esferas médicas, sobre a profilaxia e tratamento da tuberculose e dos corpos tuberculosos, na cidade de Curitiba, entre os anos de 1930 e 1953. Tal objeto fomentou algumas indagações de pesquisa: como esses discursos dialogam entre seus pares? Como circulam? Quais são as abordagens pertinentes que podem ser delineadas? Qual a sua relação com a Curitiba do século XX e os projetos modernizadores da capital? A fim de responder essas perguntas, nosso principal objetivo é dialogar com esses discursos se apoiando nos mais variados referenciais teóricos e literatura prévia sobre o tema, como Esposito (2006), Foucault (2008), Latour (2000), Lima e Hochman (1996), Lima, Kropf, Ponte (2002), Vainfas (1999), entre outros autores assim que se fizer necessário, refletindo sobre a Curitiba da época, os grupos médicos que se formaram aqui, as instituições e a sua importância para a formação de uma classe trabalhadora livre de epidemias, como é o caso da tuberculose.

Palavras-chave: Discurso médico. Tuberculose. Corpos tuberculosos. Curitiba.

ABSTRACT

This thesis is the result of the perception that there would be in the state of Paraná, more specifically in the city of Curitiba, a rich medical discourse that could cover an important period in the history of diseases and contribute to the historiography. In this sense, our research object was constituted, being the discourse, pronounced in the medical spheres, on the prophylaxis and treatment of tuberculosis and tuberculous bodies, in the city of Curitiba, between the years of 1930 and 1953. This object fomented some inquiries: How do these discourses interact with each other? How do they circulate? What are the relevant approaches that can be outlined? What is its relationship with the Curitiba of the twentieth century and the modernizing projects of the capital? In order to answer these questions, our main objective is to dialogue with these discourses, relying on the most varied theoretical references and previous literature on the subject, such as Esposito (2006), Foucault (2008), Latour (2000), Lima and Hochman (1996), Lima, Kropf, Ponte (2002), Vainfas (1999), among other authors as soon as necessary, reflecting on Curitiba of the time, the medical groups that were formed here, the institutions and their importance for the formation of a working class free of epidemics, as is the case of tuberculosis.

Keywords: Medical discourse. Tuberculosis. Tuberculous bodies. Curitiba.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1.1 OS PRIMEIROS SUSPIROS: OS EMBRIÕES DA MEDICINA SANITARISTA E A LIGA PRÓ-SANEAMENTO	16
1.2 POLÍTICA E SAÚDE NA ERA VARGAS E PÓS ERA VARGAS (1930 – 1953)..	28
1.3 A FACULDADE DE MEDICINA DO PARANÁ E AS TESES MÉDICAS	34
2 ANATOMIA DOS DISCURSOS: A MODERNIZAÇÃO DE CURITIBA E O CLINICAR MÉDICO	39
2.1 O MODERNO E A MODERNIZAÇÃO	39
2.2 O NASCIMENTO DA CLÍNICA CURITIBANA	54
2.2.1 O PARANÁ MEDICO.....	61
2.3 O SANATÓRIO MÉDICO CIRÚRGICO DO PORTÃO	64
3.1 BIOPODER OU BIOPOLÍTICA? <i>COMBATEMOS A TUBERCULOSE!</i> , DE M. ISAACSON (1935)	68
3.1.1 O poder-saber médico: diálogo entre a prática médica e as possibilidades apresentadas pela <i>biopolítica</i> e pelo <i>biopoder</i>	78
3.2 A MEDICINA DA CONTROVÉRSIA: O COMBATE À TUBERCULOSE EM CURITIBA À LUZ DE BRUNO LATOUR (1934; 1962).....	82
3.2.1 Do contexto surgem as controvérsias	83
3.2.3 O diálogo, a cura: notas sobre a medicina paranaense	87
3.3 A ANATOMIA DO DISCURSO MÉDICO: UM ESTUDO SOBRE <i>A PESTE BRANCA NO PARANÁ</i> , DE ARY TABORDA, SOB A LUZ DA GENEALOGIA (CURITIBA, 1937)	91
3.3.1 <i>Microfísica do poder</i> : um breve panorama	92
3.3.4 A verdade, o poder e a história: o diálogo entre Nietzsche e Foucault.....	94
3.3.5 <i>A Peste Branca no Paraná</i> , de Ary Taborda	97
3.3.6 A genealogia da tuberculose: reflexões sobre <i>A Peste Branca no Paraná</i>	97
3.4 ESTRATÉGIAS DE PODER-SABER – O DISCURSO MÉDICO ALINHAVADO COM OUTRAS ESFERAS PÚBLICAS: CONSTATAÇÕES SOBRE <i>NORMAS PARA UMA ORGANIZAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA</i> (CURITIBA, 1937).....	104
3.4.2 Reflexões sobre as estratégias de poder-saber	105
3.4.2.1 “Poder e saber”.....	106
3.4.2.2 “Diálogo sobre o poder”	107

3.3.4 Normas para uma organização estadual de saúde pública: uma breve noção.....	108
3.4.5 Análise de caso: reflexões sobre Normas para uma organização estadual de saúde pública	109
CONCLUSÃO	114
REFERÊNCIAS.....	116
ANEXOS	121
ANEXO 1.....	121
ANEXO 2.....	122
ANEXO 3.....	123

INTRODUÇÃO

O presente estudo é fruto de percepções acerca de um campo historiográfico denso sobre a história da medicina quando pensamos no Paraná, sobretudo na cidade de Curitiba. Destacamos, antes de mais nada, o rico teor de fontes que se estabelecem em nossa cidade no que diz respeito à medicina e aos discursos proferidos pelos agentes que compunham os quadros médicos nas mais variadas esferas, sejam elas práticas ou teóricas.

Nesse sentido, constitui-se o objeto central do nosso estudo: o discurso sobre a tuberculose e os corpos tuberculosos na Curitiba dos anos 1930 a 1953. Antes de especificarmos o porquê da escolha desse tema e os seus desdobramentos mais plausíveis, cabe que façamos algumas considerações sobre a tuberculose e a sua relação com a sociedade, no que diz respeito ao estigma e ao temor da doença.

Para este momento tão inicial deste estudo, nos lembramos do que Susan Sontag (1984) nos fala. Sua ideia inicial não é tratar a tuberculose em si como seu objeto de estudo, sendo que ela se dedica, na obra em questão, aos cânceres e à AIDS. Entretanto, ela oferece ao seu leitor mecanismos parecidos de leituras dessas doenças que nos parecem adequados para a introdução de um trabalho como este. Assim sendo, faremos uso de algumas de suas falas para ilustrar o quanto a tuberculose era tida como uma patologia não só física, como também moral, ligada estritamente a um juízo de valores e credos.

Para ela, a tuberculose é uma espécie de fantasia do século passado – o século XIX – caprichosa em certos pontos, já que poucos eram aqueles que poderiam entender o seu potencial de morte. Ela era, então, misteriosa, assim como os cânceres era para a autora no século XX e continua sendo para nós no século XXI. Sendo assim, enquanto os mecanismos que a compunham não fossem desvelados, esse potencial misterioso continuaria sendo resultado de estigma e medo para a população que dela ouvisse falar.

O próprio nome da doença já trazia em si uma carga perigosa, afirma autora. Muito se resguardava a pronunciar “tuberculose” em romances ficcionais, por exemplo. Havia a noção de que a palavra continha nela todo o teor maligno da doença, transmutando isso para o doente. Até mesmo no ambiente médico se evitava a falar da situação do doente na frente dele. Preferia-se falar a um familiar do convalescente

para que o terrível mal da palavra, a sua carga semântica, e todo temor associado a ela, o atingisse em menor escala.

A autora ainda afirma que, do ponto de vista biotipológico, na maior parte da história, a tuberculose e os cânceres têm seus significados entrecruzados. Possuem definições bem parecidas que as conduzem a um campo acerca de algo que acomete alguém por dentro. Demorou-se a descobrir que a primeira teria como causa uma infestação de bacilo, enquanto o segundo seria uma disfunção desordenada do próprio organismo e do crescimento das células. Assim, muitas das metáforas diziam bastante sobre as duas doenças. Somente a partir do século XX é que há uma real diferenciação das duas comorbidades nesse sentido mais simbólico, mas que preservam seu campo de análise similar.

Nesse sentido, é válido dizer que as contribuições de Susan Sontag, mesmo que abranjam outro campo do conhecimento, o da literatura, nos são fundamentais para entendermos um pouco do mecanismo da tuberculose em outro nível que não será aqui discutido, ou seja, mais simbólico, lírico. Com base nas suas percepções, parece haver um estigma muito claro da tuberculose até certa medida, na qual a doença é estritamente ligada com uma questão moral e até mesmo de grupo social, no qual parecem habitar a pobreza e a sujeira, ou seja, condições que discursos populares no decorrer da história acreditavam ser propícias para o desenvolvimento da comorbidade.

Entretanto, a partir do século XIX, no campo da literatura, passa haver uma romantização do corpo tuberculoso, de acordo com ela, no qual o estado que transita entre a palidez e o rubor dos personagens, por exemplo, os liga a características marcantes, como o desejo, a paixão, a beleza. Nesse sentido, muito se constrói em torno dessa órbita, tendo em vista ainda que a tuberculose traz períodos de intensa disposição e prelúdio de melhoras, o que fomenta uma noção de vitalidade que talvez não existisse por conta de um tratamento ainda não tão eficaz da doença.

O ponto a que queremos levantar pensando sobre a literatura é o de que mesmo com toda essa romantização que acontece no século XIX, dos personagens e das suas condutas quando acometidos pela doença, no eixo ficcional, ainda hoje há estigma em relação à doença, e nem sempre os tratamentos são os mais eficientes. O *El País* divulgou, em 2017, que a “Tuberculose ainda é a infecção mais mortal e os avanços contra ela são insuficientes” (EL PAÍS, 2017) noticiando que o “O Brasil é responsável por um terço dos casos nas Américas da doença que no ano matou 1,7

milhões de pessoas” (EL PAÍS, 2017). Além dele, o *R7*, em 2018, aparece com a seguinte manchete “tuberculose mata mais de 4 mil pessoas todo ano no Brasil” (PORTAL R7, 2018). Por fim, também em 2017, o *G1* noticia “estudo relaciona incidência de tuberculose com superlotação em domicílios no Brasil” (PORTAL G1, 2017), acompanhado do que se segue “Brasil está em 20º lugar no ranking dos países com maior número de casos de tuberculose no mundo” (PORTAL G1, 2017).

Essas manchetes demonstram o quanto a doença ainda permanece opaca em certos aspectos, sobretudo nas suas formas de tratamento. Além disso, nos induz a inferir que nem todos os acometidos por ela buscam tratamento em tempo hábil de serem tratados, o que leva à morte. Sendo assim, independentemente da mística que tenha se feito em torno da doença, e das diferentes posturas que ela adquire com o passar dos tempos, ainda assim o que a permeia é a desinformação e o estigma. Entretanto, com isso, não queremos dizer que os esforços só devem provir da população, a qual deve buscar se informar e contribuir para que os índices de mortalidade da doença reduzam, mas que é necessário um esforço coletivo para desmistificarmos quaisquer ideias errôneas sobre ela. Acreditamos, assim, que a pesquisa científica é um dos caminhos para que novas ideias habitem esses lugares.

Dito isso, ressaltamos que o presente estudo, além de ter como justificativa as preocupações expostas acima, sobretudo ainda por ser a tuberculose uma doença que mata muitas pessoas anualmente no Brasil, e no mundo, pode contribuir para os estudos sobre a história das doenças, que é um novo campo que vem se firmando nos últimos anos. Assim, destaca-se que o objetivo geral deste estudo é de compreender como os discursos médicos sobre a tuberculose e os corpos tuberculosos se articulam em uma Curitiba que se vê frente a projetos modernizadores, sobretudo que buscam promover a industrialização e o aumento do campo de trabalho da cidade, nos anos que compreendem entre 1930 e 1953.

Como objetivos específicos, muitos deles diluídos nos três capítulos que estruturam esta dissertação, temos a necessidade de entender como o contexto da época se fomentava, tanto no campo da medicina – com a Faculdade de Medicina do Paraná – como em um espectro mais amplo, o da política, ou seja, o da Era Vargas, assim como as suas políticas voltadas para a saúde e para o desenvolvimento dela no Brasil e nos seus rincões. Além disso, se faz primordial conceituar e relacionar a modernização, no campo da estrutura urbana de Curitiba com os discursos que se fazem em torno do clinicar médico. Ademais, foram levantadas algumas indagações

de pesquisa: como esses discursos dialogam entre seus pares? Como circulam? Quais são as abordagens pertinentes que podem ser delineadas? Qual a sua relação com a Curitiba do século XX e os projetos modernizadores da capital? Por fim, também é fundamental analisar as fontes que englobam esses discursos médicos, ou seja, as teses, utilizando de determinadas ferramentas teóricas e metodológicas.

Para tanto, foi necessário o apoio de alguns teóricos que se debruçam sobre o tema. Antes de mais nada, como primeiro passo do desenvolvimento desta pesquisa, concomitantemente ao encontro das fontes, buscamos autores que já haviam discutido sobre o tema e que nos foram fundamentais na redação do presente estudo. Dentre eles, podemos destacar Bertolli Filho, que faz um estudo sobre tuberculosos em São Paulo no século XX, em um recorte temporal muito similar ao nosso, ou seja, os anos entre 1900 e 1950. Além dele, Cintra (2014) também levanta questões interessantes sobre o início da clínica médica do Paraná, trazendo à tona um importante debate sobre o corpo médico que se fomentava na Faculdade de Medicina do Paraná quando da sua inauguração. Ademais, podemos citar a importante contribuição de Larocca (2009), que faz uma abordagem completa sobre as noções de higiene, de cuidado e de civilidade no campo pedagógico nas escolas paranaenses do século XX. Além deles, outros autores também foram relevantes na constituição do presente estudo, ora auxiliando com seu conhecimento, ora nos apontando caminhos metodológicos precisos para o desenvolvimento deste tema.

Haja vista essas considerações, devemos adiantar neste momento que nos apoiamos em algumas ferramentas teóricas e metodológicas para a realização da presente pesquisa. A noção que apresentamos de discurso, e as práticas a ele atreladas estão voltadas para o que Michel Foucault (1977;1985;2013) nos apresenta em grande parte de seus estudos. Por esse motivo, sua obra, como um todo, foi um dos principais aparatos teóricos que utilizamos para analisar e interpretar as fontes contidas no terceiro capítulo deste estudo. Além disso, gostaríamos de ressaltar que, assim que se fez necessário, além de Foucault, nos apoiamos em outros autores que nos apresentaram também uma visão interessante que pode dialogar diretamente com as nossas fontes, como é o caso de Bruno Latour (2000). Esse autor não é necessariamente um analista do discurso, mas sua contribuição concerne a um campo que para nós é interessante: o do discurso científico. Dessa forma, se fez viável que duas de nossas fontes principais fossem analisadas por meio dessa ferramenta teórica, desvelando seus pressupostos fundamentais e refletindo sobre quais

aspectos continham a cientificidade em torno daqueles discursos ali presentes. Portanto, destaca-se que essas teorias são formas de nos auxiliar a debater as fontes e outros textos relacionados à época, possibilitando-nos reconhecer os discursos no seu modelo de produção.

Não obstante, alguns caminhos metodológicos foram tomados no decorrer deste estudo. Por exemplo, ao nos debruçarmos sobre o texto de Cidade e Paz (1987), que faz uma leitura cirúrgica sobre um texto de De Boni, nos deparamos com um caminho metodológico interessante: aspectos da história do crime em Curitiba e a sua relação com os projetos modernizadores que aqui se articulavam. Dessa forma, nosso interesse foi o de organizar o nosso discurso pensando nesse percurso, na maneira como as autoras dialogam com as fontes e leem o texto de De Boni. Portanto, além do percurso do historiador, de encontrar, separar, ler e organizar fontes, entre outros aspectos, nosso percurso metodológico também se pautou na abordagem do nosso próprio referencial teórico, dialogando com as mais variadas possibilidades de análise.

A natureza das fontes presentes nesta pesquisa é de cunho impresso e digitalizado. No primeiro âmbito, destacamos as teses médicas que foram encontradas principalmente na Biblioteca Pública do Paraná, mais especificamente na Divisão Paranaense, em acervo protegido, cuja pesquisa foi feita entre o primeiro e o segundo semestre de 2017. No segundo, destacamos alguns recortes de jornal que foram encontrados por meio de pesquisa na Hemeroteca Digital, possibilitando acesso direto à imprensa da época.

Sendo assim, a divisão desta dissertação se deu em três capítulos. O primeiro deles, denominado *Do sanitário à saúde pública: a medicina no Paraná e a Era Vargas* trata, em linhas gerais, dos principais esforços em prol da higienização do Brasil, sobretudo frente aos projetos modernizadores que se fomentavam aos poucos pelas cidades do país. Além disso, traz uma discussão sobre a Era Vargas, apresentando brevemente seus aspectos gerais, e como houve esforços nesse sentido em relação à saúde e a sua institucionalização. Não obstante, coloca ainda os desdobramentos do saber médico no Paraná, tomando a Faculdade de Medicina do Paraná como um desses esforços para o desenvolvimento da clínica curitibana.

Por sua vez, o segundo capítulo, intitulado de *Anatomia dos discursos: a modernização de Curitiba e o clínico médico* discute como os projetos modernizadores de Curitiba se articulavam em torno de uma arquitetura específica para a cidade, colocando os hospitais como instituições isoladas dos centros e das

vistas dos seus cidadãos mais abastados. O terceiro e último capítulo, nomeado de *Tuberculose: entre discursos e práticas* trata mais especificamente das fontes do período, utilizando-se das ferramentas teóricas e metodológicas que citamos anteriormente.

1 DO SANITARISMO À SAÚDE PÚBLICA: A MEDICINA NO PARANÁ E A ERA VARGAS

O presente capítulo tem por objetivo fornecer um quadro que comporte aspectos da saúde no Brasil no que diz respeito às medidas sanitaristas, perpassando a Liga Pró-Saneamento, e a saúde pública. Além disso, também busca elucidar questões que concernem à Faculdade de Medicina do Paraná e que percebem a organização dessa instituição enquanto uma rede de ensino com o objetivo de pedagogizar e teorizar o saber médico.

1.1 OS PRIMEIROS SUSPIROS: OS EMBRIÕES DA MEDICINA SANITARISTA E A LIGA PRÓ-SANEAMENTO

Tísica. Tuberculose. Peste branca. Há muito se tem incumbido a essa doença um mal que acometia a população nas mais variadas esferas sociais. Inácio de Loyola, em 1555, e José de Anchieta, em 1583, já denunciavam, em seus registros, sobre o Brasil recém tomado pelos colonos, sintomas frequentes que apuravam nos índios após serem catequizados: escarro, tosse e expulsão de sangue são os relatos mais frequentes (DE SOUZA; VASCONCELOS, 2005). Esses sintomas se mostrariam típicos e comprovariam o teor mortuário dessa doença que atingia os pulmões.

Muito embora registros sobre a doença em solos brasileiros já datem do século XVI, políticas governamentais que pudessem prevenir a periculosidade da peste branca passaram a ser mais discutidas somente no século XIX. Decretos como os nº 6.406 que, em linhas gerais, expõem o seguinte:

A Princesa Imperial Regente, em Nome do Imperador, Ha por bem de que, de conformidade com a disposição do art. 8º, do Decreto Legislativo nº 598 de 14 de Setembro de 1850, e para execução do de nº 6378 de 15 de novembro deste anno, se observarem as Instrucções relativas aos serviços sanitarios na cidade e no porto do Rio de Janeiro, as quaes com este baixam assignadas pelo doutor José Bento da Cunha e Figueiredo, do Conselho de Sua Magestade o Imperador, Senador do Imperio, Ministro e Secretario de Estado dos Negocios do Imperio que assim o tenha entendido e faça executar. Palacio do Rio de Janeiro em treze de Dezembro de mil oitocentos e setenta e seis, quinquagesimo quinto da Independencia e do Imperio. PRINCEZA IMPERIAL REGENTE. José Bento da Cunha e Figueiredo. Instrucções para execução do serviço sanitario na cidade do Rio de Janeiro. Art. 1º O serviço cargo da Junta Central de Hygiene Publica fica dividido do modo seguinte: § 1º Estudo das epidemias, molestias reinantes e epizootias, e dos meios de as prevenir e combater [...] § 2º Inspeção da bebidas e dos generos alimenticios expostos á venda; bem assim dos estabelecimentos e

casas onde forem fabricados, preparados, ou vendidos [...] § 3º Estudo sobre as condições hygienicas dos edificios publicos e particulares que se construirem [...] § 4º Administração de socorros medicos á pobreza [...] § 5º Vigilancia sobre a hygiene dos quarteis, arsenaes, asylos e outros estabelecimentos publicos não designados especialmente nestas instrucções. Inspeccção sanitaria dos cemiterios e depositos de cadaveres [...] (BRASIL, 1876)

Além desse que era novidade na questão da higiene nos mais diversos estabelecimentos, podemos relembrar o decreto nº 6.517, que diz o seguinte:

Approva os estatutos da Associação - Saneamento da capital do Imperio. A Princeza Imperial Regente, em Nome do Imperador, Attendendo ao que representaram os fundadores da Associação denominada - Saneamento da capital do Imperio - e de conformidade com o parecer da Secção dos Negocios do Imperio do Conselho de Estado, exarado em Consulta de 27 de Outubro de 1876, Ha por bem Approvar os estatutos da mesma Associação, divididos em seis capitulos e vinte e tres artigos, fazendo-se ao art. 22 o additamento das seguintes palavras - e fórma de sua eleição. No regulamento interno, a que se refere o mesmo artigo, cumpre prescrever o modo da organização da mesa da assembléa geral dos accionistas, o moda da eleição dos funcçionarios e outros assumptos, que, segundo o art. 27 do Decreto nº 2711 de 19 de Dezembro de 1860, devem regular-se pelas disposições dos caps. 1º, 2º e 3º do mesmo Decreto, no que lhe forem applicaveis. Qualquer alteração que se fizer nos mesmos estatutos só poderá ser executada depois da aprovação do Governo Imperial. Antonio da Costa Pinto Silva, do Conselho de Sua magestade o Imperador, Ministro e Secretario de Estado dos Negocios do Imperio, assim o tenha entendido e faça executar. Palacio do Rio de Janeiro em 13 de Março de 1877, 56º da Independencia e do Imperio. PRINCEZA IMPERIAL REGENTE. Antonio da Costa Pinto Silva. Projecto de estatutos da Associação-Saneamento da capital do Imperio do Brazil, fundada na cidade do Rio de Janeiro, sob a immediata protecção de Sua Alteza a Princeza Imperial Regente. (BRASIL, 1877)

Por fim, podemos retomar o decreto nº 9.356, que explora, entre outras coisas, a organização dos presídios. Propõe uma organização que perpassa à saúde, à higiene, e à função do médico, que se responsabiliza inteiramente pelas questões sanitárias:

§ 5º Conhecer da segurança e regimen dos presos, instrucção, exercicio do culto, punições, abono de jornaes, alimentação, vestuario, serviço hygienico e sanitario, distribuição das officinas, fornecimentos, melhoramentos que convenha adoptar-se, etc.[...] Art. 17. Os medicos são encarregados do tratamento dos doentes, quer recolhidos á enfermaria, quer fóra dela [...] O 1º medico é immediatamente responsavel pelo serviço sanitario, tendo por coadjuvante o segundo. (BRASIL, 1885)

Dessa forma, esses são alguns dos quais se faz possível recorrer quando pensamos em medidas de higienização, sanitização e profilaxia dos centros urbanos. Há também, após a abolição da escravidão, as aglomerações que ganham novos olhares dos órgãos públicos, tomando medidas que pudessem prevenir que doenças,

principalmente as infectocontagiosas, prejudicassem pessoas que viviam em cortiços e encostas, conforme nos diz Sevckenko (1998).

Nesse sentido, Bertolli Filho (2001) relembra a existência de projetos modernizadores no Brasil, o qual tomaria dos “países civilizados” padrões a serem seguidos aqui. Assim, a partir do século XX, resguarda-se uma nova fase para a profilaxia e para o tratamento de determinadas patologias. Os discursos das esferas médicas em conjunto com outros discursos e narrativas, nosso objeto de pesquisa, passam a se mostrar, nesse momento, como potenciais para o combate das epidemias reinantes, funcionando de forma bilateral, em um teor dialógico que agiria sobre o corpo social: ora de maneira educativa, ora com medidas mais extremadas, conforme veremos mais adiante.

No que se remete às práticas educativas, a criação de órgãos responsáveis para tanto foram cruciais. O Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública foi um deles. Criado sob o Decreto 19.402 (BRASIL, 1930) seria responsável pelo trato com a vida escolar e com a saúde pública¹. Para Lima, houve, a partir dessa institucionalização, a “verticalização, centralização e ampliação da base territorial de efetiva ação do governo federal [...]” (LIMA; KROPF; PONTE, 2002, p.45), sendo a cidade de São Paulo um centro de referência no começo do século XX para tanto. Ligas e campanhas antituberculosas serviram de modelos a outros estados, sobretudo quando falamos dos interiores do Brasil, considerados deficientes no combate às doenças. Sendo assim, a partir da década de 1920, com a ampliação de medidas oficiais e de congressos médicos, a doença viria a ser o centro das atenções das autoridades.

Além de se buscar um forte teor educativo no combate à tuberculose, como campanhas e ações de cunho legal (leis e decretos), também foram realizadas medidas extremadas. Medidas de isolamento compõem, em grande escala, o que se entendia por soluções mais agudas. Olinto dirá, nessa perspectiva, que a doença é sinônimo de desordem, sendo “sujeira, dor, fome, contágio, anomia” componentes de

¹ O termo saúde pública parece não ter uma definição clara e fechada, conforme a leitura de alguns autores que se debruçaram sobre o tema, como Ribeiro (1993) e Stephanou (1997). O que podemos inferir com base nessas leituras é a de que ela está ligada ao governo de maneira direta, e que ela convive, conforme os estudos do primeiro autor, com outro conceito, o de “educação sanitária”, que passa a ser pensado a partir de 1925. Nesse sentido, o último passa a ser deslocado para a ação individual, enquanto a saúde pública nos fornece uma noção mais coletiva, se mostrando, portanto, em uma diferenciação entre o público e o privado.

“um ambiente de impureza” (OLINTO, 1995, p.174). Portanto, tais mazelas são associadas com centros pouco desenvolvidos, distantes do ideal de civilidade – disseminado por países europeus e pelo eixo Rio de Janeiro – São Paulo – presente à época. Assim, para promover a organização, seria necessária uma separação efetiva entre os corpos ditos sãos e aqueles afetados pelas doenças infectocontagiosas.

Como pano de fundo dos desdobramentos da saúde pública, que se consolidava perante as imbricações do discurso médico, de outros discursos e de outras narrativas, temos um período de profundas mudanças, guiado pela Revolução de 1930 e pela ascensão de Getúlio Vargas.

Sendo assim, quando, no início do século XX, passa-se, então, a pensar sobre a medicina sanitária, ela é ligada a vários fatores que transpõem a própria barreira da doença. Seriam os brasileiros daquele tempo doentes por que eram preguiçosos, ou preguiçosos por que eram doentes? Estariam esses brasileiros condenados pelo clima? Clima esse, tropical, tão diferente do gélido clima europeu. Lima e Hochman (1996) levantarão essas questões e dirão que não. Com os desdobramentos da medicina sanitária, descobriu-se que esse povo, pouco produtivo, estava, na verdade, doente, e mais, abandonado pelas elites, em vários rincões afora. A forma, portanto, de se buscar redenção dessa imagem do brasileiro “pouco produtivo” poderia ser “[...] saneá-lo, higienizá-lo, uma tarefa obrigatória dos governos” (LIMA e HOCHMAN, 1996, p. 23).

Obviamente, essas noções apresentadas anteriormente não podem ser definidas como uma espécie de “marco” ou “origem” da medicina sanitária no Brasil. O que pode ser entendido é que o brasileiro, principalmente sobre a égide europeia, era visto como inferior, pouco produtivo. Não é por acaso que os próprios Lima e Hochman (1996) iniciam o capítulo lembrando do personagem Jeca Tatu, de *Urupês* (1918), criado por Monteiro Lobato. Tal figura era afeita ao ócio, à vida mansa. Em sua caracterização, a ideia de ser não civilizado pode ser facilmente encontrada. Cabe destacar ainda que o personagem sofria de ancilostomose, mais comumente conhecida como “verminose”, o que corroborava essa imagem trazida por ele.

Portanto, os aspectos do povo, representado pela figura do Jeca, eram ligados a um país também pouco produtivo e pouco voltado à modernização, ao desenvolvimento citadino. Ao século XX, portanto, é legada a missão de apontar e resolver essas questões, sendo uma das alternativas considerar que o povo era doente,

como uma condição, não um estado anímico ou coisa que o valha. Assim, a medicina sanitária se colocaria como uma alternativa a todos esses problemas que permeavam aquele Brasil dos sertões.

Essa medicina sanitária então passa a refletir, em um primeiro momento, sobre as endemias rurais. Evidencia-se, nesse sentido, o mal de Chagas – tripanossomíase americana – como uma das principais doenças que atingia tais áreas. As excursões de Oswaldo Cruz se destacam nesse sentido (LIMA; HOCHMAN, 1996). São elas responsáveis por apresentar o patamar da doença, sem deixar de fazer críticas à República, ainda jovem, que não conseguia dar conta de lugares que transpusessem o eixo Rio-São Paulo.

Sendo assim, a descoberta da tripanossomíase americana foi vista além de um marco social. Foi uma vitória para a medicina brasileira, e para as instituições que a representavam, como a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Academia Nacional de Medicina. Além disso, essas expedições, chamadas de “científicas” por Lima e Hochman (1996), também foram responsáveis por trazer ao cenário nacional nomes como o de Belisário Pena e Arthur Neiva que, de 1916 a 1917, escreveram uma série de artigos para o jornal *Correio da Manhã*, e convocavam a população para uma campanha de saneamento no Brasil. Essa organização rumava para a criação da Liga Pró-Saneamento no Brasil:

foram seus sócios fundadores, entre outros, membros da Academia Nacional de Medicina, catedráticos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, cientistas do Instituto Oswaldo Cruz, antropólogos do Museu Nacional, militares, educadores, juristas e o próprio Presidente da República, Wenceslau Brás (LIMA e HOCHMAN, 1996, p. 26).

Criada em 1918, pelos nomes já mencionados, reuniu uma gama de outros intelectuais, como médicos, engenheiros, militares, políticos, advogados e o então presidente da República, Wenceslau Brás. Sendo assim, o trabalho da Liga rendia frutos em diversos campos do conhecimento humano, divulgando-o em várias conferências, em associações, a exemplo da Sociedade Nacional de Agricultura, da Associação Cristã de Moços, do Exército e da Marinha. Portanto, percebemos, nesse sentido, uma certa verticalização do conhecimento. Isso significa dizer que esses tipos de discursos transitavam em várias esferas, e se modulavam pouco a pouco em busca de uma efetiva solução para o problema do sanitário. Além desse conhecimento transmutar nos mais diversos setores, principalmente científicos, não deixava de ser

divulgado, também, em cidades interioranas do Brasil: “[...]ele [Belisário Pena] realizou palestras em seus subúrbios e em cidades do interior do país, distribuindo panfletos de caráter pedagógico que alertavam a população para a importância dos princípios básicos de higiene fundamentais na preservação da saúde” (BRITTO, 1995, p. 21).

Os avanços que a Liga promoveu se deram no sentido de auxiliar as entidades municipais e governamentais na busca da higienização das cidades, com foco a evitar doenças consideradas mais simples de serem resolvidas e promover a educação sanitária, bem como administrar obras de saneamento básico. Para Belisário Pena, os avanços em torno da saúde eram imprescindíveis, no sentido de que ela pudesse ser: “a base incontestável do vigor físico, da melhoria da raça, da produção, da alegria, da riqueza e do progresso” (BELISÁRIO PENA, 1923, p. 297 apud BRITTO, 1995, p. 22). Assim, a questão da raça e do que identifica o povo brasileiro enquanto tal se faz nesse sentido. É válido lembrar o que foi dito no início deste capítulo. A figura de Jeca Tatu, enquanto uma espécie de anti-herói nacional, é lembrada como o retrocesso do Brasil. A Liga Pró-Saneamento, e a organização de diversos setores médicos, políticos, econômicos, privados ou públicos, é uma tentativa de fuga a esse retrocesso. Essa organização traz, portanto, um novo fôlego à jovem República: curar um corpo então doente e desordenado.

A busca da identidade brasileira é um aspecto que deve ser tratado aqui, mesmo que de maneira breve. Além da Liga Pró-Saneamento ter um caráter “combatista”, seus desdobramentos também se davam em nome da pátria. Britto (1995) dirá que um dos espíritos da Liga era o de fazer propagandas que se voltassem a todos os públicos – dos intelectuais aos não letrados; dos cidadãos aos sertanejos – e que contivessem em seus discursos os perigos do álcool, da malária, do Mal de Chagas (BRITTO, 1995, p. 22).

Dessa forma, três pilares sustentavam a Liga e as suas campanhas. O primeiro deles dizia respeito à saúde como forma de progresso. O segundo era associado à higiene e ao fato dela estar ligada ao desenvolvimento de certos países. Quanto mais desenvolvido o país, maior seriam seus projetos higienistas e profiláticos. O terceiro pilar, por sua vez, era um sustentáculo da ideia de ser necessária a recuperação de todos os homens rurais, visto que o sertão jamais caminharia por suas próprias pernas (BRITTO, 1995). Isto é, caberia uma missão particular à Liga: suportar esses homens e fazer com que essa região do Brasil pudesse também experimentar o progresso.

Iniciavam-se aí as movimentações que fariam o Estado ter um papel mais relevante na saúde do país. Buscava-se que a saúde fosse centralizada, sendo o Estado seu principal detentor. Nesse sentido, a Liga teve um papel fundamental. Foi ela a responsável por convencer Venceslau Brás a criar o Serviço de Profilaxia Rural, em 1918, e que contou com a direção de Belisário Pena (BRITTO, 1995). Em um primeiro momento, esse Serviço estava ligado à Diretoria Geral da Saúde Pública, sendo depois realocado ao ministro da justiça.

Em 1919, o cenário mudou outra vez. O Congresso aprovou nesse ano a centralização da saúde nas mãos do Estado. Criou, portanto, o Departamento de Saúde Pública (HOCHMAN, 1993). Tal atitude ia de encontro à Constituição de 1891, que não permitia ao Estado organizar a saúde e a educação fora do Distrito Federal, deixando tais setores a cargo dos governantes de cada estado. Dessa forma:

vale ressaltar que a direção deste Departamento foi entregue pelo presidente da República, Epitácio Pessoa, a um dos membros da Liga Pró-Saneamento, o cientista Carlos Chagas, que era também diretor do Instituto Oswaldo Cruz. Com a criação deste órgão e a subsequente incorporação de muitos outros membros do movimento sanitário a seu quadro funcional, a extinção da Liga foi considerada por Belisário Pena um ato natural, vez que teria conseguido cumprir seu objetivo (BRITTO, 1995, p.25)

A Liga pode ser considerada como fundamental em vários sentidos. Um deles corresponde à organização e à unificação do conhecimento médico-higienista-científico. Isso significa dizer que vários setores estavam envolvidos em um processo de modernização do Brasil por meio da saúde.

Há algumas questões que podem ser pensadas quando vemos uma ação no sentido exposto acima. A primeira delas diz respeito à forma como a mensagem era passada pela Liga. Pode-se perceber um projeto muito claro do grupo que procurava atingir a todos os setores sociais, fossem eles letrados ou não. Além disso, podemos considerar também a forma como algumas questões sociais foram tratadas pela Liga, como por exemplo aquelas envolvendo o problema da “raça”, tão em voga na época e discutido por vários setores intelectuais. De acordo com Lima e Hochman (1996), havia uma recusa por parte da Liga com relação a várias formas de determinismo, seja ele racial ou social. Por exemplo, eles não acreditavam na ideia de que o sertanejo havia sido abandonado, isolado de todo o contexto do resto do Brasil. Isso fez com que se pudessem realizar as excursões articuladas pela Liga já nas primeiras décadas do século XX, as quais traziam à tona a imagem de um “Brasil Real” (LIMA

e HOCHMAN, 1996, p. 27). Isso significa dizer que essa imagem do país ia de encontro com àquela formada nos gabinetes, muito idealizada e ufanista.

Por visão ufanista, entende-se a junção de três tipos sociais específicos no Brasil: o negro, o indígena e o sertanejo. Por exemplo, na literatura do período, tanto se podia ver a presença do indígena, quanto do sertanejo. São exemplos as obras *Iracema* (1865) e *O Sertanejo* (1875), ambas de José de Alencar. O indígena e o sertanejo seriam os heróis das obras do autor. Isso demonstra a variedade da discussão acerca de tipos sociais e raciais no campo da literatura, sobretudo aquela proveniente do romantismo. Cabe ressaltar, conforme a afirmação de Lima e Hochman (1996), que a literatura relacionada aos afrodescendentes tem pouco espaço nesse cenário romântico. Uma das poucas obras com essa temática é o *Bom Crioulo* (1895), de Adolfo Caminha. Ela traz um personagem negro e ex-escravo ao centro da história: Amaro. Entretanto, o ex-escravo e marinheiro tem como característica marcante a sua homossexualidade. Amaro apaixona-se pela figura de Aleixo e o defende de todas as formas possíveis, envolve-se em brigas e acaba sendo até mesmo castigado. Portanto, diferentemente das figuras do indígena e do sertanejo, os heróis das obras de Alencar, o último, o negro Amaro de Adolfo Caminha não é visto como uma espécie de figura nacional, mas como um homem com disfunções na cor e na sexualidade. Ele estaria à margem da sociedade, de acordo com as discussões que se estabeleciam na época sobre etnia e comportamento afetivo. Nesse sentido, relembramos uma das expedições de Belisário Pena e de Arthur Neiva pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Pará e norte a sul de Goiás foi responsável por documentar e registrar, por meio de fotos, inclusive, como afirmam Lima e Hochman (1996), aspectos da fauna, da flora, e dos homens acometidos por doenças que viviam naquelas regiões:

era uma população abandonada e esquecida que, ainda que vitimada por doenças, poderia, em algumas regiões, como viram em áreas da Bahia e de Pernambuco, apresentar-se robusta e resistente. O cenário apresentava-se de fato "dantesco" onde era alarmante o número de portadores da doença de Chagas, especialmente em localidades do Estado de Goiás. Dessa forma, a leitura do relatório indica que, naquele momento, os médicos Belisário Penna e Arthur Neiva viam como característica de toda a população com que entraram em contato o abandono, o tradicionalismo, a total ausência de identidade nacional (LIMA e HOCHMAN, 1996, p. 30).

Assim, a busca pela identidade desse povo aparecia nos relatos das excursões. A crítica à República, mal articulada no sentido de cuidado com a saúde, não deixa

de ser percebida. A identidade, portanto, não era vista. Não parecia haver a figura do herói, muito menos a daquele sujeito que era entendido como a figura do preguiçoso. Parecia haver indivíduos acometidos por doenças como a malária e o Mal de Chagas. Além disso, nesses registros, já se mencionava os rios da região, como é o caso do São Francisco, e a disseminação da malária. Assim, é como se essa parte do país estivesse esquecida. A Liga, portanto, foi uma das instituições responsáveis por encaminhar mudanças nesse status à época, individualizando os sujeitos e criando medidas viáveis, em conjunto com a medicina, a ciência e o poder público para resolver o problema do sanitarismo em determinadas regiões rurais do país. Por esse motivo, ela aparece aqui como um dos pontos nevrálgicos para o desenvolvimento de uma medicina que mais tarde também pensaria a tuberculose, e os tuberculosos, de maneira individualizada e com mecanismos próprios de ação.

Antes de continuarmos, falaremos brevemente de uma questão que também permeia as décadas de 20 e 30: a medicalização da raça. De acordo com Vera Regina Beltrão Marques (1994), em linhas gerais, havia uma ideia de melhoria da raça, ideia essa baseada em discursos eugenistas de médicos e educadores do mesmo século. Assim, a noção é a de embranquecer a população a fim de formar indivíduos mais saudáveis. Dando continuidade a essa ideia, Cunha (1999) relembra que com o Estado Novo a imagem do indivíduo negro ganha novos contornos. Para ela, esses indivíduos não ficaram à margem das políticas públicas formuladas pelo Estado, mas ao seu centro. Isto é, em meio ao projeto que buscava o branqueamento da população, por meio de um discurso eugenista, chancelado pelas classes intelectuais do período, esses sujeitos estavam às vistas das políticas públicas. Isso em nome de um projeto que pudesse abarcar a organização de tudo que era tido como desordem e desajuste social.

Assim, ela conclui “[...] é possível compreender que locais foram conferidos a determinadas práticas e discursos que aludiam à formação da nação através [de] processos de engenharia e classificação social” (CUNHA, 1999, p.262). Ou seja, parece que o Estado Novo pouco trouxe de novo para a busca de um processo realmente englobante de todas as etnias brasileiras.

Não obstante, podemos fazer um adendo sobre questões que podem ser relacionadas a essa ideia de identidade que é discutida no século XX, e apresenta uma forte relação com os doentes que ali são acometidos pela tuberculose e outras doenças infectocontagiosas. Autores como Sérgio Buarque de Holanda, em *Raízes*

do Brasil (1995), abordam a ideia de “homem cordial” que muito se relaciona a tal questão da identidade. Antes de mais nada, cabe apresentar uma definição do que se entende por “cordial”. De acordo com Ianni (2002), a palavra *córdis* da qual deriva “cordial”, significa “coração” e está ligada com um conceito relativo ao subjetivo, ao emocional; avesso a qualquer traço racionalista que pode determinar algo. Nesse sentido, se encaixam figuras como o próprio personagem Macunaíma e Jeca Tatu, o último já citado anteriormente. Além deles: “[...] também entram o ‘bandeirante’, o ‘índio’, o ‘negro’, o ‘imigrante’, o ‘gaúcho’, o ‘sertanejo’, o ‘seringueiro’, o ‘colonizador’, o ‘desbravador’, o ‘aventureiro’ [...] ‘Martim Cererê’, ‘João Grilo’, a ‘preguiça’, a ‘luxúria’[...]” (IANNI, 2002, p.1). Portanto, nesse entremeio, se destacam personagens que podem ser entendidos à margem de qualquer pressuposto que envolva a racionalidade, estando nesse sentido figuras brasileiras, personagens ficcionais, e sujeitos que não arquitetam situações, apenas a executam, como é o caso do colonizador, do desbravador e do aventureiro.

Sendo assim, Buarque de Holanda (1995) define “homem cordial” da seguinte maneira:

no ‘homem cordial’, a vida em sociedade é, de certo modo, uma verdadeira libertação do pavor que ele sente em viver consigo mesmo, em apoiar-se sobre si próprio em todas as circunstâncias da existência. Sua maneira de expansão com os outros reduz ao indivíduo, cada vez mais, à parcela social, periférica, que nos brasileiros – como bom americano – tende a ser a que mais importa. Ela é antes viver nos outros (HOLANDA, 1995, p. 147).

A ideia de homem cordial está ligada à ideia de tipo ideal weberiano, isso significa dizer que ele é comumente encontrado na sociedade contemporânea brasileira e tem suas raízes calcadas no passado colonial. Pode ser entendida, então, uma ideia de civilização para que esse sujeito seja diferente disso. É um tipo diferente de civilização que acontece no Brasil. Dessa forma, é como se houvesse uma ideia de colonizado, para que haja a de colonizador, entre outros exemplos que se estabelecem nesse sentido. A cada par é atribuído um sentido de valor que estrutura essas diferenças. Ou seja, o “homem cordial” só existe, portanto, por meio dos outros, se caracterizando, conforme já dito, como um tipo ideal.

Esse espírito cerca a formação, também, de uma historiografia brasileira. Dessa forma, nessa configuração de identidades e tipos, e tentativas de formular estruturas que são passíveis de configurar o pensamento brasileiro – ou procurar entender como se dá essa formação – temos outros historiadores que também podem

ser retomados nesse sentido. Sendo assim, podemos citar a perspectiva dos três tipos sociais, já brevemente discutidas aqui, mas que devem ser lembradas a fim de que sejam pormenorizadas. Vainfas (1999) nos apresenta uma síntese desse pensamento. Primeiro, lembrando de Karl von Martius, depois de Buarque e de Freyre e como adequam esse pensamento ao espírito do Brasil dos anos 30, mesmo que os últimos não sejam próximos em relação aos seus pensamentos, apenas contemporâneos e responsáveis por pensar nas bases do Brasil contemporâneo.

Em Como se deve escrever a história do Brasil, Martius afirmou que a chave para se compreender a história brasileira residia no estudo do cruzamento das três raças formadoras de nossa nacionalidade – a branca, a indígena, a negra –, esboçando a questão da mescla cultural sem contudo desenvolvê-la. Martius, como naturalista ilustrado, pensava o “hibridismo racial” do mesmo modo como pensava o cruzamento de plantas ou animais, porém sua relativa sensibilidade etnológica fê-lo ao menos rascunhar o que já se chamou de “sincretismo” cultural e atualmente se formula como circularidades ou hibridismos culturais (VAINFAS, 1999, p. 2)

Portanto, tomado pelo espírito científico da época, a organização que von Martius propõe diz respeito a uma espécie de taxonomia, que organiza os seres vivos em categorias, com nomes e grupos específicos, para que sejam identificados mais facilmente consoante as suas características. Assim sendo, organizar o povo brasileiro em três categorias distintas e considerá-las para a formação de tal povo é uma forma de determinismo que supõe que apenas três grandes grupos são responsáveis por toda as características fenotípicas e genotípicas dos indivíduos brasileiros. Nesse tipo de categorização, não há uma individualização desse sujeito, tratando-o como equivalente aos seus pares, sem distinguir características que fazem dele único perante uma comunidade específica. Sendo assim, surge dessa analogia, a possibilidade de construção de outros pensamentos, como é o caso do que é exposto por Freyre, conforme veremos a seguir.

Vainfas, a esse respeito, dirá que:

É conhecida – e foi muito criticada posteriormente – a posição de Freyre quanto à ausência de preconceito racial entre os portugueses ou, mais nitidamente, a característica da miscibilidade, vocação lusitana que, ao lado da mobilidade e da adaptabilidade, faria dos portugueses colonizadores excelentes. Mas não é tanto isto o que nos interessa por ora frisar na obra deste autor, senão o fato de que valorizou a fusão das três raças ou a interpenetração das culturas portuguesa, indígenas e africanas na formação do Brasil e seu povo. Se é certo que Freyre atribuiu ao português (ao caráter português e à sua formação histórico-cultural) a iniciativa pela construção de uma sociedade “amolengada” e cotidianamente frouxa quanto aos rigores do preconceito racial, ressaltou igualmente a contribuição da África, chegando

mesmo a falar do negro como o “colonizador africano do Brasil” (VAIFAS, 1999, p.6).

Nesse sentido, Freyre acredita que há uma espécie de equilíbrio entre todas as os tipos sociais que se consolidaram no Brasil. Por esse motivo, há uma crença na plena harmonia desses povos. Portanto, para ele, não existe preconceito racial no Brasil, já que todos os sujeitos são iguais entre si. A esse pensamento foi dado o nome de *Democracia Racial*. Vainfas (1999) o adjetivará como um “mito” (p.7), mostrando, assim, a ineficiência enquanto argumento coerente em um país miscigenado como o Brasil que permanece, até hoje, com frutos de um passado colonial escravagista. Para Ianni (2002):

na história do pensamento brasileiro debruçado sobre a sociedade e sua cultura, são freqüentes e, às vezes, notáveis os tipos que se criam e recriam, taquigrafando a difícil e complexa realidade. Assim, a história aparece como uma coleção de figuras e figurações, ou tipos e mitos, relativos a indivíduos e coletividades, a situações e contextos marcantes, a momentos da geohistória, que se registram metafórica ou alegoricamente. Esclarecem ou ordenam o que se apresenta complexo, contraditório, difícil, como é habitualmente a realidade histórico-social, em suas formas de sociabilidade e em seus jogos de forças sociais (IANNI, 2002, p.3)

Assim, é das contradições que se forma o pensamento histórico-social brasileiro, bem como seu próprio povo. Isso significa dizer que não há como não considerar uma dicotomia entre “saudável” e “doente” passível de ser pensada sobre esse período. Aparecem, nesse sentido, questões relativas à margem e a ideia de que todo preconceito fora superado, já que se tratam de pessoas semelhantes que convivem juntas. Talvez isso tangencie um pensamento de que esse sujeito doente estaria condenado à própria sorte, não sendo viável nenhuma organização que pudesse fazer dele apto novamente a conviver em sociedade. Sendo daí fundamental o papel de Instituições que se formam nesse período, como é o caso da Liga e de todos seus avanços em torno de um único ideal: a conscientização sanitária. Mesmo que essa conscientização ainda fosse deficitária e pudesse não atingir os rincões brasileiros.

Dito isso, cabe ressaltar, como forma de encaminhamento para outro tópico deste capítulo, a relação entre a saúde e o Estado, tendo em vista que esse, conforme já dito, passa a agir de maneira mais estruturada somente na segunda década do século XX. Nesse sentido, cabe dizer que as questões da saúde não se encontram apenas em uma esfera de participação pública ou privada: “o problema sanitário não

é apenas médico e higiênico, é sobretudo social, político e econômico” (PENA, 1923, 297 apud BRITTO, 1995, p. 22).

Tomando a afirmação de Belisário Pena, bem como o foco em nosso recorte temporal, de 1930 – 1953, se fará necessário refletir sobre os desdobramentos do Estado brasileiro no que diz respeito aos aspectos econômicos e sociais, e a sua reflexão nas políticas voltadas à medicina e à organização dos territórios.

1.2 POLÍTICA E SAÚDE NA ERA VARGAS E PÓS ERA VARGAS (1930 – 1953)

Esta seção é destinada a discutir questões que se referem ao governo de Getúlio Vargas, sobretudo no que tange ao nosso recorte temporal, os anos entre 1930 e 1953. Nesse sentido, trataremos, brevemente, do período que corresponde ao Governo Provisório (1930-4), ao Governo Constitucional (1934-7), ao Estado Novo (1937-45), ao dito intervalo (1945-50) e ao pós Era Vargas – mas não o fim de Getúlio (1950-54). Nosso foco será na política e na saúde, pensando em como essas instâncias podem trabalhar de maneira unificada, sendo codependentes uma da outra, e fomentando um cenário de intensas transformações, tanto no campo da política, como da sociedade de maneira geral.

Em 1930, Getúlio Vargas assume o poder pelo que ficou conhecido como a Revolução de 1930. Passa a se repensar o sistema de oligarquia que fomentava o Brasil desde o início do século XX, já que o Brasil era composto por elites que dominavam a política e tentavam manter seu *status quo*. Assim, a Constituição foi promulgada em 14 de julho de 1934. Novas preocupações passaram a surgir com ela, como foi o caso da ordem econômica e social, da família, da educação, da cultura e da segurança nacional. Estabeleceu-se um princípio unificador por meio da Constituição, considerando pontos até então não pensados por governos anteriores.

Após essas mudanças propostas pelo Governo Provisório, em 15 de julho de 1934, Getúlio Vargas é eleito, por voto indireto, como Presidente da República, surgindo tensões nesse sentido. A instauração desse novo governo não rompeu com que já estava sendo proposto e executado desde 1930. A imagem de Getúlio, de acordo com Fausto (2015), como governante para o trabalhador se solidifica principalmente no período após o ano de 1937, já no Estado Novo. Além, então, da geração de empregos, as Forças Armadas e a indústria de aço se fortalecem nesse período. O governo Vargas passa a formar a imagem do “mito Vargas”, tendo em vista,

principalmente, as ações do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), criado em 1939.

É nesse espaço que também se solidificam questões de saúde pública, sobretudo quando acompanhadas desse espírito de modernização e industrialização. Retornando ao ano de 1930, um importante passo foi dado em relação à saúde pública, que cabe ser destacado neste momento. Dois órgãos se ocuparam dessa função. O primeiro deles é o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP); o segundo foi o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), ambos criados naquele ano de 1930. O primeiro órgão teve por objetivo cuidar da saúde previdenciária, e depois se tornou referência na saúde pública como um todo. O segundo, por sua vez, embora dissesse respeito à educação, também focou na saúde pública.

Esses ministérios sofreram com a mudança dos ministros nos primeiros anos. Destacam-se, nesse sentido, nomes como Francisco Campos, o já mencionado Belisário Pena, e Washington Pires e Gustavo Capanema, que permaneceu no cargo até 1945. Ele organizou reformas importantes, as quais só sofreriam alteração em 1953, com a criação do Ministério da Saúde.

Quando foi criado, em 1930, o MESP atuaria como um instrumento burocrático cujo propósito era consolidar uma estrutura de serviços em todas as regiões do Brasil, prestando atendimento inclusive à área rural – excluída do raio de ação dos organismos previdenciários – e a uma grande parcela da população, diversa e dispersa por todo o país. A estratégia de reforçar uma organização burocrática com atuação nacional não só se adequava aos interesses políticos do governo federal em sua relação com os governos estaduais, como também atendia aos objetivos delineados na esfera ideológica, voltados para a consolidação de uma nova nação (FONSECA, 2010, p. 138).

Mesmo que as questões que envolvessem a modernização e a industrialização do Brasil passassem a ser pensadas somente no Estado Novo, alguns reflexos dessas questões já passavam a ser vistas nos anos anteriores, mesmo que ainda a taxa de arrecadação tributária do Estado fosse pequena nesses anos (PONTE; REIS; FONSECA, 2010). A forma de institucionalizar a saúde, bem como colocá-la sobre a égide do governo federal, é conduzi-la, nas palavras de Fonseca (2010), a uma questão ideológica, em busca de uma “nova nação”. Essa “nova nação”, portanto, seria calcada em uma saúde que pudesse atingir desde as zonas rurais às citadinas, uma espécie de nacionalização de uma medicina acessível a todos os públicos. Além

disso, o outro projeto dessa “nova nação” era de que os governantes – representantes do Governo Federal – pudessem estar em cada parte do Brasil, a fim de terem sua presença lembrada e rumassem na consolidação de um país estruturado.

Sendo assim, a esse período que se consolidou, principalmente pós-1937, forma-se também uma questão de identidade. É como se esse novo período, com a ajuda do fortalecimento do mito de “Pai dos pobres”, na figura de Vargas, pudesse dar um novo fôlego na constituição dessa identidade do povo brasileiro. Instauram-se, nessa fase, as políticas voltadas aos trabalhadores, como o salário mínimo. De acordo com Fausto (2015), qualquer novidade em relação a isso era anunciada em campos de futebol, auxiliando na construção do mito.

O período dito como “intervalo” teve uma forte participação de Getúlio Vargas. Com o apelo popular pela democratização do Brasil, são realizadas eleições em 1945, tendo Gaspar Dutra como eleito. Vargas não negou o seu apoio ao candidato, exprimindo que o retiraria caso as promessas de campanha não fossem cumpridas. Assim, Dutra assume o Governo Federal em 1945, enquanto Vargas assume o senado do Rio Grande do Sul, não tendo expressiva participação nesse cargo (FAUSTO, 2015). Em linhas gerais, o governo do primeiro é marcado pelo liberalismo e pela forte presença do mercado como regulador das relações econômicas. Acreditava-se que assim o Brasil teria certa independência nesse sentido. O Estado pouco tem presença durante esse período, e as políticas na área da saúde parecem ficar estagnadas, já que o aspecto econômico é predominante.

O ano de 1950 é marcado por novas eleições. Dutra não declara seu apoio a Getúlio, tendo como argumento que esse não seguiria a mesma linha do governo. Mesmo aclamando a participação popular, Getúlio não recebeu a mesma quantidade de votos que Dutra recebera em 1945, mesmo assim, a sua vitória foi expressiva.

A política da Era pós-Vargas era fortemente nacionalista, tomando o capital estrangeiro como problemático para o desenvolvimento econômico do Brasil. Nesse sentido, as pressões começaram para que Getúlio renunciasse. A situação se agravou quando o governo perdeu o auxílio das Forças Armadas. Em 24 de agosto de 1954, Vargas não resiste a pressão e se mata, encerrando-se assim todo o período da política varguista.

Paralelamente aos meandros da política, a saúde seguia também um rumo específico em todos esses anos do governo varguista, por esse motivo, cabe uma retomada a anos anteriores. Conforme já dissemos, as mudanças só passaram a ser

mais profundas com a entrada de Gustavo Capanema como ministro da saúde. As ações continuam nesse sentido com a presença de João de Barros Barreto, cuja permanência como ministro durou de 1937 a 1939, retornando em 1941 e permanecendo até 1945, quando da queda de Vargas (HOCHMAN, 2005).

Quando da aprovação da Reforma em 1937, o Brasil passou a ser dividido em oito regiões, das quais cada uma continha uma Delegacia Federal de Saúde. Basicamente, sua função era supervisionar a organização local da saúde, bem como inspecionar os serviços federais de saúde.

Cada delegacia federal de saúde funcionaria como um braço do Ministério em uma determinada região e estabelecia uma relação íntima com os serviços sanitários estaduais, inclusive com a nomeação dos seus chefes. A instauração da ditadura em 10 de novembro de 1937 facilitou a implementação de uma reforma que pretendia aumentar a presença dos serviços sanitários federais nos estados, reformulando a relação entre estes e a União (HOCHMAN, 2005, p. 132).

Além das novidades na institucionalização da saúde pública no Brasil, conferências passaram a ser uma realidade, principalmente sobre o nome de Gustavo Capanema. A essas conferências foi dado o nome de Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e a sua função era a de esclarecer parâmetros para se pensar sobre a saúde, sobretudo no que diz respeito às atribuições do Governo Federal e dos municipais. A questão econômica estaria, portanto, envolvida. Os repasses que o Governo deveria fornecer aos Estados eram discutidos nessas Conferências.

É interessante notar, nesse sentido, que os setores burocráticos participavam dessas Conferências:

as CNS constituíam um espaço privilegiado para a articulação entre o governo federal e os estados, viabilizando a sistematização de normas técnicas e administrativas da área da saúde. Permitiriam que se ajustassem os mecanismos burocráticos e administrativos que dariam suporte à definição das prioridades, a uma supervisão que aspirava ser criteriosa e a uma pretensão de controlar o setor. Dessa forma, o perfil delineado para o funcionamento das Conferências era o de um espaço para administradores e técnicos de saúde. Como diziam respeito a atividades exclusivamente de caráter público, as CNS aglutinariam representantes dos órgãos públicos de saúde na esfera federal e estadual, para discussão e deliberação das questões administrativas relativas à saúde pública (HOCHMAN, 2005, p.133).

Percebemos, dessa forma, mesmo que timidamente, a relação entre os vários setores da economia e da saúde, possibilitando uma organização desses saberes em esferas codependentes. Economia e medicina se encontram a fim de complementar

um todo maior, em busca de um bem maior: o de percorrer todos os estados do Brasil em nome de uma medicina que englobasse a todos, como já dito, de cidadãos a rurais. Assim sendo, as esferas discursivas passam a se encontrar dessa forma, com práticas que delimitarão os rumos do país.

Na Primeira Conferência Nacional de Saúde (HOCHMAN, 2005) que foi realizada no Rio de Janeiro, entre 10 e 16 de novembro de 1941, os pontos que mais chamam atenção são as discussões sobre a centralização, sobretudo nas mãos do MES, no que diz respeito ao teor administrativo e burocrático. Entretanto, os estados e municípios ainda seriam responsáveis por executar as ações no que tange à saúde pública. Além disso, outro ponto da reunião foi a necessidade de medidas sanitárias efetivas para atingir, sobretudo, os meandros da profilaxia rural, com medidas de higiene que pudessem se dar entre a ligação do Governo Federal, dos estados e dos municípios.

A importância das CNS então se no sentido de rearticular tais medidas em busca de uma profilaxia rural mais eficiente. Substituíram, de certa forma, os congressos da Sociedade Brasileira de Higiene, e tiveram sua importância consagrada até os anos 1950. Cabe destacar que a principal diferença entre essas ações, e as vistas no começo do século, sobretudo por meio do papel da Liga, é a consideração do Estado como parte constituinte do processo. Ele passa a ter papel fundamental no sentido legal e burocrático do termo.

O foco dessa reestruturação passa a ser também as doenças infectocontagiosas – como é o nosso caso, o da tuberculose. Outros órgãos que ganham destaque são os de Serviços Nacionais. Cada um deles teria um diretor como representante e seria supervisionado pelo DNS. Isto é, cada região do país teria um desses Serviços e auxiliaria na profilaxia da região. Ademais, cada um desses Serviços possuiria um enquadramento específico, sendo eles os da Peste, Tuberculose, Febre Amarela, Câncer, Lepra, Malária, Doenças Mentais, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Saúde dos Portos, Serviço Federal de Bio-Estatística e Serviço Federal de Águas e Esgotos. (HOCHMAN, 2005, p.135).

Além do fortalecimento de uma identidade nacional e interligada que se estabelece com a presença desses serviços de saúde, também há a busca pela coletividade. Nesse sentido, podemos destacar duas passagens de Gustavo Capanema que mostram como seria efetiva essa integração entre os municípios,

estados e o Governo Federal, bem como a necessidade de cobrir o coletivo contra as moléstias predominantes:

sem descuidar dos serviços da capital da República, antes até, melhorando-os a ponto de torná-los modelares, a ação do ministério será cada vez mais nacional, fundamentalmente nacional, atendendo assim a um dos objetivos primordiais da reforma (Discurso de Capanema ao dar posse ao Dr. João de Barros Barreto na direção do DNS, Jornal do Comércio, 04 fev. 1937 apud HOCHMAN, 2005, p.136).

Ademais:

À saúde pública não interessa o caso individual, seja um caso de doença, seja qualquer outra situação especial relativa à saúde ou ao corpo. O caso individual só interessa à saúde pública se puder afetar a coletividade, se for capaz de pôr a coletividade em perigo. Fora disso, dele não se ocupará a saúde pública (Arquivo Gustavo Capanema, FGV/CPDOC, GC.34.06.2. F Pasta VI apud HOCHMAN, 2005, p.136).

A política de Vargas foi fundamental para organizar várias esferas no campo da saúde pública. Além da presença de novos órgãos que pudessem centralizar e disseminar medidas efetivas nesse campo para vários locais do Brasil, houve a presença de um novo cargo: o profissional de saúde que seria empregado pelo Estado. Isso possibilitou que houvesse também a diferenciação daquele médico que seria da clínica, e permaneceria por lá, sem atingir os interiores do Brasil, e o aquele que seria higienista/sanitarista, que teve sua presença iniciada pelo legado de Oswaldo Cruz e pela realização de cursos na instituição de mesmo nome.

Isto é, de acordo com Hochman (2005), vemos a formação de uma nova classe de profissionais: “[...] um grupo de médicos, empregado do Estado e especializado em saúde pública [...]” (p.138). Esses médicos que se diferenciam, sobretudo, pela medicina coletiva e pela promoção de medidas que pudessem alcançar todas as áreas do Brasil, pelo menos em teoria. Assim sendo, são médicos que deixam os seus gabinetes e se dedicam a soluções mais efetivas para a medicina coletiva. Ou seja, esses aspectos auxiliam na construção identitária, sobretudo quando temos, por trás disso, as noções de um Estado que buscava ser forte, autoritário e, sobretudo, almejava buscar um ideário nacionalista e englobante.

1.3 A FACULDADE DE MEDICINA DO PARANÁ E AS TESES MÉDICAS

Mudanças mais severas passam a acontecer no Paraná em meados do oitocentos. Com os preâmbulos da modernização que assolavam as vistas daqueles que tomavam por bases os países civilizados, pântanos, lixo, água parada, animais mortos e tudo que pudesse causar um senso de putrefação causaria horror e deveria ser combatido (LAROCCA, 2009, p.25). Além desses fatores, o crescimento populacional, bem como a aglomeração de tais indivíduos, era entendido como um risco à saúde pública, já que se pensa em fatores propícios para uma industrialização latente, sendo a mão de obra trabalhista saudável fator para tanto.

De acordo com Larocca (2009), ao final do século XIX, uma nova perspectiva, denominada por alguns de Era bacteriológica, passa a permear as mentalidades. Nela, havia uma noção de que os sujeitos se tornam tão ou mais importantes quanto o meio ambiente do qual fazem parte. Disso, os discursos sobre as insalubridades do ambiente se dão concomitantemente a capacidade dos indivíduos de portar e/ou transmitir² doenças como a tuberculose. Diante dessas ideias, os médicos do Paraná passam a se preocupar com a saúde pública, buscando uma forma de ao mesmo tempo higienizar e civilizar, tendo como molde os países europeus (LAROCCA, 2009, p.29).

Curitiba, por sua vez, encontrava-se no centro do cenário da comarca de São Paulo (MOREIRA, 1975). A urbanização dava suas primeiras amostras, e ela poderia ser vista por meio de grandes monumentos arquitetônicos, iluminação, saneamento, entre outros (LAROCCA, 2009). Percebeu-se, entretanto, problemas estruturais em relação à saúde pública. Nesse sentido, passam a trabalhar em conjunto os discursos médicos e governamentais, surgindo, dessa interação, instituições que, pela junção dos dois saberes, fariam cuidar dos corpos doentes. É o caso do sanatório São

² Aqui chamamos atenção para a diferenciação desses dois termos. Dina Czeresnia (1997), em linhas gerais, os difere refletindo sobre o avanço da AIDS, sobretudo no final do século XX, e como essa doença, na época, era dotada de estigma e medo. Sendo assim, a diferenciação dos conceitos “contágio” e “transmissão” se faz valiosa. O primeiro deles é mais antigo e está ligado a uma ideia preconceituosa de que indivíduos portadores de uma doença X não devem habitar o mesmo local que indivíduos considerados saudáveis, o que propaga ainda mais o medo e a desinformação. Do contrário, a palavra “transmissão” impele uma clareza maior, possibilitando o entendimento de que a doença tem mecanismos específicos de ação, e a desinformação não é um deles. Sendo assim, os dois termos aparecerão no decorrer deste estudo. Isto porque nossas fontes contam, em maior escala, com a questão do “contágio” da tuberculose. Entretanto, entendemos, que nesse caso também se aplica essa diferenciação proposta por Czeresnia (1997).

Sebastião, localizado na Lapa, e o Hospital de Isolamento Oswaldo Cruz, o primeiro especializado no trato à tuberculose, cuidando também de outras infecciosidades (OLINTO, 2007).

Assim, por meio de páginas dos jornais, sobretudo no *Diário da Tarde*, na coluna “Reclamações do povo” (CINTRA, 2014, p. 74), os descontentamentos da população passam a ser veiculados. As ações mais requeridas se referem à limpeza do lixo, do esgoto e das águas paradas. Logo, a medicina que surgia no estado do Paraná estava estritamente ligada a outras questões mais estruturais, que transcendiam o combate de doenças, e alcançariam o campo do sanitarismo.

Conforme já dissemos, havia uma necessidade de modernização do Paraná, reflexo de políticas externas, em busca de uma identidade nacional. Entretanto, esse espírito era acompanhado de um denso crescimento populacional. A imagem do Paraná era a de um estado jovem, antiga Comarca de São Paulo, que se desenvolvia lentamente. Assim, muitos imigrantes desembarcariam em Paranaguá, tomando conta das regiões ao redor. Não obstante, também viriam pessoas de estados vizinhos, como São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Para Cintra (2014), a mistura dessas gentes é o maior reflexo das misturas dos três tipos sociais, as quais discutimos anteriormente.

O cenário do Paraná, principalmente o de Curitiba, já não era mais o mesmo. A nova população que chegou aqui logo dominou muitos espaços, investindo no comércio, além de ofertar mão de obra. Não tão somente o comércio e a indústria se desenvolviam, logo a capital foi habitada por intelectuais, como historiadores, artistas plásticos, pintores, fotógrafos, entre outros. “O desejo de progresso e de modernização da capital do estado paranaense era sentido nas discussões promovidas nos cafés, nas confeitarias e na tribuna popular através dos vários jornais e tribunas existentes” (CINTRA, 2014, p.90). Esses debates podem ser melhor englobados na figura de Cândido Ferreira de Abreu, que foi prefeito de Curitiba entre os anos de 1913 e 1916. “Com ele, uma série de reformas modernizadoras inspiradas nos movimentos urbanísticos europeus e americanos da *Belle Époque* visava *modernizar* a capital do estado do Paraná, num movimento que se associava às outras empreitadas em curso no plano nacional.” (CINTRA, 2014, p.90). Esses planos nacionais eram provenientes de São Paulo e do Rio de Janeiro, que incentivavam um projeto modernizador, não somente no plano urbanístico. Ou seja “[...] era o tempo de

ordenar e de disciplinar os grandes centros do país, e Curitiba manifestaria adesão a esse movimento” (CINTRA, 2014, p.91).

O curso de medicina da então Faculdade do Paraná, em todo o seu tempo de existência, passou por diversas reformulações, principalmente nas grades das disciplinas e nos estatutos dos profissionais que seriam contratados.

Houve uma demanda maior no número de matrículas, tanto no curso de medicina especificamente, quanto no de odontologia. Então esse crescimento do curso parecia acompanhar os ritmos da industrialização de Curitiba. Além disso, a autora considera que, com a Era Vargas, e uma reestruturação na burocratização do Estado, sobretudo no que diz respeito à educação, e ao ensino superior, foi possível dar novos rumos ao curso médico e a outros cursos de saúde, principalmente em Curitiba.

Com a reestruturação da FMP, também em suas dependências físicas, com a criação de novas salas e espaços para estudo, a sua biblioteca também deve ser considerada. Isto é, o seu papel enquanto propagadora do conhecimento é claro. Se ainda havia possibilidade de pouca disseminação do conhecimento médico, por não haverem estruturas que pudessem cumprir com tal função, com a ampliação da biblioteca da FMP isso passa a se dar de maneira diferente. Além da reunião de exemplares para a composição das grades curriculares das disciplinas a serem ofertadas, diversos médicos deixaram registros didáticos das suas pesquisas, fazendo com que esse discurso médico-científico pudesse ser disseminado e passado para as próximas gerações de estudantes que poderiam ingressar nas faculdades de medicina à época.

Nilo Cairo da Silva, por exemplo, destaca-se nesse sentido sendo o primeiro a deixar um registro plausível aos seus alunos. Em 1916, escreve *Pathologia geral*, que, segundo ele, não teria objetivo de causar nenhuma polêmica no campo da medicina, mas sim de ensinar a ciência da época. Além dele, Homero Braga, em 1936, publica o *Manual prático de fisiologia infantil*, o qual, pelo título, podemos perceber seu tom didático. Ademais, é claro, guiando para a prática da medicina, propondo, possivelmente, soluções básicas para os indivíduos que poderiam ser contaminados pela tuberculose na infância.

É assim que podemos considerar que o conhecimento científico foi disseminado aos futuros médicos que se formariam pela FMP. Aliás, possivelmente, a popularização das teses médicas e dos artigos científicos escritos por médicos que

faziam parte da instituição também se deem nesse sentido. Dessa forma, passaremos a falar brevemente sobre as teses médicas, um dos principais veículos do discurso médico-científico.

As teses deveriam ser apresentadas ao final do curso. Os seus autores deveriam formular três hipóteses sobre qualquer um dos assuntos vistos durante a grade curricular. A banca examinadora para avaliação seria composta de cinco professores. Ademais, o autor deveria imprimir 50 cópias da sua tese para que elas ficassem na biblioteca. Entretanto, Cintra (2014) ressalta que havia um baixo número de médicos que tomava esse caminho, mesmo que o Estatuto de 1914 exigisse tal documento para que a conclusão do curso se fizesse possível. Para a autora, a pouca quantidade de defesas pode ser considerada elitista:

Momento específico que significou para esses jovens candidatos a passagem de um estado a outro, de médicos a doutores em medicina, e a inclusão numa classe já bastante seletiva: de uma elite da elite médica. Só transpassaram a linha de chegada os que estiveram o mais perto possível do entendimento coletivo do saber ali professado em seis anos de caminhada (CINTRA, 2014, p. 232).

Parece ser o doutorado do período um programa tão específico que poucos médicos chegariam até ele. Os que chegariam ainda poderiam ter dificuldade de compor uma tese e disseminar o conhecimento aprendido por meio de registros escritos. Entretanto, nos surge uma questão, própria para futuros pesquisadores que queiram se debruçar sobre o tema: houve casos de doutoramento sem tese? Como o título foi justificado nesse sentido? Há algum registro que elucida esse processo? Essas são algumas questões que não podemos deixar de mencionar, mesmo que brevemente, e que não sejam diretamente nosso interesse de pesquisa, mas que podem auxiliar a futuros pesquisadores a refletir sobre esses documentos tão importantes do período.

Além das teses médicas como importante divulgador do conhecimento desses médicos, podemos fazer um adendo às revistas com essa temática e à sua composição por artigos científicos. Podemos destacar, nesse sentido, a revista *Paraná Medico*, datada de 1916, da qual falaremos brevemente no capítulo dois deste estudo. Seu foco era na contribuição de médicos das mais diversas especialidades, bem como as ações que poderiam ser feitas nas escolas em nome de uma política de saneamento e higienização. Ademais, a revista ainda abria espaço para a divulgação de comerciais de farmácias, laboratórios, clínicas, remédios e médicos. Cintra (2014)

considera a possibilidade dessa revista ser a antecessora da *Revista Médica do Paraná*, criada em 1931, e difundida até hoje.

Quanto a essa revista, que aparecerá algumas vezes nas análises feitas no capítulo terceiro desta dissertação, podemos destacar que ela surge como resultado da união de um grupo médico, formado pela fusão de três instituições: a Sociedade de Medicina, a Sociedade Médica dos Hospitais e o Sindicato Médico do Paraná, conforme o domínio eletrônico da própria revista (2017). A ideia dessa associação era auxiliar na clínica gratuita, para que ela pudesse atender grande parcela da população paranaense na época. Seu objetivo único não era baseado na profilaxia de doenças infectocontagiosas, mas na medicina pública como um todo.

Este capítulo teve como objetivo elucidar os acontecimentos ligados à saúde e à medicina no Brasil e no Paraná do século XX. Dessa forma, é importante notar que houve um avanço significativo nessa área. Novos rumos foram dados pela construção e organização de Faculdades de Medicina, bem como um novo tipo de médico que deixaria seu gabinete e surgiria em locais mais afastados do Brasil. A medicina deixa, portanto, de ser puramente individual e atinge o coletivo, considerando não tão somente os corpos doentes como também o contexto e o ambiente no qual essas pessoas estão inseridas. Mesmo que, a princípio, não pareça claro esse novo papel da medicina, ele fica mais perceptível à medida que o Estado também auxilia nesse setor, propondo normas e leis que possam abranger e beneficiar os setores da sociedade.

2 ANATOMIA DOS DISCURSOS: A MODERNIZAÇÃO DE CURITIBA E O CLINICAR MÉDICO

O presente capítulo é fruto de percepções sobre possíveis questões que ficaram opacas ou foram poucos exploradas no capítulo introdutório, bem como outras questões que ainda serão pormenorizadas no terceiro capítulo deste estudo. Sendo assim, o objetivo principal desta seção é a) traçar um contexto que abarque o conceito de modernização e os seus desdobramentos, refletindo como esse momento foi crucial para que os discursos sobre as práticas médicas passassem a ser disseminados na sociedade curitibana e pudessem atingir outros nichos além do próprio campo médico; b) refletir como a Curitiba dos anos 30 formou, por conta da modernização, uma sociedade voltada para o trabalho, mas que não contava com a presença das epidemias reinantes, como é o caso do foco deste estudo, a tuberculose; c) retomar a teoria de Foucault em o *Nascimento da Clínica* (1977), tendo em vista que ela nos auxilia como ferramenta teórica a refletir sobre o cenário curitibano médico do período que aqui está sendo estudado; e d) demonstrar como as estruturas arquitetônicas, no que diz respeito à configuração da cidade de Curitiba, seus arredores, e o Sanatório Médico Cirúrgico do Portão, por exemplo, se configuram a fim de formar uma complexa rede de vigília e isolamento.

2.1 O MODERNO E A MODERNIZAÇÃO

Para a composição da presente seção nos apoiaremos, pontualmente, em Ben Singer (2004), que traz considerações interessantes sobre o que se entende por moderno e modernização. A sua abordagem diz maior respeito a um campo sensorial que se fomenta nesse período ao invés de um campo completamente objetivo. Por esse motivo, consideramos a sua forma de pensar mais apta para entendermos como esse moderno e essa modernização se organizam naquela Curitiba. Curitiba essa ainda surpreendida com os percursos do que é moderno e como essa modernização poderia abarcar a vida dos moradores da cidade que outrora se desenvolvia.

Em linhas gerais, Ben Singer (2004) irá retomar, entre outros autores que se debruçam sobre o moderno e a modernidade, Walter Benjamin, já que foi ele que deu passos importantes, de certa forma, sobre o estudo das sociedades que cresciam e se transformavam às vistas de pensadores do século XIX, por exemplo, como o poeta

Baudelaire. Dessa forma, pensar em modernidade como uma questão sensorial é pertinente nesse caso, sobretudo porque a imprensa da época que Singer considera como recorte temporal de seu estudo, ou seja, a virada do século XIX para o XX, é permeada por imagens cinestésicas de uma Nova Iorque, por exemplo, em intensa transformação urbana e demográfica.

Para o autor:

a modernidade implicou um mundo fenomenal - especificamente urbano - que era marcadamente mais rápido, caótico, fragmentado e desorientador do que as fases anteriores da cultura humana. Em meio à turbulência sem precedentes do tráfego, barulho, painéis, sinais de trânsito, multidões que se acotovelam, vitrines e anúncios da cidade grande, o indivíduo se defrontou com uma nova intensidade de estimulação sensorial. A metrópole sujeitou o indivíduo a um bombardeio de impressões, choques e sobressaltos (SINGER, 2004, p. 96)

Sendo assim, o ritmo dessa vida moderna também acelerou. Agora, guiados pelo relógio, os indivíduos seguiam os horários do trabalho e uma vida regrada. Concomitantemente a isso, os novos meios de transporte que se fomentavam eram a chave de entrada para se perceber os novos ritmos que a cidade tomava e como isso afetava diretamente a vida de seus cidadãos.

Nesse sentido, a reflexão que Singer (2004) nos propõe, em um primeiro momento, são as imagens veiculadas na imprensa da época, que ilustram a cidade de Nova Iorque, em jornais como *Life* e *The Standard*, de maneira altamente sensorial. Em uma das imagens trazidas pelo autor (anexo 1), podemos ver uma cidade caótica, onde as multidões se chocam com as carroças e convivem com os carros nos mesmos lugares. Uma representação de uma experiência altamente dramática para os transeuntes que saem a pé para seus compromissos cotidianos. A segunda imagem (anexo 2) apresenta o mesmo teor sensacionalista, mas dessa vez um texto mais elaborado a acompanha. Uma caveira, muito similar à ideia comum acerca da imagem da morte, dirige um carro, e esta se choca com a multidão que passa pelas ruas naquele momento, como se fosse impossível pará-la de alguma forma. Além disso, o texto que a segue demonstra a impotência do prefeito de Nova Iorque frente aos avanços dos automotores, bem como o da população de maneira geral, tendo em vista que tal máquina tem um alto poder para matar àqueles que se encontram na sua frente. O trecho termina da seguinte forma: “a mortandade continua.” (THE STANDARD, 1895 apud SINGER, 2004, p. 104).

Cartoons (1913) ainda chama atenção para os motoristas sem habilitação, especificando o escopo dos perigos das máquinas na cidade que estava se desenvolvendo. Nesse sentido, a imagem traz consigo também uma caveira similar à da ideia comum sobre a morte atuando como motorista, e em volta desta, uma multidão que corre amedrontada pelo perigo da atitude de tal motorista.

Assim sendo, Singer (2004) resume a modernidade como um episódio traumático, horrorizante, e ainda caótico para muito dos cidadãos. E assim, nessa perspectiva, que os jornais, conforme os exemplos apontados anteriormente, passam a explorar essas ideias de suspense, mistério, surpresa, sensacionalismo, de maneira mais ampla. Ou seja, a emoção, de maneira geral, passa a ser vista como um grande trunfo dos eixos da modernização. Dessa forma, os parques de diversão passam a ter um espaço maior nesse entremeio. Para Singer (2004), essas são “[...] concentrações de sensação visual e cinética [que] resumiram uma intensidade distintamente moderna de estímulo fabricado” (p.112).

Isto posto, podemos entender a modernização e o moderno em Curitiba por estruturas parecidas com as quais bem Singer trabalhou em seu estudo, ou seja, pelas questões sensoriais que permeiam tal período. Para ele, conforme já dito, esse turbilhão de emoções que refletem a transição do século XIX e XX, é marcada pelos sentimentos individuais em detrimento de aspectos coletivos, mais objetivos. Parece a emoção se sobressaindo à razão em diversos momentos, tornando a modernidade uma experiência individualizada e pautada em meandros muito particulares da composição de tempo e de espaço. Portanto, essa perspectiva nos parece adequada como ferramenta teórica para entender como a modernização e a modernidade adentram Curitiba na transição do século XIX para o século XX. Período que corresponde a um momento anterior ao nosso recorte temporal, mas que nos serve para suprir as opacidades desta pesquisa, conforme já dito.

Cabe destacar, no entanto, antes de prosseguirmos, que essa perspectiva mais individual da modernidade parece não se sustentar à medida que os mecanismos de *biopolítica* e *biopoder* passam a ser considerados nos desdobramentos dessa Curitiba moderna. Essa discussão será retomada mais à frente.

Haja vista essas considerações, passemos agora para o desenvolvimento da modernização em Curitiba. Ângela Brandão (1994) fez um levantamento interessante sobre esse período na cidade. Dito isso, a primeira coisa que devemos constatar frente aos estudos que ela faz, é o choque que houve entre máquina e indivíduo. Embora

isso soe em certa medida como clichê e que deva ser aprofundado em outras instâncias que não correspondam a uma esteira linear – muito próxima até mesmo da esteira das grandes fábricas que se desenvolvem com a Revolução Industrial – ele pode ser tomado nessas proporções já que nos serve para o conceito que abordaremos posteriormente, o de biopoder.

Dito isso, é certo que houve resistência frente aos avanços das máquinas. A autora relembra como Hobsbawm (1981) descreve como os trabalhadores as quebram, sendo essa uma forma de negar sua utilidade e sua permanência. No entanto, essa resistência inicial se transformaria em resiliência no futuro. Significa, portanto, que os indivíduos passam a se adaptar às vantagens que as máquinas trazem ao novo cotidiano acompanhado pela modernização.

Talvez, em Curitiba, a prova de que houve uma posterior adaptação às máquinas, acompanhada pelo fascínio, pelo encantamento e pela própria diversão, foi o aceite aos parques de diversão. O “trenzinho aéreo” era um desses exemplos. Havia empolgação quando se pensava na consolidação desses parques. Luz elétrica, a própria força centrípeta, foram responsáveis pela mecanização da diversão. O fascínio ainda era evidente, principalmente pelas luzes e pelos movimentos que se formavam. A esteira de produção nos vem à tona mais uma vez. O carrossel, um dos brinquedos que também causaram encantamento aos curitibanos, representa o quanto o moderno, a modernidade e a modernização são cíclicas. É como se a própria força física do sujeito (já que a massa dos indivíduos do carrossel é o que auxilia na velocidade dele) se assemelhasse à força do trabalho. Ambos são, portanto, dependentes do indivíduo, sustentam um centro, que não é nada se não houver a força física. Ou seja, o próprio brinquedo, em nossa visão, é uma analogia ao mundo da técnica e da tecnologia que são trazidas pela modernização.

Acompanhada pelo brilho dos parques de diversão, houve também uma presença da técnica na imprensa e na própria cultura. Os meios de comunicação, ainda segundo Brandão (1994), colocavam o cinema em um patamar mais alto. Resenhas sobre filmes começaram a surgir mesmo que de maneira tímida. O telégrafo já era realidade. As máquinas fabris não ficavam de fora dessas novidades. Anúncios com marcas desse maquinário pululavam nas páginas das folhas de jornais da época. Operários e o trabalho também são trazidos à baila acompanhando a ascensão do maquinário. Portanto, a realidade das máquinas e do trabalho é trazido com grande entusiasmo em Curitiba. Primeiro, como um golpe sorrateiro: a diversão como forma

de atrair os curitibanos para essa nova realidade. Segundo, como um golpe consolidado: a máquina como centro do trabalho, da imprensa, da diversão e da cultura.

Dessa forma, percebe-se que há um claro entrelaçamento a respeito daquilo que Singer (2004) apontava e o que Brandão apontaria também. Parece haver uma relação entre o indivíduo e a máquina em vários níveis da vida comum, seja ela na pública ou na privada; no campo individual ou no particular. O maquinário acaba, portanto, por ser um exemplo do que podemos chamar de hiperestímulo pontuado por Singer. Os carrosséis, por exemplo, causam deslumbramento, impacto, e rápida emoção no momento em que os sujeitos ali desfrutam das suas engrenagens e engenharias. Entretanto, no outro dia devem estar preparados para eles próprios conduzirem as máquinas - já não são mais elas que a conduzem e causam divertimento fácil - e enfrentarem uma jornada de trabalho que deverá seguir a o pequeno mecanismo chamado relógio. Assim, se divide a vida desse indivíduo moderno: entre grandes e pequenas engrenagens, o sopro da vida toma forma.

O ritmo da diversão, do entusiasmo e das surpresas parece, então, acompanhar o ritmo do trabalho em um segundo momento. Tópico o qual nos debruçaremos mais a seguir, procurando entender quais mecanismos influenciaram nessa mudança de perspectiva. Antes disso, nos aproveitando do ensejo do tema modernização, podemos fazer algumas considerações sobre a estrutura da sociedade curitibana da época, principalmente da virada do século XIX ao XX, período que nos interessa para este momento, já que a medicina e os seus desdobramentos passavam a tomar forma nesse período.

Essa sociedade era estruturada de maneira a fazer separações entre vários elementos que participavam da vida cidadina. Isto é, as dicotomias se estabeleciam como claras à medida que o aparato urbano se delimitava. O sujo e o limpo; o drenado e o inundado; o crime e a paz; o trabalhador e o desempregado; entre outros “tipos” frequentes que podem ser pensados quando refletimos sobre a Curitiba da época. Um pouco dessas palavras quem nos diz são Cidade e Paz (1987).

Seu trabalho, de maneira geral, pontua a organização curitibana quando do *boom* imigratório, em meados dos anos de 1870, e subsequente colocação dos indivíduos dentro de uma sociedade em transformação. Iniciam seus escritos falando da presença de Tobias de Monteiro em Curitiba. De forma sucinta, ele descreve as ruas da cidade como de fraca iluminação, falta de calçadas, falta de um serviço que

pudesse controlar o lixo de forma regular, passeios ainda em construção e lama por todas as partes. Interessante notar que Monteiro não deixa passar nem mesmo o Passeio Público da cidade, monumento que outrora seria orgulho da nossa gente, como local escolhido para coroar Emiliano Pernetá como Príncipe dos Poetas (SANTANA, 2015), foi poupado por Monteiro. Por último, o lugar se configurava, dentre a sujeira, a destruição, as pontes corroídas, a falta de cercamento, com um fosso de um lado e um rio do outro.

Se houve algum elogio por parte de Monteiro, apontam Cidade e Paz (1987), esse era para os imigrantes que se organizavam nos arrabaldes das cidades e possuíam com eles o espírito do trabalho. As mesmas autoras ressaltam que se Tobias de Monteiro tivesse investigado de maneira mais minuciosa, ainda chegaria a conclusões mais assustadoras sobre a cena curitibana daquele momento:

Assim como a cidade crescia, impulsionada pelo “espírito laborioso” dos imigrantes, os relatórios dos chefes de polícia registravam um assustador e crescente número de crimes contra a vida. A embriaguez, a vadiagem, a jogatina e a prostituição, entre outras, são apontadas como causas de tais incidências. Preocupadas, as classes dirigentes investem sobre a população, tendo como instrumento os dispositivos de segurança. Seu discurso esquadrinha as “doenças” sociais; suas práticas visam uma sociedade higienizada e moralizada.

Então, nessa ordem, as doenças, muito bem colocadas entre aspas pelas autoras, aparecem como uma preocupação da ordem social. Isto é, mais como uma limpeza ética e moral do que uma limpeza no campo da higienização e/ou da medicalização propriamente ditas.

Antes de prosseguirmos, cabe que façamos uma explicação sintética sobre esses termos, que já apareceram anteriormente, de maneira apressada, no primeiro capítulo deste estudo, e que voltarão a aparecer no terceiro capítulo, de forma mais minuciosa e acertada para o objetivo que será desenvolvido para aquele momento.

Sendo assim, Rocha (2003), embora não defina diretamente o termo *higienização*, se debruça sobre as práticas que compõem esse movimento na infância das escolas paulistas logo após a criação do Instituto de Hygiene de São Paulo, seguindo as proposições dos médicos-higienistas do período. Para ela, a higienização poderia

eliminar atitudes viciosas e inculcar hábitos salutarés, desde a mais tenra idade. Criar um sistema fundamental de hábitos higiênicos, capaz de dominar, inconscientemente, toda a existência das crianças. Modelar, enfim, a natureza infantil pela aquisição de hábitos que resguardassem a infância da debilidade e das moléstias. Eis as tarefas de que se deveria incumbir a

escola primária, no contexto da reforma que redefiniu o eixo da política sanitária paulista, na década de 1920 (ROCHA, 2003, p.40)

Mesmo que o nosso foco não seja, como já ficou claro no decorrer destes capítulos, a higiene infantil, parece precioso notar a fala de Rocha como um importante eixo da presente pesquisa. É com base nela que percebemos que o projeto higienizador, acompanhado do modernizador, não se restringia apenas ao campo do trabalho e dos seus trabalhadores; como também ao campo da educação básica, sendo a escola instituição fundamental de organização dessas ferramentas que pudessem auxiliar a modelar cidadãos capazes de refletir hábitos adquiridos na infância ao longo da vida adulta. Seria a escola, portanto, uma das primeiras organizações arquitetônicas capazes de formular estratégias de vigília e poder ao nível infantil com o projeto de fazer repercuti-las no âmbito social daquele indivíduo, seja no núcleo familiar que o rodeia, seja no futuro enquanto trabalhador que o espera. Assim, esse termo se difere do sanitarismo exposto no primeiro capítulo deste estudo.

Não obstante, além dessa maneira de reflexão, que parte da via de futuros trabalhadores enquadrados em uma sociedade já modernizada e capitalizada, Rocha (2003) relembra o quanto essas práticas foram fundamentais para firmar um discurso sobre a saúde e a doença que concomitantemente se organizara:

a escola vem sendo, recorrentemente, chamada a oferecer sua poderosa colaboração para o sucesso de campanhas que visam ao combate de endemias e epidemias, como também para a difusão de meios de prevenção e preservação da saúde. Campanhas essas pautadas em representações sobre a saúde, a doença, a infância e, ao mesmo tempo, em uma inabalável crença no poder modelador da educação e da escola (p.40)

As estruturas arquitetônicas parecem, então, começar a se delinear. A escola funciona já na infância como uma espécie de poder modular que se deslumbra a encontrar uma prevenção de doenças e salutar bons hábitos na vida de futuros trabalhadores urbanos. Isso significa, no nível deste estudo, que higienizar está ligado a isso: práticas consideradas boas que tinham como objetivo prevenir quaisquer possibilidades de moléstias reinantes, principalmente as que andariam em epidemias, como o foco de nosso estudo, a tuberculose.

Podemos, pautados nessa reflexão, pensar também no termo *medicalização*. Camargo Jr. (2013) nos apresenta um importante debate sobre esse, trazendo ao centro alguns importantes autores que se dedicaram a pensar a saúde e a sua história. Para ele, é fundamental que se diga, em um primeiro momento, que não há um

significado fechado para o termo em questão, ele se ajusta às necessidades de determinada época e filiação ideológica do autor que o utiliza. Para Zola (2001), assim, a medicalização é uma forma de controle social; enquanto para Foucault (1977b), acaba por ser apenas um desdobramento da medicina moderna e a sociedade acaba se submetendo à ela; para Conrad (2007), por fim, o termo é tratado de forma mais objetiva, nas palavras de Camargo Jr. (2013, p.1), “operacional”. Para esse, “a medicalização é o processo de transformação de problemas anteriormente não considerados “médicos” (ou “de saúde”, acrescentaríamos) em problemas médicos, usualmente sob a forma de transtornos ou doenças” (CAMARGO JR., 2013, p.1).

A nós, parece justo considerar que medicalização é a unificação de todos os significados dados pelos autores anteriormente citados – mesmo que eles atuem em contextos diferentes e, sobretudo, em séculos diferentes – exceto por um adendo que gostaríamos de fazer quanto ao Foucault. Camargo Jr. considera que para o autor francês o termo medicalização é uma consequência da medicina moderna e a sociedade, conforme já dito, ficaria sob jugo desta. Entretanto, nos parece muito arriscado tratar a ideia do autor como um compêndio de causa e consequência, ou seja, de efeitos que tenham como respaldo um período anterior da história. Caso fôssemos partir dessa operação para criar uma definição mais particular para a palavra medicalização, com base no desenvolvimento do nosso próprio estudo, consideraríamos que ela se pauta em um *processo*, não arquitetado, não mecânico, do qual a sociedade ajudou a construir, e participa ativamente da sua consolidação.

A medicalização corresponde, à vista disso, como controle social à medida que as instituições tomam para si seus mecanismos para promover uma espécie de atos que visam um objetivo além daquele que estão se propondo, sobretudo quando a sociedade tem dificuldade de enxergá-lo com clareza em sua forma mais original. Contudo, essas instituições não são descoladas da sociedade, conforme veremos no próximo tópico deste capítulo, elas são formadas por indivíduos, assim como todos os núcleos da vida cidadina. Por fim, a medicalização é um processo que auxilia a delimitar o que de fato corresponde a alçada médica, auxiliando a delinear o que é palatável para ser considerado uma doença e o que não. A grande questão é que isso também acaba por recair na questão do controle: o processo passa por uma instituição e por indivíduos ligados a essa instituição que têm o poder de cancelar o que se entende por sujeito são e por sujeito doente; ou seja, o controle se estabelece também por esse entremeio.

Haja vista essas considerações, podemos nos voltar ao que estávamos abordando anteriormente, ou seja, a imagem de Curitiba na transição dos séculos XIX e XX. É com base nos estudos de De Boni que Cidade e Paz (1987) continuam tecendo as suas reflexões. Para elas, além da autora exercer um importante papel considerando uma nova abordagem na historiografia paranaense, pensando na história do crime, ela consegue ilustrar uma Curitiba embora vista do alto, revisitada de forma diferente. Isto é, como a criticidade que se faz à luz de nomes como Foucault, Arendt, Benjamin, entre outros autores de suma importância para pensar os desajustados e os descentrados em relação aos centros. E é nesse entremeio que Curitiba é vista: nas transições; nos hiatos:

A “pacata e ordeira” capital paranaense passa a viver sob o impacto de absorção de novos habitantes — imigrantes, principalmente italianos, alemães e poloneses. Ao mesmo tempo, as iniciativas modernizadoras começam a alterar sua fisionomia urbana — o alargamento das ruas principais, a construção de imponentes casarões, a inauguração do Passeio Público, a abertura de salões públicos, clubes e sociedades para entretenimento e promoções culturais. Modificam-se a rotina, os hábitos e a aparência da pequena Curitiba. Tal surto de crescimento somado à alteração étnica e de sua estrutura populacional começam a preocupar seus governantes (CIDADE, PAZ, 1987, p.162).

Todavia, sinalizam as autoras, as opiniões dividem a imagem que Curitiba retrata. Ao mesmo tempo em que há uma noção de organização proveniente da “urbs” em transformação, há também um espaço onde o crime, a desordem, a sujeira, as mazelas passam a ter presença. São essas transições dicotômicas que tomam conta dos discursos da imprensa, dos governantes, e das instituições de maneira geral.

Outro ponto interessante, levantado por De Boni, e considerado pelas autoras como primordial para a composição do cenário da época, é a questão dos imigrantes que já foi previamente levantada. Havia uma noção, proposta inicialmente por Tobias de Monteiro, de que os imigrantes, nos arredores da cidade, estariam contribuindo diretamente com a construção de Curitiba, sobretudo no que diz respeito às atividades de trabalho. Todavia, o que De Boni observa é que havia discursos que conduziam o saber médico a detectar “[...] grandes epidemias e mortalidade e o seu alvo torna-se principalmente a população imigrante, foco das mais variadas doenças e em contato direto com a ‘família curitibana’ [...]” (CIDADE, PAZ, 1987, p.164). Além disso:

nas crônicas e relatos de autoridades sanitárias aparecem com riqueza de detalhes as condições de extrema promiscuidade, propícias à invasão

pestosa, em que vivem essas pessoas. A polícia sanitária esbarra porém na reação popular, difícil de transpor (CIDADE, PAZ, 1987, p.164)

Existe, dessa forma, essa dicotomia de opiniões que se forma sobre essa Curitiba das transformações. Não obstante, cabe ainda pontuar que a população apareceria como resistente às investidas das autoridades locais no combate às moléstias e a outros prejuízos trazidos pela rápida urbanização “[...] a resistência popular a iniciativas modernizadoras, como a campanhas de vacinação ou a iniciativas urbanizadoras [...]” (CIDADE, PAZ, 1987, p.164).

Assim sendo, se abre um novo capítulo para a história curitibana. Capítulo esse que passará a pensar os centros deslocados da margem de maneira mais palpável. Isto é, com medidas arquitetônicas que contribuem com uma espécie de segregação entre a população pobre e a população mais rica:

Ao saber médico-sanitário cabe gerir o espaço da população pobre, “foco de doenças, vícios, rebeldias”. Esta, além de disciplinada, mesmo no âmbito doméstico, é deslocada para longe do centro da cidade pela ação reurbanizadora. Tal reordenação do espaço também é feita no sentido de permitir maior controle e vigilância dessa população (CIDADE, PAZ, 1987, p.164).

Embora não tenhamos tocado diretamente na questão da “classe” neste estudo, cabe destacar que deixamos uma lacuna para futuras pesquisas que possam a vir a se desenvolver nesse sentido. Pensando em um recorte ainda mais estrito do que aqui nos propusemos, é passível de considerar que as doenças, principalmente as que são fruto de epidemias - como é o caso da então conhecida como lepra, a tuberculose, a Gripe Espanhola, entre tantas outras que reinam no século XIX e XX, no Paraná, e em outros estados do Brasil - são relacionadas diretamente com os grupos sociais que se conjecturam nos locais que se transformam à baila das transformações modernas. Isto é, várias possibilidades são abertas a uma pesquisa de cunho mais etnográfico, que possa prever, dentre as questões de “classe”, questões de gênero, de etnia, entre outras questões tão atuais para o momento delicado que estamos vivenciando.

Dito isso, Curitiba, passa a se estabelecer como uma cidade que retrata seus imigrantes - àqueles que eram vistos antes como trabalhadores, conforme já dissemos - como preguiçosos, sem higiene e doentes. Quando da inserção desses em trabalhos mais industriais, são tidos como subversivos e anarquistas. Assim, ambos, em

conjunto com as camadas mais pobres da população, passam a ser alvo direto da polícia.

Cidade e Paz (1987), ainda retomando o estudo de De Boni, nos fornecem um forte aparato para pensarmos as transformações das prisões, principalmente desde o século XVIII. Para a última, passam a existir as prisões com provas, o surgimento de leis diferenciadas, uma noção de crime que pudesse abranger mais patamares, enfim, uma institucionalização que até então era vista em menor escala. Isso tudo era pensado em prol de uma organização social mais precisa.

Interessante aqui notar que muitas dessas ações policiais eram feitas em torno da prevenção. Isso significa dizer que se agia em torno do que o indivíduo poderia fazer à sociedade e não o que ele fez. Mecanismo muito semelhante foi aplicado ao discurso médico-científico. Os discursos e práticas giravam em torno da prevenção, sendo o tratamento organizado e estruturado muito tempo depois da descoberta de várias das doenças do século XX. A questão da higienização, já tratada aqui anteriormente, bem como do sanitarismo e da profilaxia são provas de que o mecanismo era similar. Ou seja, as ferramentas circulavam em torno de evitar que a sociedade ficasse doente, tanto moralmente quanto fisicamente.

Alertam Cidade e Paz (1987) para uma categorização interessante que faz De Boni em seu estudo. Basicamente, a cidade de Curitiba é separada em tipos sociais responsáveis pelos crimes que eram ou poderiam ser cometidos. Em primeira instância, a presença dos vadios e mendigos; em segunda, dos bêbados e desordeiros; em terceira, dos jogadores; em quarta, das meretrizes; em quinta, dos abandonados e delinquentes. Sendo assim, com essa separação mais empírica, era possível educar esses tipos para o trabalho como forma de prevenção na contenção de futuros crimes. Fundamental é destacar que, por mais truculenta que fosse a ação policial nesses moldes, a justificativa, veiculada na imprensa local, era a de que esses estariam salvaguardando a moral e a paz das famílias paranaenses. Não obstante, é passível que observemos que a sociedade do espetáculo, já delimitada por Singer (2004), é vista aqui mais uma vez, sobretudo no “caso Abel”, trazido por De Boni em seus escritos.

Em linhas gerais, esse foi um caso de homicídio que trouxe rapidamente o culpado ao centro - possivelmente como tantos outros casos de homicídio que ocorriam em Curitiba naquele momento. Contudo, nesse caso em específico, a imprensa local teve atuação direta, veiculando de maneira exaustiva e sensacionalista

novos fatos dia após dia sobre o caso. Além de demonstrar contradições sobre o caso, no que tange às falas dos policiais, e sobre a figura do réu. Portanto, temos um exemplo daquilo que Ben Singer (2004) chamou de hiperestímulo e de necessidades de surpresas na vida dos cidadãos que participam do processo de modernização.

Antes que prossigamos, cabe que façamos mais um adendo. O texto de De Boni, em seu original, é muito interessante, tendo em vista a riqueza de detalhes que nos são trazidos e a importância com que se justificaria para o presente momento da pesquisa (no qual percebemos a modernização como um momento significativo, tanto individual quanto coletivo; isto é, que se organiza tanto nas mentalidades individuais, quanto nas questões próprias da organização das cidades, conforme ainda explanaremos a seguir). Todavia, destacamos que a resenha de Cidade e Paz (1987) acerca daquele texto traz ainda mais contribuições para esta dissertação, complementando o estudo daquela autora. A resenha das autoras é importante para este momento pelo seguinte motivo: a forma como leem De Boni e fazem críticas construtivas ao seu estudo.

Além da própria resenha, lidam, em um segundo momento, com uma crítica completa ao estudo que nos auxilia a pensar o próprio desdobramento da nossa pesquisa. Isto é, trazendo os ideais de M. Foucault e os seus dispositivos e como isso influencia diretamente sobre as noções de poderes que se fomentam em um período tão crucial como o qual estamos estudando. Assim sendo, para este momento, nos parece fundamental que trabalhemos com comentadores ao invés de nos debruçarmos sobre o texto original, pelas possibilidades de diálogo que se abrem a nós neste momento.

Voltando-nos, pois, para o estudo que propõe Cidade e Paz (1987), com base na obra de De Boni, é primordial que notemos suas palavras sobre M. Foucault (1983). Para elas, a forma como a força policial passa a agir a favor da população são, não se dá em torno do Estado. Tendo em vista que se fosse dessa maneira, o poder e o Estado estariam entrelaçados quase de maneira condensada. Isto é, bastaria então acabar com último para que se acabasse com o poder. Para as autoras, o mecanismo se organiza de forma diferente. São micro-poderes que agem de forma processual em torno dos indivíduos, no sentido de agirem de forma a normatizar os seus atos.

Assim, ao contrário de um macro-projeto temos microrrelações de poder, as quais estabelecem contínuos e sucessivos recortes na população. Obviamente não estamos diante de um processo linear, sim de um poder

exercido em associação a discursos capazes de produzir efeitos de verdade no interior do corpo social. Acreditamos que a noção de projeto possa ser tomada como um dado a posteriori, articulado a um discurso que busca estabelecer uma unidade a tais práticas (CIDADE, PAZ, 1987, p.169).

Deste jeito, é como se houvesse um princípio normatizador que mais buscasse uma hegemonia e uma coerência dentro do próprio aparelho social e se fixasse de alguma forma, em uma relação processual, do que se estabelecesse de cima para baixo em uma relação hierárquica. Aparece, então, o princípio da governamentalidade.

Considerando o princípio da governamentalidade — segundo o qual a população aparece como alvo; a economia política como principal forma de saber e os dispositivos de segurança como instrumentos técnicos essenciais — vê-se que o desbloqueio da arte de governar (ocorrido em torno do século XVIII) resultou num Estado de governo. Aqui, múltiplas práticas disciplinadoras recortam a população, buscando fazer emergir das massas desordenadas e desordeiras um indivíduo moralizado (CIDADE, PAZ, 1987, p.170)

Concluem as autoras que os policiais atuam no sentido de separar os desordeiros dos bairros mais privilegiados. São vistos como benfeitores que devem preservar a cidade do crime na maior medida possível.

Seu papel assemelha-se ao de um “divisor” de sujeitos e espaços sem chegar propriamente a interferir em profundidade nos “pequenos” delitos: ao invés de combater a prostituição, por exemplo, a polícia tratou de confiná-la dentro de certos limites (CIDADE, PAZ, 1987, p.170).

Ou seja, atuam no sentido de coibir o crime, conforme já dissemos. Cabe destacar, porém, que mesmo com tal postura de supremacia, muitos policiais se asseguravam de não percorrer determinados locais de Curitiba sem estar acompanhado de outros policiais, tendo em vista o receio de rebeldia dos grupos outrora segregados.

Podemos dizer nesse sentido que a relação que se faz entre o que foi abordado anteriormente e o nosso objeto de estudo culmina em alguns pontos. O primeiro deles é a questão do poder. Poder esse que, em linhas gerais, para Foucault, e que abordaremos com mais detalhes no terceiro capítulo desta dissertação, não se concentra nas mãos de determinados elementos dentro de determinados âmbitos. Isto é, nessa concepção, a força policial não seria apenas uma força. Ela seria uma instituição formada por membros que também fazem parte da sociedade e se articulam a fim de incorporar normas e objetivos que devem ser internalizados e

normatizados pelos outros grupos que compõem tal sociedade. Ou seja, à medida que a sociedade se organiza, o poder também se organiza, não sendo unilateral, mas bilateral, ou melhor dizendo, multidirecional já que se ocupa de vários processos e dinâmicas processuais que podem até mesmo fugir da leitura que nós, enquanto indivíduos presentes nessas sociedades, fazemos.

Tendo isso em vista, entendendo que esse poder se firma em processos multidirecionais, podemos também dizer que eles são organizados. Preferimos a escolha da palavra “organizados” ao invés de “estruturados” porque a última nos parece muito forte quando falamos da teoria de M. Foucault, que não via a sociedade em estruturas, embora houvesse uma organização clara para que esse poder fluísse nas condições certas. Isso significa dizer que tal poder, organizado, perpassa por caminhos mais homogêneos do que outros, como as instituições. São essas instituições as escolas, com o princípio da higienização que falamos anteriormente, o sistema prisional como um todo, incluindo nisso as prisões enquanto obra arquitetônica de vigilância e punição e, claro, os hospitais. Nesses espaços, formados por indivíduos, que fazem parte de uma sociedade específica, não estando descolados dela de maneira nenhuma, ou seja, não habitam uma superestrutura ou uma espécie de Torre de Marfim, os discursos se organizam de maneira a buscar uma dada normatização dos outros grupos sociais que se arregimentam nessas sociedades. Ainda assim, esses discursos não são hegemônicos nem descolados da prática. Para Foucault, o discurso é prática, e vice-versa.

Portanto, pensando nos escritos de *Cidade e Paz* (1987), sobretudo por pensarem na história do crime, entrelaçada com a modernização de Curitiba, o trabalho de De Boni, podemos dizer que uma nova perspectiva teórica-metodológica se abre para a consolidação do nosso estudo. A ferramenta utilizada pelas autoras, tanto do estudo original, quando do estudo comentado, parece abrir uma nova possibilidade de pensar o crime e a modernização, assim como podemos pensar os discursos médicos e a modernização. Além desses estudos dialogarem com a questão da saúde, pensando nos desajustados que sofriam de maus físicos e eram deslocados dos grandes centros nessa Curitiba do seu projeto modernizador. Alguns pontos de interseção fazem com que sejam similares em alguns aspectos, os quais levantaremos a seguir.

O primeiro deles é a questão dos aspectos normatizadores que pululam em grande parte das falas das autoras. As leis, o combate, a presença policial, o

alargamento das leis, são mecanismos muito similares aos feitos para o combate à tuberculose - e a outras epidemias do século XIX e XX, em Curitiba. São formas de deixar intrínseca uma abordagem reguladora da sociedade, de seguir um aparato específico, voltado a um resultado específico, às vistas de combater um mal iminente. Aqui os discursos se confluem e dão força e forma a essas ideias, seja no campo científico, médico, governamental ou da imprensa.

O segundo deles é a questão da prevenção. A forma como a polícia e seus dispositivos agem nesse momento é como coibir as ações de indivíduos perigosos em potencial. Indivíduos esses que são os tipos que citamos anteriormente. Isto é, as medidas se especializam buscando servir de exemplo e normatizar antes que os crimes possam ocorrer, tomando formas de combatê-los numa espécie de preâmbulo; adiantando possíveis males que possam causar a sociedade. Todavia, nem sempre os indivíduos que são alvo desses dispositivos são completamente dóceis às posturas policiais e às táticas encontradas por esses. Como consta nos escritos que discutimos anteriormente, muitos desses cidadãos se rebelavam e serviam até mesmo de ameaça à própria força policial. Assim também agiria o discurso médico, a profilaxia, como veremos no terceiro capítulo deste estudo, era um dos principais pontos a serem levantados pelos médicos do período. As formas de tratamento demoram a ter registros precisos e aprovados, principalmente para serem chanceladas pela imprensa e pelas mídias locais. Ainda era um ponto muito obscuro o tratamento da tuberculose em muitos casos, por esse motivo, seria viável que se investisse em mecanismos higienizadores e medicalização paliativa para combate da doença. O isolamento médico, principalmente dos mais pobres, assim como a separação dos degenerados sociais passa a ser realidade para a cidade de Curitiba.

Isso nos leva ao terceiro e último ponto de interseção entre este e o estudo anteriormente citado. A forma de combate mais eficaz contra essas “doenças”, tanto físicas quanto sociais era, portanto, isolar os agentes que pudessem trazer problemas para as transformações que a modernização estava propondo. Sendo assim, era fundamental que o centro e as margens fossem separadas de forma a retirar dos bairros mais ricos tais elementos, ou tipos sociais. Assim, poderia haver a fruição necessária dos cidadãos considerados de bem. Por esse motivo, do centro da cidade tentava se afastar também esses indivíduos, segregando-os para os bairros mais isolados e para os arrabaldes de Curitiba. Tal mecanismo se repetia com os doentes físicos, mais particularmente, no nosso caso, os tuberculosos.

Até meados dos anos 1950 podemos destacar quatro hospitais que eram referência no trato à tuberculose e eram mais próximos aos moradores de Curitiba: o Leprosário São Roque - inicialmente para o tratamento da lepra, atual hanseníase, localizado em Piraquara - que começa a ser construído em 1925; o Sanatório São Sebastião, localizado na Lapa, e inaugurado em 1927; o Hospital de Isolamento Oswaldo Cruz, localizado em Curitiba e inaugurado em 1928; e o Sanatório Médico Cirúrgico do Portão, também localizado em Curitiba e inaugurado em 1947. Desses, apenas dois eram mais próximos aos moradores da cidade, sendo somente o último responsável pelo tratamento cirúrgico da tuberculose.

Tendo isso em vista, antes que nos voltemos a pensar nessa forma de arquitetura que segrega os doentes da tuberculose, cabe que façamos alguns adendos sobre Foucault e o seu *Nascimento da Clínica* (1977), pensando justamente nas questões de poder, de instituição e a sua relação com as práticas e discursos da medicina moderna e como isso afeta diretamente o nosso estudo no sentido de refletir sobre as transformações de uma classe médica em Curitiba, bem como seus espaços principais, como é o caso do Sanatório Médico Cirúrgico do Portão, tendo em vista suas particularidades que o diferem dos outros hospitais de isolamento de Curitiba e região, sobretudo a sua distância do centro da cidade e a sua especialização no trato com os doentes de tuberculose.

2.2 O NASCIMENTO DA CLÍNICA CURITIBANA

M. Foucault (1977) nos apresenta abordagens fundamentais sobre a clínica, o clinicar, e os seus desdobramentos durante os séculos. Por esse motivo, a presente seção tem por objetivo se deter a uma série de questões que o autor levanta, refletindo sobre elas, e tomando a liberdade de utilizá-las como ferramentas teóricas para a composição do presente estudo, seja nos levantamentos que estamos fazendo neste capítulo, seja nos que virão no próximo.

Para o autor, a clínica apresenta uma concepção muito curiosa que é retomada no final do século XVIII. Parece haver uma relação muito próxima entre o ato de clinicar e a legitimação do corpo doente. É na clínica que parece existir toda a organização do saber médico, como se esse saber já não tivesse se dado em outros ambientes, como os leitos dos doentes, onde os estudantes de medicina observavam os professores e aprendiam de maneira empírica a como cuidar dos seus pacientes.

No invariante da clínica, a medicina teria ligado a verdade e o tempo. Daí, todas essas narrativas mais ou menos míticas em que foi reunida, no final do século XVIII e no começo do XIX, a história da medicina. E na clínica, se dizia, que a medicina havia encontrado sua possibilidade de origem (FOUCAULT, 1977, p.60)

Todavia, para o autor, a relação da clínica independe do espaço onde ela ocorre. Isto porque ela é muito anterior ao século XVIII e tem uma relação com a humanidade. O conhecimento do alívio dos sintomas era passado pelas gerações, de mãe para filha, além de ser compartilhado pelas comunidades. Ou seja, era uma relação da “[...] Humanidade consigo mesma [...]” (FOUCAULT, 1977, p.60). Para ele, esse é o período de “felicidade” para a medicina, que tem sua decadência quando entram em cena “[...] a escrita e o segredo[...]” (FOUCAULT, 1977, p.60), o que significa dizer que o conhecimento só seria praticado depois que homologado pelo “[...] esoterismo do saber [...]” (FOUCAULT, 1977, p.60).

Antes de prosseguir, cabe que coloquemos uma pequena problemática no centro de nossas discussões. Foucault diferencia a clínica dos hospitais, isso vai ficando cada vez mais claro ao longo do seu texto. Frente a isso, fazemos também uma indagação: no caso dos tuberculosos, a forma de trato a doença, sobretudo nos hospitais especializados, era feita em formato de clínica ou de hospital? Qual a relevância disso para a progressão nos tratamentos como um todo da doença? A resposta, ou uma tentativa de resposta, veremos a seguir, assim que refletirmos ponto a ponto sobre como a clínica foucaultiana é formulada.

Para o autor, então, o primeiro ponto a ser levantado é que a clínica deve ser um aparato nosológico bem estruturado. Isto é, deve ter em si um centro de tratamento às doenças bem organizado, tendo em vista que ela não tem obrigação de compartilhar os seus casos, nem de abrir seus erros ou acertos; seu objetivo é o ciclo das doenças. Percebe-se, portanto, que o foco é nas doenças, e não nos doentes, como nos hospitais, o que nos leva ao segundo ponto:

Selecionando, ela altera em sua própria natureza, o modo de manifestação da doença e sua relação com o doente; nos hospitais se encontram indivíduos que são indiferentemente portadores de uma doença qualquer; o papel do médico de hospital e descobrir a doença no doente; esta interioridade da doença faz com que ela esteja frequentemente escondida no doente, oculta como um criptograma. Na clínica, inversamente, se encontram doenças cujo portador é indiferente: o que está presente é a doença no corpo que lhe é próprio, que não é do doente, mas o de sua verdade. São as diferentes doenças que servem de texto. O doente é apenas aquilo através de que o texto é apresentado a leitura e, às vezes, complicado e confundido (FOUCAULT, 1977, p.66).

Parece haver uma estruturação muito maior na clínica. É ela que se abre para receber o doente, como se necessitasse da presença da doença para que fizesse sentido e os saberes pudessem ser aplicados. Ao contrário dos hospitais, os quais necessitam do corpo doente para o desempenho de suas funções: “[...] no hospital, o doente é sujeito de sua doença, o que significa que ele constitui um caso; na clínica, onde se trata apenas de exemplo, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou [...]” (FOUCAULT, 1977, p.66).

Sendo a doença principal ponto da clínica médica, o terceiro ponto levantado por Foucault (1977) diz respeito a isso. Para ele, a clínica é um “teatro nosológico” no qual o aluno sabe o início, mas não sabe o desfecho. A verdade já paira absoluta, mas uma espécie de manual deve ser seguido para encontrar o que aflige o doente. O médico deve fazê-lo algumas perguntas gerais, depois tirar algumas medidas, como a dos batimentos cardíacos, depois apalpar o ventre, enfim, há uma estrutura ensaiada, com uma resposta semipronta que tem por objetivo ser confirmada ao final da consulta. Então, “[...] o professor indica a seus alunos a ordem em que os objetos devem ser observados para serem mais bem vistos e gravados na memória; ele lhes abrevia o trabalho; os faz aproveitar sua experiência [...]” (FOUCAULT, 1977, p.68). Por fim, o autor francês deixa claro que a clínica não é uma estrutura, mas uma prova que deve ser confirmada com base na experiência, nas prescrições, no próprio tempo. Assim, ele conclui:

ela [a clínica] não pode por si mesma descobrir novos objetos, formar novos conceitos, nem dispor de outro modo o olhar médico. Ela conduz e organiza uma determinada forma de discurso médico, não inventa um conjunto de discursos e práticas médicas (FOUCAULT, 1977, p.69)

Portanto, em um plano mais geral é nisso que ela se difere do hospital. Se, por exemplo, no hospital o médico se depara com um trauma, há um protocolo a ser seguido, ou seja, um conjunto de práticas e discursos médicos, mas não necessariamente esses procedimentos vão servir a todos os casos, já que há inúmeras combinações que possibilitam diversas formas de acidentes. Do contrário, na clínica, as doenças parecem menos emergenciais e se concentram no paciente que pode aguardar até ser diagnosticado. Há tempo hábil para que um exame mais minucioso seja feito. Há um protocolo mais rígido a ser seguido, pautado na experiência, mesmo que não especializada, quando se trata do século XVIII, daquele médico.

Todavia, Foucault nos dá uma nova abordagem para a clínica atual. Para ele, nos últimos séculos, essa ganha um novo status de organização frente à sociedade. Ela deixa de ter menos relevância que os hospitais, sobretudo quando falamos do século XVIII - tendo em vista que o autor a considera como marginal frente a tais instituições. Passando, portanto, a:

ser bruscamente reestruturada: separada do contexto teórico em que nasceu, vai receber um campo de aplicação não mais limitado aquele em que se diz um saber, mas coextensivo aquele em que nasce, se experimenta e se realiza: ela fará corpo com a totalidade da experiência médica. Para isso, entretanto, ainda será preciso que seja armada de novos poderes, separada da linguagem a partir de que era proferida como lição e libertada por um movimento de descoberta (FOUCAULT, 1977, p. 70).

Outro foco adotado pelo autor francês em seu estudo é sobre os hospitais propriamente ditos. Seu objetivo não é o de diferenciá-los da clínica, mas de apresentar o seu lugar social e o que os compunha enquanto funcionalidade perante a sociedade. Nesse sentido, ele diz que a partir do século XVIII e a valorização do espírito nacional, muitos hospitais deram lugar, por meio de seus leitos, em maior medida, aos membros do exército, dispensando seus doentes à própria sorte. Ressalta ainda que esses doentes ou eram obrigados a ser tratados em casa, ou deveriam clamar pela construção de hospitais que pudessem abrigar sobretudo aqueles que não tinham condições de levar um tratamento a domicílio. Frente a essa situação de caos, muitas universidades passam a tomar a função de hospitais. Os estudantes acabam atuando como médicos, não sem antes passar pela chancela do saber, recebendo um diploma que atestasse o seu nome enquanto médico.

Dessa maneira, as relações entre a medicina e o ensino ficam mais estreitas. Há uma forma de aprender mais empírica, na qual a prática é que determina os modos como eles se colocaram frente ao corpo doente e de que modo guiarão o saber clínico. As anotações ocorrem em menor escala, a observação e a prática são seus maiores trunfos nesse momento. Parece não ficar claro aqui, na fala de M. Foucault (1977) se esse conhecimento ocorre nos hospitais ou nas clínicas. O que podemos inferir, em uma conclusão mais apressada sobre aquilo que ele coloca, é de que os hospitais e as clínicas muito se relacionam sobretudo no século XIX, no qual o conhecimento científico passa a ganhar força e demonstrar seu lugar junto à sociedade. Assim sendo, a prática e a teoria se entrelaçam de tal forma que é impossível dissociá-las uma da outra, ou seja, saber e saber-fazer estão ligados pela observação e pela prática do dia a dia, seja nas clínicas ou nos hospitais. As primeiras parecem se

especializar à medida que os próprios doentes buscam refúgio nos segundos mas não obtêm êxito: “a clínica se torna, portanto, um momento essencial da coerência científica, mas também da utilidade social e da pureza política da nova organização médica. Ela é sua verdade na liberdade garantida” (FOUCAULT, 1977, p.77). Neste momento do texto, então, parece que se confunde o hospital com a clínica.

Além disso:

Não foi, portanto, a concepção da doença que mudou primeiramente, e em seguida a maneira de reconhecê-la; nem tampouco o sistema de sinais foi modificado e, em seguida, a teoria; mas todo o conjunto e, mais profundamente, a relação da doença com este olhar a que ela se oferece e que, ao mesmo tempo, ela constitui. A este nível, não há separação a fazer entre teoria e experiência, ou entre métodos e resultados; é preciso ler as estruturas profundas da visibilidade em que o campo e o olhar estão ligados um ao outro por códigos de saber (FOUCAULT, 1977, p.101).

Esses códigos do saber estão ligados diretamente com os signos e com os sintomas. Com os signos pela própria fala, pela constituição da linguagem, que se estabelece entre médico e paciente. São os signos que determinam o que há de mais tardio, o que já aconteceu com o paciente, e o que os sintomas são incapazes de revelar; enquanto os sintomas são claros, os sinais se apresentam para o médico. Demonstram, por si só, as necessidades daquele corpo que ali se coloca. Portanto, a clínica médica, nesse momento, é cercada de indícios e paradigmas que perpassam o campo do verbal e do não verbal. Ademais, nesse conjunto de signos é possível que um sujeito seja comparado a outro. É da frequência que também se faz a clínica médica. Frequência essa pautada na recorrência dos mesmos sintomas, transmutada por meio de signos e símbolos, que se entende uma espécie de universalidade nos casos.

Pode-se, portanto, em uma primeira aproximação definir este olhar clínico como um ato perceptivo subentendido por uma lógica das operações; e analítico, porque reconstitui a gênese da composição; mas está isento de toda intervenção, na medida em que esta gênese nada mais é do que a sintaxe da linguagem que falam as próprias coisas em um silêncio originário. O olhar da observação e as coisas que ele percebe se comunicam por um mesmo Logos, que é, em um caso, gênese dos conjuntos e, no outro, lógica das operações (FOUCAULT, 1977, p.123).

Ou seja, esse Logos ao qual Foucault se refere é a junção da percepção clínica atrelada à demonstração dos sintomas clínicos do paciente com a sua fala, o conjunto de signos que será exteriorizado por ele no momento da consulta. É dessa relação de saberes que se dá a função do olhar médico na clínica médica. A gênese dos conjuntos se dá, portanto, na coleção de casos presentes na clínica ao longo do

tempo, demonstrando a frequência da qual já falávamos anteriormente, enquanto a lógica das operações é a tomada de atitude por parte do saber médico. Uma é codependente da outra, formando uma relação estrita, mas não hierarquizada, entre teoria e prática.

Frente ao que foi exposto, podemos levantar algumas questões para (re)pensar o que nos foi dito por M. Foucault. Antes de mais nada, cabe apontar as mudanças que ele delimita para a clínica e para os hospitais com o passar dos séculos. Para ele, o conhecimento médico, sem sua forma chancelada do saber (canônica, com registros) se dá muito anteriormente ao século XVIII, que é o das transformações modernas. Isto é, para ele, a própria Humanidade se apropriava desse tipo de conhecimento sem categorizá-lo em um nome próprio ou que o valha. Era uma espécie de liberdade desse tipo de sabedoria que corria de geração em geração. Entretanto, a partir dos meandros modernos, já no século XVIII, esse tipo de conhecimento ganha a chancela do saber. Isto é, com a medicina, com o médico, com a clínica e com os hospitais mais institucionalizados e fechados em si mesmo. Há uma diferença, portanto, entre aquele conhecimento, e o saber médico que se propaga a partir do XVIII. Ele deixa claro, todavia, que a clínica desse século é muito diferente da do século subsequente, XIX, mais especializada e independente em certos aspectos.

Interessante é notar aqui que há uma espécie de opacidade na diferenciação entre clínica e hospital propriamente ditos. Parece haver uma noção de estrutura muito mais forte atrelada ao último do que à primeira. Sendo ela, a clínica, uma ramificação do ambiente hospitalar, do qual não necessariamente é dependente, não tendo a necessidade de prestar nenhum pormenor dos seus procedimentos. É como se o médico exercesse, junto à doença, papel fundamental dentro desse pequeno ambiente que lhe é fornecido. Além disso, o que irá encontrar já é esperado, tanto pela frequência com que os casos aparecem, tanto quanto pela nosologia da prática médica cuja clínica deve ser responsável. Do contrário, o hospital parece ser uma estrutura mais institucionalizada, a qual serve de respaldo no trato do doente, e tem uma obrigação maior de acompanhá-lo em seu tratamento de início ao fim, não podendo recorrer a uma dispensa dos seus leitos, como pode ocorrer na clínica. Mas, em verdade, o que diferencia esses dois locais da prática médica? Apenas o ambiente? A noção de doente e doença? Essas lacunas parecem não ficar explícitas no estudo de Foucault (1977). Isso porque o hospital também pode se servir da prática

nosológica; sua função também se aproxima da catalogação e frequência das doenças, assim como detalha o desenvolvimento de cada caso.

Se há, portanto, uma diferença central, ela fica opaca para os leitores do texto, mas nos dá indícios quando o autor francês nos aponta para a verticalidade da clínica. Isto é, pela sua indisposição, ou não obrigatoriedade, em lançar dados, prontuários, manter registros, e sobretudo dialogar com seus arredores, é que essa verticalidade se acentua. Verticalidade essa não só em relação às próprias instituições que compõem o mesmo complexo de estabelecimentos, que atuam no mesmo espaço físico, como é o caso da clínica e do hospital, sobretudo do século XVIII, como também em relação aos pacientes. O corpo parece habitar como um simulacro da doença, em que ela se perpetua e se organiza, sendo desvendada apenas por sintagmas e signos. Ou seja, a importância está na doença, não no doente, não no médico. A doença pode falar mais que as palavras do próprio doente, são os sinais que possibilitam as descobertas das frequências e das universalidades.

Sendo assim, isso nos leva a perceber, voltando ao foco deste estudo, a tuberculose, que a forma do trato à doença, em Curitiba, muito se assemelha ao método clínico propriamente dito, mesmo que alguns hospitais especializados tenham surgido no século XX. Não apenas hospitais, como dispensários, que tinham por objetivo atender aos doentes mais pobres, sem condições de serem tratados em domicílio. A nosologia, a especialização, o corpo doente e a doença, os sintomas e signos nos parecem primordiais para se entender o clinicar do século XX daquela Curitiba ainda em transformação.

A nosologia, conjunto de doenças, conforme já dissemos, é a preparação do clínico em relação a uma gama de comorbidades que possam vir a ocorrer aos indivíduos. De certa forma, conforme afirmou Foucault (1977), o saber médico é articulado à pedagogia, ou seja, também à teoria. Assim, a preparação do corpo clínico paranaense foi fundamental na profilaxia e no combate dessas doenças, sobretudo no século XX. Já enunciamos anteriormente um pouco da história da Faculdade de Medicina do Paraná e os seus desdobramentos para o campo da medicina curitibana, além disso, enunciaremos a seguir considerações sobre um dos principais fascículos organizados por esse grupo de médicos, *Paraná Médico*, e as suas contribuições para o clinicar em Curitiba. Isso significa dizer que havia uma preparação na faculdade para a nosologia, e que essa preparação foi fundamental para se relacionar os discursos e

somar os saberes, agora mais científicos e sistematizados pelos próprios periódicos, por manuais e por teses.

Isso possibilita que digamos que essa sistematização de saberes fornece um espaço para se pensar na clínica não enquanto instituição, mas enquanto prática. É como se ela fizesse parte, mesmo que mais independentemente, dos hospitais. A nosso ver, é o ato de *clínica* que tem a função de reunir a nosologia, que auxilia na especialização, principalmente quando falamos de uma doença com um alto teor de mortandade, como é o caso da tuberculose no século XX, e seus desdobramentos, ou seja, do doente e do corpo doente. Desdobramentos esses que serão pormenorizados mais a seguir, mas que trataram tal doente por muito tempo como escuso da sociedade, conforme veremos em um registro da imprensa da época. Portanto, ao pensarmos na tuberculose, em Curitiba, no século XX, no recorte que compreende a este estudo, pensamos que o ato de clínica completa a função do hospital enquanto instituição. Não conseguimos ver a separação em duas instituições com funcionalidades distintas. E, de fato, há uma verticalização de saberes. Os manuais, as teses, os periódicos, e as associações, todos criados por médicos, nos dão essa ideia de separação desses saberes. Há uma clara distinção desse poder que deve ser cancelado em alguma esfera específica. No caso do Paraná, na então Faculdade de Medicina.

Cabe, agora, que passemos a falar do importante periódico citado anteriormente, o *Paraná Médico*. A justificativa para a escolha de tal elemento é o ponto chave para se pensar na união entre a pedagogia, a pesquisa e a prática médica em Curitiba no século XX, tendo em vista que ele foi um dos primeiros a serem arquitetados pelos médicos na então Faculdade de Medicina do Paraná.

2.2.1 O PARANÁ MÉDICO

O objetivo desta subseção é prosseguir a discussão sobre o nascimento da clínica curitibana, com enfoque nos periódicos que aqui se desenvolveram e a forma como ele se desenvolveram. A justificativa para a escolha do *Paraná Médico* é que ele foi um dos primeiros arquitetados pela Faculdade de Medicina do Paraná, dada a sua relevância de reunir pesquisa, teoria, prática, e dividi-la, sobretudo, com a classe médica paranaense e brasileira. Para tanto, será fundamental a abordagem que Paola

(2008) faz sobre esse periódico, já que ela traz ao centro seus principais artigos, desdobramentos e apresentações.

Conforme já dito, em 1912, se dá a criação da Faculdade de Medicina do Paraná, e subsequente especialização de um grupo de médicos que começa a lecionar no mesmo local, nas mais diversas áreas do conhecimento. Sendo assim, viram a necessidade de dividir tal conhecimento com outros profissionais da área, sobretudo, tendo em vista a forma como a linguagem desse material era constituída, bem como as conferências e reuniões que faziam em torno dessas. Isto é, nos parece que a ideia inicial da estreia desses fascículos não era a divisão com a comunidade em geral, mas a restrição para um grupo de intelectuais específicos que se viam em meio a problemas reais de saúde e controle de epidemias na cidade que crescia em um ritmo acelerado.

Então, em 19 de agosto de 1916 criam o *Paraná Medico*, em uma ramificação da Sociedade de Medicina do Paraná. Contribuem, em um primeiro momento com esse periódico científico, nomes como Miguel Santiago, Victor Ferreira do Amaral, João Cândido Ferreira, Reinaldo Machado, Leal Ferreira, assim como outros nomes (PAOLA, 2008, p.11). Santiago seria editor do fascículo até 1919, quando então assumiria Heráclides de César Souza Araújo.

A autora destaca, nesse sentido, que inicialmente já foi dado um valor político ao periódico, tendo em vista que, na apresentação, é possível notar que Miguel Santiago, responsável por essa, faz uma referência à classe médica do país. Ou seja, com essa noção de classe, ele delimita que as anotações sejam destinadas a um nicho bem específico da sociedade.

Além dessa preocupação mais institucional, a primeira edição demonstra uma inquietação com aspectos da higiene local:

O *Paraná Medico* já em seu primeiro ano de edição, 1916, revela preocupação com a higienização e saneamento do estado do Paraná, quando o Dr. Belmiro Valverde, em forma de pronunciamento em sessão ordinária da Sociedade de Medicina do Paraná, apresenta um relatório sobre Febre Tifoide e sobre Gripe, doenças consideradas epidêmicas na época (PAOLA, 2008, p.23).

Assim, a autora também relembra, nesse viés, conforme já apontamos no primeiro capítulo, que a Liga Pró-Saneamento havia sido fundada, e as aflições quanto à higiene e ao sanitário não só das cidades quanto dos locais mais afastados eram o caminho para tornar o Brasil civilizado, seguindo o discurso da época.

Dentre o intervalo de sua publicação, dos anos de 1916 a 1930, muitos foram os problemas enfrentados pelo periódico, principalmente a falta de recursos para continuar a publicação seja ela bimestral, trimestral ou anual. Paola (2008) percebe que entre os anos de 1921 e 1924 não houve edições do fascículo. A justificativa dada pela própria editoração era a da falta de recursos para tanto. Em 1925 houve seu retorno, que não durou até 1927, quando interrompido novamente. Nota-se, nesse momento, a falta de propagandas que pululavam em suas páginas no passado.

Em 1930 foi retomado pela última vez. Nesse ano, afirma Paola (2008), foram organizadas as suas duas últimas edições. Interessante é notar aqui que em 1931 esse periódico dá lugar a outro que é muito frequente em nossas fontes, conforme já dito, a *Revista Médica do Paraná*. Ou seja, podemos tratar a segundo como continuação do primeiro, cuja necessidade de um estudo mais metuculoso sobre as suas características gerais se faz necessário, a qual deixamos para outro pesquisador que venha a se debruçar sobre este tema.

A respeito da frequência de matérias públicas no periódico *Paraná Medico*, a autora levanta o seguinte: “A área de Sanitarismo e Higiene é bem significativa, com 11,1% dos artigos analisados, Parasitologia com 8,7% e Bacteriologia com 4,8% compõem um grupo que reflete as preocupações quanto à profilaxia do Estado” (PAOLA, 2008, p.31). Dessa forma, ela relembra que no período em que esses estudos são feitos, Curitiba ainda não contava com uma rede de esgoto e abastecimento de água eficientes, fazendo com que as autoridades da época, governo, médicos e professores, se preocupassem em demasia com o contágio e transmissão de doenças de cunho bacteriológico e viral.

Frente a isso, é plausível que digamos que o *Paraná Medico* é parte do que nós chamamos acima desse ato de clinicar, que utilizamos da abordagem de Foucault para refletir a respeito. Isto porque ele é um periódico que reúne o saber médico voltado a uma comunidade específica de médicos, com os mesmos interesses e abordagens semelhantes, reunindo em um mesmo lugar a nosologia, a teoria e a prática por meio de signos em forma de discursos ou de manuais. Ou seja, não que o fascículo seja toda a prática do clínico, tendo em vista que o ato de clinicar não requer apenas a parte escrita, falada e proferida, mas principalmente a prática, que é fundamental na cura e na recuperação dos doentes de várias comorbidades, inclusive a tuberculose.

Assim sendo, ele atua como uma parte desse ato e acaba por nos fornecer uma espécie de preâmbulo do que era a tarefa de clinicar na Curitiba moderna, tendo em vista que ele foi um dos pioneiros, sobretudo quando pensamos em higienização e sanitarismo das áreas urbanas e rurais do Paraná. Ele é capaz de reunir, então, os saberes em forma de discurso, assim como seus sucessores, como as teses médicas, que constam no presente estudo, bem como outros periódicos e anais que surgiram da reunião em conselho de demais médicos posteriormente. Enfim, esse parece nos ser um compêndio do ato de clinicar, demonstrando que, de fato, a clínica médica se organiza de forma específica, com ramificações universais e frequentes, e foca nas doenças, não nos pacientes, com base a trazer uma cartela universal que possa ser seguida à medida que convém ao clínico, não se obrigando a trazer casos diretos, nem prontuários. Demonstrando, assim, a sua verticalidade em relação aos outros grupos que compõem a sociedade curitibana, que não fazem parte do nicho médico-científico e têm pouco acesso a essas informações veiculadas em material muito específico da área, com seus signos e sintagmas mais específicos ainda.

Em suma, para encerrarmos a questão do clinicar médico em Curitiba, uma outra seção foi organizada para tanto. Espaço esse que busca discutir a verticalidade desses saberes e como eles se conjuntaram nas instituições e na arquitetura conforme delimitamos no início deste capítulo.

2.3 O SANATÓRIO MÉDICO CIRÚRGICO DO PORTÃO

A presente seção tem por objetivo reunir e resumir a abordagem delimitada até o momento. Isto é, pensando nas questões que foram levantadas sobre arquitetura, instituição, isolamento, verticalidade e saber clínico. Por isso, nosso objetivo aqui foi bem preciso: o Sanatório Médico Cirúrgico do Portão, atual Hospital do Trabalhador, situado no bairro do Portão, na cidade de Curitiba. A justificativa para tanto se deu pela importância desse centro a despeito do trato à tuberculose no que corresponde a métodos mais sofisticados. Não é difícil de encontrar na imprensa da época, e até em anos posteriores ao nosso recorte temporal, como no jornal *O Dia*, em edição de 1948, pessoas agradecendo seu tempo de estadia no local:

Agradecimento

João Batista, ex-interno do Sanatório Médico Cirúrgico do Portão vem por meio deste conhecido matutino agradecer ao corpo médico e enfermeiras

daquele Sanatório, pela maneira humanitária, com que foi tratado. Outrossim, despede-se das pessoas amigas de Curitiba (O DIA, 1948, p.5)

Outros anúncios similares podem ser vistos no decorrer dos jornais da época. Interessante notar que geralmente são feitos por uma classe mais abastada, tendo em vista que esse tipo de anúncio tinha um alto preço na época, e muito desses ex-internos não moravam em Curitiba e vinham em busca de tratamento para a região. No mais, não há como pontuarmos que são sobreviventes de tuberculose, mas tendo em vista que o hospital era então referência nesse sentido, e que foi um dos primeiros centros a tratar cirurgicamente da doença, podemos inferir que em sua grande maioria os pacientes eram portadores da comorbidade.

Dada essa justificativa, podemos falar um pouco do hospital. Foi fundado em 1947, por meio de decretos do então governador Moyses Lupion, que permanece no cargo de 1947 a 1950. Contou com a direção, entre os anos de 1947 a 1958 de José Luiz Bettega e tornou-se Hospital do Trabalhador somente em 1997, quando seu foco já não era mais apenas o tratamento da tuberculose.

Haja vista essa introdução, passemos a pensar na organização da cidade de Curitiba e a sua relação com o bairro Portão. Conforme já dissemos anteriormente, principalmente com base nos estudos de Cidade e Paz (1987), que fazem uma leitura brilhante sobre o que diz De Boni, podemos dizer que a cidade de Curitiba teve focos de transformação urbana. Os bairros foram se desenvolvendo de maneira isolada, bem como o centro da cidade, que na época abrigava a maior quantidade de estabelecimentos, como lojas e pensões. Nem todos os bairros tinham água tratada e esgotos, conforme nos salientou Paola (2008), o que deixava clara uma segregação já estrutural no interior da cidade.

Os principais pontos de passeio e calçadas se configuravam no centro da cidade e nos seus arredores. O Passeio Público já havia sido construído, e alguns prédios já habitavam o local. A Universidade Tecnológica Federal do Paraná, antigo Centro Federal de Educação Tecnológica Federal do Paraná (CEFET-PR) e mais antigamente ainda Liceu Industrial do Paraná já tinha lugar no centro de Curitiba, assim como a Faculdade do Paraná. Ou seja, alguns monumentos se destacavam nesse período, mesmo que de forma tímida.

Quanto aos hospitais, já podíamos ver a Santa Casa de Misericórdia, presente muito anteriormente nos registros urbanos, em meados dos anos 1880, assim como o Hospital de Isolamento Oswaldo Cruz, localizado atualmente no Alto da XV, do qual

já falamos brevemente sobre sua fundação, e que também era referência no isolamento de doentes, não apenas vítimas de tuberculose. Sendo assim, Curitiba ainda era uma cidade em construção. O bairro Portão seguia os mesmos moldes.

De acordo com Cid Destefani (2014), para a Gazeta do Povo), o bairro só foi asfaltado em 1952, na posse do prefeito Ney Braga, tendo em vista que o número de carros na região aumentou, e a República Argentina já não mais poderia ser vista como uma rua qualquer, já que auxiliava na ligação entre o centro e outros bairros mais afastados da cidade. Nesse sentido, a medida emergencial teve que ser tomada pelo governante. Mas, antes disso, as estradas eram feitas de saibro, e diversas carroças circulavam entremeio as pessoas que ali viviam. Além disso, a forma mais rápida de se chegar ao bairro, principalmente antes da criação dos bondes, era por meio da linha férrea, que tinha início no centro da cidade e parava na Estação Portão.

Percebe-se, assim, que o bairro era isolado, especialmente do centro da cidade, sendo uma decisão manter nele um dos hospitais de isolamento dos doentes de tuberculose do período. Isso corrobora então a ideia discutida no início deste capítulo, que traz ao centro de discussão como os desajustados, sejam eles físicos ou “tipos sociais” específicos são trazidos às margens da sociedade. Cabe destacar que a maneira de isolamento era feita duas vezes. A primeira, pela própria distância do bairro em relação aos pontos mais centrais, a segunda, ao próprio isolamento ao qual se submetiam esses doentes nas dependências daquele hospital.

A fim de ilustrar essas questões, trazemos ao centro da discussão uma imagem (anexo 3) que data de 11 de fevereiro de 1949 que pode nos auxiliar a fomentar o argumento acerca do isolamento desse centro de tratamento frente à arquitetura urbana da cidade de Curitiba.

O que nos chama atenção em um primeiro momento é a diagramação da página de jornal. A notícia “ha oito dias que os telefones não funcionam! justo apelo de dezenas de pessoas” (DIÁRIO DA TARDE, 1949, p.1) aparece em destaque na primeira página do jornal, inclusive acima da data veiculada por ele. Interessante é que a notícia em si não ocupa nem um terço da página e veicula o seguinte recorte:

Há precisamente oito dias que os telefones das zonas compreendidas entre Vila Izabel e Vila Formosa (próxima ao Sanatório Médico e Cirúrgico do Portão) não funcionam, o que vem causando prejuízos aos moradores daquelas zonas, mormente às casas de comércio e indústria que são muitas naquele bairro.

A situação é das mais angustiosas. Os moradores daquelas populosas zonas estão isolados do centro da cidade, como se estivessem em uma ilha, e em caso de doença grave na família, não podem nem chamar um médico com

urgência, nem mesmo um automóvel e tem que aguardar condução para a cidade, o que demanda longo tempo, para aqui se avistar com médico e levá-lo até sua casa.

Cumpra, pois, a Cia Telefônica Paranaense tome providências a respeito, atendendo assim o apelo dos moradores daquelas zonas isoladas, cujos telefones são hoje figuras decorativas (DIÁRIO DA TARDE, 1949, p.1).

O texto então nos apresenta algumas chaves para considerações. A primeira delas é a presença da companhia telefônica. Mesmo se tratando de um local isolado, como o próprio excerto desvela mais tarde, o aparelho já era um trunfo utilizado pelos moradores da época como comunicação com as outras regiões. O segundo são os paradoxos que aparecem no texto, propositais, a nosso ver. Em um primeiro momento, seu autor afirma que a região é cercada de comércio e indústrias, além da presença de moradores, tendo em vista que o temor é de que esses tenham algum problema de saúde e necessitem de auxílio médico. Entretanto, em um segundo momento, o discurso do jornal deixa transparecer o quanto a região é isolada do centro da cidade, e o quanto o telefone é crucial para que haja essa ponte. Ou seja, isso nos leva a crer que se forma uma espécie de vila isolada na região que atualmente corresponde ao bairro Portão e os seus arredores.

Parece haver um desenvolvimento concomitante com o centro da cidade nesse sentido, um crescimento local que se beneficia, entre outras coisas, da própria presença do hospital. Isto é, não há hierarquia no crescimento citadino, já que vários pontos despontam ao mesmo tempo. Mesmo com a tentativa de isolamento dos desajustados, houve o estabelecimento desses em outras áreas, se firmando assim em outros tipos de centros. Centros esses que, talvez, na época, não fossem considerados como canônicos, tendo em vista que não trariam todo suporte do centro da cidade propriamente dito, mas que também se formulavam e sobreviviam à medida que eram relegados à margem pelas políticas governamentais.

Portanto, mesmo isolando esses doentes em um primeiro momento, não houve como frear o próprio desenvolvimento natural da cidade, das transformações que ela passava naquele momento. Isso fugiria a qualquer política pública ou discurso, fosse ele médico, científico ou político. Então, esse doente, desajustado, até então relegado à sua própria presença, se via estabelecido em uma espécie de outro centro, outra ramificação de um mesmo conglomerado urbano, mais isolado, é certo, mas não tão isolado de forma que pudesse ser escondido dos outros grupos sociais.

3 TUBERCULOSE: ENTRE DISCURSOS E PRÁTICAS

O presente capítulo é fruto de percepções de que haveria um potencial de discussão entre ferramentas teóricas e metodológicas específicas e os discursos médicos sobre a tuberculose que se fomentavam em Curitiba entre os anos de 1930 e 1953. Nesse sentido, procurou-se discutir algumas noções acompanhadas dos próprios discursos, como a de *bios*, levando-se em conta a sua abordagem para os projetos modernizadores de Curitiba e a sua relevância para o campo de trabalho que se fomentava na cidade. Ademais, procurou-se desvelar um campo científico também em transição naquela Curitiba, refletindo-se sobre as suas controvérsias e achados. Não obstante, intentou-se discutir sobre genealogia e como essas questões fazem parte do clínico médico. E, por fim, teve-se em vista a ideia de se considerar as práticas de poder-saber e a sua articulação com outras esferas, a fim de se pensar nas políticas públicas que eram delineadas no Paraná em meados dos anos 1930.

3.1 BIOPODER OU BIOPOLÍTICA? *COMBATEMOS A TUBERCULOSE!*, DE M. ISAACSON (1935)

Ao se conceituar uma definição precisa do que se entende por *biopolítica* e por *biopoder*, logo vem em nossa mente os escritos de Michel Foucault. Obviamente, não podemos deixar de considerar sua perspectiva quando tratamos desse assunto. No entanto, alguns outros teóricos também se debruçam sobre esses conceitos. Podemos citar, nesse sentido: Giorgio Agamben (2007) e Roberto Esposito (2006), principalmente.

Temos por objetivo, portanto, na presente seção, fomentar uma discussão teórica entre os autores já citados, refletindo sobre as questões de *biopolítica* e *biopoder*, apresentando, dessa forma, as semelhanças e as diferenças entre essas duas perspectivas. Cabe destacar, antes de prosseguir, que os conceitos de Agamben (2007) serão utilizados em menor medida. Isto porque, a relação que ele coloca traça uma diferença entre o pensamento de Foucault e os de outros autores, mostrando que o que é orgânico se difere de aparatos externos. Quanto ao orgânico, temos algo que está interno ao sujeito, no nosso caso, a biologia. Do contrário, o externo corresponde à normatização social e a questões que caminham nessa linha. Essas abordagens serão pormenorizadas no futuro. Nesse sentido, o objetivo principal que aqui se forma

é pontuar as diferenças e similaridades dos conceitos de *biopoder* e *biopolítica*, em um primeiro momento. Em um segundo momento, temos como foco a possível aplicação deles de forma empírica, isto é, frente a uma fonte. Fonte essa que trata dos desdobramentos da tuberculose em Curitiba, e que tem um título bem sugestivo: *Combatemos a Tuberculose!*, sendo de autoria de Miguel Isaacson, datada de 1935.

Para tanto, as indagações que se fazem aqui são na seguinte ordem: *Qual a diferença principal entre biopolítica e biopoder nas concepções teóricas que serão aqui abarcadas? Essa discussão nos serve como uma forma de análise do cenário curitibano de 1935? É possível fomentar um diálogo?*

Combatemos a Tuberculose! é uma tese médica defendida na então Faculdade de Medicina do Paraná, mais especificamente no setor de doenças torácicas. Em linhas gerais, ela trata dos avanços da tuberculose, sobretudo traçando um panorama que perpassa a primeira metade do século XX. Ademais, apresenta as perspectivas para o combate da doença, bem como reúne um cenário amplo que se estabelece na ordem de delimitar o real quadro dessa patologia. Há, além disso, um apelo cientificista em suas linhas. Isto é, mostra como a modernidade progride e auxilia a medicina na manutenção dos sujeitos sãos. Os dados sobre as taxas dos acometidos pela doença que o autor fomenta são exemplos disso.

Dito isso, é necessário que o leitor tenha em mente que esses conceitos não são absolutos e muito menos suprem uma discussão tão rica como a de Curitiba das três primeiras décadas do século XX. É bom que nos lembremos do *Anjo da História* de Walter Benjamin, em que se afirma que a história se esconde nos escombros. Haverá lacunas que devem ser supridas conforme o avanço das discussões teóricas, em diversos campos do conhecimento. Sendo assim, nosso objetivo principal neste momento é utilizar os conceitos de *biopoder* e a *biopolítica* como uma lupa para se pensar na Curitiba do início do século XX.

Nesse sentido, recorreremos aos esclarecimentos de Esposito, em um primeiro momento. Em seu livro denominado *Bios – Biopolítica y filosofía* (2006), ele escreve o que ele entende por *biopolítica* e seus principais desdobramentos dentro do Estado. Ele adverte, antes de mais nada, que o termo “[...] se trata de ese complejo de mediaciones, oposiciones, dialécticas [...]”³ (p.26), portanto, isso confirma nossa

³ “[...] se trata de um complexo de mediações, oposições, dialéticas [...]” [tradução nossa].

preocupação inicial da dificuldade de se conceituar esses termos, tão semelhantes e tão opostos ao mesmo tempo. Ele inicia sua fala e orienta que a *biopolítica* é moderna (p.17). Entretanto, ela não é moderna porque se estabelece justamente no que se convém chamar de modernidade, mas ela é tida como moderna porque seu auge se deu nesse período.

Novamente temos um termo de difícil conceituação: modernidade. Muitos autores já se debruçaram sobre ele, como é o caso de Marshall Berman, Anthony Giddens, Ben Singer, entre outros. No entanto, nos limitaremos ao que nos diz o último, já que ele considera que há três tipos de forma de se construir o conceito de modernidade – percepção que mais nos parece completa neste estudo. O primeiro deles diz respeito a aspectos morais e políticos. O segundo trata do aspecto cognitivo da modernidade. O último, por fim, traz à baila as questões de industrialização e a própria consideração do que se entende por *modernidade*.

Além da própria noção de *renovação* proposta pelo autor, acompanha-se nessa esteira as questões de uma racionalidade fortemente baseada na perspectiva Iluminista. Importante notar aqui que Ben Singer se utiliza do termo *racionalidade instrumental*, o que faz com que possamos entender tal racionalidade como operacionalizada. Podemos perceber o discurso médico como algo que atua também nesse sentido. Há, também, a construção de mundo de acordo com essa prática racional. Ao mesmo tempo em que se constrói o discurso médico – acompanhado pela racionalidade, pela ciência, pela higiene e pela medicalização da sociedade – constrói-se também um mundo tido como *novo* e *repensado*. Portanto, esse conceito nos parece mais adequado para se analisar nossa fonte. Com base, então, nessa abordagem cognitiva, cabe notar que há um novo sopro no sentido socioeconômico que também é visível.

Assim, Curitiba é um exemplo disso. Além dos próprios ares da perspectiva da renovação cognitiva, de um período de insatisfação, há também uma noção de urbanidade que se fomenta. Para a primeira afirmação, podemos nos lembrar dos principais poetas do período. Emiliano Pernetá e a sua rede de relações, como Dario Vellozo, Julio Pernetá, entre outros, são responsáveis pela renovação literária curitibana, principalmente pela sua relação com o Rio de Janeiro. Para a segunda afirmação, podemos pensar que parte da estrutura urbana presente na atualidade em Curitiba pode ser fruto dessa necessidade de renovação vista no início do século XX. A própria organização das cidades se dá no sentido de se prevenir doenças, sobretudo

a tuberculose, conforme veremos em nossa fonte. Há um planejamento muito maior em relação a isso, no intuito de deixar o Estado livre de enfermidades.

Esposito (2006) justifica o auge do aparecimento da *biopolítica* no período moderno. Em linhas gerais, é como se ocorresse o nascimento da *bíos*⁴ porque é nesse momento que pensar sobre a vida – principalmente em sua forma mais orgânica. Nesse sentido, a profilaxia, os tratamentos a doenças, a higienização, entre outras ações que tratam do biológico, são repensadas como forma de se contradizer as estruturas fixas que consideravam as doenças como algo natural do próprio existir humano. Isso se aliaria ao político, que diz respeito aos próprios mecanismos de poder oriundos da esfera pública, e conectaria tais elementos por meio de um entrelaçamento bastante coeso. É como se a vida tivesse que ser introduzida na política e, consecutivamente, a política pudesse ser traduzida pela biologia. Parece haver, nesse sentido, uma relação iminente entre a vida e a morte. É o medo da morte que faz com que a política passe a se preocupar com os indivíduos e/ou trabalhadores. Além da própria consolidação da técnica, mecanismo que ganha corpo nesse período.

Talvez a principal crítica que Esposito faz a Foucault, nessa perspectiva, é de que o último – embora tenha ressalvas aos percursos modernos, porque observa as suas rupturas e contradições – entende que o conceito de *biopolítica* está calcado em épocas anteriores. A justificativa para tanto é que Foucault entende as relações de morte e vida como não controladas efetivamente por parte do Estado em períodos anteriores à época moderna. Já a partir da modernidade, é como se não houvesse uma preocupação com matar (como nas batalhas épicas); mas sim com salvar vidas. Visto que é esse cenário que atua como pano de fundo para o desenvolvimento da *biopolítica*.

Portanto, Esposito acredita que a percepção foucaultiana requer maior lapidação. Para ele, não é que a raiz da *biopolítica* não esteja com fulcro em épocas anteriores, mas é como se, somente com o advento da modernidade, a conservação do indivíduo seja entendida como uma manutenção da soberania. Isso pode ser visto, ainda de acordo com o autor, principalmente nos movimentos fascistas que se estabeleceram durante o século XX. É como se a proteção da vida dos indivíduos só

⁴ O conceito de *bios* é tido pelo autor como o conjunto da *biopolítica* e do *biopoder*.

fosse possível se a morte ficasse à espreita de qualquer lacuna para que se concretizasse.

Uma outra perspectiva levantada por ele diz respeito à continuação da ideia de *biopolítica* com o advento nazifascista. Há, porventura, a biologização da política. É como se a sociedade alemã fosse um corpo enfermo que necessitasse da intervenção do Estado a fim de adquirir a cura. Cura essa que é feita com violência. Esse corpo, por ser uma analogia ao Estado, é como se estivesse lutando contra si próprio. É, portanto, uma doença autoimune, que ao mesmo tempo que deteriora o próprio corpo, usa mecanismos de defesa biológicos para promover a sua própria salvação.

Além do próprio repensar sobre o corpo - no qual o ato de *repensar* em todos os sentidos é próprio da modernidade - há um entendimento de sua forma orgânica, que embora natural pudesse ser controlada com mecanismos que evitassem a morte, pelo menos a curto prazo. Essa discussão, conforme já dito, se acalenta na modernidade, quando a técnica também é repensada. Não que a técnica não exista antes da vida moderna, mas como período de renovação ela passa a ser usada em maior escala, sobretudo por meio do trabalho, sendo esse o motor para a consolidação da modernização. Dito isso, há uma ligação essencial entre trabalho e controle: o capitalismo. Na perspectiva que entendemos até o momento, o *biopoder* também pode auxiliar como prevenção à vida, já que se faz necessário uma massa trabalhadora para tanto. Assim, de acordo com Esposito (2006), há uma relação estreita entre o corpo e aquilo que se considera seu domínio, com os conceitos de técnica e tecnologia, tendo em vista o próprio desenvolvimento do trabalho os conectando. O *biopoder* é talvez aquilo que ajuda a articular esses termos, sendo responsável pelo controle desses elementos, o que teria como objetivo a preservação da massa trabalhadora ou até mesmo a manutenção da vida em maior escala.

Assim sendo, a *biopolítica* é uma forma de associar a vida à política do controle dos discursos que se estabelecem como forma de saber e poder, consecutivamente. Portanto, o ato de problematizar é o que se liga com a modernidade. Há uma junção entre o corpo, técnica e tecnologia, fomentadas pela propriedade de especialização do trabalho. Trabalho esse próprio para se reproduzir o que se entende por moderno, sendo os aspectos ideológicos, socioeconômicos e cognitivos constatados mesmo que isso se dê a favor de mecanismos de poder. Portanto, não se estabelece uma hierarquia, pois o que é moderno é gerado para sustentar a modernização. E o contrário também se estabelece: a modernização é sustentada pela força de trabalho

para que haja a modernidade. O cognitivo, o socioeconômico, o político e o ideológico se entrelaçam como em um amálgama.

Surge, portanto, outra questão que, além de ser centrada por um problema lexical, recai sobre um campo epistemológico: as diferenças fundamentais entre *biopolítica* e *biopoder*. Interessante notar que antes mesmo de fazer a distinção entre esses dois termos, Esposito já traz à tona que o domínio nazifascista sobre a população local seria um exemplo de *biopoder*. Talvez daí se forme a deixa para entendermos a principal diferença entre a forma como os autores entendem esses termos.

A dúvida que paira é se a *biopolítica* é o governo *sobre* a vida ou *da* vida. O uso da preposição correta faz toda diferença nesse caso. O primeiro é entendido, por Esposito (2006), como uma governamentalidade sobre a vida; enquanto o segundo é conceituado como uma vida que se submete ao jugo da política. Ora, não seria o nazismo, justamente, o palco para coexistirem esses dois *bios*? Daí se entende porque Esposito usa-os como sinônimos, embora não o sejam. Precisamente porque o Estado nazista utiliza-se da *biopolítica* para promover a vida do povo alemão, os tidos como escolhidos; enquanto isso, o *biopoder* se encaixa sobre os outros, povos que não se incluíam nos ditos escolhidos. É sobre a vida de quem convém, e subjuga os que não convém, ainda mais quando pensamos que essa separação é delimitada fundamentalmente pela biologia e aspectos caros ao próprio desenvolvimento social, psicológico e biológico desses indivíduos.

Essa também é uma deixa sobre a fonte a qual queremos discorrer neste estudo. Parece que esses termos coexistem nos mesmos cenários. Não há uma divisão clara já que, como Esposito orientou, a dialética é necessária. No entanto, orienta que a ideia de *biopolítica* não deva perder sua identidade originária (2006).

Dito isso, o conceito de *biopolítica* não se refere apenas a uma sociedade doente, sedenta por sua cura. Essa concepção não se refere apenas a um corpo que tenha uma parte doente que deve ser amputada. Também pode haver a simbologia de que a nação é um organismo em perfeita sintonia, e que as suas partes são codependentes umas das outras. Além de apresentar, é claro, necessidades vitais para a sua própria sobrevivência. Perspectiva que adotaremos na análise de nossa fonte.

Em detrimento dessa sobrevivência, ainda de acordo com a lógica de Esposito, é como se as revoltas e revoluções fossem partes defectivas desse corpo. É a ideia

de que um parasita o corrói lentamente. Mesmo que, desses parasitas, alguns sobrevivam por meio da própria ação do Estado, assegurando sua permanência. Surge daí, portanto, a figura do médico. Ele é responsável por sanar qualquer enfermidade que esse corpo possa vir a ter, seja da necessidade de amputação, seja da medicalização para combater parasitas que insistem em invadir um organismo em perfeita sintonia. Perfeita sintonia que, é claro, não se estabelece como hegemônica.

Esses médicos são responsáveis pela higiene destes corpos afetados. Não há nenhum mecanismo orgânico que possa promover essa limpeza. Portanto, os médicos são a outra ponta do alinhamento a fim de combater os maus, os parasitas, e qualquer outro organismo que impeça o funcionamento correto do Estado. Há um aspecto normatizador que corrobora essas perspectivas. Esposito (2006) ainda discute como a própria *biopolítica* deve suprir as falhas que atingem o Estado, não pensando só em aspectos orgânicos, mas sim em ataques biológicos que possam vir do exterior e ameaçar esse corpo.

Contraponto interessante ele começa a traçar com Foucault. Recorre, novamente, à questão de que o filósofo se apoia nos escombros das outras eras para afirmar suas proposições. Obviamente, isso não se dá em um aspecto linear, já que Foucault justamente rejeita a categorização, além da ideia de poder que se estabelece de baixo para cima, a própria ideia de soberania. Para Foucault, em *Vigiar e Punir* (2014), não há uma regulação do Estado de indivíduos para indivíduos, nem de um poder soberano para esses indivíduos, mas sim “[...] su *sujecion* a determinado orden que es al mismo tempo jurídico y político.”⁵ (ESPOSITO, 2006, p.44) [grifo do autor].

Sendo assim, ao que parece, os desdobramentos de Foucault pairam sobre o campo da *imanência*, o qual é explorado por Agamben (2007). Parece haver, nos escritos foucaultianos, segundo ele, uma inclinação para relacionar a vida com o saber e o poder, sendo a *biopolítica* uma forma de suprir esse hiato sem que haja uma sobreposição entre um e outro.

Essa *imanência*, conforme o autor, é como se dão as relações intersubjetivas, sendo elas responsáveis por fomentar algo interno que, no caso, é o biológico; a própria vida. É como se o que Foucault propõe fosse de encontro à transcendência,

⁵ “[...] sua sugestão a determinada organização que é ao mesmo tempo jurídica e política.” [tradução nossa]

já que sua perspectiva é a do sujeito, do interno; da consolidação desse sujeito como tal.

Portanto, os escritos de Foucault vêm à tona no diálogo que realiza com os autores supracitados. Dito isso, é necessário recorrer ao que próprio autor diz a fim de apontar des(similaridades) entre os pontos fundamentais de ambas as obras. Ele, conforme já dito, dilui suas teorias em vários de seus trabalhos, principalmente a partir dos anos de 1970. Todavia, elas não devem ser vistas como metodologias a serem seguidas; seus conceitos fazem referências interessantes aos desdobramentos da atualidade. Assim podendo ser inclusos em diversas perspectivas analíticas, como a fonte que aqui vamos explorar.

Haja vista essa questão, podemos definir, para Foucault (1979), o conceito de *biopolítica* baseado na própria consolidação da medicina e do corpo de trabalho. Para ele, o corpo de trabalhadores não foi o primeiro a ser investigado pela própria *biopolítica*, mas sim passa a ser a partir do século XIX. Essa perspectiva culmina com o delimitado por Esposito. Há, de fato, uma preocupação maior com a *biopolítica* a partir da modernidade. No entanto, para o segundo, é nesse período que ela atinge seu auge, tendo em vista que é no período compreendido como modernidade que o corpo é entendido como aparato biológico e político. Isto é, o corpo humano passa a ser ferramenta para o sistema capitalista se firmar enquanto sistema econômico, permeado pelo trabalho fabril e pela produção em série.

Para Foucault, em contrapartida ao que exprime Esposito, a *biopolítica* pode ser ligada à medicina. Dessa forma, o primeiro (1979) estabelece três formas dessa medicina que está ligada ao saber e, consecutivamente, ao poder: a medicina do Estado, a medicina urbana e a força do trabalho. A primeira tem seu desenvolvimento na Alemanha, sobretudo porque se pretende encontrar uma medicina que seja *do* Estado e *sobre* o Estado ao mesmo tempo – Foucault entende aqui, portanto, o que Esposito chama de *biopoder*. Ademais, a primeira cadeira da Higiene enquanto disciplina acadêmica é no mesmo país, em meados de 1865.

Talvez isso se dê na Alemanha, afirma ele, em detrimento da própria unificação que caminhava a passos lentos. O Estado precisava de mecanismos que pudessem ajudá-lo a suprimir as suas inconstâncias, propiciando seu fortalecimento, não sendo mais possível fazer um controle populacional, por exemplo, menos denso. A própria medicina e a prática médica passam a ser controladas, o que reflete, para Foucault, seu nascimento na Alemanha: justamente por considerar a *biopolítica* estreitamente

ligada a certa prática médica que passa a ser controlada e a funcionar em maior escala.

A medicina urbana, por sua vez é, principalmente, francesa, afirma Foucault (1979, p.50). Ela, diferentemente da Alemanha, se pauta na própria organização urbana. Há um controle que visa maior organização do Estado, em relação aos próprios poderes que nele se constituem, sendo necessária uma maior unificação dele em prol do ideal de urbanização. Nesse sentido, há também um controle sobre as próprias revoluções, ainda mais se elas partem dos camponeses, paupérrimos, nas palavras de Foucault (1979, p.51), que apresentavam uma ameaça à organização do Estado.

Essa questão coincide com o que foi delimitado por Esposito. Há, de fato, no corpo do Estado, certos perigos que funcionam como parasitas. Parasitas esses que são supridos pelo *biopoder*, mas que se sanam, na perspectiva de Foucault pela própria medicina urbana que é, em verdade, um dos pontos principais da *biopolítica*. Tal percepção é a que mais se aproxima da fonte que iremos analisar: há uma tentativa de organização social que, embora se dilua em vários poderes, é necessária para suprir certas ameaças ao corpo do Estado, no nosso caso, as doenças, mais especificamente a tuberculose.

Foucault também orienta para a existência de doenças que poderiam se estabelecer na França, e as formas como elas seriam contornadas. Para ele, seria necessário, antes de mais, isolar essas pessoas, para justamente suprir a necessidade de ir e vir que podia afetar o corpo cidadão. Em um segundo momento, seria conveniente que se estabelecesse uma descentralização do poder: cada bairro teria seu representante a fim de formar uma forte guarda aos perímetros que estavam sendo atingidos pela epidemia. Em um terceiro momento, era necessário fiscalizar os indivíduos nas áreas que ocupavam. Caso fosse necessário, eles seriam levados para fora da cidade em lugares especiais para tanto. Assim, a desinfecção era medida plausível, já que se assumia o risco de determinadas epidemias passarem por meio do ar.

Por fim, a força do trabalho, na perspectiva de Foucault (1979), não é, portanto, o interesse máximo do Estado. Ela é uma das consequências do que se faz na medicina urbana. Isto porque o trabalhador não é a prioridade, sendo a prioridade “[...] a força do Estado em seus conflitos, econômicos, certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos” (p.50). Tais perspectivas se diferem, em vários graus, do

exposto pelo primeiro autor. Ele acredita, conforme já dito, que isso seja o ponto de encontro entre a modernidade e a *biopolítica*, sendo a primeira responsável pelo abrochar dos movimentos nazifascistas, bem como a maior medida da técnica e, consecutivamente, dos trabalhadores.

O *biopoder*, conforme já advertiu Esposito, é um conceito que pode ser afinado e revisto conforme o momento que ele se apresenta. Para Foucault (2008), esse aspecto se refere aos aparatos biológicos próprios para o funcionamento da espécie humana, podendo se estabelecer nessa medida uma relação com a política.

As sociedades se voltam, a partir do século XVIII, a repensar as questões biológicas. Foucault, por seu turno, adverte que o poder não é algo que perpassa um fio condutor, que se estabelece em apenas um centro e assim, quando possível, tal centro se altera. O *biopoder* é simplesmente relacional. Ele é “um conjunto de procedimentos” (FOUCAULT, 2008, p.4).

Essa reflexão coincide, em certa medida, a despeito do que Esposito (2006) nos diz. Há, de fato, um conjunto de procedimentos, baseados nos aspectos biológicos, que endossam determinadas atitudes segregacionistas nazifascistas. Nesse sentido, se concede uma espécie de padrão a fim de negar ou incluir determinadas etnias e predisposições genéticas a um determinado grupo. No entanto, nos parece que Esposito entende o nazifascismo, bem como a Alemanha hitlerista, como um poder que sobrepõe os outros elementos sociais. Portanto, não seria exatamente uma série de procedimentos responsáveis pela organização do Estado, mas sim um poder soberano que dificilmente seria suprimido já que tinha a biologia ao seu favor, portanto, o *biopoder*, mecanismo que possa se unir à *biopolítica* e regular o Estado como unidade e com organização social própria.

Posto isso, está claro que os conceitos de *biopolítica* e *biopoder* não são consenso entre os autores, ainda mais os que vieram depois de Foucault como o próprio Esposito e Agamben. É difícil, portanto, como dissemos no início deste estudo, conceituar vocábulos tão próximos, mas tão distantes ao mesmo tempo. É certo que eles se confundem. É certo também que são codependentes, já que podem habitar o Estado ao mesmo tempo, não apresentando um recorte espacial e temporal, mas sim seguindo-se de acordo com os poderes relacionais que estabelecem entre os próprios indivíduos. Reforçamos, portanto, que não há um poder específico, de acordo com Foucault (1979), que emane do Estado como soberano.

Nesse sentido, passemos agora a considerar esses desdobramentos frente à fonte a qual decidimos analisar, utilizando essas óticas como mecanismos possíveis de enxergar a realidade de Curitiba da terceira década do século XX. Portanto, a *biopolítica* e o *biopoder* apontarão para essa possibilidade, mas deixamos hiatos para estudos futuros que se debrucem sobre ao mesmo período e fontes.

3.1.1 O poder-saber médico: diálogo entre a prática médica e as possibilidades apresentadas pela *biopolítica* e pelo *biopoder*

M. Isaacson é um tisiologista do século XX que escreve sua tese denominada *Combatemos a tuberculose!*, em 1935. As características principais dessa tese podem ser interpretadas utilizando-se do que afirma Foucault sobre medicina urbana, proveniente da *biopolítica*. Apesar disso, a concepção que mais se aproxima do que Curitiba vivia naquele período, da década de 1930, é a de uma medicina criada a partir do controle do próprio Estado e dos indivíduos que nele habitam.

Há, nesse sentido, uma preocupação iminente sobre a vida e sobre a morte. Isaacson, sobre isso, profere uma interessante frase: “o terrível *morbis* [a tuberculose] [...] está em via de ser julgado, graças aos constantes esforços da ciência médica” (1935, p.3). Por esse motivo, a perspectiva que adotaremos aqui diz respeito à medicina urbana. Medicina essa que se apropriava da própria organização da cidade na tentativa de manter um dado corpo populacional ativo e produtivo, além, é claro, de manter os sujeitos sãos. Esse tipo de medicina serve, então, para que o discurso médico e das políticas públicas trabalhem em conjunto: há um projeto de modernização que tenha por objetivo a preservação da vida. Assim como o trabalho faz parte do mundo moderno, esse mundo moderno depende do trabalho para que permaneça como tal. Há uma relação de interdependência entre ambos.

Curitiba, portanto, vivia seus próprios conflitos internos, como as doenças que se reproduziam em maior escala. O controle sobre a vida é, então, necessário para que se haja um maior poder político, que pensa em medidas próprias para a organização das cidades na tentativa de controlar e/ou erradicar determinadas doenças. Essa forma de poder se estabelece por meio das políticas públicas, por exemplo, que não são o foco de nosso estudo, mas estão presentes em certa medida nos processos de urbanização e modernização de Curitiba. Sendo assim, nos voltamos à Primeira República. Com base nos próprios estudos de Souza-Araújo

(1919), a lepra foi uma grande preocupação urbana. Então, pensar em uma cidade que foi acometida por duas doenças infectocontagiosas que tiveram seu auge quase que ao mesmo tempo, é pensar se seus problemas internos talvez fossem mais emergenciais que os externos. A modernidade é codependente da vida: é dela que se alimenta, assim como é dela que deve ser aliada para combater suas principais ameaças, como a tuberculose.

Portanto, embora retomemos aos conceitos da medicina urbana, ligada em certa medida ao *biopoder*, eles nos cabem em partes, tendo em vista que são apenas mecanismos para nos ajudar na compreensão daquela Curitiba. Portanto, entendemos a necessidade do contexto ao qual a cidade estava inserida. Acreditamos que seja inviável pensar a cidade afastada dos seus arrabaldes, mas entendemos também que o projeto de modernização, com base principalmente nas questões de urbanismo, era, de fato, evidente. Isso ocasiona, de certo, a preocupação com demografia, controle populacional, entre outros aspectos próprios desse tipo de medicina.

Não obstante, há um termo muito frequente usado por Isaacson (1935), em sua tese. O conceito “homem civilizado” (p.6) aparece quando se contrapõe isso à noção de civilidade, tão frequente quando ele utiliza a Europa como exemplo. Assim, para o autor, o Brasil, com sua medicina ainda atrasada, de certa forma, em relação ao Velho Continente, por exemplo, fugia aos moldes daquele projeto modernizador da Belle Époque. O país ainda era um campo em crescimento, e seus homens eram vistos da mesma forma. Homens que ainda não eram tão sofisticados como os daquele continente. Assim, essas dicotomias se estabelecem nesse sentido. De um indivíduo em um país em viéses de se civilizar, a um indivíduo em países que já concluíram um nível de qualidade de vida mais próximo ao da higienização e ao do sanitário, do combate às doenças e cuidado ao povo. O autor utiliza-se desse conceito sem deixar claro quais são suas fontes, ou seja, apresenta uma visão bem particular das noções de civilidade.

Dessa forma, cabe-nos pontuar que o *biopoder* diz respeito aos procedimentos biológicos que auxiliam no controle das relações entre indivíduos. Conforme já explanamos anteriormente, o conceito de *imanência*, muito tem a ver com o que é interno; orgânico. Opondo-se, nesse sentido, os aspectos externos no qual está inserido o conceito de civilidade, isto porque esse termo é uma construção social

própria de épocas específicas, as quais pensavam em hierarquias que determinavam a constituição das sociedades.

O cenário curitibano, por outro lado, traz muito do aparato cultural para formular o poder relacional. Há dicotomias claras entre o que é civilizado e o que não é. Talvez uma das maiores críticas que possamos fazer à obra de Foucault é justamente seu trabalho em menor escala com aspectos sociais. Para ele, o indivíduo, e o seu discurso contam como aspectos relacionais que transitam em microesferas; não há como deter o poder porque, embora seja relacional, ele não se dá como fixo nas relações sociais. É relativo o que se estabelece entre os sujeitos. Ele já orienta que não há um poder vertical, muito menos horizontal. Há um estabelecimento de microcosmos que detém o poder em situações específicas, como o conhecimento e o próprio discurso.

Dito isso, ao trazer à tona a ideia de civilização, distancia-se um pouco do que Foucault admite em seus estudos. O conceito de “civilizado x não civilizado” mais provém de um aspecto moralizante, muito próximo do que diz Norbert Elias (1993) – embora esse não tenha um pensamento dicotômico, mas estabelece um tipo de relação que diferencia os sujeitos sociais dentro de redes de poder – por exemplo, quando fala da corte francesa e dos seus costumes que se diferenciavam do restante da população. Então, ao pensar em civilidade, nos distanciamos do conceito de *biopoder*, já que esse talvez não seja um termo que provém absolutamente do que é orgânico; biológico.

No entanto, o que é tido por civilizado por Isaacson (1934), é justamente o que nega um cidadão enfermo. Isto é, não se dá absolutamente em dicotomias, já que é problemático falar que o indivíduo saudável era puramente saudável, assim como do contrário. No entanto, essa relação aparece na tese do médico. Dessa forma, por entender que as doenças eram uma realidade à sociedade curitibana e essas deveriam ser tratadas (ou simplesmente serem prevenidas, com medidas de profilaxia) é que se estabelecem os métodos para tanto.

Entre as medidas discutidas pelo médico, estão as que são comuns para as teses da época: o isolamento, em regime sanatorial, as vacinas – como forma de prevenção – que é algo que pode ser considerado possivelmente como inédito para o período, o isolamento feito na casa do próprio doente.

De acordo com o médico, o regime sanatorial “é recomendado sobretudo aos doentes de formas menos benignas e menos extensas da doença” (p. 113). Assim

sendo, a medida de isolar os doentes ou em sanatórios ou sob a vigília de um inspetor em bairros, é uma preocupação já delimitada por Foucault quando o assunto é medicina urbana e controle por meio do *biopoder*. Entende-se, portanto, que essa medicina, estritamente ligada com a *biopolítica*, atua diretamente sobre os corpos tuberculosos, podendo ser estendida à vacina de Friedmann. A prevenção, conforme mostra Foucault, pela própria preocupação em definir uma área que pudesse ser vigiada em melhor escala, é uma forma de *biopoder* e *biopolítica*, porque além de utilizar o próprio procedimento biológico que é a vacina, faz isso em nome do controle dos doentes para que o Estado não se prejudique, não tenha, portanto, uma parte doente, infectada, que precise ser tratada.

Aspectos como a força do trabalho e a própria medicina do Estado são questões a serem estudadas em trabalhos futuros. Não há, nesse sentido, uma ligação clara entre a tese de M. Isaacson e a força de trabalho, nem questões mais relativas ao poder do Estado, já que seria necessário a pesquisa em fontes adjacentes para se entender os desdobramentos do discurso político nesse sentido. Assim, é certo, que há uma relação entre a política que se estabelece frente a medicina, como um todo, seu discurso, e as políticas públicas que farão interseção com tais discursos, sendo criadas a fim de promover uma maior ligação entre a vida e a biologia. Discursos esses que são entendidos como forma principal do saber médico, o qual se fomenta com mais força na modernidade. Modernidade que traz consigo uma mudança cognitiva em suas estruturas que até então eram entendidas como sólidas.

Portanto, podemos concluir que, de fato, *biopolítica* e *biopoder* são termos mais problemáticos do que concretos. Suas implicações coincidem no fato de serem provenientes de aspectos biológicos. No entanto, parece que para Foucault, há uma relação clara entre esses dois aparatos e a medicina, como se se dessem em uma relação quase simbiótica, já que não há sobreposições nas suas perspectivas. Há também, em sua concepção, uma relação fundamental entre esses tipos de *bios*, parecendo que há uma derivação do segundo sobre o primeiro.

Já para Esposito, por sua vez, a relação entre *biopolítica* e *biopoder* é fruto de muita dialética e discussões com outros autores. Para ele, ao contrário de Foucault, a *biopolítica* só se dá com o advento da modernidade, já que a técnica apresenta grandes avanços no período. Há um ponto de culminância entre os dois, que entendem o *biopoder* como derivado de procedimentos biológicos. O primeiro, entende os movimentos nazifascistas como principal mostra desse *bios*, para ele, é

considerado como uma relação mais ampla entre o Estado e o corpo. Muitas vezes Foucault, como em *Segurança, Território e População* (2008), chega a utilizar os dois termos como sinônimos, tornando a definição ainda menos precisa.

3.2 A MEDICINA DA CONTROVÉRSIA: O COMBATE À TUBERCULOSE EM CURITIBA À LUZ DE BRUNO LATOUR (1934; 1962)

A presente seção versará sobre o estudo de dois textos científicos que tratam sobre medidas de prevenção da tuberculose no estado do Paraná. O primeiro deles, denominado “A campanha contra a peste branca⁶”, datado de 1934 e de autoria do médico João Vieira de Alencar, trata, em duas páginas, as novidades que compunham a profilaxia e o combate à doença na Europa e posterior chegada ao Brasil. De maneira breve, ele expõe os avanços da vacina de Friedmann na prevenção e diagnóstico da tuberculose ao utilizar métodos suplementares para tanto.

O segundo deles, “Prova tuberculínica em saúde pública”, de 1962 – mesmo que ultrapasse em alguns anos o nosso recorte temporal – é de suma importância para entendermos algumas questões relacionadas aos desdobramentos de medidas de profilaxia e tratamento da tuberculose – cuja autoria é da Comissão Técnica da “Campanha Nacional Contra a Tuberculose”, exprime uma nova forma de diagnóstico da doença: Purified Protein Derivative (PPD) e os procedimentos padrões a serem adotados quando se fala do método, sugerindo que se tratava de uma revolução no trato à doença na época. Frente a isso, se levantam as seguintes problemáticas: *quais as controvérsias que são perceptíveis nos textos estudados? Como elas se organizam a partir dos fatos e ficção? Como elas são modeladas a partir dos “discursos”⁷ médicos que se organizam no Paraná da segunda metade do século XX?*

A fim de atender tais indagações, o objetivo desta seção é entender como se deu a mudança da medicina paranaense no que diz respeito aos casos de tuberculose, com foco em medidas diagnósticas que pudessem poupar os indivíduos sãos de contrair a doença. Nosso interesse é compreender esse processo de

⁶ “Peste branca” é uma das denominações que surgem no século XX quando nos referimos à tuberculose. Faremos uso desse termo como sinônimo da moléstia assim que se fizer necessário.

⁷ Certa cautela será tomada com o termo “discurso” nesta dissertação, tendo em vista que o autor não se refere a essa terminologia durante o capítulo considerado. Sendo assim, o uso entre aspas denota que entendemos as implicações dessa palavra para o campo da história, já que há correntes que consideram a formação da historiografia por meio de diversos discursos que se organizam em certa linearidade.

transformações por meio dos registros de Bruno Latour em *Ciência em ação* (2000), principalmente no capítulo intitulado “Literatura”. Nesse excerto, o autor analisa as modalidades que dizem respeito aos processos de mudanças que ocorrem dentro da tecnociência – termos que não foram utilizados de forma diferenciada nem pelo autor, e nem por nós. Ressaltamos a importância de se trabalhar com os conceitos trazidos por Latour por conta da perspectiva diferenciada que ele proporciona ao assunto aqui tratado. Isso abre o caminho para novas discussões, mais ricas e democráticas em nosso estudo.

3.2.1 Do contexto surgem as controvérsias

A partir do século XX, com essas noções mais internalizadas nas discussões sobre os rumos do país, medidas mais efetivas vem à tona. Órgãos próprios para o cuidado com a saúde, principalmente, são criados. Especializar, portanto, significaria ter mais controle do todo. Não só no campo médico esses órgãos foram criados. Segundo Olinto (2007), o Ministério da Educação e Saúde Pública foi um deles. A ideia seria de que, por meio da educação – e intervenções nas escolas – em primeiro plano, os projetos de higienização tivessem um apelo maior para as futuras gerações; ao passo que a saúde pública tomaria as medidas necessárias para a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças que poderiam vir a ser prejudiciais para o desenvolvimento das cidades.

A doença era vista como caos. Pensar em um país no auge de seu desenvolvimento é não o ligar a doenças, mas sim a harmonia e a ordem. “Sujeira, dor, fome, contágio, anomia [são componentes de] um ambiente de impurezas” (OLINTO, 1995, p.174).

O Paraná aparece nesse cenário mesmo que tardiamente aparece em meados dos noventa. Sua emancipação de São Paulo, em 1853, traz consigo uma carga de necessidade de modernização que deveria, aos moldes do restante do país, acompanhar a Europa. É nesse sentido que os discursos médicos passam a fomentar e apresentar soluções para a modernização da medicina e consequente modernização do estado. Nesse entremeio as mais diversas posições surgem a fim de assegurar o que seria melhor para o jovem estado que passara a caminhar com as suas próprias pernas.

Documentos oficiais, resultado de estudos, anais de medicina, revistas de medicina, entre outros materiais dão a ideia das controvérsias que se arregimentavam em solos paranaenses. Para Latour (2000) a ciência é formada por essas controvérsias. Antes de mais nada, em seus escritos, ele deixa claro que é fundamental que se analisem os processos ao invés dos produtos finais quando se trata da técnica e da ciência. Isso significa que “vamos dos produtos finais à produção, de objetos estáveis e ‘frios’ aos instáveis e ‘quentes’” (p. 39). É como se fosse necessário refletir sobre as várias transformações que guiaram a ciência antes que ela se tornasse um espectro fechado, “universal”.

Modalidades positivas e negativas são consideradas durante esse processo. O que poderíamos chamar de sentenças ou premissas são consideradas por ele como “modalidades”. Isto é, elas “modificam (ou qualificam) outra” (LATOUR, 2000, p. 40). Para ele, as modalidades positivas são aquelas que se concentram no fato mais fechado possível, sem levar em conta todos os percalços que ela passou para se constituir enquanto tal. Enquanto isso, as modalidades negativas se organizam de modo a desvelar os contextos de criação dela. É partir da sentença geral para sentenças mais particulares, responsáveis pelas controvérsias, acertos, erros e formações discursivas que surgem em sua constituição.

Nesse sentido, pensar em fato e ficção é primordial para entendermos como as modalidades se organizam. Quando há uma modalidade positiva, o fato está muito mais concreto; fechado em si mesmo. É uma sentença que apresenta uma coerência interna e pode afastar, pelo menos por hora, qualquer dúvida sobre a sua veracidade. Entretanto, quando temos uma modalidade negativa, que parte de algumas contradições, reformulações, e escolha pontual das palavras, mais temos a ficção. Pode ser uma sentença que ao tentar se justificar em diversos enquadramentos técnicos e utiliza-se de palavras não tão assertivas para se justificar, acaba por não provar muita coisa.

Entretanto, uma sentença não tem o “poder” de se estabelecer como fato ou ficção, não de maneira independente. Ela só se firmará assim de acordo com as sentenças ulteriores a ela. Só se concretizará em fato ou ficção, portanto, se houver controvérsias e pontos que justifiquem a sua permanência (ou não) na ciência. Além da estrutura interna dessas modalidades, Latour (2000) considera o próprio receptor da mensagem que essas sentenças passam. Para ele, o encadeamento dessas modalidades é fundamental para modular a própria visão do leitor.

Há mais duas vantagens em acompanharmos os períodos iniciais da construção dos fatos. A primeira é que cientistas, engenheiros e políticos estão sempre nos oferecendo rico material quando uns transformam as afirmações dos outros na direção do fato ou da ficção [...] (LATOUR, 2000, p.46)

Portanto, ao acompanhar a modalização dos fatos desde o seu início, a opinião do leitor pode variar segundo as contradições e reafirmações que aparecem durante esse processo. É como se quem produz essas sentenças queiram direcionar o leitor a um fato ou uma ficção. Assim, ao nos depararmos com um fato concreto “metade do trabalho de interpretação das razões que estão por trás da crença já está feita” (LATOUR, 2000, p. 47).

A definição do fato ou ficção deve, entretanto, ser conduzida com cautela. O fato só será aceito pela comunidade científica e pelos indivíduos leigos se for resultado de diversos debates. O conjunto de sentenças que se articulam, principalmente em sequência ulterior, contribuem para o seu grau de certeza. Esse grau dependerá também de sentenças ulteriores que a reafirmem ou a contradigam, formando as estruturas internas da ciência.

Ainda de acordo com Latour, por vezes, a voz do próprio indivíduo, em uma discussão, já não é o suficiente para tomá-la como “ganha”. É necessário que outros recursos sejam utilizados para que a opinião seja embasada com mais propriedade. Nesse sentido, há um caminho que parte da opinião para o fato. A leitura de diversas posições é o ponto central nesse exercício: “quanto mais discordam, mais científica e técnica se torna a literatura que leem” (LATOUR, 2000, p.54). É nesse campo que surge um dos importantes gêneros textuais fundamentais para concentrar essas discussões: o artigo científico.

O artigo científico é um gênero textual com modalização própria muito frequente nos mais diversos ambientes acadêmicos. Suas características são de um texto sólido, consistente, fundamentado e embasado em um ponto de vista que deve ser justificado por discussões anteriores, além de deixar espaço para novas contribuições que possam adensar o campo do qual faz parte. Nesse sentido, Latour (2000) considera três aspectos fundamentais para a consolidação do gênero e a sua respectiva presença na vida prática: a. arregimentando amigos; b. reportando-se a textos anteriores; e c. ser tomado como referência por textos posteriores.

Nas palavras do autor, o arregimentando amigos se refere a quando uma discussão já não se basta por ela mesma. É necessário que haja um referencial fora do texto para que ela ganhe força e possa fazer mais sentido. Dessa forma, recorre-se a um argumento de autoridade ou a um veículo de autoridade, os quais apresentam prestígio junto à comunidade acadêmica da qual se faz parte.

Fazer alusão a textos anteriores também é uma forma de fortalecer a argumentação. Nesse caso, o emissor faz referência a outros documentos. A falta dessa complementação faz com que a tese defendida fique vazia e mais próxima da ficção do que do fato, isso porque a primeira faz uso de poucos documentos que comprovem um ponto, enquanto a segunda se debruça sobre as mais variadas fontes que a enquadrem como um argumento lógico e internamente coeso.

Por fim, o último ponto, “ser tomado como referência por textos posteriores” (LATOUR, 2000, p.67) reflete o quanto as controvérsias são importantes para a própria progressão das descobertas científicas que há dentro de um campo do conhecimento. “Metaforicamente falando, as afirmações, de acordo com o primeiro princípio, são muito parecidas com genes: não conseguem sobreviver se não conseguirem passar para os organismos subsequentes” (LATOUR, 2000, p.67). Isto é, as gerações – denominadas pelo autor – são uma série de textos que exprimem o mesmo assunto, principalmente dialogando com as gerações anteriores e refinando premissas, a fim de que o campo se torne heterogêneo e as controvérsias auxiliem no desenvolvimento dos fatos. Latour conclui essa última parte expondo que o leitor comum se sentiria sozinho ao ter que dialogar com os textos anteriores a ele, o que faz com que tome o fato fechado como concreto, já que as interpretações de várias gerações o concretizaram como tal.

Então, consideramos que a medicina é um campo fértil para entendermos as diferenciações que o autor faz entre fato e ficção, bem como sua discussão sobre as controvérsias que formam a ciência e a técnica enquanto tal. Pensar o Paraná do XX, principalmente por meio de dois relatórios tecnocientíficos que exprimem métodos diferentes para o diagnóstico da tuberculose, bem como apresentam maneiras diferentes de trato com a doença, pode ser uma chave para que entendamos como as modalidades de ambos os discursos se formulam ao passar do século.

A próxima subseção, portanto, focará nesses aspectos.

3.2.3 O diálogo, a cura: notas sobre a medicina paranaense

“A campanha contra a peste branca”, datado de 1934, redigido por Julio Mirabeau, sub-diretor do Serviço de Saúde da Polícia Militar, e presente na *Revista Médica do Paraná* trata, em duas páginas, dos avanços que os diagnósticos e tratamentos da tuberculose vêm tomando na Europa e no Brasil. Em um texto despretensioso e objetivo, o médico atribui o sucesso do diagnóstico ao exame radiográfico que é “elemento indispensável para a vacina de Friedmann” (MIRABEAU, 1934, p. 361).

No entanto, essa afirmação não parte de uma estrutura fechada, de uma “caixa preta” assim como gostava de dizer Latour. A organização do texto é muito semelhante a própria estrutura feita por Latour: as controvérsias já aparecem logo de início e os amigos – ou as autoridades que mais corroboram a opinião de Mirabeau – são arregimentados para fortalecer um fato ainda em desenvolvimento. Vejamos como ele faz o uso dessas estruturas para a consolidação do fato⁸⁹:

- (1) Ela [a vacina] é um recurso precioso e deve ser adotada como meio profilático e curativo da tuberculose.
- (2) Não vai longe a campanha de difamante que o professor Calmette e os seus adeptos moveram contra esse recurso terapêutico, negando-lhe todas as vantagens.
- (3) Siminionesco [...] foi surpreendido com resultados extraordinários: melhoras seguidas da cura pela cicatrização das lesões tuberculosas e o robustecimento dos enfermos.

Pensando nas questões levantadas por Latour e como ele faz para entender as estruturas dos processos científicos, apresentamos os seguintes pontos: (1) temos uma modalidade positiva, na qual o autor do texto apresenta uma sentença fechada nela mesma, posição que se intensifica pelo uso do modalizador “dever” ao invés de “poder” e de outros que tivessem um efeito menos intenso. Já em (2), temos uma modalidade negativa, cuja sentença mostra que o uso da vacina não é considerado de maneira unânime como fundamental para a profilaxia e a cura da doença. Mesmo que seja formulada por Mirabeau (1934), ela representa um campo de controvérsias

⁸ Para a visibilidade das sentenças ficar mais clara não foram utilizados elementos de referência direta conforme prega a ABNT. No entanto, todas as premissas estão em MIRABEAU, 1934, p. 362.

⁹ Todas as sentenças se referem à Vacina de Friedmann.

que se formam em torno de suas perspectivas. Ao contrário de arregimentar amigos, ele prediz o que a parte contrária pensa sobre o assunto e rebate com outro argumento, que é o caso de (3). Ou seja, ao invés de se limitar ao campo do discurso, ele apela para a prova visível e comprovada¹⁰.

- (4) Os casos deste experimentador cuja probidade profissional e valor científico não padecem dúvida, estão relatados no volumoso livro do professor Gaston Daniel.
- (5) Em nosso país coube ao Major Dr. Motta Rezende [...] chefe do serviço da clínica médica no Hospital da Polícia Militar, professor de neurologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, fazer as primeiras observações com a Vacina de Friedmann.
- (6) A Vacina de Friedmann, como curativo, é um recurso terapêutico de alto valor, nas mãos de quem a saiba manejar; mas não perpetrarei um erro julgando-a nociva, quando empregada por quem desconhece as particularidades do método.

Nas sentenças (4), (5) e (6) temos um sobrevoos sobre os efeitos da Vacina de Friedmann quanto as observações por médicos da área, bem como seu manuseio da melhor forma possível. Nesse sentido, entendemos que (4) e (6) são modalidades positivas. Em (4) a asserção dada por Mirabeau (1934) é concreta e objetiva. A expressão “[...] não padecem de dúvidas [...]” é fundamental para aumentar o teor científico cujo o objeto foi tratado pelo médico, bem como colocar a sua posição frente os diversos estudos que estão sendo desenvolvidos na área: fica clara a sua autoridade no assunto.

Já em [6], não há o desenvolvimento do fato científico enquanto tal. Vemos um campo de especulações que fazem da assertiva um jogo de subjetividades: caso seja manipulada de maneira correta, há êxito; do contrário, não. Não há como assegurar, sem acesso a um manual prático, como seria a maneira correta. Nesse sentido, ela se torna positiva porque não há uma constatação científica do objeto em si. Apenas um ataque aos que não sabem fazer uso da vacina é colocado no centro. Por fim, (6) é uma modalidade negativa. A construção frasal nos dá a ideia de que o médico a quem o autor do texto se refere é um especialista em sua área e apresenta subsequente conhecimento científico sobre a Vacina de Friedmann, o que faz dele um argumento de autoridade em conjunto com os já citados Simionesco e Gaston Daniel.

¹⁰ Para a visibilidade das sentenças ficar mais clara não foram utilizados elementos de referência direta conforme prega a ABNT. No entanto, todas as premissas estão em MIRABEAU, 1934, p. 362.

Sendo assim, o arregimentar amigos faz com que a posição de Mirabeau se fortaleça, tornando a sua opinião – sobre o exame radiográfico e a vacina de Friedmann – pautada em provas científicas e profissionais da área. Isso faz com que as elucubrações se aproximem mais do fato do que da ficção, afinal, de acordo com a nossa interpretação de Latour (2000), são os argumentos de autoridade e os textos anteriores que consolidam o fato e o distanciam da ficção.

O fato e a ficção se consolidam de maneira primordial no campo científico. Não menos importante, a controvérsia faz parte desse campo, expondo aspectos da geração anterior que podem ser desenvolvidos e modificados nos textos ulteriores. É a controvérsia, portanto, que deixa a ciência embasada e mais completa, tornando-a mais crível. Dessa forma, entendemos que o texto de autoria de Mirabeau pouco discutia o campo das controvérsias. Embora tenha trazido à tona aspectos contrários ao que propunha, seu foco foi na reunião de médicos e material bibliográfico que repercutiam a sua opinião. Foi necessário, portanto, pensarmos em outro material que pudesse enaltecer esse campo das controvérsias, e foi assim que nos debruçamos sobre “Prova tuberculínica em saúde pública”, redigido cerca de duas décadas depois (1962), pela Comissão Técnica da Campanha Nacional contra a Tuberculose”, presente em *Anais Paranaenses de Tuberculose e doenças Torácicas*.

Em linhas gerais, o texto apresenta, por meio de várias vozes que formaram a comissão técnica, como a tuberculina purificada – Purified Protein Derivative (PPD) – foi responsável pelo diagnóstico em maior escala da tuberculose, principalmente em conjunto com os avanços da vacina Bacillus Calmette-Guerin (BCG). Os escritos, em sua grande maioria, ao contrário do anterior, são tomados pela pretensão científica e pouco expõem as opiniões dos autores. Basicamente ele se consolida como um manual de como aplicar a PPD de maneira correta, tendo cautela com as dosagens e com as formas de aplicação na pele dos indivíduos.

Em maior escala, ao invés de reunir médicos – personificados pelos seus nomes e pelos seus estudos – que corroborassem a mesma opinião, órgãos de autoridade são trazidos ao texto, como é o caso da Organização Mundial de Saúde (OMS) (p. 211). Nesse sentido, muito se discutiu sobre a melhor forma de aplicar a tuberculina em pacientes infectados pelo bacilo da tuberculose ou não. O próprio texto revela as contradições nos campos da saúde quando se pensa em métodos como esse:

reinava desacordo em torno do assunto, sendo muito variadas as tuberculinas e as técnicas utilizadas. Na impossibilidade de recomendar então um critério de uso universal, a Comissão não se julgou autorizada a apontar o melhor dentre os métodos empregados para o teste tuberculínico [...] e, por sua vez, a própria Comissão Técnica se propôs com o objetivo de abreviar a solução necessária, isto é, de poder recomendar um método padronizado [...] (COMISSÃO TÉCNICA, 1962, p. 212)

Nesse sentido, pela própria constituição das muitas vozes que tecem o campo da Comissão Técnica é natural que as controvérsias já aconteçam nesse sentido. Diferentemente do texto anterior, no qual o autor se manteve em uma posição fechada, e considerava os divergentes como “inimigos” (MIRABEAU, 1934, p. 362), nesse último artigo podemos entender que o tema foi debatido dentro de uma comunidade científica heterogênea. Esse debate desvelou por si só as mais diversas controvérsias desse campo científico, dentro de uma comunidade científica específica que considerou de antemão a possibilidade dessas diferenças de diagnóstico da tuberculose.

Além das controvérsias que a própria Comissão Técnica apresentou entre si, podemos analisar como o processo de diagnóstico se modificou entre 1934 e 1962. Quando Mirabeau cita Calmette faz uma clara referência à BCG, pouco difundida e desacreditada na época. Suas pretensões eram de que a Vacina de Friedmann tomasse lugar como profilaxia e cura da tuberculose, sem que para isso outros métodos fossem necessários, a não ser métodos complementares como o exame radiográfico. Entretanto, textos ulteriores, como é o caso do de autoria da Comissão Técnica, não chegam a cogitar a Vacina de Friedmann, mas apresentam a BCG como um importante aliado na luta contra a tuberculose. Isso é, não perdura o primeiro; textos ulteriores que tratam de diagnóstico e cura não mais a veem como fundamental para tanto.

Além disso, o desenvolvimento da pesquisa feito por Mirabeau não é citado no texto posterior ao qual nos debruçamos, é como se a sua geração fosse suprimida por outras ideias que tomam a sua opinião/fato como ponto de partida, mas desenvolvem outra linha de pensamento. Cabe destacar que a escolha desses dois textos se deu pelo prestígio que apresentam junto ao estado do Paraná. Isto é, são textos presentes em revistas e seminários de grande importância dentro do estado, mostrando que os rumos da ciência médica paranaense – principalmente em torno da tuberculose – se alteravam com o passar das décadas.

Nesse sentido, é válido que retomemos as questões levantadas no início desta seção: *quais as controvérsias que são perceptíveis nos textos estudados? Como elas se organizam a partir dos fatos e ficção? Como elas são modeladas a partir dos “discursos” médicos que se organizam no Paraná da segunda metade do século XX?*

Concluimos, assim, que as principais controvérsias percebidas entre um texto e outro são as suplementações de sentenças ou “discursos”. Mirabeau, por exemplo, em 1934, e tomado pelo espírito da época, muito acreditou na Vacina de Friedmann. Isso fez com que captasse opiniões semelhantes a dele a fim de formular um fato em detrimento dos que chamou de “inimigos” – principalmente àqueles ligados à BCG. Entretanto, já em 1962, seu “discurso” é suplementado pela popularização da BCG e da PPD, as quais se tornam uma dupla considerável no diagnóstico e na profilaxia da tuberculose. É nesse campo de controvérsias que certas modalidades perduram em detrimento de outras, fazendo com que a ciência, embora pareça universal e fechada, se comporte como um campo aberto e organizado em uma estrutura específica conforme justificou Latour.

Sendo assim, nesse cenário, o fato e a ficção se diferenciam pelos argumentos de autoridade, pelas organizações estruturais que compõe o discurso, pelo próprio desdobramento da ciência e das contribuições que gerações posteriores repercutem aos campos dos mais variados conhecimentos humanos. Essa modalização, então, é resultado de um período de incertezas que caminhará com o Paraná desde a sua emancipação: técnica, saúde e ciência ainda eram termos recentes para o jovem estado.

3.3 A ANATOMIA DO DISCURSO MÉDICO: UM ESTUDO SOBRE *A PESTE BRANCA NO PARANÁ*, DE ARY TABORDA, SOB A LUZ DA GENEALOGIA (CURITIBA, 1937)

A presente seção tem por objetivo analisar *A Peste Branca no Paraná*, de Ary Taborda – o qual proferiu uma palestra durante a Semana da Tuberculose, em 1937 – por meio da perspectiva genealógica, levantada por Foucault (1979), em *Nietzsche, a genealogia e a história*. A partir dessa interpretação, nossa pretensão, neste estudo, é notar as relações possíveis que possam ser traçadas entre o conceito de genealogia e a fonte supracitada, pensando no discurso médico de Ary Taborda para tanto. Esse médico tenta, por meio de sua palestra, buscar uma espécie de origem para a

tuberculose, propondo soluções de tratamento e profilaxia que possam combatê-la, antes que a doença vire um caso de saúde pública incontornável.

A justificativa para o presente estudo se pauta, principalmente, na percepção de que Curitiba era tida com o centro mediano de disseminação da tuberculose (TABORDA, 1937, p.66), ou seja, uma perspectiva de que a doença ainda não se consolidava em estado de calamidade. Isso não significava, entretanto, que a moléstia não merecesse atenção especial. Por esse motivo, criaram-se sanatórios e hospitais de isolamento com a finalidade de conter os avanços da patologia, propondo medidas de profilaxia que pudessem ser aliadas à construção destes centros. Portanto, a cidade de Curitiba, vista como um corpo biológico, é o que nos interessa, já que esse processo ajudou na própria consolidação do local como um todo: sua trajetória política, econômica, civil e social.

Algumas questões, nesse sentido, servem como base para o desenvolvimento desta pesquisa: qual a relação que se pode estabelecer entre genealogia, ciência e discurso médico? A tuberculose, de fato, teria uma origem que pudesse ser contida? Como o pensamento médico da época operava em função dessa possível origem da doença? Portanto, essas indagações nos levarão a construir, nas próximas seções, subsídios para respondê-las.

Dito isso, a primeira parte desta seção terá por objetivo pontuar aspectos fundamentais de *Microfísica do Poder* (1979), reunião de trabalhos de Foucault nos quais se encontram “Nietzsche, a genealogia e a história”, tendo como ponto de partida as questões que dizem respeito ao a *priori* – similar ao metafísico – e as considerações prévias que podem ser feitas na percepção das palavras, das ações e da história como um todo.

Na primeira parte, trataremos do significado de genealogia na visão de Nietzsche e sua relação fundamental com o que diz Foucault a esse respeito, pensando no diálogo entre os dois autores. A segunda parte, por sua vez, será dedicada a um detalhamento maior da fonte em questão, pensando na própria figura do médico e como isso seria representado pelo conceito de genealogia. Na terceira, e última parte, serão relacionadas as perspectivas de genealogia, com a fonte já citada, buscando responder as indagações já feitas.

3.3.1 *Microfísica do poder*: um breve panorama

Em 1979, se reúne em *Microfísica do Poder*, material que trata de temas articulados ao poder, ao saber e as suas relações com estratégias específicas. Não diferente do que vinha trabalhando Foucault no restante de sua produção intelectual, no livro em questão, ele trata da circularidade do poder, grosso modo. Cada instituição ou grupo exerce um tipo específico de poder dentro de uma teia de relações; são mecanismos que se organizam a fim de formar pontos nevrálgicos de poder. Esse poder pode estar ligado ao Estado, ou não. Em nosso caso, apresentaremos uma palestra que mostra a clara relação entre o discurso médico e o Estado, conforme veremos mais adiante.

Embora existam pontos nevrálgicos nessas relações de poder – que se estabelecem como planetas em torno de uma órbita – eles não são puramente detentores de todo poder. Isto é, exercem uma função própria que estimula outros pontos a também exercerem suas funções próprias. Embora tenhamos feito analogia com a órbita de planetas que gira em torno de um astro, como o sol, cabe destacar que a perspectiva de Foucault consideraria o sol não como ponto máximo – e central – das teias relacionais, mas um elemento que exerce o poder assim como os outros elementos a sua volta. Mais ainda: haveria várias constelações que formariam as relações de poder com seus astros no “centro”, sem que esses, reforçamos, exercessem poder absoluto sobre a órbita em questão. O poder, para Foucault, não é unidirecional; ele é bidirecional. Assim sendo, as microesferas seriam como as constelações, enquanto a macroesfera corresponderia ao Universo como um todo, dotada de planetas e centros gravitacionais que fornecem uma relação de interdependência.

O poder também é exercido sobre os corpos dos indivíduos, afirma Foucault (1979). Sendo possível esse direcionamento para a disciplina e a própria medicalização e biologização das cidades como forma de prevenção de doenças. Isto é, a cidade também é tratada como um corpo biológico que tenta ser estabelecido como saudável à medida que o corpo dos indivíduos também se estabelece como saudável. Foucault orienta para esses aspectos tendo como mote o capitalismo – já que as forças produtivas impulsionam o sujeito a ser saudável para continuar produzindo. Esses mecanismos serão melhor detalhados por ele através da ótica do *biopoder* e da *biopolítica*. Termos que serão retomados adiante.

Por fim, esse poder é o que constitui o indivíduo. Isto é, ele é construído por meio do poder e do saber, dos discursos que são produzidos a partir do convívio entre

esferas específicas (que podem ser as instituições, como o sanatório e o hospital) e o indivíduo. Sendo assim, discurso é ação, e o indivíduo é constituído pelo discurso.

Haja vista essas questões, nos deteremos ao capítulo que nos é mais interessante a ser pensado neste momento: *Nietzsche, a genealogia e a história*.

3.3.4 A verdade, o poder e a história: o diálogo entre Nietzsche e Foucault

“Nietzsche, a genealogia e a história”, um dos capítulos do livro já mencionado, embora seja curto em sua extensão, é denso pela carga semântica e pragmática que são incumbidas as palavras. Dividido em cinco seções, traz a ideia de origem, de verdade, e dos próprios mecanismos que conduzem à história a fomentar um discurso próprio. As reflexões de Foucault neste ponto refletem, em um primeiro momento, seu pensamento contrário ao que acreditava Paul Rée, filósofo alemão e amigo de Nietzsche. Para o último, o pensamento, assim como as práticas atreladas a ele, é absolutamente linear. É como se existissem elementos *a priori* que conduzem as palavras a formarem as coisas.

Ainda nesse primeiro momento, o intelectual passa a discutir sobre a linearidade e a genealogia. Para ele, a genealogia não contradiz o desenrolar da história – que é entendida por ele como a ciência que investiga os acontecimentos – mas é contrária às perspectivas do ideal e das teleologias. Após isso, já na parte segunda do capítulo, Foucault traz à tona dois termos: *Ursprung* e *Herkunft*, ambos considerados por Nietzsche para o seu estudo.

Em um primeiro momento, Foucault tenta separar tais termos, mostrando seus desvelamentos e contradições, mesmo que ambos estejam ligados à ideia de origem. De certa forma, essa prática já demonstra o ponto nevrálgico que o autor pretende buscar nas suas reflexões. Para Foucault, Nietzsche faz a distinção desses dois termos evitando a neutralidade; à medida que eles se aproximam da sua real identidade, se afastam da sua origem – o neutro.

Com base nisso, Foucault prossegue tecendo a sua crítica. Antes de mais nada, ele vê a metafísica com certa ressalva. Para ele, é como se ela fosse responsável por proceder aos acontecimentos, como o próprio desdobramento da história como ciência, a qual coloca os fatos em formas definidas que têm desencadeamento lógico, baseando-se na causa e na consequência. Portanto, busca-se o devir ao invés do acontecimento por ele mesmo.

Sendo assim, com base em sua recusa pelo *a priori*, o autor considera que a verdade não está ligada à origem. Podemos pensar, em um nível mais aprofundado que a verdade, para Foucault, talvez não exista. Isto é, tal verdade não se forma na sua conjuntura mais pura, mas sim por meio do discurso, já que a prática social é discurso, bem como a constituição da imagem que se faz sobre determinado indivíduo. Ele complementa:

ela estaria nesta articulação inevitavelmente perdida onde a verdade das coisas se liga a uma verdade do discurso que logo a obscurece, e a perde. Nova crueldade da história que coage a inverter a relação e a abandonar a busca "adolescente": atrás da verdade sempre recente, avara e comedida, existe a proliferação milenar dos erros (FOUCAULT, 1979, p. 13-14).

Isso se refere a uma visão positiva de mundo, o que significa recorrer à ciência histórica que se consolida no século XIX. Para ele, é como se a verdade não fosse “pura”, ou melhor, não pudesse ser constatada em sua origem pois ela é antecedida por uma série de erros; não apenas por vitórias e grandes indivíduos que formaram uma história lógica e linear. Assim, ele conclui, que haveria várias verdades ou, mais ainda, conforme nossa perspectiva, essa multiplicidade acabaria por levar a vários caminhos que não resultariam em uma verdade única; ela é inexistente como representação da própria verdade.

Foucault (1979) adverte que buscar a genealogia não é traçar uma origem primeira e negligenciar todos os episódios da história, já que esses acontecimentos não devem ser esquecidos ou apagados. Eles devem, segundo sua ótica: “os sistemas se entrecruzam e se dominam uns aos outros” (1979, p.21) mostrando, assim, a bilateralidade do poder, principalmente quando ele se dá nas formas relacionais, assim como será discutido no objeto que abordaremos posteriormente.

Na terceira parte do capítulo, Foucault retoma um dos termos que já discutiu brevemente: *Herkunft*. Esse nome é ligado com o conceito de *proveniência*, que significa que não há um passado vivo prévio; o que se dá é a junção de acontecimentos que se formam, bem como a união de todos os percalços que esses entrecruzamentos incorporam. Após isso, na quarta parte do capítulo, o conceito de *Estestehung* é trazido pelo autor. Para ele, essa ideia equivale à *emergência*. Isto é:

designa de preferência a emergência, o ponto de surgimento. E o princípio e a lei singular de um aparecimento. Do mesmo modo que se tenta muito frequentemente procurar a proveniência em uma continuidade sem

interrupção, também seria errado dar conta da emergência pelo termo final (FOUCAULT, 1979, p. 16).

É como se, nesse sentido, não fosse possível começar do final, há um ponto de início. Embora Foucault não admita que *Estesthung* seja diferente do que é entendido como origem, a palavra corrobora a sua noção de disciplina. Isto é, não há, para ele, a possibilidade de o castigo físico servir como exemplo, já que se trataria da consequência e não da causa. Assim, ao contrapor esses dois termos: *Estesthung* e *Herkunft*, ele considera que o primeiro é ligado aos hiatos, isto é, às lacunas que surgem no enfrentamento e consequente distribuição de forças. Essas lacunas possibilitam a troca de ameaças e, principalmente, formam discursos. Enquanto isso, o segundo termo se refere às marcas que esses hiatos ocasionam, moldando o corpo social formado pelos indivíduos resilientes a essas lutas.

Foucault passa então à quinta e última parte deste capítulo, que tem por objetivo definir a relação entre os dois termos citados e a genealogia. Ele traça uma crítica à ideia de “supra-história”, já que ela significa: “uma história que teria por função recolher em uma totalidade bem fechada sobre si mesma a diversidade, enfim reduzida, do tempo” (1979, p.17). Portanto, é como se ela se apoiasse em um ponto fora dela mesma, com uma noção apriorística de certo desenvolvimento linear. Além disso, crítica o historiador do século XIX: “a impossibilidade em que ele se encontra de criar, sua ausência de obra, a obrigação em que ele se encontra de se apoiar no que foi feito antes e em outros lugares o constroem à baixa curiosidade do plebeu” (FOUCAULT, 1979, p. 20). Tal impossibilidade de criar – de rever e perceber novos fatos – seria, portanto, o fim da história? Isto porque a história se findaria nela mesma como ciência, sempre revisitando o que já se foi dito para interpretar novos acontecimentos. Não é demais nos lembrarmos de Francis Fukuyama (1992) que entende o fim da história pela dominação do capitalismo em um mundo que estava se desenvolvendo globalmente. Para ele, como esse sistema econômico se fixaria, não haveria possibilidade de existir uma lacuna que pudesse fornecer a contradição entre o socialismo e o capitalismo. Em suma, seria a falta da *emergência* de Nietzsche, se é que podemos considerar assim.

Assim sendo, a solução para resolver essa disparidade do discurso da história seria a própria *Estentehung*, já que seria ela que demonstraria os desvelamentos e lutas o que, consecutivamente, afetaria a ideia de supra-história, e se valeria de uma perspectiva antiplatônica. Embora ele considera a ciência histórica como neutra,

acredita que, para que ela se mova, é necessário a presença das paixões, das inquietudes e da própria maldade, sendo o conhecimento a única finalidade para ela. Portanto, a *emergência* daria conta de uma multiplicidade de histórias que se formariam nas lutas, e não na linearidade dos acontecimentos.

3.3.5 *A Peste Branca no Paraná*, de Ary Taborda

A Peste Branca no Paraná, do médico Ary Taborda, escrita em 1937, é um artigo – transcrito a partir de uma palestra – da Revista Médica do Paraná. Dirigida pelo próprio Ary Taborda e por Munhoz da Rocha, então professor da Faculdade de Medicina do Paraná, a revista é organizada em seis tópicos que, em linhas gerais, trazem contribuições de diversos médicos sobre temas de saúde pública, como o combate à tuberculose e a vacinação, além de outras doenças não infectocontagiosas.

Ary Taborda, então, exprime suas palavras na primeira seção da revista, como resultado de uma palestra na Semana de Tuberculose, que ocorreu entre 7 a 13 de novembro de 1937. Em quatro páginas, o médico trata do desenvolvimento da tuberculose em Curitiba, estendendo, por algumas vezes, ao Paraná, já que muitos dos sanatórios e hospitais de isolamento se encontravam nos arredores da capital. Além de alertar também para o risco que a cidade corria por conta do avanço da tuberculose.

Dito isso, aprofundaremos a análise da revista na próxima seção, pensando em seus desdobramentos e a relação com a ideia de genealogia, expressa por Foucault (1979).

3.3.6 A genealogia da tuberculose: reflexões sobre *A Peste Branca no Paraná*

Esta seção tem por objetivo pensar se há uma relação plausível entre a genealogia exprimida por Nietzsche – e explicitada por Foucault (1979) – e o discurso médico sobre a tuberculose em Curitiba. Sendo assim, cabe que nos voltemos para as questões levantadas no início deste estudo: qual a relação que se pode estabelecer entre genealogia, ciência e discurso médico? A tuberculose, de fato, teria uma origem que pudesse ser contida? Como o pensamento médico da época operava em função dessa possível origem da doença?

Antes de mais nada, é certo dizer que Ary Taborda não inicia a sua palestra tentando encontrar uma origem para a tuberculose. Ele é pontual em dizer que Curitiba ocupa um local preocupante no *ranking* de mortes causados pela doença:

anualmente morrem 100.508 tuberculosos no Brasil, quer dizer 8.375 por mês, 279 por dia, 12 por hora! [...] neste cálculo o Paraná contribui com mais de 10.000 tuberculosos. A nossa florescente capital, que é uma cidade de clima saudável e com melhor índice vital das capitais brasileiras, já apresenta mais de 800 tuberculosos contagiantes. A média anual do quinquênio 1931-1935, foi de 94 óbitos por tuberculose, em Curitiba (TABORDA, 1937, p. 66).

O médico é preciso nos números e ainda categoriza a tuberculose em quatro níveis: a excessivamente forte; a muito forte; a forte; e a moderada. A primeira categoria representa um número de mortos pela doença acima de 300 pessoas. A segunda, por sua vez, é considerada quando o número é acima de 200; a terceira, se dá quando o número de óbitos é abaixo de 200; enquanto a última, reflete os números de morte que se dão abaixo de 100. Todos esses números se dão em relação a uma estimativa de 100 mil habitantes.

Sendo assim, Curitiba se encontra na última categoria, acompanhada de cidades como Terezina e Cuiabá. O médico reflete que esse dado, embora não tão preocupante, poderia vir a ser caso de calamidade pública se nenhuma medida fosse tomada, isto porque tal estado caótico alarmaria a economia da cidade como um todo. Certamente, não é da perspectiva do *biopoder* – conceito já trabalhado por nós nesta dissertação – que estamos falando neste momento. Entretanto, é válido dizer que ao se preocupar com a saúde pública com base nos resultados de produção feita por meio do trabalho fabril – já que é necessário que os indivíduos permaneçam saudáveis a fim de sustentar o sistema capitalista – esse fragmento pode ser lido à luz do *biopoder* – conceito trazido por Foucault e outras intelectuais, como o já mencionado Esposito (2006) – que é uma forma de controlar o próprio corpo do indivíduo a fim de que ele possa continuar produzindo, já que se estivesse inativo, não contribuiria para a industrialização de Curitiba.

Dito isso, Taborda continua seu relato. Faz uma fala alarmante sobre quão incontornável ficará a situação caso algo não seja feito contra a tuberculose. Assim sendo, ele relembra as forças do Estado o qual vem apostando em dispensários e locais próprios para o combate à doença:

o nosso armamento antituberculoso compõe-se de um Dispensário em Curitiba, de 2 pequenos Dispensários anexos às Subinspetorias de Profilaxia Geral de Paranaguá e de Antonina, e de um Sanatório, de um pavilhão com enfermeiras para homens e para mulheres anexo ao Hospital de Isolamento “Oswaldo Cruz”, e de um Preventório prestes a ser inaugurado na cidade de Castro. Esse aparelhamento, subordinado à Inspetoria de Tuberculose, abrange medidas de caráter profilático e de assistência médico-social. (TABORDA, 1937, p. 66)

Passa-se a então considerar as medidas de isolamento como possíveis para o combate à tuberculose. O dispensário pode ser definido como um local que abriga os doentes que não podem pagar por um tratamento privado. O preventório, por seu turno, é um órgão responsável por internar pacientes com suspeita de alguma doença, os quais permanecem na instituição até se descobrir se foram infectados e, se necessário, o que causou tal infecção. Nesse sentido, ambos os locais visam o isolamento do doente. Logo, passa-se a buscar a origem da tuberculose que, embora tenha sido descartada no início, já que o médico não colocou uma cidade específica como foco, agora passa a aparecer com mais força.

Essa espécie de origem que se constitui apresenta-se em dois momentos distintos durante o que foi analisado até agora. Se no primeiro momento todos os centros urbanos, embora com menor força, são afetados pela doença, é como se essa força fosse distribuída por vários pontos nevrálgicos – com níveis diferentes de consolidação – não sendo possível decifrar a sua origem. Assim sendo, esse conceito mais se aproximaria do que é tido por genealogia. Conceito no qual não se busca uma causa certa e precisa no tempo, pretendendo-se averiguar seus desdobramentos conforme os fatos acontecem, sejam eles de cunho negativo ou positivo.

No entanto, ao se pensar em medidas de isolamento, em locais específicos para tanto, é como se a doença tivesse uma origem que pudesse ser apagada ao excluir o indivíduo do convívio social. É como se esses centros de prevenção isolassem a metástase do câncer que vai sugando as outras partes do corpo; isolar o doente para que ele não prejudique os indivíduos sãos que se encontrem a sua volta.

Neste momento, podemos contestar a questão da origem. Mesmo que esse isolamento seja ligado a essa noção, ainda não há como saber o doente “primeiro”, muito menos em que momento exato o bacilo da doença foi contraído, e em que idade. Entretanto, a próxima parte do texto reforça a noção de que se busca o início da doença em questão.

Taborda diz o que se segue: “um dos principais objetivos da profilaxia é afastar o contágio, cuja maior fonte é o tuberculoso” (1937, p. 67). Portanto, se a imagem que

temos de um sujeito em questão é constituída pelo próprio discurso, assim como as suas ações também são, as palavras do médico indicam a busca por uma determinada origem, como nas palavras dele, uma fonte. Somente o doente é a maior causa da transmissão do vírus.

Tal ideia é muito próxima do que dizia Foucault (1979) sobre o discurso da história. Para ele, a linearidade histórica era preocupante, já que não conseguia desvelar os vários níveis do conhecimento humano. Assim sendo, em nosso caso, o discurso médico que também é histórico – ou que se torna histórico em função da distância temporal – reflete uma certa linearidade: a busca pela fonte da doença; sua origem, o entremeio, que é tirar o doente do convívio social, e a finalidade, que é tratar esse enfermo para que ele não contage outras pessoas. Esse contágio em massa, que é destacado desde o começo da fala de Taborda, é uma forma de não haver controle sobre a doença, que poderia prejudicar a própria linearidade, já que havia método (com começo, meio e fim) preciso e eficaz para o seu combate. Isto é, ao não se ter acesso à fonte – ao “primeiro” tuberculoso – as formas de profilaxia e de tratamento se tornariam muito mais árduas. Em suma, controlar a linearidade é uma forma de combater as lacunas e os espaços que podem ocasionar a luta que, em nosso caso, pode ser traduzido como caos, perspectiva que pode ser aproximada do conceito de *emergência* trabalhado por Nietzsche e, posteriormente, por Foucault.

Além dessa questão que Taborda traz à tona, que é a da fonte da doença, as próximas palavras que ele profere corroboram a essa perspectiva.

Na grande maioria das vezes, a tuberculose é adquirida durante a infância, em domicílio, quando há casos desta doença na família. Assim sendo, o afastamento da criança recém-nascida do “lar tuberculoso”, será obra indubitavelmente nobilitante, de patriotismo e de humanidade (TABORDA, 1937, p. 67).

Neste se percebe, mais uma vez, a busca pela origem, embora má sucedida, já que é difícil pontuar a localização exata de uma doença, ainda mais se ela é de caráter infectocontagioso, como a tuberculose. Essa busca pela origem se refere a noção de que há um local e uma idade estipulada para o aparecimento da doença. O ambiente no qual a criança nasce, caso esteja infectado, transmitirá a doença de imediato, já que o recém-nascido apresenta um organismo ainda não imune ao combate de determinadas doenças.

Interessante a se notar neste ponto que o discurso é coerente em pensar na tuberculose como mais propicia a atingir crianças, principalmente as recém-nascidas,

já que, de fato, com base na ciência média, esse organismo ainda está desenvolvendo sua imunidade. Entretanto, o que estamos considerando é a própria escolha lexical e semântica feita pelo médico. Ao utilizar expressões como “fonte” e “adquirida durante a infância”, que podem ser vistas nos trechos anteriores, elas se aproximam de uma identidade primeira, desvelada de outras camadas que constituem os próprios significados da palavra, ao mesmo tempo que não são neutras. Tal escolha lexical é consonante e antagônica aos conceitos de genealogia. Isto é, ao passo que a palavra não apresenta neutralidade, já que expressa uma carga semântica bem específica do discurso do médico, ela está de acordo com o que Nietzsche acredita sobre a origem de *Ursprung*, que não é investigada já que afetaria a própria ideia de genealogia a qual se debruça. Do outro lado, o próprio uso de palavras relacionadas à origem, vai de encontro ao conceito de genealogia, já que ao se buscar a origem, a *Estestehung* seria afetada, no que diz respeito a todo um processo de erros, acertos e circularidades, tendo em vista uma identidade primária. Portanto, considerar a tuberculose como origem, afetaria o seu próprio desenvolvimento e consolidação como tal, além da própria ciência médica. Se há uma linearidade a ser considerada, não há razão para que estudos mais densos sejam feitos. Tal fator muito tem a ver com o período o qual estamos estudando: a profilaxia e tratamento da doença aconteceu em grande escala, mais tais tratamentos eram paliativos – em sanatórios e hospitais, como já dito – o que afetou a própria evolução da ciência e do saber médico nesse sentido. Tendo em vista que as pesquisas sobre a moléstia eram exportadas de outros países, bem com os médicos se encontravam em uma “zona de conforto” – adotando uma perspectiva linear para controlar o avanço da doença – isso prejudicaria os próprios estudos na área, já que se entender a causa e a consequência manteria tudo em perfeito estado. Além disso, a escolha lexical que o médico fez em “nobilidade”, “patriotismo” e “humanidade” podem demonstrar, em certo sentido, os próprios valores morais que a genealogia apresenta, trazendo várias camadas sociais que vão além dos aspectos econômicos de uma sociedade. Portanto, as elucidações que o discurso do médico faz muito se aproxima e se distancia do conceito de genealogia até o momento.

Além do fragmento discutido acima, consideramos outro:

para o Preventório de Castro, irão as crianças enfraquecidas, predispostas, que não apresentarem lesões ativas de tuberculose, onde serão submetidas a banhos de sol, de ar fresco, e puro, de exercícios moderados, a repouso diurno de 3 horas e noturno com início às 19 horas, a suaves trabalhos

escolares que não excederão 2 e meia horas ao dia, a uma alimentação racional [...] e a tratamentos médicos adequados (TABORDA, 1937, p. 67).

Novamente, Taborda levanta questões pontuais e bem estruturadas. É como se houvesse uma causa, a manifestação dessa causa, e um tratamento preciso que pudesse resolver a doença de forma certa. É linear. A causa e a consequência são fatores unilaterais. Além disso, não é certo que essas crianças de fato estivessem infectadas. Isto é, o texto não deixa claro que elas estavam doentes ou próximas a isso – até porque o uso da palavra *predispostas* significa algo que viria *a priori* – ou seja, havia dada prevenção de algo que talvez nem estivesse por vir. Assim sendo, se subtede que crianças em “lares tuberculosos”, que se demonstrem enfraquecidas, estariam infectadas. As medidas seriam tomadas em cima de uma noção apriorística da doença. Se a casa é infectada, as crianças devem ir ao preventório para não correrem o risco de serem contaminadas.

Nesse sentido, percebe-se que, ao mesmo tempo, que palavras que significam origem (como “fonte”) são utilizadas, se considera a casa que a criança nasceu como infectada pela tuberculose. Isto é, ao mesmo tempo que palavras relacionadas à origem são proferidas pelo médico, seu discurso apresenta noções que podem ir de encontro com essa perspectiva. Ao entender o lar como infectado, não são as crianças a “fonte” da doença, mas qualquer pessoa que convive na mesma casa que pode ter apresentada uma baixa resistência, ou ter se envolvido em áreas de risco, entre outros fatores. Pelo próprio discurso médico-científico, as próprias contradições acontecem. Assim, pode-se concluir que, ao mesmo tempo que a busca da origem está presente, a própria genealogia também se consolida, fornecendo que não propriamente há um indivíduo específico (em local e idade específicos), mas sim qualquer indivíduo, de qualquer idade, que tenha estado em zonas de riscos de qualquer lugar.

A próxima parte da fala do médico já retrata uma busca pela origem mais plausível. Isto é, não feita por suposições que talvez nem se concretizem, mas exames que demonstrem o real acometimento pela doença:

o Dispensário Antituberculoso [...] realiza exames clínicos, de raios X [sic] e de laboratório [...] com fim de descobrir os casos ativos; outrossim, trata os doentes que não são portadores de lesões abertas, propiciando a todos e às famílias dos mesmos, a necessária educação higiênica individual, de resultados tão benéficos para a sociedade (TABORDA, 1937, p. 67).

Assim sendo, a causa pode ser descoberta, principalmente no que tange às regiões dos pulmões que foram atingidos pela tuberculose. Entretanto, o que chama atenção na construção lexical da fala do médico é a forma de tratamento. Para ele, a causa da doença estaria atrelada à falta de higiene. Por esse mesmo motivo, as crianças levadas ao Preventório de Castro seriam expostas ao ar livre, bem como teriam uma rotina organizada; o interesse é, novamente, ter controle sobre o caos que poderia ser gerado quando a causa e a consequência não são lineares. Estabelecer uma forma de lógica e linear é controlar a doença, mesmo que na genealogia não funcione assim. Isto é, se há um tratamento tão básico para uma causa mais básica ainda (a transmissão do bacilo de maneira desenfreada), as elucubrações, percalços, desvelamentos estão todos comprometidos. Há uma ideia platônica de que a doença vinda do organismo, isto é, *a priori*, pode ser combatida por mecanismos externos de fácil acesso. Para Foucault (1979, p.14): “[...] da mesma forma que é preciso saber diagnosticar as doenças do corpo, os estados de fraqueza e de energia, suas rachaduras e suas resistências para avaliar o que é um discurso filosófico [...]”. Portanto, o corpo se relaciona ao próprio discurso, ao passo que ambos são dotados de fraquezas; são afetados por doença e se reconstróem ou morrem de acordo com os cuidados que lhe são fornecidos.

O restante da palestra se consolida no mesmo tom. O médico exprime a real necessidade de uma dieta aliada à higiene adequada, bem como reflete a necessidade do ar puro e da separação dos doentes, principalmente os em estado terminal. Dito isso, há a união entre genealogia e busca da origem no discurso proferido pelo médico Ary Taborda.

Assim sendo, entendemos que a ciência médica, dotada de uma lógica linear, que investe na causa e na consequência, quando se transforma em discurso histórico – que é a lente a qual estamos fazendo a nossa análise – apresenta traços de genealogia e de origem. Origem pela própria constituição da ciência médica, linear, conforme já dito; e, pela genealogia, por entender que as crianças entram em contato com qualquer pessoa – que não se sabe ao certo quem – podendo contrair a doença. Portanto, o discurso médico, o de Ary Taborda, foi responsável por representar o limiar entre a origem e a genealogia. Isto porque, ao ser tratado como discurso médico, é mais ligado à origem; enquanto discurso histórico, cercado de escolhas lexicais que remontam à origem, condiz com a genealogia.

Dito isso, pelo discurso analisado, a tuberculose não teria uma origem que pudesse ser contida. Isto é, tentou-se buscar a causa, bem como instituições que pudessem ser responsáveis por acolher os doentes. Todavia, a origem em si, da doença, remontaria a um passado distante, que seria impossível de ser desvelado. Mesmo que se limitasse à cidade de Curitiba, e em uma época específica, não seria possível estabelecer a origem da tuberculose, conforme a escolha lexical de Taborda, como em “fonte”, desse a entender o contrário.

Para conter a doença, portanto, as medidas de isolamento, por meio de dispensários, preventórios, sanatórios e hospitais de isolamentos, foram levantadas no decorrer de toda a palestra. Tais medidas tinham por interesse excluir o indivíduo do convívio social a fim de que se pudesse conter os avanços da doença. Além disso, buscava-se contê-la por meio de aparatos próprios, como higiene específica, e alimentação reforçada.

Em suma, entendemos que a origem e a genealogia estão separadas pela noção que se faz delas no que diz respeito aos seus estados de *emergência*. Isto é, na última este estado é a florado; é a própria solução para um novo olhar sob o discurso histórico, bem como sob a estruturação menos linear dos fatos e acontecimentos. Para a primeira, a *emergência* não é tão viável, isso porque o foco está na causa e na consequência, nas formas de controle certo sobre qualquer enfermidade que o corpo, tido como a própria cidade, possa apresentar.

Assim, concluímos que há muito mais a ser explorado no que diz respeito a essas relações, ainda mais quando se adentra ao campo da medicina, que ora se repercute por meio do próprio discurso médico; e que ora se faz pela lupa do discurso histórico. Tais discursos são sublevações de noções calcadas em si mesmas. Isto é, o discurso é o próprio discurso, é ação, é prática; em *Ditos e Escritos IV* (2008), Foucault afirmou que somos o que o discurso exprime sobre nós.

3.4 ESTRATÉGIAS DE PODER-SABER – O DISCURSO MÉDICO ALINHAVADO COM OUTRAS ESFERAS PÚBLICAS: CONSTATAÇÕES SOBRE *NORMAS PARA UMA ORGANIZAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA* (CURITIBA, 1937)

A presente seção tem como objetivo refletir acerca das práticas de poder-saber em consonância com o discurso médico sobre a biologização da cidade de Curitiba. Isto é, o biopoder será fundamental para entendermos este processo pensando em

seus desdobramentos e as suas práticas fundamentais. Para tanto, recorreremos à análise de *Constatações sobre normas para uma organização estadual de saúde pública*, discurso que foi proferido em 1937 pelo médico João de Barros Barreto. Frente a esse objeto de pesquisa, levante-se as seguintes indagações: como atuaria a bilateralidade do poder nesse sentido? O Estado e as práticas médicas se articulariam na tentativa de consolidar mecanismos de poder-saber? Quais seriam tais mecanismos? Tais práticas poderiam estabelecer uma relação com o panóptico de Bentham? Em que sentido?

A justificativa para esse estudo está baseada no cenário curitibano na época em questão, o ano de 1937. As perspectivas políticas e médicas passavam por um momento de efervescência. A tuberculose era uma preocupação iminente, já que 10% da população curitibana portava a doença (BARRETO, 1937, p. 369). Aliar o Estado, portanto, às práticas médicas poderia ser a solução para o estado de calamidade que está por vir. Sendo assim, para que essa análise possa ser feita, nos basearemos em pressupostos articulados no livro *Ditos e Escritos IV* (2010), com foco aos capítulos intitulados “Poder e Saber” e “Diálogo sobre o poder”.

A fim de cumprir com os nossos objetivos, esta seção será organizada em três partes. A primeira parte deste estudo, intitulada “Reflexões sobre as estratégias de poder-saber”, tratará de questões pontuais sobre o nosso referencial teórico em questão. Seu foco será fornecer uma síntese geral do que tratam os três capítulos já citados acima. Já a segunda parte, por sua vez, denominada de “*Normas para uma organização estadual de saúde pública: uma breve noção*”, apresentará a fonte como um todo, bem como o suporte que ela estará inserida, o qual veremos mais adiante. Por fim, a terceira e última subseção “análise de caso: reflexões sobre *Normas para uma organização estadual de saúde pública*” relacionará as estratégias de poder-saber com o objeto de pesquisa em questão. Dito isso, passemos à primeira seção.

3.4.2 Reflexões sobre as estratégias de poder-saber

Conforme já foi ressaltado, os capítulos que serão aqui analisados, são partes constituintes do livro *Ditos e Escritos IV* (2010) que, de maneira geral, representam as formas que se consolidam as estratégias de poder-saber tendo em vista a sociedade moderna sobre a qual Foucault se debruçava. Assim sendo, a presente seção será dividida em três pequenas partes que terão como objetivo traçar uma síntese dos

capítulos em questão, sendo elas: “Poder e Saber” e “Diálogo sobre o poder” conforme já supramencionado.

3.4.2.1 “Poder e saber”

Intitulada de “Poder e saber”, essa entrevista, concedida a S. Hasumi, em 1977, trata, entre outras coisas, da carga não estruturalista de Foucault. Isto é, vários autores que se debruçavam sobre sua obra, tinham em mente que seu método era completamente anti-histórico. Acreditavam nessa assertiva porque tinham como base a *História da Loucura* ([1961]1997), um dos seus primeiros livros, que trata de um tema que muito nos interessa: o saber médico. Para Foucault tal livro tratava da história da loucura, em um primeiro momento “um problema ao mesmo tempo da história do saber médico, de história das instituições médicas e psiquiátricas [...] uma análise da medicina em geral e das instituições médicas [...]” (FOUCAULT, 2010, p.224). Sendo assim, são “diferentes Foucault” que se estabelecem nesse sentido. Há um que é escritor, tomado pelo seu tempo; enquanto há o leitor, que posteriormente, sobretudo a partir dos anos 70, revisita suas obras, e promove uma nova interpretação, guiado pela virada linguística e outras movimentações desse período.

Assim, seu interesse como estudioso, era desvendar quais saberes estavam articulados a essas práticas. Mais especificamente, refletir sobre:

[...] não é tanto o tipo de conhecimento que se pode formar [...] [mas] como o fenômeno da doença constituiu, para a sociedade, para o Estado, para as instituições do capitalismo em vias de desenvolvimento, uma espécie de desafio ao qual foi preciso responder através das medidas de institucionalização da medicina [...] (FOUCAULT, 2010, p. 224)

Sendo assim, como em parte da sua obra Foucault fala sobre as medidas de poder, o saber se liga nesse aspecto. A sociedade, por ser organizada, conforme já dito, em macroesferas e microesferas, é institucionalizada. Isso significa dizer que os mecanismos que atuam para essa institucionalização refletem estratégias de poder específicas, ligadas ao saber. Em nosso caso, o saber médico desenvolve medidas de profilaxia e tratamento da tuberculose a fim de exercer poder sobre os indivíduos sãos e doentes da mesma sociedade; um domínio geral para que o corpo social continue produtivo e alcance as pretensões econômicas do Estado capitalista que, para Foucault (2010), se constitui com mais força na Idade Moderna. Concluímos

então que o saber e o poder médico estão ligados pela institucionalização do último, em vias de consolidar mecanismos que também atendam o interesse do Estado.

3.4.2.2 “Diálogo sobre o poder”

No capítulo “Diálogo sobre o poder”, dividido em doze questões – das quais não nos deteremos em uma instância mais profunda – Foucault discorre sobre o discurso, suas manifestações de poder, os sistemas penitenciários, a dimensão da dialética e da história, como os livros deveriam ser enquanto obras físicas, além de temas que se articulam diretamente a esses aspectos.

O discurso, na perspectiva foucaultiana, difere, por exemplo, daquela retratada pela fenomenologia hegeliana. Para ele, não há uma estrutura prévia responsável por anteceder o discurso, apriorística, ao contrário da relação entre indivíduo e objeto hegeliana que prevê a contradição entre tese e antítese como caráter máximo de síntese, o Estado. Para Foucault (2010), o discurso não é uma reprodução do poder, ou uma repetição de tal poder. Há mecanismos próprios que se fomentam em seu interior, mais como uma relação não linear de causa e consequência.

Quanto à dimensão da história, novamente Foucault se detém sobre como essa ciência, provinda do século XIX, é preocupada com as estruturas lineares de uma sociedade. Ele mais considera o discurso histórico como o que foi dito sobre uma determinada coisa, que é o fato em si (já que discurso é prática, para ele). Assim, tal discurso é guiado por sistemas políticos e econômicos. Nesse mesmo sentido, da dimensão histórica, o autor dará um exemplo. Para ele, o acontecimento, por exemplo, pode ser o controle de natalidade, que é um fator histórico, biológico e econômico. É um acontecimento em comum, que reúne três fatores distintos, consolidando, portanto, o poder nas esferas políticas – ligadas ao próprio cidadão – como nas esferas econômicas – ligada aos sistemas produtivos.

O próximo ponto a ser abordado diz respeito ao sistema penitenciário. Baseado no panóptico de Bentham, o intelectual dirá que há uma torre ao centro de instituições como a penitenciária, capaz de vigiar a todos em vários momentos. Mesmo que esteja no mesmo plano do sistema em questão, conforme já dito, ela detém de um poder a mais, já que está ligado a um controle de um saber próprio conduzido pelo conhecimento de determinados agentes na constituição daquele mecanismo.

Assim, para finalizar este capítulo, Foucault discute sobre como o livro, em sua forma material, não deveria existir. Isto é, após a utilização de todo o conhecimento que nele está contido, ele deveria desaparecer como um fogo de artifício (2010, p.240), como um momento único de clímax e depois de desaparecimento completo. Isso corrobora a perspectiva que aponta desde o começo: não é estruturalista assim como certos autores haviam pensado sobre ele. Não acredita no livro física, enquanto objeto, como detentor do conhecimento. Além disso, tal livro, enquanto objeto, pode representar a própria noção de ideia a *priori* do pensamento, depende-se do livro para que o conhecimento se faça viável, perspectiva que Foucault nega.

Em resumo, poder e saber se ligam como forma bilaterais de controle social, o que é representado pela própria institucionalização da medicina, perspectiva que nos interessa de pronto.

3.3.4 Normas para uma organização estadual de saúde pública: uma breve noção

Normas para uma organização estadual da saúde pública, conforme já dito, é uma palestra que foi transcrita em quinze páginas, e está dividida em vários tópicos, mostrando como a saúde pública, principalmente a de Curitiba, pode ser melhorada a fim de suprir a transmissão de doenças como a tuberculose.

Este artigo é resultado de uma conferência feita pelo professor João Barros Barreto – que recebe o título de Sócio Honorário nessa ocasião – em 1937, como convite da Associação Médica do Paraná. Essa instituição, conforme anunciada em seu endereço eletrônico, foi criada em 1933 e tinha como princípio pensar na saúde pública para os menos abastados. A partir disso, começaram a desenvolver um grande trabalho nesta área, apresentando avanços interessantes para a medicina da época. Tal artigo se encontra na Revista Médica do Paraná – dirigida por Munhoz da Rocha, professor da Faculdade de Medicina do Paraná, e Ary Taborda, como parte integrante do corpo de médicos que constituíam o grupo – suporte que é a materialização do que foi dito pelos membros da Associação Médica do Paraná.

Dito isso, o panorama que ele apresenta sobre a doença é representado pelas noções de calamidade que ela vem demonstrando com o passar dos anos. Isto é, o número de óbitos, causado pela tuberculose, passa a aumentar, o que preocupa o corpo médico da época. Assim sendo, a ideia de Barreto, assim como outros médicos

da associação média, é se aliar ao Estado a fim de tentar suprir as necessidades de profilaxia e tratamento que a doença requer.

Veremos, dessa maneira, como esse tipo de discurso atuar como forma de articular o poder-saber em função da institucionalização de mecanismos próprios para o combate à tuberculose.

3.4.5 Análise de caso: reflexões sobre Normas para uma organização estadual de saúde pública

Cabe iniciar essa reflexão pelo próprio título, o qual apresenta uma escolha lexical e semântica interessante. Ao falar de normas e ao ligar tais normas à organização estadual e à saúde pública, temos algumas perspectivas. A primeira delas diz respeito ao aspecto normatizador que, nesse caso, embora ligado diretamente ao Estado, pela construção sintática da frase, não se baseia só nisso. O saber médico atua como um importante aliado a esse aspecto normatizador dos mecanismos de poder, conforme veremos em outros trechos do texto.

Além disso, não se separa, pelo título, o Estado e a saúde pública, o que deixa a entender que eles apresentam uma organização coesa; esses micropoderes não se apresentam em órbitas isoladas com seus mecanismos próprios de atuação, mas se consolidam, mesmo que divididos em outros estamentos – conforme ainda veremos – como uma coesão entre o saber médico, o poder do Estado, e a própria atuação de instituições especializadas para construção do poder relacional que se fomenta. Dito isso, passemos a outros fragmentos do objeto em questão.

Barreto (1937) começa a fornecer um cenário caótico sobre o desenvolvimento da tuberculose, embora só apresente números precisos mais adiante no texto. Para ele “[...] torna-se preciso tratar, com desvelo, da unificação técnica e da coordenação administrativa dos serviços de saúde pública de todo o país, providencias particularmente indicadas, por imprescindivelmente necessárias, em situações como a nossa” (BARRETO, 1937, p. 369-370).

Assim sendo, a discussão do médico passa a tomar o rumo da constituição de poder como a junção entre várias esferas. As atuações do poder público, e da medicina e suas técnicas, seriam fundamentais para combater a moléstia. A junção coesa dessas duas microesferas de poder teria por objetivo cobrir uma área de

calamidade pública. Em resumo, Barreto mostra esferas codependentes e necessárias para combater o bacilo da tuberculose; o poder não é, portanto, centralizado.

Após isso, o professor da Faculdade de Medicina do Paraná apresenta outro título interessante durante a sua fala: “O serviço da bioestatística”. Nesse momento, é inevitável que não pensemos em biopoder como um mecanismo de poder é ligado ao Estado e ao mesmo tempo com a medicina. Isto é, como princípio também normatizador, essa manifestação de poder atua como controle de natalidade, mortalidade e, sobretudo, de doenças infectocontagiosas, como é o caso da tuberculose, que estamos tratando. Sendo assim, apresentar o prefixo “bio” antes de estatística reflete a junção da biologia e do econômico, noção explorada por Foucault que pressupõe a necessidade de uma biologia (ou medicina) mais ativa que proporcionasse o desdobramento do sistema econômico por si mesmo. Isto é, uma medicina eficaz que ajudasse, como já dito, a controlar a produção capitalista.

Neste momento, o médico apresenta os dados, que já havia alarmado a respeito anteriormente. Além disso, o processo burocrático do Estado não é posto em segundo plano:

mas para se fazer a profícua tarefa do bioestatístico, é mister exista e seja cumprida uma legislação adequada, que assegure o registro individual imediato, em certificados uniformes dos nascimentos e óbitos ocorridos no Estado ou, pelo menos inicialmente, em certas áreas, que pouco a pouco se alargarão (BARRETO, 1937, p. 370).

Portanto, ter essas perspectivas no controle, que é um registro, é uma forma de normatização desses saberes a favor do Estado.

Quanto aos números, o cenário apresentado por ele diz respeito à falta de cuidado, principalmente do Estado, que se apercebe dos casos, mas não tem medidas imediatas para o combate deles, acaba perdendo uma quantidade de indivíduos entre 20% e 70% dos doentes (BARRETO, 1937, p. 371). Nesse sentido, percebemos uma esfera de poder já desequilibrada. O discurso do médico, nesse estamento, deixa um hiato para pensarmos que a culpa maior pelas mortes é do Estado. Quando há um fator negativo, que é a morte dos indivíduos, o Estado é inteiramente responsável. Contudo, do contrário, quando uma união *a priori* deve ser feita, todos os elementos constituintes da macroesfera social podem contribuir positivamente. Nesse sentido, há uma relação de poder desequilibrada, o jogo social que é feito pende apenas para

um lado, transformando as relações de poder em um pêndulo altamente desproporcional.

Além dos mecanismos já citados, o médico vê outras possibilidades de se aliar o combate à doença com outras esferas de poder. Apresentará, em sequência ao que já foi dito, a necessidade da Engenharia Sanitária como forma de dirimir, ou pelo menos, tratar a maioria dos casos. Esse tipo de mecanismo de poder tem estratégias muito claras: a necessidade de uma maior higiene nas cidades. Muito comum para as fontes da época, como em *A Peste Branca no Paraná*, de Ary Taborda, do mesmo ano, a higiene é um tema é muito discutido, além de ser apontada como a grande causa de todos os problemas. Ao praticar medidas de isolamento, segundo Taborda (1937), o dever do sanatório (preventório, dispensário ou hospital de isolamento) é fornecer higiene e dieta adequadas para os doentes (ou no caso dos preventórios, aqueles que possivelmente contrairiam as doenças). Assim sendo, vemos uma certa linearidade no próprio discurso médico do qual estamos falando. Cabe destacar, nesse momento, que o discurso histórico se apresenta como um embate ao primeiro.

Além desses fatores, Barreto (1937) traz a possibilidade de se estruturar um estado mais técnico (p.374), o qual, entendemos, pode ser operado por mecanismos específicos de poder responsáveis pelo controle sanitário e pelo próprio desenvolvimento da biologia. Novamente, à esteira do biopoder, podemos interpretar essa passagem. Somando-se a isso, temos as unidades sanitárias (p.376).

A execução das demais atividades de saúde pública por unidades sanitárias, Centro de Saúde e de Postos de Higiene, representa, pelas vantagens que oferece à sistematização dos serviços e dos interesses do público, um grande adiantamento em matéria de administração sanitária. Por se disporem de se entrosarem, em um mesmo ponto, os cometimentos locais, que atendem e beneficiam a saúde pública e partem de um só órgão, assim centralizado, as providências necessárias, consegue-se fazer mais íntimo o contato de repartição sanitária com a comunidade a que vai servir (BARRETO, 1937, p. 376).

Vemos, nesse sentido, um esforço para que o poder seja centralizado em apenas um local, principalmente quando tange uma comunidade específica. Sendo assim, embora esse poder possa ser centralizado, de certa forma, ele não deixa de partir da contribuição conjunta do Estado, da medicina e dos próprios cidadãos que fazem parte dessa teia relacional de poder. Mesmo que o discurso do médico deixe lacunas para contrapor o poder centralizado e o descentralizado, é necessário

considerar que mesmo com um centro específico, esses poderes não são absolutos, demonstrando uma dissolução de poderes na sociedade em questão. No nosso caso, na sociedade curitibana.

Nessa mesma linha, é proposto um centro de organização de saúde, que visa atender as mulheres grávidas, que podem ser vítimas de tuberculose, a transmitindo para o feto. Além disso, a própria unidade contaria com serviços especializados na higiene infantil, de suma importância para a época, já que, como já dito, a falta de higiene poderia ser uma causadora da doença.

Ademais, os próprios tuberculosos, a ser constatado que sofrem dos pulmões, seriam levados a outras unidades, para que o tratamento pudesse ser realizado o mais breve possível. O controle de todas essas situações que ocorreriam na unidade em questão seria registrado, o que corrobora a noção de um Estado normatizador, que visa o controle, por meio de outras forças, da sociedade, em nosso caso, curitibana como um todo.

Por fim, como último tópico, o médico traz a noção do próprio pessoal que se consolidaria para combater a doença. Isto é, a figura do médico sanitarista é ressaltada pela primeira vez, o que propõe uma nova relação que se estabelece somada às forças do Estado, da saúde pública, e da medicina como institucional, ou seja, o indivíduo – ainda como em equipe, já que a escolha lexical de Barreto traz “pessoal” como substantivação dessas pessoas – que é capaz, também, de ajudar na luta contra a doença.

No entanto, esse indivíduo não atuaria sozinho, obviamente. Teria respaldo do Estado, que deveria dar-lhe os subsídios necessários para tanto, bem como o compartilhamento de diversas áreas desse nicho, para que pudessem ser articuladas as noções de poder-saber sobre os indivíduos comuns, assim, os que pudessem ser acometidos pela tuberculose.

Em suma, as estratégias de poder e saber estão ligadas; coesas entre si. Isso significa dizer que os saberes e poderes médicos, articulados com o poder do Estado e dos próprios indivíduos são forças conjuntas que tem um objetivo único: dirimir os casos de tuberculose. Nesse sentido, estratégias específicas são traçadas. Barreto (1937) apresentou algumas delas, como a divisão do trabalho, já que quanto mais especializado, mais daria conta do geral, em uma perspectiva holística. Além da divisão do trabalho, temos a biologia e a economia que se mostram a favor dessa luta. São elas alinhavadas entre si para que possam corresponder a uma ideia de poder

biológico, favorecendo o sistema econômico, já que sem o respaldo do trabalhador e a sua saúde em perfeitas condições, o sistema capitalista em desenvolvimento curitibano não se sustentaria.

Assim, nos concentraremos nas considerações finais deste estudo. Cabe que nos voltemos as indagações levantadas no início como forma de concluí-lo e verificar se atendemos nossos objetivos iniciais. São elas: como atuaria a bilateralidade do poder do Estado e do médico? O Estado e as práticas médicas se articulariam na tentativa de consolidar mecanismos de poder-saber? Quais seriam tais mecanismos? Tais práticas poderiam estabelecer uma relação com o panóptico de Bentham? Em que sentido?

Sendo assim, entendemos que o Estado e a medicina, além de outras esferas precisas da cidade de Curitiba, estão em pleno acordo, conforme já dito anteriormente. Sendo elas responsáveis por articular poderes e saberes, ao pensar no geral, já que é necessário que esses poderes e saberes ajudem no combate à tuberculose. As práticas nesse sentido são a institucionalização de unidades próprias de profilaxia e tratamento da tuberculose, bem como a necessidade de isolamento, se assim for preciso, e o foco na higiene, já que a falta dela era considerada como um dos principais vetores de transmissão do bacilo.

Em suma, essas práticas poderiam estabelecer relações com o panóptico de Bentham. Isto é, a partir do momento que todas as esferas citadas se concentrassem no mesmo plano, tendo a função de vigiar de perto a doença – pelo próprio contato com os pacientes – o sistema de controle estaria muito próximo do cidadão. Além disso, articularia mecanismos precisos e visíveis para dirimir os óbitos causados pela doença, como o isolamento.

Para finalizar, concluímos que a fonte poderia ser explorada em sua totalidade e de maneira mais densa. No entanto, para cumprir os objetivos que foram colocar, de investigar se haveria uma relação entre as estratégias de poder-saber e o discurso médico, possivelmente se cumpriu o objetivo, ao acreditar que os discursos médicos, científico e histórico, dotados de diferença, podem ser repensados. Isto porque, para Foucault (2010), não há contradições na natureza, mas sim complementações que se fazem necessárias para se obter uma visão holística dos fatos e acontecimentos que cercam a vivência humana.

CONCLUSÃO

Concluimos, portanto, que um estudo deste porte nos abre inúmeras possibilidades de reflexão sobre a tuberculose, os corpos tuberculosos e a clínica médica na cidade de Curitiba entre os anos de 1930 e 1953. Nesse sentido, em meio a tantas possibilidades, o ofício do historiador não deixa de ser o de também fazer escolhas dentre os temas que o são ofertados. A cada nova posição tomada por ele, outras se perdem e viram novos objetos de pesquisa nas mãos de outros historiadores. Se mantemos um objetivo vivo, esse é ele: que a presente pesquisa possa abrir novas possibilidades de descoberta e entusiasmo para outros pesquisadores que venham a se debruçar sobre o tema. Isso significa dizer que ela não se fecha nela mesma; é um processo que não tem um início muito menos um fim; é apenas um recorte de um determinado período que tentou ao máximo fazer dialogar, buscando, antes de mais nada, uma visão democrática e sujeita aos mais variados acréscimos que possam vir a existir nas mãos de futuros leitores e/ou pesquisadores.

Sendo assim, retoma-se, em um primeiro momento, os objetivos gerais expressos nos capítulos constituintes desta dissertação. O primeiro capítulo procurou elucidar um contexto que possibilitasse um diálogo entre a saúde e o Estado, refletindo sobre o papel do Estado Novo e a Era Vargas como um todo. Ademais, buscou ilustrar um quadro que compusesse parte da medicina no Paraná, no que diz respeito a alguns aspectos mais pedagógicos e teóricos, tendo em vista a constituição da Faculdade de Medicina do Paraná. Nesse sentido, podemos destacar a ideia de grupo de intelectuais que se fomenta nessa Curitiba em transformação, e como ele se identifica politicamente perante a outros grupos sociais. Isto é, pode-se perceber que tanto a Faculdade de Medicina do Paraná, quanto os frutos dela, como as revistas e periódicos, até mesmo as teses, são resultados de um engajamento político. Uma necessidade de identificação enquanto grupo de médicos do Paraná que também produziam ciência, sobretudo frente à sociedade e aos seus pares. Isso pode ser reafirmado quando pensamos no periódico *Paraná Médico*, o qual expõe com mais clareza esse objetivo, se afirmando enquanto grupo coeso frente a uma sociedade já segregada pela arquitetura urbana e pelas próprias medidas governamentais, assunto pormenorizado no capítulo subsequente.

No segundo capítulo, a intenção foi de demonstrar que houve projetos modernizadores em Curitiba, principalmente guiados pelo espírito europeu e que

esses foram importantes para que houvesse uma divisão entre os centros e as margens, seja isolando alguns indivíduos tidos como desajustados do convívio com determinados públicos, seja isolando a própria arquitetura, como a do Sanatório Médico Cirúrgico do Portão, das regiões mais abastadas da cidade. Dessa forma, intentou-se demonstrar como o ato de clinicar apresenta relação direta com essa nova organização urbana. Assim, entendeu-se que a clínica não é local conforme explicita Foucault (1977), mas uma prática. Ela é muito mais voltada aos aspectos teóricos e pedagógicos do que propriamente acabada no corpo humano. Sua prática exige um conhecimento que se fomenta frente à doença e não ao doente, a distinguindo do hospital, por exemplo, que tem objetivo de lidar com outros aspectos, como a urgência, o corpo doente e a própria morte. Ou seja, o ato de clinicar pode ser exercido em qualquer lugar, não necessariamente na clínica, sendo ele uma composição do saber médico, voltado especificamente ao doente enquanto simulacro da doença, em uma relação mais vertical e menos burocratizada.

Por fim, no terceiro capítulo, objetivou-se discutir, em maior escala, os discursos médicos sobre a tuberculose e os corpos tuberculosos. Procurou-se apresentar ferramentas teóricas e metodológicas variadas para conduzir o resultado do diálogo com tais fontes, levando em conta suas particularidades: produção, veiculação, características próprias dos discursos, entre outros aspectos que se delimitam conforme são revisitados. Dessa forma, observou-se que o *biopoder* e a *biopolítica* são conceitos transitórios. Isto é, focados nas demandas do Estado e nas suas abordagens enquanto poder vigente que se diluí em esferas sociais como a médica, a pedagógica, a trabalhista, entre outras. Além disso, verificou-se que o campo médico, sobretudo na cidade de Curitiba, assim como os projetos modernizadores que inaugurava, foram repletos de controvérsias, e delas se fez possível pensar a própria constituição do que conhecemos hoje sobre a tuberculose.

REFERÊNCIAS

Fontes

ARY, Taborda. A peste branca no Paraná: In: MUNHOZ, Milton.; TABORDA, Ary. **Revista Médica do Paraná**, ano VII, n.2, 1937.

BARRETO, J.B. Normas para uma organização estadual de saúde pública. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, ano VI, n. 10, p. 370-379, 1937.

BRASIL. CAMARA DOS DEPUTADOS. **Decreto nº 6.406, de 13 de dezembro de 1876**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-6406-13-dezembro-1876-549788-publicacaooriginal-65308-pe.html>. Acesso: 20 jun. 2016.

_____. **Decreto nº 6.517, de 13 de março de 1877**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-6517-13-marco-1877-548730-publicacaooriginal-63926-pe.html>. Acesso: 20 jun. 2016.

_____. **Decreto nº 9356, de 10 de janeiro de 1885**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9356-10-janeiro-1885-543478-publicacaooriginal-53806-pe.html>. Acesso: 20 jun. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/L378.pdf>. Acesso: 28 jun. 2016.

CARMELIANO, J.M. **Metodo pratico para extinção da tuberculose**. Curitiba: Empresa Gráfica Paranaense, 1935.

CORTES, A.B. **Profilaxia da tuberculose**. Curitiba: Medicina, Cirurgia e Farmácia, 1939.

DIÁRIO DA TARDE. **Ha oito dias que os telefones não funcionam! justo apelo de dezenas de pessoas**. Ano 50. Curitiba, 5 de julho de 1948.

ISAACSON, M. **Combatemos a tuberculose**. Rio de Janeiro: Borsoi & cia, 1935.

MIRABEAU, J. A campanha contra a peste branca. **Revista Médica do Paraná**. Ano VII, nº 2, 1934.

O DIA. **Agradecimento**. Curitiba, 6 de janeiro de 1948.

PARANÁ. Comissão Técnica da “Campanha Nacional Contra a Tuberculose”. Prova tuberculínica em saúde pública. In: **Anais Paranaenses de Tuberculose e doenças Torácicas**. Curitiba: Universidade do Paraná, 1962.

TABORDA, A. A peste branca no Paraná. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, ano VII, n.2, 1937.

Referências

AGAMBEN, G. La inmanencia absoluta. In: RODRÍGUEZ, F.; GIORGI, G. **Ensayos sobre biopolítica: excessos de vida**. Buenos Aires: Paidós, 2007.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ. **Quem somos**. Disponível em: <http://www.amp.org.br/quem-somos>. Acesso: 28 jul. 2017.

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

BRANDÃO, Angela. **A fábrica de ilusão: o espetáculo das máquinas num parque de diversões e a modernização de Curitiba, 1905-1913**. Prefeitura Municipal de Curitiba, 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Manual de normas de vacinação**. São Paulo: Funasa, 2001.

BRITTO, Nara. **Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. **Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário**. Cadernos de saúde pública, v. 29, p. 844-846, 2013.

CAPELATO, M.H. O Estado Novo: o que trouxe de novo? In: DELGADO, N.A.L.; FERREIRA, J. In: **O Brasil Republicano**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

CIDADE, Maria L.; PAZ, Francisco Moraes. O poder em questão: vigilância e punição em Curitiba. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 14/15, 1987.

CINTRA, E.P.U. **História, Ciência, Saúde e Educação: a institucionalização da ciência médica e a Faculdade de Medicina do Paraná (1912-1946)**. Curitiba: Editora UFPR, 2014.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.

CZERESNIA, Dina. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

DE, BONI. MIM. **O espetáculo visto do alto: vigilância e punição em Curitiba (1890-1920)**. 1985. 1985. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em História Social)– Universidade de São Paulo, São Paulo.

DE SOUZA, Marcus Vinícius Nora; VASCONCELOS, Thatyana Rocha Alves. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. **Química Nova**, v. 28, n. 4, p. 678, 2005.

DESTEFANI, C. **Portão, o bairro cidade**. Gazeta do Povo. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/colunistas/nostalgia/portao-o-bairro-cidade-ee757e2yxhybdhizizriefp72/>. Acesso: 01 fev. 2019.

ELIAS, N. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

EL PAÍS. **Tuberculose ainda é a infecção mais mortal e os avanços contra ela são insuficientes**. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/10/27/ciencia/1509132472_518243.html. Acesso: 31 jan. 2019.

ESPOSITO, R. **Bíos: Biopolítica y filosofía**. Buenos Aires: Amorroutu, 2006.

FAUSTO, Boris. **Historia concisa de Brasil**. São Paulo: Fondo de Cultura Económica, 2015.

FIOCRUZ. **Linha do tempo das conferências nacionais da saúde**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso: 20 set. 2018.

FONSECA, Pedro Cezar Dutra. Nem ortodoxia nem populismo: o segundo governo Vargas e a economia brasileira. **Tempo**, v. 14, n. 28, 2010.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2008b.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

_____. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

_____. **A História da Sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Historia de la medicalización**. Educ Méd Salud, 1977b.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FUKUYAMA, Francis. **O fim da história e o último homem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

GIDDENS, A. **As consequências de modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

HOBBSAWM, Eric. **Os trabalhadores**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1981.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IANNI, Octavio. Tipos e mitos do pensamento brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 17, n. 49, 2002.

LAROCCA, L.M. **Higienizar, cuidar e civilizar**. 253 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

LATOUR, B. Literatura. In: _____. **Ciência em ação**. São Paulo: UNESP, 2000.

LIMA, N.T HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz; CCBB, 1996.

MOREIRA, J. E. Caminhos das Comarcas de Curitiba e Paranaguá, até a emancipação da Província do Paraná. Imprensa Oficial, 1975.

LIMA, N.T; KROPF, S.P.; PONTE, C.F. **O sanitário redescobre o Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

MARTINS, R. **História do Paraná**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 1995.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça**. Médicos, educadores e discurso eugênico. Campinas, Editora Unicamp, 1994.

MOREIRA, J. E. **Caminhos das Comarcas de Curitiba e Paranaguá, até a emancipação da Província do Paraná**. Curitiba: Imprensa Oficial, 1975.

OLINTO, B. A. **Pontes e muralhas: diferença, lepra e tragédia no Paraná do início do século XX**. Guarapuava: Editora Unicentro, 2007.

_____. **Uma cidade em tempo de epidemia**: Rio Grande e a gripe espanhola. 1995. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina.

OLIVEIRA, M. S; BERTUCCI, L. M. A semana da tuberculose de 1937 em Curitiba: educação para combater a enfermidade na terra dos "bons ares". **História Revista**, v. 20, n. 3, p. 98-116, 2015.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Revista de saúde Pública**, v. 32, p. 299-316, 1998.

PAOLA, Elizabeth Braga de Oliveira. **Paraná médico**: contribuição de um periódico especializado ao acervo cultural do estado. Trabalho de conclusão de curso – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Curso de Gestão de Informação. Curitiba, 2008.

PONTE, CARLOS FIDELIS; REIS, JOSÉ ROBERTO FRANCO; FONSECA, CRISTINA M.O. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, p. 113-152, 2010.

PORTAL G1. **Estudo relaciona incidência de tuberculose com superlotação em domicílios no Brasil.** Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/estudo-relaciona-incidencia-de-tuberculose-com-superlotacao-em-domicilios-no-brasil.ghtml>. Acesso: 31 jan. 2019.

PORTAL R7. **Tuberculose mata mais de 4 mil pessoas todo ano no Brasil.** Disponível em: <https://noticias.r7.com/saude/tuberculose-mata-mais-de-4-mil-pessoas-todo-ano-no-brasil-26032018?amp>. Acesso: 31 jan. 2019.

RIBEIRO, P.T. **A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil.** Rio de Janeiro, 1991. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública].

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. **A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925).** São Paulo: FAPESP, 2003.

SANTANA, I.J. **Emiliano Pernetá: vida e poesia de província?** Tese (doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Letras. Curitiba, 2015.

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

STEPHANOU, Maria. **Práticas educativas da medicina social: os médicos se fazem educadores.** História da educação, v. 1, n. 2, p. 145-168, 1997.

SEVCENKO, Nicolau. República: da belle époque à era do rádio. In: **República: da Belle Époque à era do rádio.** São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SINGER, B. Modernidade, hiperestímulo e o início do sensacionalismo popular. In.: CHARNEY, L; SCHWARTZ, V. **O cinema e a invenção da vida moderna.** São Paulo: Cosac & Naify, 2004.

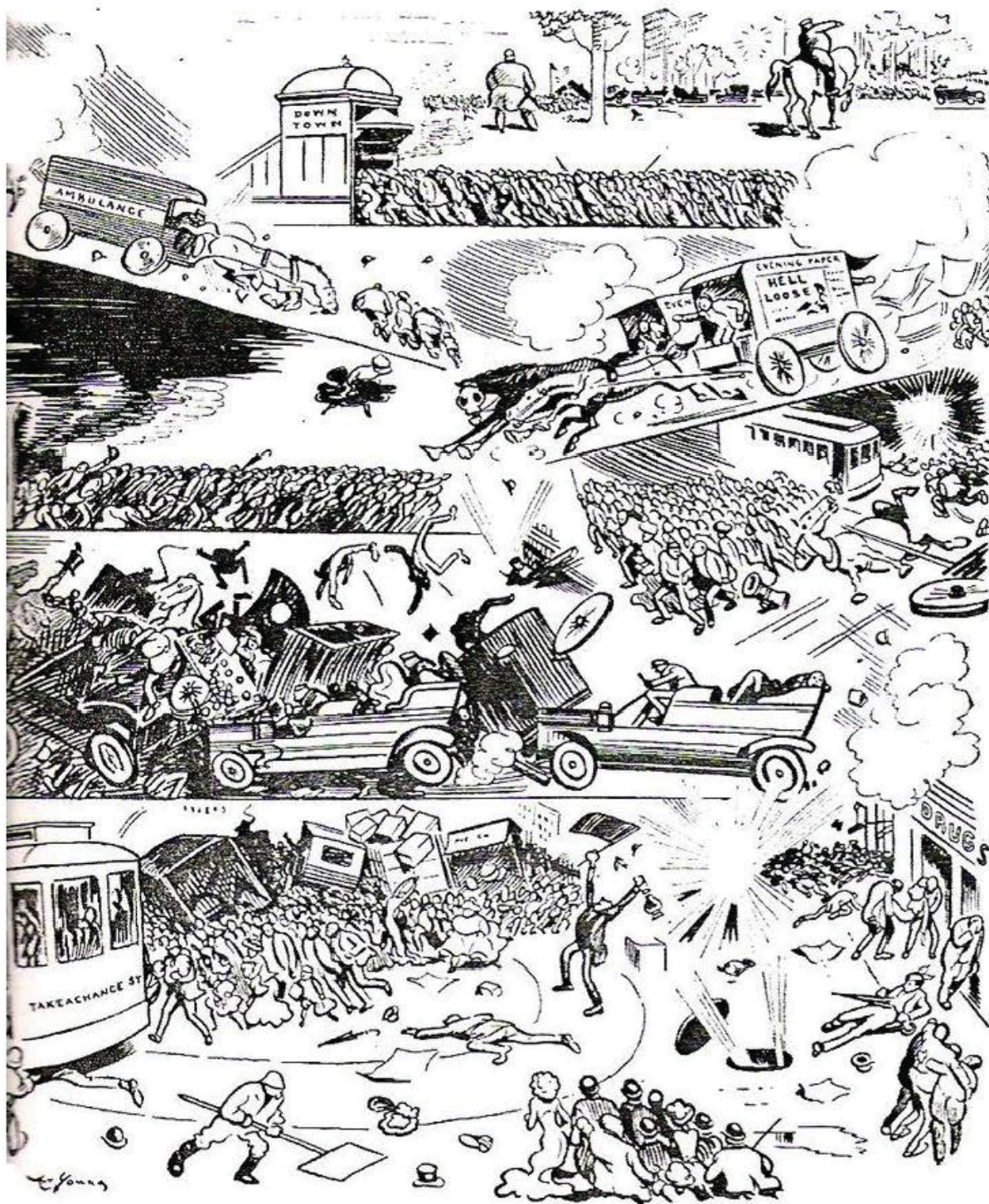
VAINFAS, Ronaldo. Colonização, miscigenação e questão racial: notas sobre equívocos e tabus da historiografia brasileira. **Revista Tempo**, v. 8, p. 03-12, 1999.

ZOLA, IK. Medicine as an institution of social control. In: CONRAD, P. **The sociology of health and illness: critical perspectives.** 6th Ed. New York: Worth Publishers; 2001.

ANEXOS

ANEXO 1

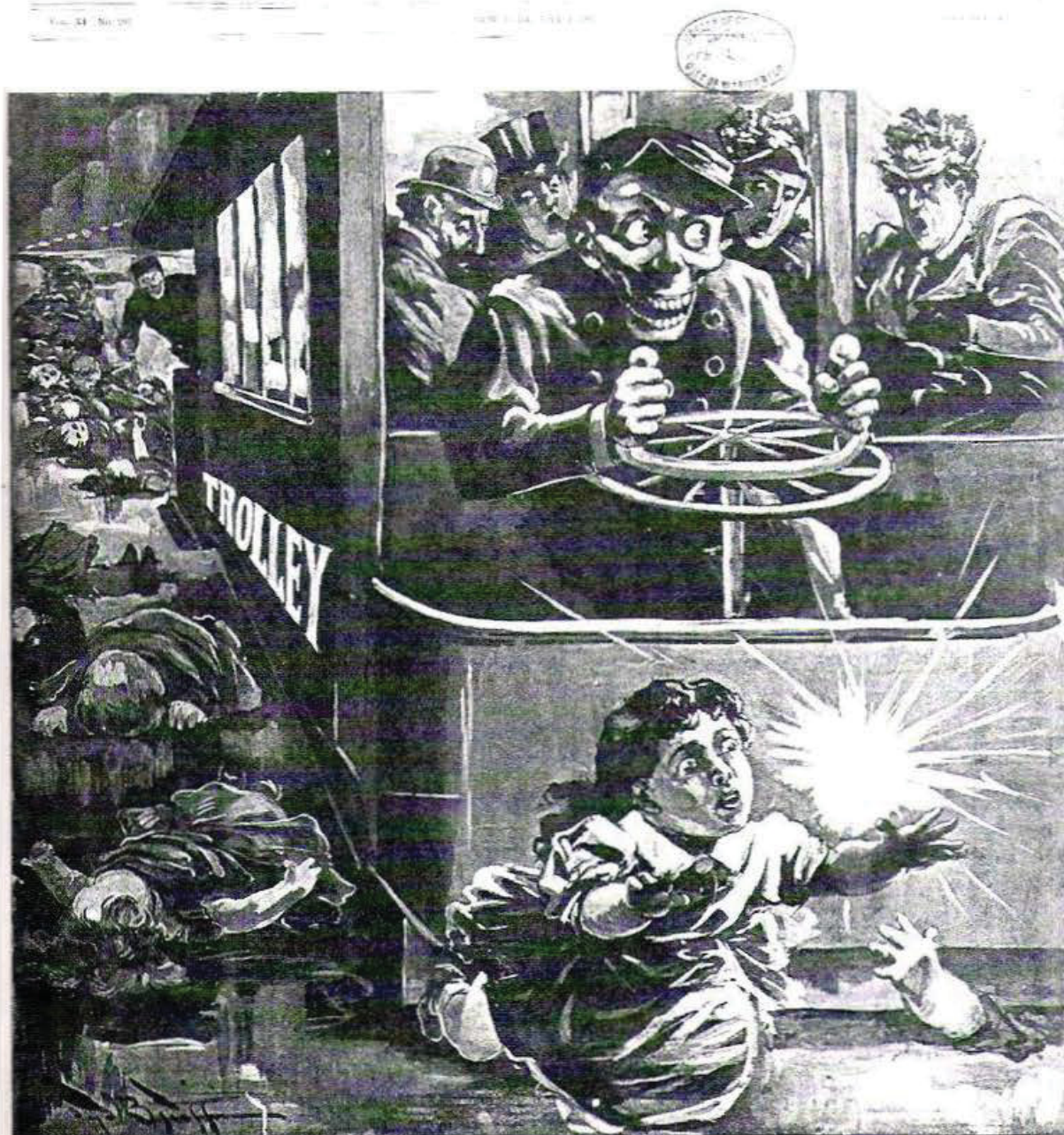
· LIFE ·



NEW YORK CITY
18-21 NORTH ST.

ANEXO 2

THE STANDARD



The Brooklin Horror

ANEXO 3

HA OITO DIAS QUE OS TELEFONES NAO FUNCIONAM!

justo apelo de dezenas de pessoas

Ofestim do acusado

(Continuação da 1.ª pag.)

com água, escôva e sabão. Esse sangue, vertido por amor da causa pública, na defesa do povo sacrificado e do Estado extorquido por negociatas sem precedentes na história administrativa, há de servir à reação do altivo e corajoso eleitorado da nossa terra, para encorajar as posições, pela voz das urnas nas eleições do ano vindouro, os que tanto souberam aviltar, denegrir e humilhar a dignidade do Paraná.

Cada gota do meu sangue terá o miraculoso poder de sacudir a consciência coletiva no trabalho da restauração, no nosso Estado, da política do respeito humano, da moralidade dos que governam e do banimento do canção como solução violenta das contendas nitidamente partidárias.

Banqueteem-se, pois, os favorecidos por esta época de destruição, de corrupção e de expiação.

Os presentes, ao repasto solenizado, nesta hora de tristeza e de agonia moral, não mostrarão o sadio contentamento dos desprevenidos, confiantes e aliviados. Cada um dos concívis conservará a alma torturada e o coração oprimido pela dívida cruel da autoria estigmatizada. No pensamento, dirão uns do seu dever protocolar do comparecimento, dirão outros da necessidade de apoiar quem

“O Meu Fim Tinha Que Ser Este”

TRÁGICO GESTO DE UMA ESPOSA AMARGURADA!

A IGNORANCIA MATERNA FEZ DO MENINO UM ALCOOLATRA!

Um doloroso acontecimento desses que conseguem abalar toda uma população, vem de ter por teatro Gonçalves Junior, distrito de Irapé, onde conceituada senhora pôs termo à vida de maneira impressionante, conforme divulga o “Jornal do Paraná”.

Trata-se de d. Eny Hsper, esposa do Ezequiel diti sr. Teodoro Hsper.

Ninguém, das pessoas que mantinham relações de amizade com o casal, podia supor que a desventurada senhora seria levada a esse desesperado gesto e, muito menos, que executasse o seu plano com a calma com que o fez.

A aparência era de que o casal vivia na mais perfeita harmonia, arescendo que na casa nada faltava, desde o bom mobiliário até a farta cozinha.

“O meu fim tinha que ser este”, é o que se diz Laver em um bilhete que a suicida teria deixado para o marido.

Naquele dia, Teodoro saiu

DIÁRIO DA TARDE

☆ Curitiba, 6.ª-feira, 11 de fevereiro de 1949 ☆

O Jovem Foi Encontrado Morto

HAVIA INGERIDO FORTE DOSE DE CORROSIVO - O SUICIDIO DE ONTEM

Cia. Internacional

Pouco depois das 22 horas de ontem, foi encontrado, na rua Baltazar Carrasco dos Reis, esquina da rua 24 de Maio, um

Há precisamente oito dias que os telefones das zonas compreendidas entre Vila Isabel e Vila Formosa (proxima ao **Sepulchro Médico e Cirurgico do Portão**) não funcionam, o que vem causando prejuizos aos moradores daquelas zonas, mormente às casas de comercio e as industrias que são muitas naquele bairro.

A situação é das mais angustiosas. Os moradores daquelas populosas zonas estão isolados do centro da cidade, como se estivessem numa ilha, e, em caso de doença grave na familia, não podem chamar um médico com urgencia, nem mesmo um automovel e têm que aguardar condução para a cidade, o que demanda longo tempo, para aqui se avistar com o médico e leva-lo até sua casa.

Cumpra, pois que a Cia. Telefonica Paranaense tome providencias a respeito, atendendo assim aos apelos dos moradores daquelas zonas isoladas, cujos telefones são hoje figuras decorativas.

perdiu pelo seu gesto desesperado e dizia que assim procederia por excitação nervosa. A família recebeu a notícia e de dizia que jamais havia esquecido os carinhos que debia receber.