

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA**

NATALIRIO CLETO CARDOSO JUNIOR

**SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO DA LAPA: RUPTURAS E PERMANÊNCIAS NO
TRATAMENTO DA TUBERCULOSE (1927-1960)**

**PONTA GROSSA
2020**

NATALIRIO CLETO CARDOSO JUNIOR

**SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO DA LAPA: RUPTURAS E PERMANÊNCIAS NO
TRATAMENTO DA TUBERCULOSE (1927-1960)**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Curso de Pós-Graduação em História, Universidade Estadual de Ponta Grossa. Setor de Ciências Humanas Letras e Artes.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Stancik

**PONTA GROSSA
2020**

C268 Cardoso Junior, Natalirio Cleto
 Sanatório São Sebastião da Lapa: rupturas e permanências no tratamento
 da tuberculose (1927-1960) / Natalirio Cleto Cardoso Junior. Ponta Grossa, 2020.
 105 f.

 Dissertação (Mestrado em História - Área de Concentração: História, cultura
 e identidades), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

 Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Stancik.

 1. História das doenças. 2. Tuberculose. 3. Sanatório São Sebastião. I.
 Stancik, Marco Antonio. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. História,
 cultura e identidades. III.T.

CDD: 981.62



TERMO DE APROVAÇÃO

Natalirio Cleto Cardoso Junior

Sanatório São Sebastião da Lapa: rupturas e permanências no tratamento da tuberculose (1927-1960)

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em História - Mestrado em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Ponta Grossa, no dia 28 de setembro de 2020, pela seguinte banca examinadora:

PROF. DR. MARCO ANTONIO STANCIK (UEPG)
(Orientador)

PROF. DR. JOSÉ AUGUSTO LEANDRO (UEPG)

PROF.^a DR.^a FRANCIELI LUNELLI SANTOS (UEPG)

PROF.^a DR.^a ANDREA MAZUROK SCHACTAE (IFPR)

Ponta Grossa, 28 de setembro de 2020.

Dedicado a meus pais, minha esposa e à memória de Cleto Cardoso.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marco Antonio Stancik, por sua inestimável contribuição na orientação desta dissertação.

Ao Prof. Dr. José Augusto Leandro, por compartilhar seus preciosos conhecimentos na área e seu apoio a esta pesquisa desde a graduação.

A Profa. Dra. Francielle Lunelli Santos por suas contribuições para o crescimento desta pesquisa.

Ao Hospital Regional da Lapa e todos os seus dedicados funcionários que sempre me atenderam da melhor forma possível em minhas visitas.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desta pesquisa.

RESUMO

Este trabalho nos traz a história do Sanatório São Sebastião, fundado em 1927 e localizado no município da Lapa, Estado do Paraná. Foi por muitos anos considerado referência no tratamento da tuberculose, doença que na primeira metade do século XX representava, por seus elevados índices de mortalidade, um grande problema sanitário. Acompanharemos a forma como os avanços da ciência e a descoberta de novos medicamentos foram gradualmente adotados nas enfermarias do Sanatório e como o tratamento se modificou no decorrer do tempo. Destacaremos também a definição do Sanatório nos moldes de uma instituição total, assim como definido por Goffman, devido ao isolamento e ao controle dos internos. Em um segundo momento, abordaremos a visão que um de seus internos na década de 1950 nos descreve a partir de suas cartas escritas em seu período de reclusão. Meu avô, Cleto Cardoso, que passou mais de dois anos em tratamento no São Sebastião, nos fornece através de suas cartas uma visão do ponto de vista do doente e de sua experiência do adoecer. Para conseguir trazer estas informações, lançaremos mão, além das cartas de meu avô, de prontuários médicos e relatórios fornecidos pelo Sanatório, jornais e entrevistas com familiares.

Palavras-Chave: Sanatório São Sebastião. Tuberculose. História das doenças.

ABSTRACT

This work brings us the history of San Sebastian Sanatorium, founded in 1927 and located in the city of Lapa, State of Paraná. For many years it was considered a reference in the treatment of tuberculosis, a disease that in the first half of the 20th century represented, due to its high mortality rates, a major health problem. We will follow how the advances in science and the discovery of new medicines were gradually adopted in the wards of the Sanatorium and how the treatment has changed over time. We will also highlight the definition of the Sanatorium along the lines of a total institution, as defined by Goffman, due to the isolation and control of the inmates. In a second step, we will approach the view that one of its inmates in the 1950s describes us from his letters written in his period of seclusion. My grandfather, Cleto Cardoso, who spent more than two years in treatment at San Sebastian, provides us with his letters with a view from the point of view of the patient and his experience of falling ill. In order to bring this information, we will use, in addition to my grandfather's letters, medical records and reports provided by the Sanatorium, newspapers and interviews with family members.

Keywords: San Sebastian Sanatorium. Tuberculosis. History of diseases.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO 1 - O SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO DA LAPA.....	16
1.1 HIGIENIZAR PARA MODERNIZAR	16
1.2 AS INSTITUIÇÕES DE ISOLAMENTO	21
1.3 CONSTRUINDO O FUTURO: O SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO DA LAPA.....	25
CAPÍTULO 2 - ENTRE O ANTIGO E O NOVO: AS PRÁTICAS DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO SÃO SEBASTIÃO DESDE SUA FUNDAÇÃO.....	32
2.1 OS BONS ARES DE MONTANHA DA LAPA: O TRATAMENTO NO SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO ANTES DOS QUIMIOTERÁPICOS ANTITUBERCULOSE.	34
2.2 OS MAIS NOVOS ALIADOS DOS MÉDICOS: OS JORNAIS E O RÁDIO.....	42
2.3 MEDIDAS EXTREMAS: AS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS.	46
2.4 O ANTIGO x O NOVO: O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO APÓS O SURGIMENTO DOS QUIMIOTERÁPICOS	53
2.5 VENCENDO A TUBERCULOSE: SOBRE A ESTREPTOMICINA.....	54
2.6 VENCENDO A ESTREPTOMICINA: AS FORMAS MULTIRRESISTENTES.....	60
CAPÍTULO 3 – CLETO CARDOSO, MEU AVÔ: SUA CHEGADA, ESTADIA E FALECIMENTO NO SÃO SEBASTIÃO. UM RELATO SOBRE A EXPERIÊNCIA DO ADOECER NO ISOLAMENTO	65
3.1 DO LITORAL PARA A MONTANHA: A CHEGADA E O INÍCIO DO TRATAMENTO DE CLETO CARDOSO NO SÃO SEBASTIÃO	67
3.2 SAUDADE: O REMÉDIO MAIS AMARGO CONTRA A TUBERCULOSE.....	75
3.3 PENSIONISTAS X INDIGENTES: SOBRE A DIVISÃO DE ALAS NO SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO.....	86
3.4 A NOVA ALA PARA INDIGENTES.....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS	101
FONTES.....	104

INTRODUÇÃO

Este trabalho se insere no campo da história das doenças, entendida como um objeto de reflexão sociocultural, cujo estudo delinea características das crenças, costumes, organização e a moral de indivíduos e grupos. Le Goff propõe que: “a doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma ideia, um certo abstrato numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais”. (LE GOFF, 1985, p.7)

Mesmo considerado relevante para a história humana, a problematização da doença como um verdadeiro campo desta disciplina é relativamente recente. Há poucas décadas, a história das doenças era, na maioria das vezes, objeto de estudo dos médicos, o que a relacionava geralmente à história da medicina.

A cada contexto histórico e a cada diferente grupo social, modifica-se também o sentido que as doenças assumem, assim, a forma como o doente se relaciona com a enfermidade e com o isolamento pode igualmente nos fornecer uma visão privilegiada da sociedade em que está inserido e mesmo da própria doença.

A doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social [...]. O acontecimento mórbido pode ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real dos mecanismos administrativos ou das práticas religiosas, as relações entre poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma. (REVEL, 1976, p.144)

A doença não é somente um conjunto de sintomas que nos leva a procurar um médico e remédios, mas um acontecimento que ameaça e modifica nossa existência, seja individual ou coletivamente, muitas vezes figurando como importante fator de desorganização/reorganização social, conforme apontado por Revel (1976).

Ou seja, a história das doenças está intimamente ligada ao contexto social, nos retratando não só um fenômeno meramente biológico, mas revelando muito sobre as crenças, os costumes, as identidades, a organização social e política, além da moral de uma sociedade em um determinado tempo.

Assim como a história, a doença, como fenômeno social, também é uma construção, e essa construção se inicia a partir do momento em que a doença surge como um problema, e, como tal, exige uma explicação. Muitas vezes, o doente, juntamente com grupos mais vulneráveis, acaba sendo responsabilizado pela disseminação do mal e, portanto, marginalizado pela sociedade, a exemplo do que acontecia com os “leprosos” na idade média.

Neste trabalho abordaremos a tuberculose, mal infeccioso causado pelo Bacilo de Koch, também conhecida como peste branca e outros nomes como tísica ou “mal do peito”. A tuberculose já afeta a populações humanas há milhares de anos. Recentes pesquisas arqueológicas¹ mostraram que algumas múmias encontradas em diferentes regiões do mundo, apresentavam sinais em seu esqueleto que sugeriam a presença da tuberculose.

A definição clássica dos doentes tuberculosos – e que ainda serve para identificação dos sinais clínicos da doença - foi feita no século I d. C. por Arete da Capadócia: “febre baixa, mas contínua, perda progressiva das forças. Aspecto final de um cadáver vivo com faces rosadas e salientes, olhos brilhantes encerrados nas órbitas” (GUERRAND, 1991, p.188).

No Brasil² do Século XIX e das primeiras décadas do XX, a tuberculose não fazia distinção entre classes sociais e atingia amplos setores da sociedade. Castro Alves, José de Alencar, Álvares de Azevedo e Manuel Bandeira, além da conhecida produção literária, apresentaram algo mais em comum: todos tiveram tuberculose, a assustadora peste branca, assim conhecida devido à palidez durante o constante estado febril dos doentes.

No século XIX ela se tornou conhecida como doença romântica por ser idealizada em diversas obras literárias. Até mesmo a palidez quase cadavérica dos doentes passou a ser molde estético em diversas obras artísticas, como se indicasse um sinal de aristocracia e erudição associadas aos seus modelos. Nesta época não se conhecia uma causa bem definida para a doença. Ela matava, indiscriminadamente, mas especialmente os pobres que migravam do campo para se amontoar nos cortiços das cidades. Em 1882, Robert Koch, médico e bacteriologista alemão, provou que o contágio era causado pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, a partir daí chamado bacilo de Koch.

A definição de um bacilo como agente responsável pela abrangência coletiva da moléstia pulmonar coagiu a Higiene Pública a analisar a consunção como moléstia que poderia ser controlada por intermédio do bloqueio das fontes produtoras do material contaminante. Com isto, desde o final do século XIX, ganharam maior consistência às regras sanitárias que cobravam a desinfecção dos objetos pessoais e

¹ Em 2014, uma equipe liderada por cientistas da Universidade de Tübingen (Alemanha) e da Universidade
² Após atingir as metas dos Objetivos do Milênio de combate à tuberculose com três anos de antecedência, o Ministério da Saúde assumiu compromisso de reduzir em 95% os óbitos e em 90% o coeficiente de incidência da doença até 2035. Nos últimos dez anos, o Brasil reduziu em 22,8% a incidência de casos novos de tuberculose e em 20,7% a taxa de mortalidade da doença, segundo o Portal da Saúde. Apesar destes números animadores para o futuro, e mesmo mais de 130 anos depois da descoberta que deu a Koch o Prêmio Nobel de Medicina em 1905, a tuberculose ainda é a doença infectocontagiosa que mais mata no mundo, mesmo com a existência de remédios poderosos, capazes de garantir a cura de mais de 95% de seus portadores. Fonte: A TUBERCULOSE no Brasil do século XXI. **Portal da Saúde**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em: 28 jul. 2019.

do catarro dos enfermos, desdobrando-se na ostensiva vigilância das pessoas e dos animais fímatosos (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 39).

Nos anos seguintes à descoberta de Koch foram inúmeras as tentativas de desenvolvimento de medicamentos eficazes, gerando sempre esperanças entre os tuberculosos. Porém, nas primeiras décadas do século XX, a ocorrência da doença continuaria trazendo para muitos uma estreita relação com a morte. A pouca eficiência dos medicamentos a disposição no tratamento dos consuntivos impôs como solução paliativa a introdução clínica do regime dietético, do descanso e da climatoterapia. “Fórmulas antigas, registradas desde a aurora das civilizações ganharam redobrado foro de socorro ideal aos enfraquecidos do peito.” (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 42).

Em meados do século XIX e início do século XX, chegava ao Brasil, mediante reapropriações e reinterpretações, um novo ideário, com a preocupação centralizada não apenas no indivíduo, mas agora também na coletividade. Suas propostas residiam na defesa da saúde pública, na educação, e no ensino de novos hábitos. Convencionou-se chamá-lo de “movimento higienista” (SOARES, 1990) ou “movimento sanitarista” (HOCHMAN, 1998). Este movimento tem uma ideia central que é a de valorizar a população como um bem, como capital, como recurso talvez principal da Nação (RABINBACH, 1992).

Na publicação da obra *História da Vida Privada no Brasil*, Fernando Novais atribuiu uma homogeneidade ao discurso higienista, caracterizando-o como um movimento social orientado pelos interesses das classes dirigentes. Nos seus estudos sobre a urbanização, o autor considera o discurso higienista um reflexo do pensamento das elites, que pretendiam perseguir o povo em suas próprias habitações. Em suas palavras as populações pobres seriam: “Acusadas de atrasadas, inferiores e pestilentas, essas populações seriam perseguidas na ocupação que faziam das ruas, mas, sobretudo ficariam fustigadas em suas habitações”. (MARINS, 1998, p.133). Seguindo esta análise o “movimento higienista” seria um aliado das elites econômicas em todas suas manifestações, como se reflete na passagem abaixo:

A ambição de arrancar do seio da capital as habitações e moradores indesejados pelas elites dirigentes começou a se materializar com as medidas visando à demolição dos numerosos cortiços e estalagens, espalhados por todas as freguesias centrais do Rio de Janeiro, o que se procedeu sob a legitimação conferida pelo sanitarismo. (MARINS, 1998, p.141)

Neste sentido, nenhuma outra enfermidade está mais ligada à insalubridade de condições, à miséria e a vida nas cidades quanto a tuberculose. Marcada como uma das principais causas de óbito nas capitais, superada, geralmente, por diarreias e pneumonias,

estima-se que nas quatro primeiras décadas do Século XX a tuberculose tenha sido responsável por aproximadamente 10% dos óbitos ocorridos na cidade de São Paulo (ANTUNES, 2000, p.367).

A relativa ausência de participação efetiva do poder público para o controle da tuberculose permitiu o surgimento, entre médicos e sociedade civil, das primeiras instituições criadas especialmente para abordar o problema, os sanatórios, edifícios onde os doentes com tuberculose eram isolados do convívio social, em geral situados em locais montanhosos e fora do perímetro urbano, seguindo modelos europeus.

Para Bittencourt, sanatório é “um hospital de isolamento, um estabelecimento diferenciado, que possui as características físicas específicas para o tratamento da doença em questão”. Assim como em outros hospitais de isolamento, “os doentes ficam afastados o convívio público e domiciliar e, fundamentalmente, sob regras de convivência com os demais doentes.” (1998, p. 39)

A década de 1920 trouxe também ao Paraná a necessidade de construção de Sanatórios para tratamento e isolamento dos doentes portadores de doenças infecto contagiosas como a lepra e a tuberculose. Era o início de um projeto de governo que tinha por objetivo dotar o Estado de ferramentas que o possibilitassem obter um status de moderno, onde o progresso estivesse em curso e especialmente dar uma resposta a altura das várias epidemias que assolavam o Estado a décadas.

O primeiro serviço oficial instituído no Paraná, em termos de tratamento e isolamento dos portadores da tuberculose foi o Sanatório São Sebastião, na Lapa, fundado em 30 de outubro de 1927, nos moldes do que era tido na época como os mais modernos nosocômios europeus.

O Sanatório São Sebastião é o primeiro dos dois pontos centrais apresentados neste trabalho que tem como objetivo discorrer sobre a importância desta instituição no combate à tuberculose no Estado do Paraná. Inicialmente entendendo em que contexto ele foi criado e especialmente acompanhando as transformações ocorridas na terapêutica da tuberculose a nível nacional e como elas se refletiram nas enfermarias do São Sebastião, destacando as tensões geradas pelas permanências de práticas tidas como ultrapassadas pela medicina após o advento de quimioterápicos mais eficientes contra a doença.

Um segundo ponto central neste trabalho é o senhor Cleto Cardoso, meu avô, que passou um período de dois anos de isolamento no São Sebastião, entre os anos de 1958 e 1960, quando veio a óbito. Sua participação neste trabalho se deve a ter deixado um conjunto de cartas escritas durante o tempo de seu internamento, cujo conteúdo nos traz um valioso material para debatermos o cotidiano no isolamento, a disciplina, a rotina, o medo da morte e a esperança de uma tão sonhada alta clínica.

No primeiro capítulo, propomos traçar um panorama geral do ambiente que permeou a inauguração do São Sebastião. Procurando uma abordagem baseada nas ideias de Foucault e Goffman, explanaremos sobre o ideário da Primeira República, referente à corrente higienista que acabou levando à construção de instituições de isolamento por todo o país e por consequência, também no Paraná. Desta forma, abordaremos o Sanatório São Sebastião como espaço físico em si, ou seja, analisando de que forma sua construção física e arquitetônica servia a um propósito.

No segundo capítulo, haverá a exposição sobre os tratamentos disponíveis para a tuberculose na primeira metade do século XX e especialmente como o São Sebastião disponibilizava esses tratamentos aos seus internos. Este capítulo divide-se em duas partes principais, as quais representam dois diferentes momentos no tratamento da doença, antes e depois dos quimioterápicos.

No terceiro capítulo conheceremos a história de meu avô, Cleto Cardoso que acometido pela tuberculose ainda em 1957, passou seus últimos dois anos de vida em isolamento no Sanatório São Sebastião. Em segundo momento será abordada a organização das alas do sanatório e a segregação dos pacientes conforme sua condição financeira. Ainda abordaremos alguns aspectos mais relevantes referentes ao cotidiano dos internos do sanatório como, por exemplo, suas atividades em torno da rádio comunitária que funcionava em seu interior. Neste período em que meu avô vagava pelas frias alas e corredores de amplas janelas do São Sebastião, deu-se início o funcionamento de uma emissora de rádio, totalmente conduzida pelos internos, chamada “Rádio Mirim”, cujo alcance limitava-se aos muros do sanatório.

Quanto às fontes e a metodologia adotada, podemos destacar que dispomos de um considerável apanhado de prontuários médicos - conjunto de documentos de natureza variada,

organizados para a identificação e reunião de informações sobre o histórico médico e da vida dos internos de uma instituição de saúde ou de isolamento - fornecidos pelo próprio HRLSS³, com autorização e aprovação do Conselho de Ética da Secretaria Saúde do Estado do Paraná, do Conselho de Ética da Universidade Estadual de Ponta Grossa e do Comitê de Ética do Hospital Regional da Lapa. Este apanhado documental compreende prontuários escolhidos por amostragem, desde o ano da fundação do sanatório, em 1927, até a década de 1960.

No Brasil, este tipo de documentação começou a ser produzida no momento da instalação das primeiras escolas médicas, na aurora do século XIX, sendo que a política de padronização e preservação por alguns anos dos registros clínicos somente ganhou maior incentivo a partir de 1943, quando tiveram início os estudos para a organização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística, a ser implantado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Quanto à dificuldade na obtenção deste tipo de documento, os prontuários, Bertolli Filho relata a dificuldade em sua obtenção para sua pesquisa afirmando que:

A possibilidade de encontrar esse tipo de documento, entretanto, é difícil. Da legislação que define a obrigatoriedade dos nosocômios preservarem os seus registros clínicos, por um prazo máximo de dez anos, decorre que, periodicamente, uma parcela significativa do pretérito sanitário nacional acabe sendo destruída. A utilização pelos pesquisadores de prontuários datados de mais de uma década, portanto, é fato incomum, acrescentando-se ainda outros obstáculos para o emprego desta fonte documental: o campo conceitual exclusivo do saber médico-biológico, os códigos e abreviaturas às vezes criados e instituídos segundo a conveniência de uma única casa de saúde e as muitas vezes indecifráveis caligrafias dos esculápios. Além disso, deve-se acrescentar a dificuldade dos estudiosos não médicos obterem permissão de acesso a esta documentação já que, sob o compromisso de preservar o sigilo médico, as entidades hospitalares tendem a negar autorização de consulta aos relatórios clínicos, mesmo que tais anotações tenham sido realizadas há mais de meio século. (BERTOLLI FILHO, 2001, p.17)

Tenho aqui a necessidade de reforçar a dificuldade na obtenção de tais prontuários, pois esse tipo de documentação está cercada de obstáculos formais e protocolos éticos impostos aos pesquisadores - especialmente aos de fora da área médica - uma vez que são considerados sigilosos pela legislação e pelos responsáveis por sua guarda. Sua obtenção foi de importância central para a concretização deste trabalho, pois, essa fonte pode ser reconhecida como portadora de potenciais informações tanto para uma melhor compreensão

³ Atual nome do Sanatório São Sebastião – Hospital Regional da Lapa – São Sebastião, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA).

das estratégias de poder presentes na condução da instituição e dos saberes médicos vigentes, como das trajetórias de vida dos indivíduos ali representados.

O processo para se chegar ao acesso à documentação do Sanatório São Sebastião foi longo, cerca de um ano, e compreendeu a submissão ao Comitê de Ética da UEPG, da SESA/PR e por último do próprio HRSS/Lapa.

Uma vez obtidos os prontuários, se faz imprescindível deixar claro que em nenhum momento quaisquer dados referentes à identificação destes pacientes será divulgada neste ou em eventuais futuros trabalhos, preservando assim sua identidade e a de suas famílias.

A única exceção de paciente com dados divulgados nesta pesquisa são os dados de meu avô. Sua passagem por lá gerou uma série de cartas. Ele escrevia com certa regularidade para a família, contava um pouco de seu dia a dia, dos acontecimentos banais e extraordinários, sobre seus colegas de quarto e atividades recreativas, mas também um pouco de suas angústias e medos quanto à doença e a esperança na cura de sua doença. Estas cartas compõe material fundamental para esta pesquisa, juntamente com depoimentos orais de familiares que presenciaram a angústia deste período que foram os últimos dias de meu avô no Sanatório São Sebastião.

As cartas enquanto fonte para história estabelecem uma ligação íntima com a memória, atribuição de temporalidade e a presença de elementos argumentativos que a tornam acreditável. (MARTINS, 2010, p.94-107)

Para Ângela de Castro Gomes, a partir da narrativa da escrita de si o que passa a importar são as visões adotadas pelo autor, e como ele as expressa. O interesse está em entender o documento não apenas como algo que pode nos “dizer o que houve”, mas também capaz de dizer o que o autor viu, sentiu e experimentou, retrospectivamente, em relação a um acontecimento. (2004, p.15)

Ao falar sobre as cartas, vistas enquanto práticas e representações dentro da Nova História Cultural, Roger Chartier nos afirma que:

Numa História Cultural redefinida como o lugar no qual se articulam práticas e representações, o gesto epistolar é um gesto privilegiado. Livre e codificada, íntima e pública, mantendo a tensão entre o segredo e a sociabilidade, a carta, melhor do que qualquer outra expressão associa o lugar social e a subjetividade. (CHARTIER, 1991, p.9).

Aos prontuários médicos e as cartas soma-se outra fonte essencial para este trabalho: Os relatórios anuais de atividades realizadas na instituição. Tais documentos eram emitidos pela direção do Sanatório São Sebastião ao Governo do Estado do Paraná, redigidos ao final de cada ano e detalhando dados gerais referentes ao seu funcionamento naquele ano que se encerrava.

Estes relatórios, utilizados como fontes históricas nos permitem analisar o desenvolvimento do tratamento da tuberculose neste estabelecimento, contando com informações como a origem dos pacientes, sexo, profissão até número de óbitos, suas condições ao dar entrada e número de exames realizados. Também, ainda nestes relatórios, existem textos que informam das dificuldades e grandes obstáculos enfrentados pelos funcionários do Sanatório e os pedidos de melhorias a serem feitas, entre outras informações.

Outra importante fonte documental para este trabalho foram os jornais publicados em Curitiba nas décadas entre 1930 e 1960. Tais periódicos nos proporcionam diferentes visões e discursos frente ao combate à tuberculose e a importância da instituição sanatorial em questão dentro do cenário estadual.

CAPÍTULO 1 - O SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO DA LAPA

1.1 HIGIENIZAR PARA MODERNIZAR

A área da medicina, também chamada de “social”, originou-se na Inglaterra, em 1875, com os “sistemas de *health service*” (FOUCAULT, 1996, p. 96). Nesta época, esse país apresentava um alto grau de industrialização e conseqüentemente, elevado índice populacional, pois muitos migravam dos campos para as já lotadas cidades, em busca de uma oportunidade, superlotando os já insalubres cortiços. Tais fatos levaram à “organização de um serviço autoritário, não de cuidados médicos, mas de controle médico da população” (FOUCAULT, 1996, p. 96), cuja função básica seria a de controlar a vacinação da população, notificar quanto à existência das doenças contagiosas e que representassem perigo de epidemias, bem como a localização e a eliminação de áreas urbanas insalubres.

Segundo Foucault (1996, p.96), esta medicina é “essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”. Este foi o sistema que predominou e influenciou outros sistemas de saúde no mundo ocidental, inclusive o brasileiro, possibilitando “ligar três coisas: assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadrinhamento geral da saúde pública, permitindo às classes mais ricas se protegerem dos perigos gerais” (FOUCAULT, 1996, p. 96).

Essas ações tinham como objeto de intervenção, a população mais pobre e percebida como a potencialmente mais perigosa. Nesse contexto, surgem dois termos que começaram a ser utilizados com frequência, tanto no discurso político como no médico: salubridade e higienismo (ou higiene pública).

Salubridade não é a mesma coisa que saúde e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. (FOUCAULT, 1996, p. 93)

O higienismo era a “política de saúde que emergiu na sociedade europeia, no século XVIII, e que transcendia os limites da medicina e se integrava, na realidade, a toda uma gestão política e econômica direcionada à racionalização da sociedade. Buscava com isso

combater a doença e a elevada taxa de mortalidade, que afetavam diretamente a produtividade do trabalho” (FOUCAULT, 1996. p. 162).

No Brasil republicano, a ciência higienista fomentou a ação do poder público com a intenção de promover uma nova ordem social que tinha por objetivo, uma cidade moderna, saneada e organizada e uma sociedade saudável e trabalhadora refletiriam um país que caminha a passos largos para o desenvolvimento e o progresso.

Para atingir tal objetivo, necessitava-se de um estado forte, que enfrentasse e corrigisse os problemas sociais e sanitários, comprometedores de seu projeto de modernidade, e que implantasse as mudanças sociais, políticas e econômicas indicadas para alcançar o progresso e o desenvolvimento nos moldes então propostos. De acordo com Trindade, o trinômio estrutural deste processo era estado, lei e ordem. Uma legislação adequada possibilitaria a atuação do estado para a manutenção da ordem (TRINDADE, 1998, p. 119).

Sendo assim, antecipando a todas as futuras ações governamentais, foram elaboradas leis, que, de acordo com Foucault, geram mecanismos de ordenamento social e urbano e definem padrões de certo e errado. Assim foi criado o Código Penal, de 1890. Segundo Trindade, esse Código “instaurou dispositivos relacionados à demanda pela ordem e permitiu o controle social através de mecanismos legais” (TRINDADE, 1998, p. 119). Uma das consequências desse controle social proposto nesse novo código penal foi a criação de instituições de regime fechado para abrigo de grupos sociais.

Com relação ao esforço da frente higienista, temos ações que promoveriam a higienização das cidades e o controle de doenças contagiosas. Isso ocorreria, basicamente através do urbanismo, que, simultaneamente, ordenava seu crescimento (definindo-se setores de expansão urbana), fazia o embelezamento de seu espaço e a erradicação das epidemias (SEGAWA, 1999, p. 18-21). Assim como acontece na maioria dos grandes centros urbanos, a consequência esperada dessa chamada renovação urbana promove um movimento de readequação espacial dentro das cidades, ou seja, normalmente a pobreza é empurrada para regiões as mais afastadas, ou seja, para as periferias.

Quanto ao controle efetivamente falando das doenças altamente transmissíveis como a tuberculose, temos as ações baseadas em quatro pilares: notificação obrigatória dos casos existentes, isolamento compulsório dos portadores dessas moléstias, desinfecção de ambientes

e de objetos e vigilância de casos suspeitos, previstos no Decreto Federal nº 5.156, de 8 de março de 1904 (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 118).

Neste momento observou-se a necessidade efetiva de haver um espaço específico para a segregação dos doentes, o hospital de isolamento. A questão sanitária, portanto, requeria um espaço de isolamento. Afinal, era uma questão urgente, pois, assim como outros agentes então associados ao caos social, os doentes eram apontados como capazes de comprometer a ordem social e sob o risco de prejudicar a saúde coletiva, passariam a ser objetos de um recém-criado sistema de controle por parte do Estado.

Estes fatos nos fazem inevitavelmente retornarmos a Foucault (1996, p. 96) quando afirma quanto à necessidade de controle das classes mais pobres, é possível admitir que, ao intervir no meio físico e afastar do centro urbano esta população tida como potencialmente perigosa, o poder público realizou uma primeira etapa de segregação e logo em seguida, ao adicionar a este procedimento a criação de instituições de isolamento de grupos sociais específicos, como os doentes, por exemplo, começou a ser tecida uma abrangente rede de controle social.

O estado do Paraná não passou incólume às doenças e epidemias e mesmo no período provincial e nos primeiros anos da República, a tuberculose pulmonar ficava, segundo médicos locais:

[...] no horizonte da ciência médica, zombando de todos os recursos, inalterável e inflexível em sua mancha exterminadora, cada dia aumentando o catálogo de suas vítimas. (RONCAGLIO, 2001, p. 225).

Em 1887, houve pânico entre a população de Morretes, no litoral do Estado, pois segundo fontes oficiais a varíola estava matando muitas pessoas, o que levou a prefeitura a tomar algumas medidas sanitárias no intuito de conter o avanço da doença:

[...] a Câmara Municipal providenciou alcatrão e ácido fênico, a serem distribuídos à população como desinfetantes, decidiu também que o enterramento dos ‘variolosos’ obrigatoriamente deveria ser feito não em quintal, mas em terrenos abertos e a grande distância das casas onde faleceram. (RONCAGLIO, 2001, p. 226).

Ainda no litoral, podemos destacar como um momento crítico, a epidemia de Influenza, conhecida como gripe espanhola:

[...] em 10 de outubro de 1917 o prefeito de Paranaguá solicitou à Diretoria do Serviço Sanitário um funcionário, munido de desinfetadores e outros equipamentos, pois falecera no Hotel Silvério um gripado vindo do Rio de Janeiro [...] Em

novembro o mal tomou proporções assustadoras, espalhou-se de modo aterrador, invadiu, por assim dizer, todas as casas, todas as classes sociais. (RONCAGLIO, 2001, p. 227).

Anteriormente à epidemia de Influenza, em 1912, na administração de João Antônio Xavier como prefeito de Curitiba, teve início um processo de remodelamento de avenidas, construção de praças e galerias pluviais, expansão da rede de esgoto, iluminação pública, higienização dos serviços, além do estabelecimento de várias normatizações (MÜLLER, 2001, p. 156). A capital se embelezou e se protegeu, foram inaugurados o Paço Municipal, o Palácio do Congresso, a Universidade, o Gymnasio, a Escola Normal, bem como serviços de assistência social e instituições hospitalares: Hospital de Caridade, Hospício de Nossa Senhora da Luz, o Instituto Pasteur, Gotta de Leite, a maternidade, os Asylos de Orphãos Cajuru e São Luiz, o Albergue Noturno, além de teatros, ruas, praças e jardins (MÜLLER, 2001, p. 156). No entanto, as estatísticas sanitárias, dadas a ver pelo médico Mattos Sounis apresentavam outra faceta da metrópole:

[...] no ano de 1917, grande epidemia de Febre Tifoide teve origem na contaminação do encanamento de água pela rede de esgotos – que corria paralelamente àquela, foi responsável por 10% dos óbitos ocorridos na capital paranaense” (MATTOS, 1940, p. 43).

Outros agravantes também deixaram marcas na população paranaense que segundo Mattos: a gripe espanhola, em 1918, contabilizou 26,6% da mortalidade geral do município de Curitiba e a tuberculose se manteve com altos índices de incidência nos 34 anos investigados por Mattos (1905-1939). Conforme o estudo, para cada óbito de tuberculose, encontraríamos 20 doentes na população, o que levaria Curitiba a ter, em 1927 (ano de fundação do Sanatório São Sebastião) 2.100 indivíduos com tuberculose – cerca de 2% da população – uma verdadeira calamidade pública (1940, p. 38).

Os discursos deixavam claro: não seria possível ao Paraná adentrar ao mundo moderno e civilizado, confiando, exclusivamente, na crença de que seu suposto clima de ares europeus seria suficiente para expurgar as epidemias; era necessário intervir com rapidez, reorganizar os espaços públicos e privados, afinal, a salubridade do clima e a tentativa do branqueamento da raça⁴ não foram tão eficientes no combate às doenças. É preciso destacar

⁴ Em meados de 1880, o Estado contava com aproximadamente 62.000 habitantes. Aumentar a população, por meio da imigração europeia, foi uma etapa fortemente valorizada pelos governos locais, considerada fundamental na trajetória de modernização e branqueamento da raça. O povo paranaense, necessariamente, não emergiu modificado com a adoção das políticas imigratórias. De camadas sociais mais modestas, os imigrantes

que, para efeitos de contextualização, o momento pelo qual o Paraná passa por todas essas epidemias, corresponde, não só em âmbito local, mas mundial, à culminância de uma tendência que se origina no século XIX.

A Proclamação da República no Brasil, em 1889, teve como cenário esse contexto mundial. Um de seus objetivos foi a modernização do país e isso incluiria profundas alterações de ordem social, política e econômica, numa tentativa de alinhar o Brasil às grandes potências internacionais. Esta nova ordem social, como não poderia deixar de ser, buscava um ambiente onde a monarquia e a escravidão seriam abolidas, dando espaço ao que se considerava ser o progresso e o desenvolvimento nacionais.

A mudança, portanto, foi a tônica de todo esse processo e para a sua concretização a objetividade técnica e o progresso científico deveriam estar presentes (CUNHA FILHO, 1998, p. 79). Esses elementos fundamentaram o pensar, o agir e, principalmente, o falar republicano. Os discursos do período fizeram uso incansável dessas expressões, como a palavra modernização que também passou a ser muito utilizada e com ela outros termos se tornaram frequentes como: civilização, progresso, ciência e razão. Todo o discurso que incorporasse esse espírito racional, moderno, científico, progressista e civilizado era imediatamente identificado com os novos tempos, adquirindo, por consequência, um valor positivo, e incontestável.

Para Cunha Filho (1998, p. 78), a República Velha trouxe para o país, juntamente com o seu projeto político, econômico e social, uma “ideologia de modernização”, a qual seria um “aglutinado de ideias, valores e crenças concernentes a toda a sociedade e que visa[ria] dirigir as ações políticas” (CUNHA FILHO, 1998, p. 25).

As epidemias que assolavam o país e também o estado do Paraná, no entanto, comprometiam este projeto de desenvolvimento na medida em que prejudicavam a saúde coletiva e corrompiam o espaço urbano. As questões sanitárias assumiram um papel prioritário na organização do Estado (BERTOLLI FILHO, 1998, p.12), que passou a ser responsável pela garantia de saúde desta força de trabalho, considerada uma “fonte geradora da riqueza” e o motor de modernização do país. Este objetivo seria atingido com a introdução

se integraram primeiramente aos hábitos do caboclo e, tiveram como homens comuns suas condições reais de existência marcadas pela miséria, promiscuidade e falta de saneamento básico. (MÜLLER, 2001, p. 154)

da “medicina pública, medicina sanitária, higiene ou simplesmente saúde pública” (BERTOLLI FILHO, 1998, p. 10-11).

1.2 AS INSTITUIÇÕES DE ISOLAMENTO

Introduzir e consolidar valores e costumes tidos como modernos moviam as ideias e os discursos daqueles que pensavam e gerenciavam o Paraná, afinal urgia construir a nova província em consonância com os valores de seu tempo. Civilizar era palavra de ordem e significava ficar em pé de igualdade com a Europa para que se pudesse, dessa forma, romper com um passado que ainda denotava amarras coloniais.

Sendo assim, o Sanatório São Sebastião é inaugurado em meio a uma necessidade de se dar uma resposta rápida à população quanto às recentes epidemias pelas quais passou o estado, pois, a não muito tempo antes diversas outras doenças já haviam assolado a população, antes mesmo da tuberculose, como se observa na tabela abaixo:

TABELA 1 – Epidemias em Curitiba (1877- 1918)

ANO	DOENÇA
1877	PNEUMONIA
1878	DISENTERIA
1879	DISENTERIA, PNEUMONIA
1880	DISENTERIA
1881	PNEUMONIA, SARAMPO
1882	DISENTERIA, SARAMPO
1883	PNEUMONIA
1885	COQUELUCHE
1889	DISENTERIA, TIFO, VARÍOLA
1890	DISENTERIA, FEBRE DENGUE, SARAMPO, ESCARLATINA
1891	TIFO, ESCARLATINA, DIFTERIA
1893	DISENTERIA
1895	DISENTERIA, PNEUMONIA, ERISIPELA
1896	DISENTERIA, ERISIPELA, FEBRE DENGUE
1897	DISENTERIA
1898	DISENTERIA
1917	TIFO
1918	GRIPE ESPANHOLA

Fonte: CASTRO, E. A. **A arquitetura do isolamento em Curitiba na República Velha**. Curitiba: E. A. Castro, 2004.

Para tentar entender um pouco como essa sucessão de epidemias afetou a população paranaense e em especial sua capital, tomamos como indicador, o histórico de doenças pretéritas relatados pelos pacientes no momento de sua entrada no Sanatório São Sebastião.

Na FIGURA 1, vemos um trecho do prontuário de uma paciente que deu entrada no Sanatório da Lapa com um estágio já avançado de tuberculose no dia 28 de novembro de 1927, ou seja, no primeiro mês de funcionamento do São Sebastião.

FIGURA 1 – Reprodução de parte de prontuário pertencente ao Sanatório São Sebastião

ANAMNÉSE

Antecedentes hereditarios: *Pa. vivo e sadio. Mãe falecida. Tem 7 irmãos vivos e 2 falecidos sendo um de tuberculose.*

Antecedentes pessoais: *Tem sarampo, coqueluche, catapora, gripe em 1918.*

Molestia actual: *Em Urais depois de uma resfriado, não ficou mais boa sempre com febre e suor noturnos. Tem suores e pouco apetite.*

Fonte: Arquivo do Hospital São Sebastião da Lapa.

Nota: Reprodução feita pelo autor.

No campo de antecedentes pessoais pode-se ler que esta paciente já havia contraído, até aquele momento sarampo, coqueluche, catapora e a gripe espanhola em 1918. O que nos chama a atenção nesta situação é que neste momento, ao chegar no São Sebastião, esta paciente contava com apenas 17 anos. Podemos apenas imaginar sua infância e juventude constantemente ameaçadas pela sombra destas epidemias e em um curto espaço de tempo voltava a ser assombrada, agora pela tísica.

Nos últimos anos do século XIX e nos anos iniciais do século seguinte, o estado do Paraná manteve as políticas referentes aos serviços sanitários da tuberculose em segundo plano. Nesta época, somente famílias mais abastadas tinham condições de acesso aos médicos para fazer tratamento a domicílio do doente, sem que o estado dispusesse ainda de uma organização sanitária capaz de fazer frente à tísica⁵.

⁵ A palavra *tísica* é uma das mais antigas em medicina. De origem grega escreve-se na língua original *phthisis*, deriva do verbo *phthiso*, com o sentido de decair, consumir, definhar. Em latim, a partir do século XIV a palavra *phthisis* ganhou o sinônimo de *consumptio, onis* (consumção), cujo sentido é o mesmo de *tísica*, ou seja, doença que vai consumindo as forças do indivíduo, levando-o à desnutrição progressiva, à debilidade e à inanição, até causar-lhe a morte. A palavra tuberculose, que tornou obsoletos os termos *tísica* e *consumção* surgiu após a descrição da presença de tubérculos no pulmão e em outros locais afetados. A primeira descrição de tubérculos no parênquima pulmonar se deve a Francisco La Boe em 1679.

Ainda assim, a dieta, o repouso, o sol e os ares saudáveis permaneciam como as principais medidas terapêuticas adotadas pelos médicos. Junto a estes profissionais, temos também o processo informal de cura, oferecido por curandeiros, benzedeiros, espíritas e muitos outros com suas práticas sagradas agindo em paralelo com as práticas científicas, especialmente, mas não só, entre a população mais simples, que estava desprovida dos recursos necessários para o acesso aos tratamentos propostos pela medicina tradicional.

No entanto, segundo Bettega (1956, p.4), no decorrer da década de 1920 a tuberculose tornou-se um problema mais sério no Paraná. É provável que ela tenha sido potencializada por fatores como o adensamento populacional ocorrido na capital, com aglomeração de famílias pobres habitando moradias precárias e insalubres. Certamente a urbanização crescente, os desdobramentos do processo de imigração europeia e início de uma industrialização - com muitas pequenas fabriquetas concentrando trabalhadores ao redor da cidade - explicam o aumento da incidência da tísica, sobretudo em Curitiba⁶.

Em mensagem do Governador do Paraná à assembleia legislativa, vemos que a tuberculose já se tornara um problema sério no estado e carecia de uma ação capaz de conter seu avanço:

Merece ainda especial atenção do poder público o combate intenso à tuberculose que, a despeito do nosso clima tão saudável, continua a ocupar lugar de proeminência nas estatísticas demográficas e sanitárias. E tanto mais se deve preocupar o Governo com esse flagelo da humanidade, quanto menos com ele se impressionam as populações. A instalação de um hospital, com enfermaria para os doentes em geral e apartamentos espaciais para os abastados, poderá ser o início de um grande sanatório, nos moldes dos que existem na Suíça. Os arredores da Lapa ou os da Palmeira, por seu clima privilegiado, acham-se em condições de ser escolhidos para a localização do estabelecimento. (PARANÁ. Governo, 1925, p. 92)

Nos últimos cinco anos da década de 1920, surgiram grandes centros hospitalares e de isolamento de doentes: Leprosário São Roque (1926), Sanatório São Sebastião da Lapa (1927) e o Hospital de Isolamento (1928 - mais tarde denominado Oswaldo Cruz). Para os governantes, lepra, tuberculose e outras doenças não deveriam circular livremente nesta terra dita do futuro. A saúde das cidades seria campo de atuação, segundo os médicos, para as possibilidades humanas; as urbes seriam território de intervenção sanitária. O espaço urbano

⁶ Analisando a imprensa operária da cidade de São Paulo, Liane Bertucci (1997, p. 170) aponta que “desde o final do século XIX, com o crescimento das cidades e, concomitantemente, das edificações destinadas à moradia, a questão da habitação dos trabalhadores urbanos terá destaque nos artigos publicados na imprensa ligada aos operários. São repetidos os textos que apontam a situação aviltante a que o trabalhador era obrigado a se sujeitar para ter um teto onde se abrigar”.

passou a ser hierarquizado e disciplinarizado, campo de novas possibilidades, negociações e conquistas. Cuidar e controlar espaços, lugares, coisas e pessoas completou a institucionalização sanitária no Paraná (LAROCCA, 2010, p. 755).

De acordo com Bertolli Filho, em meados da década de 1930, os sanatórios, voltados especificamente para isolar e tratar tuberculosos, já estavam distribuídos desta forma pelo Brasil: 14 sanatórios em São Paulo; 3 em Minas Gerais; 2 no Rio de Janeiro e 1 no Paraná (2001, p. 70).

A definição de instituição de isolamento aqui utilizada toma como base o conceito de instituições totais de Goffman (1996) e de instituições de controle e correção por meio do aprisionamento de Foucault (1996). Goffman (1996, p. 11) define “instituição total” como um “local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Já o pensamento de Michel Foucault (1996) se volta para a constituição da sociedade disciplinar na era moderna e o processo de controle e correção que surgiu em torno dela. Foucault considera que, uma nova estrutura de poder se consolidou, atingindo simultaneamente sociedade e indivíduo e tendo a disciplina como base. As instituições totais de Goffman são, para Foucault (1996, p. 86), “instituições de controle e correção por meio do aprisionamento”, integrantes de uma rede que abrange toda a sociedade. Esse momento, ainda segundo o autor, foi influenciado pela reforma do sistema judiciário e penal. A partir de então, estabeleceu-se um sistema de penalidades, no qual a prisão torna-se uma instituição e toda a penalidade passa a ser um controle, não tanto sobre o que fizeram os indivíduos, mas ao nível do que estão na iminência de fazer.

O Sanatório São Sebastião, por sua rigidez no isolamento compulsório, pode ser visto como uma “instituição total” nos moldes de Goffman. Nas categorias criadas pelo sociólogo norte-americano, os hospitais para doentes mentais, os leprosários e os sanatórios para tuberculosos são, inclusive, citados como criações do tipo instituição total, para afastar do convívio social as “pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça não intencional para a comunidade” (BENELLI, 2014, pg. 24).

1.3 CONSTRUINDO O FUTURO: O SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO DA LAPA

Foi nesse contexto de final da Belle Époque que o Sanatório São Sebastião, distante cerca de 60 quilômetros da capital, na cidade da Lapa, foi inaugurado, a 30 de outubro de 1927, com 150 leitos para o tratamento da tuberculose. No dia seguinte às cerimônias de inauguração, a imprensa deu conta de publicizar o evento para os que tinham hábito de leitura de impressos diários. O *Diário da Tarde* enfatizou a presença de autoridades diversas do estado, lembrando a presença de Belisário Penna⁷, “especialmente convidado” pelo governador Munhoz da Rocha e de Heráclides de Souza-Araújo⁸, “representando o Dr. Carlos Chagas, do Instituto de Manguinhos” (DIÁRIO DA TARDE, 31.out.1927, p. 1). Em 08 de dezembro daquele ano, o mesmo periódico anunciava que no São Sebastião os “afetados dos pulmões” encontrariam “todo o conforto e o tratamento adequado” e que dali poderiam “sair curados” (DIÁRIO DA TARDE, 08.dez.1927, p.4).

Ainda sobre as primeiras impressões relacionadas ao novo empreendimento do governo do estado, o *Diário da Tarde*, do dia 31 de outubro de 1927, assim descreve:

A impressão que se tem é das mais agradáveis, tal a eficiência, o carinho e a perfeição com que foi construída a majestosa organização hospitalar para enfermos da terrível peste branca, uma das enfermidades que mais vítimas faz na humanidade. (DIÁRIO DA TARDE, 31.out.1927, p.1)

Uma mensagem oficial publicada pelo Governo do Estado em 1º de fevereiro de 1928, ao fazer um balanço dos três primeiros meses de funcionamento do Sanatório o apresenta da seguinte forma à população paranaense:

Situado em um dos aprazíveis arredores da Lapa, em local apropriado, na encosta da montanha, protegido contra os ventos e dominando o vasto horizonte de uma paisagem de empolgante beleza, o nosso Sanatório para tuberculosos é incontestavelmente um estabelecimento completo, sob todos os seus aspectos. O

⁷ O sanitarista mineiro Belisário Penna foi um dos protagonistas da história da saúde pública no Brasil. Belisário Penna foi selecionado, em 1904, para atuar como inspetor sanitário da Diretoria Geral de Saúde Pública do Rio de Janeiro, gerida pelo cientista Oswaldo Cruz. No ano seguinte, foi transferido para o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela. Combateu as epidemias de varíola e de febre amarela, no Rio de Janeiro e em Minas Gerais, onde permaneceu por três anos. Participou de diversas expedições científicas por diversas regiões do país, uma delas a Porto Velho, onde estava sendo construída a ferrovia Madeira-Mamoré. Na ocasião, com Oswaldo Cruz, estudou as condições sanitárias e propôs um plano de combate à malária. Assumiu interinamente o Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1931 e em 1932.

⁸ Trabalhou por muitos anos no Instituto Oswaldo Cruz. Em 1933 coube a Souza-Araújo a organização de um plano nacional de erradicação da hanseníase no Brasil. Perito em problemas relacionados à hanseníase, foi membro de inúmeras entidades médicas brasileiras e internacionais. Suas contribuições científicas também versaram sobre malária, febre amarela, peste e as doenças venéreas. Souza-Araújo exerceu várias funções públicas no Paraná e no Pará.

Sanatório compreende duas secções, a dos doentes pensionistas e a dos gratuitos. A primeira secção funciona em pavilhões independentes, com economia própria, podendo cada um receber até 10 doentes. Estes pavilhões impressionam desde logo pelo conforto proporcionado aos doentes e pela disposição prática de suas dependências. A cada pensionista corresponde, além do aposento de dormir, uma cadeira leito na galeria de cura e uma pequena mesa na sala de refeições. Entre os pavilhões particulares e os da segunda secção levanta-se a casa do médico, elegante e confortável. O estabelecimento dispõe de um magnífico parque de mattas naturaes reservados ao passeio dos doentes. Conta ainda, o Sanatório com um bem montado estábulo, ao lado de magníficas pastagens que se distendem pelos cem hectares dos seus terrenos. Nada falta, em fim, para tornar o Sanatório São Sebastião do Paraná um dos mais bem aparelhados do Brazil, no dizer dos competentes, senão um dos melhores da América do Sul. Nada lhe falta, repito, nem mesmo a água crystalina e pura que brota abundante dos mananciaes captados na própria rocha, pertencente ao estabelecimento, e que o abastece[...]. O Sanatório recebeu, de 5 de novembro a 31 de dezembro, 40 doentes, sendo 6 pensionistas e 34 gratuitos. Foram feitas, nesse período, 12 radiographias, 77 exames de laboratório, tendo sido applicadas 163 injeccões diversas e aviadas 209 formulas. Fizeram-se 2 insuflações de Pneumothorax artificial.⁹ (PARANÁ. Governo, 1928, p. 199)

Elizabeth Amorim de Castro afirma que pesaram na definição da escolha do local para a instalação do São Sebastião fatores como “a proximidade com a estrada de ferro” (AMORIM, 2004, p. 133). A estação ferroviária mais próxima estava apenas a um km de distância da instituição e a cidade da Lapa estava a 4 km.

O local escolhido para sua construção, tão exaltado por suas belezas, na mensagem, sediara no século XIX a fazenda Virmond¹⁰. O edifício central do futuro sanatório, a antiga casa-grande da propriedade foi preservada. “Na última década daquele século ela servira de abrigo aos primeiros imigrantes italianos da Lapa, posteriormente sediados em pequenas residências em colônias nas proximidades, ao lado da casa grande e a das Pedras, na encosta da montanha aos fundos da propriedade”. (FERNANDES; JUK, 1992, p.60)

Segundo Fernandes e Juk, foram esses mesmos imigrantes italianos que residiam no entorno da Colônia Virmond que extraíram as pedras desde a pedreira que forneceram a mão de obra para a construção do Sanatório São Sebastião.

⁹ A grafia da época foi mantida nesta citação.

¹⁰ A área total do sanatório foi composta pela compra da Fazenda Virmond, com 924.280 m² e pertencente à Alexandre e Victoria Rautte, e pela doação do lote nº 115, de 764 m² e pertencente à Antonio Cavalin. Ambos os terrenos estão localizados no lugar denominado Colônia Virmond. (FERNANDES; JUK, 1992, p. 60)

FIGURA 2 - Fachada Sanatório São Sebastião – Lapa.



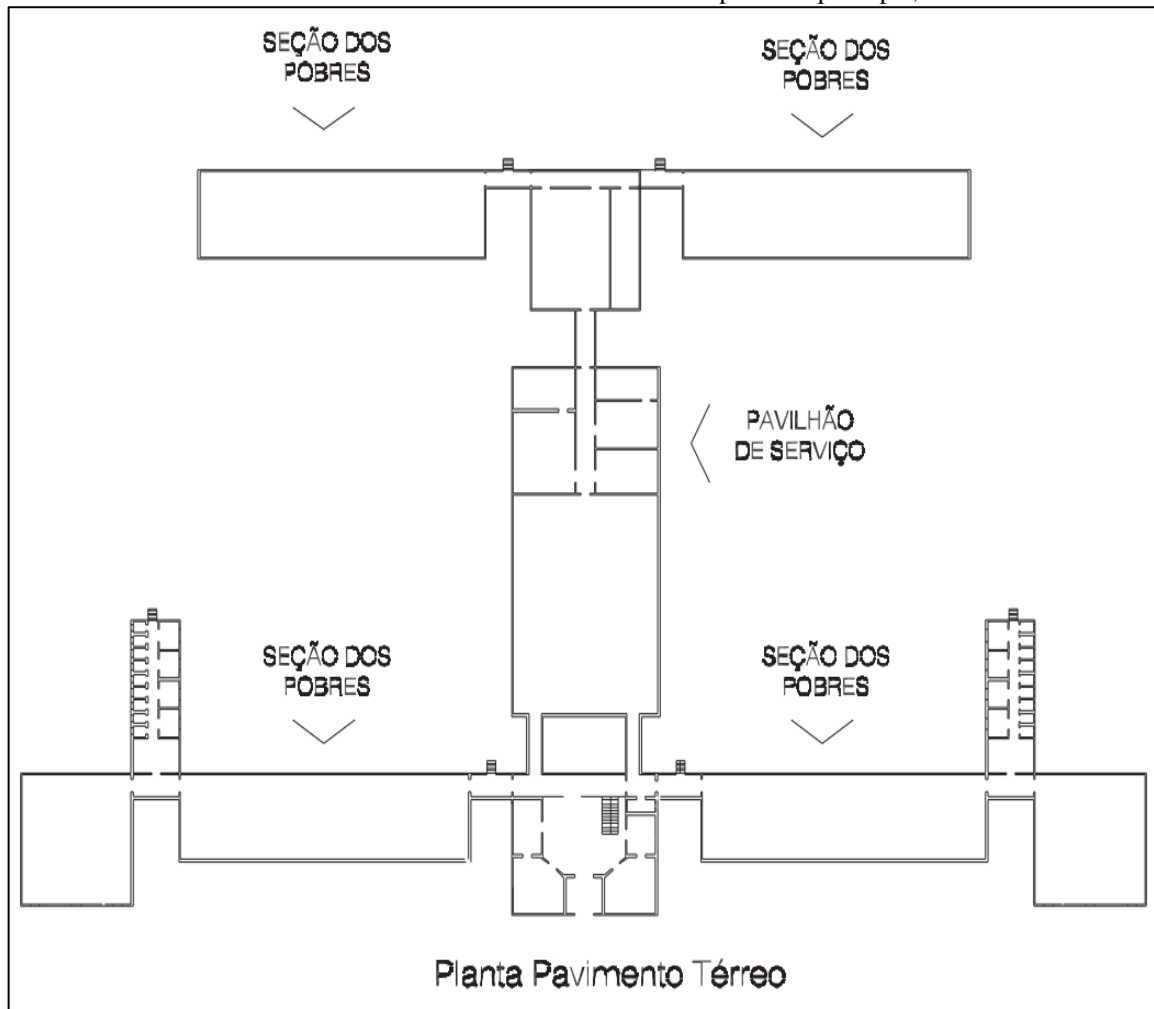
Foto: Natalirio C. Cardoso Junior, 2017.

O projeto do São Sebastião apresenta características do espaço disciplinado das instituições de controle e correção identificadas por Foucault (1987, p. 131): “repartição de ambientes precisa, de acordo com a função, controle da circulação e determinação do lugar de cada indivíduo. Espaços reais e ideais, concretos e emblemáticos. Espaços de controle, repletos de características físicas e simbólicas que definem não só essa vigilância, mas também o rigor científico, os avanços médicos, os princípios racionais, a modernidade das instalações e a preocupação humanitária com o doente”. Todos esses fatores apenas reforçam a duplicidade anunciada por Foucault ao afirmar que a arquitetura “denota” sua função utilitária e “conota” sua função simbólica. Ainda segundo o autor, a arquitetura “conota ideias” e “retrata também um estilo que é a concretização de um temperamento, o pensamento de uma época, de um povo, de uma cultura” (STROETER, 1986, p. 107).

A arquitetura do Sanatório São Sebastião, merece um destaque especial, com suas linhas sóbrias e setorização bem definidas parece deixar bem claro sua proposta de modernidade e controle social, evidenciando a preocupação então vigente de estar em pé de igualdade com a Europa e reproduzir aqui por estas terras o ideal de modernidade ao qual nos referimos no capítulo anterior. Sua construção revela espaços hierarquizados, delimitados e dispostos simetricamente. A disposição em pavilhões dos edifícios, assim como a localização de passagens e acessos, possibilita um eficaz controle da circulação de pessoas. Sua hierarquia

construtiva e a simetria nas linhas sóbrias são outras importantes características, não só pela questão do controle dos internos, mas também pelas suas dimensões simbólicas: elas representam ordenamento e organização.

FIGURA 3 – Sanatório São Sebastião – Planta do pavilhão principal, 1927.



Fonte: CASTRO, E. A. A arquitetura do isolamento em Curitiba na República Velha. Curitiba: E. A. Castro, 2004.

Como podemos observar na FIGURA 3, a solução arquitetônica adotada foi a pavilhonar. A planta do edifício principal, concebida pelo engenheiro Henrique Estrella Moreira contém, pavilhões interligados entre si por passarelas e cujo formato final é de um “H” deitado. Podemos ver um pavilhão principal ou administrativo na porção frontal e central prédio, de onde se ramificam pavilhões laterais com área para internamento e de apoio e um pavilhão central destinado a serviços e apoio. A partir deste, surge outra linha de pavilhões que alternam as funções de internamento, de serviços e de apoio.

O estabelecimento terá capacidade para trezentos doentes, sendo dividido em duas seções distintas, uma para abastados e outra para indigentes. A seção de abastados consta de dois pavilhões, completamente isolados, subdividindo-se cada

um em dez aposentos com todos os requisitos de hygiene, ar, luz e agua abundante, cosinha e installações sanitarias completas; salas de jantar, de leitura e de recreio; solarios e alpendres para repouso. (PARANÁ, 1926a, p. 341)

Observando a planta do piso térreo, fica bem evidente a distribuição dos internos pobres, ou seja, aqueles que têm seu tratamento totalmente bancado pelo Estado daqueles chamados pensionistas ou pagantes¹¹.

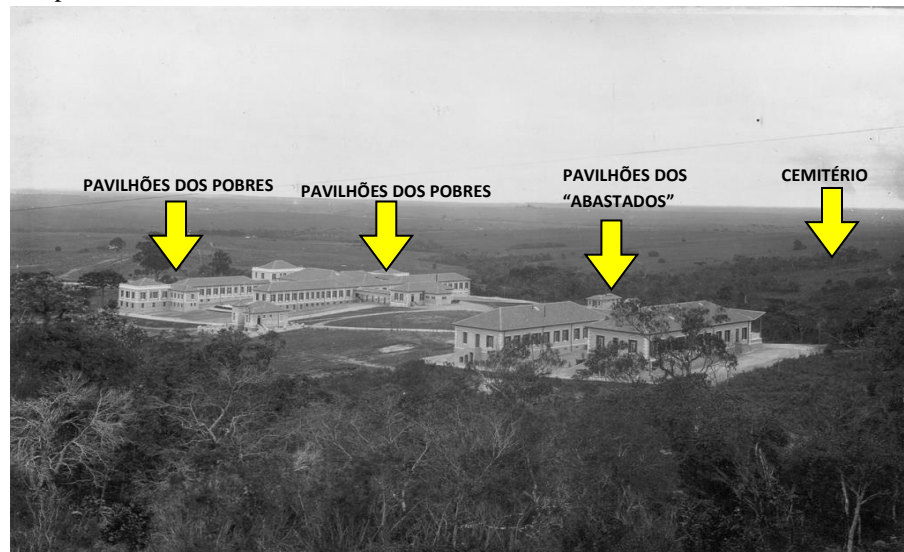
O Sanatorio comprehende duas secções, a dos doentes pensionistas e a dos gratuitos. A primeira secção funciona em pavilhões independentes, com economia propria, podendo cada um receber 10 doentes. Extenso corredor, que divide em duas partes o pavilhão dá acesso a todas as suas dependencias. De um lado estão localizados a sala de visitas, o vestiario, a sala de refeições, a copa, a cosinha, as installações higienicas e a sala de leitura; do outro lado encontram-se os aposentos de dormir, em numero de onze, sendo o do centro reservado á enfermeira, todos providos de lavatorios de agua corrente, installações completas de luz e campainhas electricas. Em cada um dos extremos do corredor, fica situada a galeria de cura⁷. Estes pavilhões impressionam desde logo pelo conforto proporcionado aos doentes e pela disposição pratica de suas dependencias. A cada pensionista corresponde, além do aposento de dormir, uma cadeira leito na galeria de cura e uma pequena mesa na sala de refeições. (PARANÁ. Governo, 1928, p. 199)

A separação do Sanatório em duas seções era uma característica mencionada já em mensagem ao legislativo que Munhoz da Rocha enviou em fevereiro de 1925. Nesta época já havia um projeto no qual os dois pavilhões, destinados aos contribuintes se localizavam integrados ao prédio principal, localizados nas duas extremidades do edifício. No entanto, o texto coloca que a “secção de abastados” é formada por dois pavilhões “completamente isolados” (Figura 4). Durante a construção em 1927, o projeto original de 1925 foi alterado e os pensionistas passaram a ter pavilhões completamente isolados do complexo principal.

A secção dos pobres, que é mais vasta, consta de duas enfermarias geraes, quatro especiaes, três salas de recreio e installações sanitarias perfeitas, tendo annexos solarios e varandas para permanencia demorada dos enfermos. A par do sanatorio propriamente dito, destaca-se o hospital, abrangendo duas enfermarias geraes e duas especiaes com todo o aparelhamento necessario para o tratamento de doentes no periodo agudo da tuberculose. Todos os pavilhões são independentes, communicando por passadiços com as vastas fundações em que se acham installadas a capella, o refeitório geral e a cosinha. A administração geral do estabelecimento funcionará no pavilhão central, que abrange as salas destinadas á direcção economica e ao serviço clinico, com consultorio, pharmacia e gabinete para exames bacteriologicos e radiologia. (PARANÁ, 1926, p. 341)

¹¹ É importante mencionar que esta era uma prática muito utilizada. O Leprosário São Roque, em Piraquara, por exemplo, contava com uma ala de contribuintes. No trabalho de BITTENCOURT (1998), que estuda os diversos sanatórios construídos em São José dos Campos (SP), há referências também de setores de doentes pagantes.

FIGURA 4 – Panorama do Sanatório São Sebastião na década de 40. Localização dos pavilhões e do Cemitério.



Fonte: HOSPITAL Regional da Lapa São Sebastião completa 90 anos. **Canal Cidade**. Lapa, 30.out.2017. Disponível em: <https://canaldacidade.com.br/hospital-regional-da-lapa-sao-sebastiao-completa-90-anos/>. Acesso em: 21.abr.2019.

O Sanatório São Sebastião está localizado a 60 quilômetros da cidade de Curitiba e apenas a 4 quilômetros do centro urbano da cidade da Lapa e em meados da década de 1920 a construção de uma instituição para cuidar de vítimas de uma enfermidade tal qual a tuberculose poderia sugerir uma potencial ameaça à salubridade da comunidade local.

Por conta desta suposta ameaça à comunidade dita saudável, havia duas correntes na cidade da Lapa no que diz respeito à construção do Sanatório. A primeira, favorável, devido à crença segundo a qual a região teria o clima favorável e os ares saudáveis, o que tendia a ser apontado como um fator de grande importância no tratamento da tuberculose. A segunda era contra, alegando que a proximidade com o tísico assustava os moradores da cidade da Lapa e a população em geral que vivia nos seus arredores. Lapeanos desta década (da fundação do sanatório) comentam que “suas mães não deixavam passar por aquela determinada rua, porque na casa ao lado havia morrido um tuberculoso, e os vírus podia pegar neles” (FERNANDES; JUK, 1992, p.60).

Esta passagem nos dá a dimensão do horror da peste branca naqueles tempos e o receio movido na população da pequena cidade da Lapa ao se dar conta de que um sanatório para tuberculosos seria construído em seu território. No entanto, a 30 de outubro de 1927 o sanatório foi inaugurado com seus 150 leitos e segundo seus idealizadores, com o que havia de mais moderno na época para o tratamento da tuberculose.

Para se ter uma ideia da gravidade da doença naquele tempo, podemos verificar um dado referente ao primeiro ano de funcionamento do Sanatório, por onde passaram 165 pacientes, dos quais, apenas 22 obtiveram alta clínica com indicação de haver alguma melhora em sua tuberculose. Quanto aos demais, temos os que interrompiam o tratamento, 68, e os óbitos, 75. (FERNANDES; JUK, 1992, p.63). Como podemos verificar, quase metade dos pacientes vieram a óbito e 40% deles abandonaram o tratamento. Isso nos mostra a baixa eficácia dos procedimentos daquele período, mesmo o São Sebastião possuindo uma estrutura grande e tida como bem aparelhada para a época.

Tenha-se em vista que aqui, quando falamos que existia um bom aparelhamento do hospital, deve-se ter em conta o que se compreendia na época como o mais avançado no tratamento da tuberculose: os supostos bons ares da região e uma boa alimentação. Como bem nos descreve Jeanette Farrell:

O tratamento mais comum com o passar dos anos era a mudança para um clima diferente. Alguns pacientes tuberculosos iam para o litoral; outros preferiam as montanhas. [...] aqueles que não tinham força para viajar recebiam travesseiros de folhas de pinheiro para dormir ou algas marinhas para colocar debaixo da cama e sugerir cenário de montanha ou litoral. (FARREL, 2003, p.138)

No São Sebastião, preocupou-se em se reproduzir não somente os ares e a arquitetura dos mais modernos sanatórios europeus, mas também a metodologia de tratamento, com uma preocupação em demonstrar que estava na vanguarda do conhecimento que havia na época para se combater a tuberculose. No capítulo seguinte abordaremos um pouco sobre as técnicas e procedimentos adotados no São Sebastião, no decorrer dos anos, desde sua fundação até os anos 1950 na tentativa de conter o avanço da tuberculose.

CAPÍTULO 2 - ENTRE O ANTIGO E O NOVO: AS PRÁTICAS DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO SÃO SEBASTIÃO DESDE SUA FUNDAÇÃO

Neste capítulo, nos propomos a debater a mudanças ocorridas no tratamento da tuberculose adotado no Sanatório São Sebastião no decorrer dos anos, desde sua fundação, com um tratamento que contava com escassos recursos e baseado no repouso e alimentação, até a chegada do tratamento quimioterápico, recém-descoberto e trazido do exterior que, como veremos adiante, não representou ainda a solução definitiva que tanto se aguardava por aqueles que sofriam de tal moléstia. Ainda foi preciso um longo período de transição e experimentação, onde conviveram os recém-chegados antibióticos e os já questionados tratamentos de décadas anteriores para que se pudesse validar o novo tratamento e assim abandonar o antigo em definitivo.

Mas um longo caminho ainda foi preciso percorrer até se chegar ao abandono das velhas práticas. É este caminho que nos propomos a explorar brevemente nesta seção. Iniciaremos discorrendo sobre o debate médico em torno da real eficácia do tratamento baseado no isolamento sanatorial e especialmente no papel do clima na melhora dos pacientes tísicos. Esse debate se dá em âmbito nacional, mais precisamente sediado no Estado de São Paulo e ocorre em consonância a um debate maior proveniente da Europa e dos Estados Unidos. Em tais debates são evidenciadas posições distintas entre os médicos que enxergam o tratamento climatológico como o mais eficiente, e aqueles que, ao contrário, o consideram somente um fruto de interesses meramente econômicos que beneficiariam apenas algumas elites. Este debate que sucinta o possível caráter mercadológico da doença, nos leva a abordar rapidamente, nessa seção, a segregação dos pacientes no Sanatório São Sebastião que, a exemplo de outros já construídos, foi também concebido com tal finalidade. Tal questão econômica que implicou, no São Sebastião, a separação dos pacientes por extratos sociais, será melhor abordada no Capítulo 3.

Como o São Sebastião foi inaugurado em meio a esses diversos debates, seria difícil que a instituição ficasse à margem de tais discussões, já que vários de seus principais clínicos vieram de formação ou trabalho prévio no Estado de São Paulo o que nos faz crer que muito provavelmente tais embates ideológicos também circularam por entre os corredores do Sanatório da Lapa e entre a classe médica paranaense daquela época.

Ainda com relação ao debate da eficácia do tratamento baseado nos benefícios que a boa alimentação, os ares de montanha e o repouso supostamente pudessem trazer aos doentes,

não podemos deixar de abordar as intervenções cirúrgicas impostas àqueles que acabam por evoluir para situações mais críticas da doença. A chamada colapsoterapia¹² engloba um variado grupo de intervenções cirúrgicas, no entanto, neste estudo, abordaremos de forma mais detalhada apenas uma delas, o pneumotórax¹³ artificial. Este procedimento cirúrgico foi realizado em grande número nas enfermarias, nem sempre adequadas para isso, do Sanatório São Sebastião desde seus primeiros anos até a inauguração do Sanatório Médico-Cirúrgico do Portão, em 1947, quando então este passou a receber os pacientes que realizariam este e uma série de outros procedimentos cirúrgicos.

Nos anos que antecederam a fundação do Sanatório São Sebastião e mesmo em seus primeiros anos de funcionamento, o número de óbitos de tuberculose estava em um patamar considerado baixo pelas autoridades sanitárias do Estado, em relação às demais capitais brasileiras, o que vinha, até então, a reafirmar a condição climática como fator preponderante para manter-se Curitiba longe de um possível surto da doença. No entanto, a elevação no número de óbitos no decorrer da década de 30, chegando a mais de 100 a cada 100 mil habitantes faz com que essa ideia baseada nos “bons ares” da capital paranaense seja fortemente questionada e considerada insuficiente para conter o avanço da doença.

Este movimento da classe médica em torno da busca por uma solução que contivesse a escalada de óbitos levou à realização da Semana da Tuberculose de 1937 em Curitiba. Evento que culminaria na criação da Liga Paranaense de combate à tuberculose e ajudasse a disseminar informação não só na capital, mas em todo o Estado quanto à prevenção da doença, utilizando jornais e especialmente o rádio. Nos anos que se seguiram à realização da Semana da Tuberculose, os óbitos causados pela doença em Curitiba continuaram a aumentar, porém em menor ritmo até se estabilizar. Durante este processo, de crescimento dos óbitos na capital, o Sanatório da Lapa, sendo o único do Estado capaz de receber os doentes tuberculosos e ainda sendo considerado uma referência nacional no tratamento da doença, passa a atrair pacientes vindos de todo o Estado e mesmo de outras regiões do país, o que rapidamente faz com que seus pavilhões permaneçam sempre lotados.

¹² Método de tratamento de certas doenças pulmonares, em especial da tuberculose. Consiste em provocar o colapso da região lesada e, portanto, o seu repouso, o que facilita a cicatrização das lesões. Existem diversos meios de provocar o colapso, dos quais o mais divulgado foi a denominada colapsoterapia médica através do pneumotórax artificial.

¹³ O pneumotórax se enquadra dentro de uma proposta mais ampla de terapia denominada colapsoterapia. Em 1822 o médico inglês James Carson teria observado que pacientes com tuberculose pulmonar que desenvolviam um pneumotórax ou derrames pleurais, acabavam exibindo uma melhor evolução clínica. Ele então propôs que o colapso compressivo promoveria repouso do tecido doente, o que facilitaria o processo da cura.

Finalizaremos este capítulo falando sobre o surgimento dos primeiros quimioterápicos capazes de conter a tuberculose e sua gradual inserção dos esquemas terapêuticos do Sanatório São Sebastião, a partir da década de 1950, o que conseqüentemente traz grande redução no número de óbitos naquele momento, porém, contraditoriamente causaria, na década seguinte, um novo problema a ser enfrentado. Problema esse que leva a retornar às soluções do passado, forçando a novamente se recorrer às cirurgias torácicas para combater a tuberculose.

2.1 OS BONS ARES DE MONTANHA DA LAPA: O TRATAMENTO NO SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO ANTES DOS QUIMIOTERÁPICOS ANTITUBERCULOSE.

Conforme discutido no capítulo anterior, o Sanatório São Sebastião foi construído dentro de uma concepção republicana de modernidade e imbuído de um ideal, que se pretendeu ser vanguardista, visava isolar da sociedade tudo aquilo que não compartilhava desta visão, ou seja, tudo aquilo que não inspirasse higiene, saúde e progresso. Isso incluía os doentes, especialmente de enfermidades contagiosas como a tuberculose. Neste contexto, não bastava apenas ter um ambiente concebido nas linhas dos mais modernos hospitais europeus, era preciso também prover de um tratamento no mesmo nível de eficiência.

No entanto, naquele momento, o conceito de terapêutica mais eficiente estava longe de ser um consenso entre os médicos tisiologistas. A própria especialidade, a tisiologia, estava em construção, e em momento de se afirmar como capaz de conter a peste branca.

Para que possamos entender melhor a forma como o corpo clínico do Sanatório São Sebastião organizou os primeiros esquemas terapêuticos a ser implementados, logo em seus primeiros anos, se faz relevante entendermos quais eram as preocupações e os principais debates nos grandes centros de estudo da tuberculose no país.

Em nível nacional, o início da década de 1930 foi um período em que, no ambiente médico, se acirravam embates que vinham desde os fins do século anterior, nos quais se travavam calorosas discussões em torno da eficácia do tratamento realizado sob condições de um clima ameno e de montanha como forma de combater a tuberculose, as intervenções cirúrgicas e mesmo a própria instituição sanatorial e do isolamento estavam sob intensos questionamentos. Outros debates envolvendo questões muito mais eugenistas tentavam divagar sobre quais raças seriam mais ou menos suscetíveis às doenças. Tornou-se comum no contexto nacional considerar que os negros e os mulatos compunham o agrupamento humano mais propenso ao desenvolvimento das moléstias em geral e da tuberculose em particular.

O centro dos debates nacionais da classe dos médicos tisiologistas era o Estado de São Paulo, onde muitos dos profissionais que viriam a atuar no São Sebastião foram formados. É o que se observa no caso do médico Pedro Xavier Gonçalves, com experiência no sanatório de São José dos Campos, interior de São Paulo, nomeado como o primeiro diretor clínico do São Sebastião (SIQUEIRA, 1996, p. 47). Tais debates passaram a público com a fundação da *Revista Paulista de Tisiologia*, publicação bimestral que começou a circular no mês de janeiro de 1935. Foi nas páginas desta revista que durante os anos seguintes se fez visível a luta e os debates em torno da peste branca. Desde os protestos pela inoperância do governo varguista frente à doença até a crítica pela suposta má qualidade na formação dos profissionais médicos da tisiologia nacional.

No entanto, são os debates em torno da eficácia dos tratamentos disponíveis na época que nos interessam aqui neste momento de nosso trabalho.

Isto posto, temos que, um dos temas utilizados na tentativa de mobilização da categoria médica, tinha como base os ecos provenientes do estrangeiro, mais especificamente da França, de onde chegavam notícias que alardeavam a ineficácia do asilamento sanatorial no tratamento dos pacientes tuberculosos. Contra tal proposta erguiam-se os clínicos que atuavam nos sanatórios paulistas, especialmente o Dr. Manuel Corvello Junior que, na condição de tisiologista assistente de duas casas de saúde de renome, considerou a ideia absurda. Espelhando o posicionamento que não era aceito por todos os seus pares, este clínico desqualificou a possível eficiência de um tratamento domiciliar dos infectados, alegando que os detratores do regime de isolamento hospitalar eram pessoas “mal intencionadas” (CORVELLO JUNIOR, 1936).

O que se constituiu certamente no principal foco nacional de celeuma, na década de 1930, referia-se à validade do clima como elemento terapêutico eficiente para os tísicos. Desde que Brehmer e Dettwiller¹⁴ estabeleceram os primeiros sanatórios nas montanhas europeias, a questão climatoterápica consolidou-se como tema polêmico, aflorando em momentos específicos, como motivo de disputas (BERTOLLI FILHO, 2001). A situação ganhou ainda maior intensidade quando o assunto foi incorporado às discussões veiculadas

¹⁴ O primeiro centro de isolamento para tratamento de tuberculosos foi criado em Gobersdorf (Silésia), nos Alpes alemães, em 1854, por iniciativa do médico Herman Brehmer. Neste local, os pacientes foram expostos a grandes quantidades de ar fresco de alta altitude e boa nutrição. Após a morte de Brehmer, seu trabalho foi continuado por um de seus pacientes, Peter Dettweiler, que abriu seu próprio sanatório em 1876; no entanto, Dettweiler enfatizou o descanso, e não o exercício no tratamento. O trabalho de Brehmer e Dettweiler foi a principal base científica do tratamento sanatorial antituberculose. Inicialmente, os sanatórios eram centros particulares com características semelhantes às dos hotéis de luxo, mas, posteriormente, na Europa e em outras partes do mundo, foram criados sanatórios públicos para atender os pacientes tuberculosos pobres.

nas páginas da *Revista Paulista de Tisiologia*, fato esse que acaba por “popularizar” esses debates no meio médico e acadêmico, já que agora não ficam mais restritos ao Estado de São Paulo, adquirindo condições de permear a sociedade médica com maior capilaridade e abrangência.

O questionamento sobre o melhor local para a instalação de sanatórios recebeu divergentes respostas, o que acabou estimulando a *Associação Paulista de Medicina* a promover um ciclo de debates sobre a validade dos princípios climatoterápicos. Segundo Bertolli Filho, um dos resultados deste movimento foi a publicação de um livro que fazia um apanhado de todos os textos elaborados para estes debates, obra que fomentou ainda mais a polêmica entre os especialistas, inclusive porque foi patrocinado por cerca de quinze laboratórios que comercializavam drogas contra a tuberculose (BERTOLLI FILHO, 2001).

Na série de conferências, realizadas a partir de maio de 1935, percebe-se que as discussões sobre o valor terapêutico do clima estavam contaminadas pelos interesses econômicos dos grupos que vinham enriquecendo com a exploração das instituições de saúde. A partir disto, mais que a defesa dos ares como poderoso recurso terapêutico, vários tisiologistas brasileiros empenharam-se em defender a continuidade de seus negócios baseados na Peste Branca.

Assim, segundo Bertolli Filho, a tendência geral dos clínicos e dos higienistas que atuavam nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro era reconhecer que o ambiente montanhoso atuava no refortalecimento dos “organismos debilitados” sem, contudo, garantir a recuperação da saúde das vítimas do bacilo de Koch (BERTOLLI FILHO, 2001).

Para alguns médicos, a comunidade tradicional havia perdido a fé no potencial terapêutico do clima, estando ela resistindo apenas como “crendice popular”. Ainda para estes tisiologistas, a única medida realmente eficiente contra a tuberculose consistiria na combinação do isolamento sanatorial e a intervenção cirúrgica, independente do padrão climático da região onde os hospitais estivessem localizados.

Para tornar ainda mais tensos e acirrados os debates, Clemente Ferreira¹⁵ – que anteriormente havia se firmado como grande defensor da climatoterapia – aproveitou o ciclo

¹⁵ Clemente Ferreira, o Patrono da Tisiologia Brasileira, nasceu no município de Resende, a 29 de setembro de 1857. Em 1893, publicou no "*Bulletin de Therapeutique*", o seu primeiro estudo sobre a tuberculose infantil. Este foi um dos mais de 200 trabalhos científicos publicados em revistas médicas nacionais e estrangeiras. Após ter sido nomeado Inspetor Sanitário, em 1896, fixou residência em São Paulo e combateu, durante quatro anos, a febre amarela que ainda remanesceu em diversas cidades do interior. A 17 de julho de 1899 fundou a Associação Paulista de Sanatórios Populares para tuberculosos (depois chamada de Liga Paulista contra a Tuberculose) tornando-se seu presidente perpétuo. A partir de então, encabeçou uma ferrenha luta contra a peste branca. Em 1902 criou a revista “Defesa contra a Tísica”. Através dela, conscientizou a população e as autoridades sanitárias

de conferências para declarar que o real propósito de instalação de sanatórios nas montanhas era guiado apenas por critérios de ordem econômica e política, acrescentando ainda que somente os tísicos endinheirados teriam recursos suficientes para bancar sua permanência nesses locais.

Como se não bastasse, o Dr. Ferreira, contrariando as ideias que defendeu anos antes, colocou em dúvida as propriedades curativas do clima, informando que a medicina não dispunha até aquele momento de elementos confiáveis para comprovar sua eficácia. Como era esperado, em oposição a tais alegações, os médicos que atuavam nos recém fundados Sanatórios de São José dos Campos e de Campos do Jordão, saíram em defesa do ideário climatoterápico, não hesitando em se confrontar com um dos mais renomados fisiologistas do país. Assumindo uma posição de representante dos sanatórios e dos médicos que lá clinicavam, o Dr. Ruy Dória (então diretor-proprietário de um sanatório em São José dos Campos) discorreu sobre a importância terapêutica do clima, avaliando negativamente a localização dos sanatórios nas periferias metropolitanas:

Assim, é uma collina qualquer nos arredores de cidade grande que passa a substituir quasi grotescamente o clima de altitude, ou é um arrabalde um pouco menos populoso que figura como succedaneo do clima de planicie [...] julgamos que reconhecida a influencia dos factores climaticos, se encontrar em melhor condições de tratamento em Campos do Jordão do que na Cantareira, um doente cujo caso se enquadra nas indicações de cura de altitude. (BERTOLLI FILHO, 2001, pg.91)

Ainda não satisfeito com a justificativa que ele próprio relatara, Ruy Dória anexou aos seus argumentos uma extensa e variada lista de casos clínicos em que o pleno restabelecimento da saúde deu-se rapidamente e em muitas vezes sem qualquer tipo de apoio medicamentoso que não fosse o repouso absoluto e o clima de altitude dos arredores montanhosos do estado de São Paulo.

Segundo Bertolli Filho, o médico igualmente serviu-se da participação nos debates para expor uma série de fatores com o intuito de advogar em favor da instalação de sanatórios exclusivamente nas duas estações de cura que representava em ambientes afastados de grandes centros. Os fatores por ele defendidos seriam, primeiramente: o fator psicológico do

sobre a magnitude da tuberculose e a necessidade imperiosa do governo assumir a luta. Em 10 de julho de 1904, com um grupo de colaboradores e auxiliado por uma subvenção municipal conseguiu abrir em São Paulo o primeiro dispensário para o tratamento e profilaxia da tuberculose. Clemente Ferreira participou, em 1912, do Congresso Internacional contra Tuberculose, em Roma, recebendo vários prêmios por sua atuação pessoal como Presidente da Liga Paulista e Diretor do Dispensário. Participou, ainda, de Congressos de Tuberculose na Argentina, Uruguai e em várias capitais do Brasil até o fim de sua vida. FONTE: FURTADO, Ana Margarida. **Sociedade brasileira de história da medicina**. São Paulo, 2011. Disponível em: <https://sbhm.webnode.com.br/news/clemente-ferreira/>. Acesso em: 29 abr. 2019.

isolamento dos infectados em áreas distantes, fazendo com que os pacientes se preocupassem menos com suas famílias; a vigilância contínua e a reeducação dos consuntivos¹⁶, só conseguidas em casas de saúde afastadas do burburinho e da agitação metropolitana e, principalmente, a retirada dos tísicos dos centros urbanos, operação que retardaria a disseminação do bacilo da doença (BERTOLLI FILHO, 2001).

Em conclusão, para Dória, a terapêutica climática era o principal e mais seguro recurso para o tratamento dos tuberculosos, criticando por sua vez as tentativas cirúrgicas e quimioterápicas de cura dos infectados, as quais diagnosticou como de “valia reduzida”, quando ministradas em territórios com condições climáticas “impróprias” para os doentes de tuberculose.

Para tentar entender o motivo que leva o médico Ruy Dória a defender tão ativamente o tratamento climatológico da tuberculose, e assim tentar aferir o quanto o fator econômico pode influenciar em sua afirmação, precisamos considerar um pouco de seu histórico e citar brevemente que ele chegou a São José dos Campos inicialmente, para se tratar, em seguida fundou um Sanatório próprio e torna-se prefeito da cidade mais a diante.

O Sanatório Ruy Dória era intensamente divulgado por campanhas publicitárias que o apresentavam como sofisticado e um local onde se utilizariam as mais modernas terapias médicas. Divulgava também que seu Sanatório dispunha de convênios com hotéis e pensões da região para abrigar os doentes que não dispunham do valor total para cobrir os custos de sua internação. Notamos aqui que mesmo contra a legislação sanitária da época, a área de exclusão tendeu a se deslocar, se transferindo da área dos sanatórios para os hotéis e pensões da cidade.

É inegável que a cidade também se beneficiou economicamente da presença dos doentes, sendo promovida mais adiante, à estância hidromineral e climatérica do Estado.

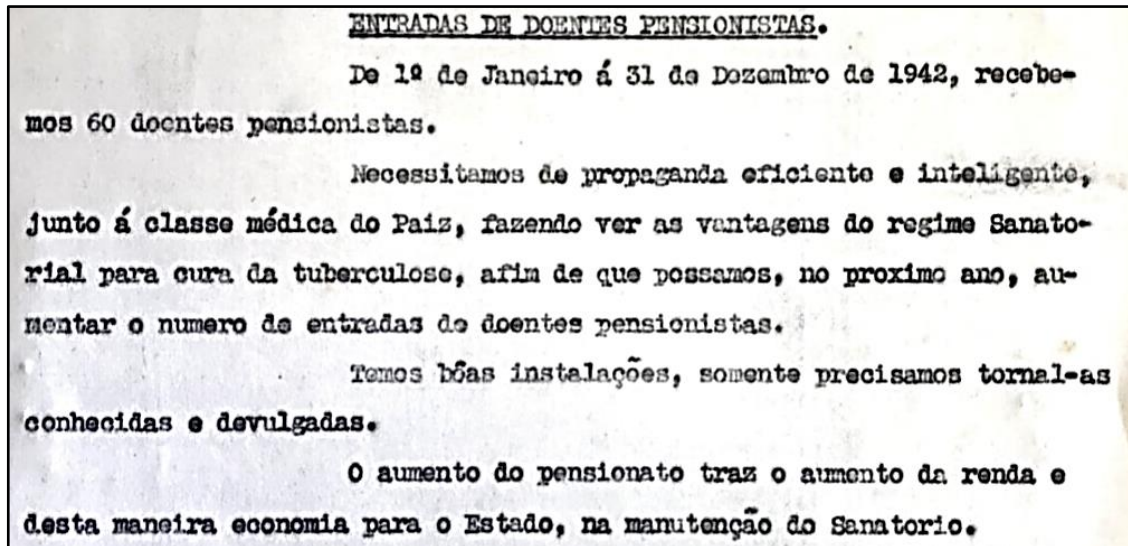
Quando médico, dono de sanatório e, posteriormente, prefeito nomeado pelo Estado Novo, Ruy Dória diz que, o que São José dos Campos necessita não é de indústria nem de comércio, mas de doentes. Indústria e comércio como instâncias fazem circular bens materiais, através da transformação de matéria prima em produto e de sua circulação econômica. O doente é matéria prima e no não dito dessa memória que se vai se construindo, ele se coisifica. (PAPALI, 2008, pg. 70)

Da mesma forma como na citação acima, onde o médico Ruy Dória deixa claro a importância econômica dos doentes para o seu sanatório, observamos também no São

¹⁶ Neste caso, esta palavra está sendo utilizada como sinônimo de doente de moléstia tuberculosa, tuberculoso, no entanto, seu sentido é mais amplo.

Sebastião a mesma preocupação expressa em relatórios (FIGURA 5) que eram enviados ao Governo do Estado anualmente. Falaremos mais detalhadamente sobre esses relatórios no capítulo 3.

FIGURA 5 – Trecho retirado de Relatório Anual emitido pela direção do Sanatório São Sebastião ao Governo do Estado do Paraná em 1942.



Fonte: Arquivo do Hospital São Sebastião da Lapa.

Nota: Reprodução feita pelo autor.

Não podemos deixar de considerar esses fatores econômicos e políticos na construção do São Sebastião na cidade da Lapa, mesmo sendo difícil quantificá-los. Podemos de momento, apenas especulá-los, visto que do ponto de vista econômico, pode-se dizer que desde sua concepção, houve a preocupação de dividir o sanatório em alas muito distintas, separadas de acordo com as condições econômicas de seus internos. Já do ponto de vista político, pode-se dizer que sua construção, juntamente com a do Leprosário São Roque, representou um grande capital político para o governador Caetano Munhoz da Rocha.

Quanto ao tratamento, possivelmente, neste momento, também ecoavam entre os profissionais médicos deste sanatório os debates referentes às práticas terapêuticas e cirúrgicas, refletindo o embate ideológico que efervescia nos grandes centros. No entanto, a opção escolhida para a construção do Sanatório, em local afastado do centro metropolitano, revela que o governador muito provavelmente compartilhava da posição que o médico Ruy Doria defendia tão intensamente de que o tratamento da tuberculose só seria eficiente se realizado em um ambiente de ares puros.

A região escolhida, na Lapa, certamente preenchia todos esses requisitos para um tratamento eficiente, pois, em seus primeiros anos a terapêutica adotada no Sanatório São

Sebastião seguiu esta metodologia, acompanhando a evolução do peso, promovendo o repouso e a alimentação regrada dos internos.

Para ilustrar este tipo de tratamento realizado no São Sebastião, vemos um prontuário reproduzido na FIGURA 6, da página que mostra o acompanhamento de um dos seus primeiros pacientes (de número 8), no primeiro mês de funcionamento do Sanatório, em novembro de 1927. Podemos observar que o acompanhamento feito se resume basicamente no controle do peso do paciente, quando ele fez exercícios e na administração de algumas fórmulas.

FIGURA 6 – Prontuário médico de número 8. 16.nov.1927, Pág. 3.

Data	Peso	Observações
16.11	36.000	Examinado em 5 de dezembro de 1927
1928 5.12	36.800	Examinado em 17 de janeiro
Janeiro, 1	37.400	Examinado em 28 de janeiro
15	37.700	Examinado em 4 de abril
30	38.700	Examinado em 14 de maio
Febrero, 15	37.600	Examinado em 2 de julho, líquido
Março, 1	39.600	Examinado em 17 de janeiro de 1928
Março, 15	39.400	Examinado em 13 de abril
Março, 21	39.800	Examinado em 28 de junho
Abril, 15	40.400	Examinado em 8 de agosto
Maió, 1	41.200	
Maió, 15	41.500	
Maió, 21	42.500	
Junho, 15	42.700	
Junho, 20	42.600	
Julho, 15	42.800	
Julho, 21	43.500	
Agosto, 15	45.200	
Agosto, 20	44.500	
Set. 15	45.000	
Setembro, 1	46.000	
Setembro, 15	45.600	
Novembro, 1	45.500	
Novembro, 15	46.000	
Dezembro, 1	46.300	
Dezembro, 15	45.600	
Dezembro, 21	45.800	
Janeiro, 15	45.800	
Jan. 21	46.000	

Observações:
 Examinado em 5 de dezembro de 1927
 Examinado em 17 de janeiro
 Examinado em 28 de janeiro
 Examinado em 4 de abril
 Examinado em 14 de maio
 Examinado em 2 de julho, líquido
 Examinado em 17 de janeiro de 1928
 Examinado em 13 de abril
 Examinado em 28 de junho
 Examinado em 8 de agosto
 Examinado em 17 de outubro
 Examinado e examinado pelo
 método de Friedmann em 10-12-27
 M. F. 0,5
 Examinado em 17 de outubro
 Examinado em 15 de janeiro
 no teste esquelético.
 Examinado em 1 de fevereiro

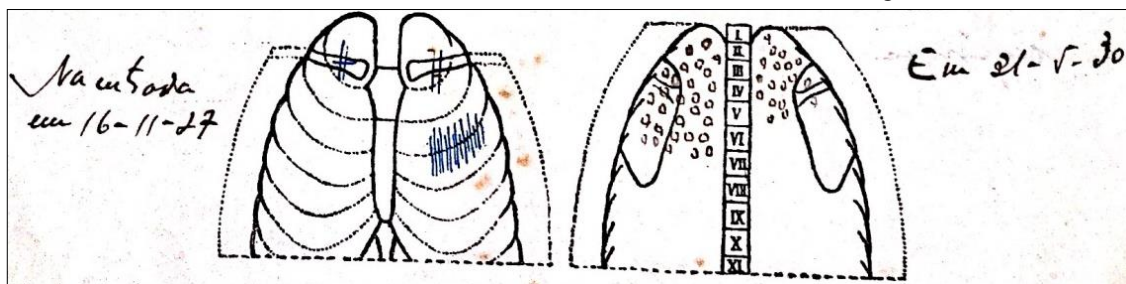
Fonte: Arquivo do Hospital São Sebastião da Lapa.

Nota: Reprodução feita pelo autor.

Neste caso em específico, constatamos que a paciente 8¹⁷, chegou com peso de apenas 36 kg e ao final de 14 meses havia ganhado 10 kg. Também podemos notar nas observações que esta paciente recebeu a vacina de Friedman¹⁸ em 28 de agosto de 1929.

Ao considerarmos o peso da paciente 8, que na época de sua entrada no São Sebastião contava apenas com 14 anos, como única varável poderíamos ser induzidos a afirmar que seu tratamento estaria surtindo um bom efeito e ela, dessa forma, caminhava bem para uma possível cura, visto que seu peso veio aumentando com o passar do tempo, no entanto, ao verificarmos as demais páginas de seu prontuário temos uma ideia mais ampla:

FIGURA 7 – Prontuário médico de número 8. 16.nov.1927, Pág. 2



Fonte: Arquivo do Hospital São Sebastião da Lapa.

Nota: Reprodução feita pelo autor.

Neste desenho (FIGURA 7) que consta de seu prontuário, observamos à esquerda a representação da lesão pulmonar no dia de entrada no São Sebastião. Onde vemos que a tuberculose compromete uma porção intermediária do pulmão direito e após longos dois anos e meio de tratamento, verificamos no desenho da direita que os dois pulmões já se encontram comprometidos pela doença, os bacilos tuberculosos já se espalham por praticamente metade do pulmão esquerdo e a parte superior do direito já aparenta bastante lesionado. Não há registros neste prontuário, de nenhuma tentativa de intervenção cirúrgica para tentar reverter o avanço da doença.

¹⁷ Por questões éticas, no decorrer deste trabalho não citaremos nomes de nenhum paciente, ao invés disso, iremos nos referir a eles por um número correspondente ao número de seu prontuário quando for o caso, ou por um nome fictício quando este for citado em outros tipos de documentos. Outras informações como a idade, sexo, origem, condições socioeconômicas e doenças pré-existentes poderão ser aqui utilizadas, pois são dados de grande importância para a pesquisa e não são determinantes para a identificação do paciente.

¹⁸ Diversas micobactérias não tuberculosas (na época, chamadas paratuberculosas) foram usadas para ativar a imunidade antituberculosa. Entre elas, a mais difundida foi a vacina de Friedman, criada em 1903 por Friederich Franz Friedmann a partir de uma micobactéria isolada da tartaruga.

FIGURA 8 – Prontuário médico de número 8. 16.nov.1927, Pág. 1

Duração da estadia	2 anos 10 meses e 14 dias
Resultado da cura	Falecida em 30 de Setembro de 1930.

Fonte: Arquivo do Hospital São Sebastião da Lapa.

Nota: Reprodução feita pelo autor.

Obviamente, temos que levar em conta que cada caso clínico possui suas especificidades e que mesmo em condições supostamente semelhantes de ambiente e tratamento a ele oferecidos, pode levar a evoluir de formas muito diferentes entre si de acordo com a reação de cada organismo e a evolução do bacilo em seus corpos, no entanto, nesta situação em específico, e com a documentação que temos a disposição, podemos supor que a terapêutica conhecida como climatoterapia, não foi capaz de salvar a jovem paciente número 8 e após quase 3 anos de isolamento, em setembro de 1930, veio a óbito no pavilhão central do São Sebastião.

2.2 OS MAIS NOVOS ALIADOS DOS MÉDICOS: OS JORNAIS E O RÁDIO

Mortes como a da jovem número 8 já se multiplicavam nas enfermarias do São Sebastião, e esse fato passava a suscitar desconfiança quanto a eficiência do tratamento, não só entre os pacientes mas também na comunidade médica em geral.

Era o momento de buscar novas formas de se combater a moléstia, pois o número de óbitos, mesmo que oscilante, crescia durante toda a década de 1930 e devia, já ao final da década, chamar a atenção dos médicos, pois visivelmente as tão exaltadas benesses do clima curitibano já não estavam sendo suficientes para barrar o avanço da peste branca.

TABELA 2 – Óbitos por tuberculose em Curitiba na década de 1930

Anos	População	Número de óbitos por tuberculose	Obituário Geral	Porcentagem sobre obituário geral	Coefficientes em 100 mil habitantes
1930	103.000	77	1502	5,1	74,7
1931	105.000	81	1382	5,8	77,1
1932	108.000	83	1371	6,0	76,8
1933	111.000	83	1439	5,7	74,7
1934	114.000	102	1572	6,4	89,4
1935	116.000	117	1527	7,6	100,8
1936	117.000	116	1792	6,4	98,7
1937	119.625	132	1634	8,0	110,3

Fonte: SOUNIS, Emilio Leão de Mattos. A marcha de mortalidade pelas doenças infecciosas no município de Curitiba (1905-1939). Tese de Livre Docência da Cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina do Paraná. Curitiba, 1940.

Para tentar conter o avanço de óbitos por tuberculose na capital, como o visto na TABELA 2, ocorre no final da década de 1930 o início de ações, por iniciativa do Governo do Estado, que tem como objetivo informar a população sobre as formas de se prevenir do contágio da doença.

Em meio à estrutura existente ou em vias de construção para combater a tuberculose o governador do Paraná comentava sobre o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, que em 1936 esteve sob a responsabilidade da Inspetoria Geral de Saúde Pública e que:

[...] por meio das palestras proferidas na estação local de rádio, de artigos em jornais e revistas, bem como de cartazes e conselhos verbais das enfermeiras visitadoras do Dispensário Anti-tuberculoso, procurou difundir ensinamentos práticos sobre diversos assuntos, inclusive a tuberculose. Divulgando e argumentando com dados estatísticos a letalidade pela tuberculose, fez-se conhecer ao povo que o número de óbitos atingiu a 116 na Capital, ponto de convergência dos doentes de todo o Estado à cata de recursos especiais (PARANÁ, 1937, p.42).

Aos órgãos de saúde pública não cabia somente a responsabilidade pela cura das doenças, mas, sobretudo a sua prevenção, a educação em saúde. O Serviço de Propaganda e Educação Sanitária lançava mão dos meios de comunicação disponíveis no período, entre eles

o rádio. As palestras no rádio apareciam como estratégia pedagógica relativamente recente, já que as primeiras estações de rádio no Brasil surgiram nos anos de 1920.

Nos anos de 1930, e especialmente a partir de 1937, o rádio também esteve a serviço da ideologia do Estado Novo e não era incomum a utilização deste veículo de comunicação para a transmissão de programas relacionados à educação para a saúde, inserida nos programas varguistas para a saúde pública (GONÇALVES, 2011).

O número crescente de óbitos por tuberculose registrados a partir de meados dos anos 1930 certamente preocupava as autoridades médicas e governamentais de Curitiba. Assim, como uma tentativa de informar a população quanto aos perigos da doença, foi organizada a Semana da Tuberculose de 1937. Um dos jornais da capital paranaense relatava qual era o principal objetivo do evento: “[...] difundir ensinamentos ao povo, acerca do implacável mal dizimador dos povos [...]” (DIÁRIO DA TARDE, 6 nov. 1937, p.1).

Este evento, realizado em Curitiba, foi uma atividade preventiva que estava em sintonia com as novas diretrizes nacionais para a saúde, de se dar especial atenção às doenças infectocontagiosas. Coordenada por órgãos do governo do Estado para tentar ajudar a compreender o aumento do número de vítimas fatais da doença na cidade nos anos 1930, também, tinha como objetivo mobilizar os médicos e informar a população sobre a tuberculose com palestras, distribuição de informativos em locais públicos, matérias especiais em jornais impressos e programas de rádio.

Realizada entre os dias 7 e 13 de novembro, coincidentemente atravessando um conturbado momento político brasileiro, em meio ao golpe do Estado Novo, ocorrido no dia 10 de novembro, o que parece não ter prejudicado a realização daquilo que estava previsto para a Semana da Tuberculose, organizada pelos doutores Eduardo Virmond Lima, Diretor Geral da Saúde Pública do Paraná; Ary Tabora, Inspetor de Profilaxia Geral, e Milton Munhoz, Inspetor da Tuberculose (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, nov-dez. 1937, p.492). A programação do evento, foi publicada diariamente pela imprensa curitibana numa tentativa de difundir as atividades que aconteceriam em diversos espaços da cidade, com palestras médicas transmitidas pela rádio local, algumas delas também publicadas, parcial ou totalmente, em jornais de Curitiba e posteriormente na Revista Médica do Paraná.

A estratégia pedagógica de realização de palestras e distribuição de folhetos informativos, com o objetivo de atingir o maior número possível de pessoas, era uma prática que já fora realizada pelas autoridades médicas do Paraná em outros períodos, quando houve o combate a outras doenças. Dois exemplos foram: a campanha pelo saneamento rural desenvolvida no Estado entre 1918 e 1930 (KUMMER, 2007, p.91) e a disseminação de

informativos de prevenção às doenças venéreas, que aconteceu nos anos 1920, quando palestras eram realizadas e folhetos distribuídos em estabelecimentos públicos de Curitiba (STERN, 2003, p.126). O diferencial da ação educacional contra tuberculose em fins dos anos de 1930 foi utilizar um veículo de comunicação recente: o rádio, que nas décadas seguintes viria a ser um dos mais importantes meios de comunicação no país.

É difícil avaliar qual foi a repercussão da Semana da Tuberculose de 1937 entre os curitibanos, entretanto, um comentário publicado no jornal *Diário da Tarde*, durante a realização do evento afirmava:

Continua a Semana da Tuberculose com o entusiasmo com que foi iniciada. E os seus resultados vão se fazendo sentir. Toda gente, mesmo as crianças, comenta o texto dos folhetos distribuídos, as causas, os sintomas, o perigo de contágio, do implacável mal (DIÁRIO DA TARDE, 09 nov. 1937, p.5).

Sabemos que essas palavras publicadas no jornal carregam um teor publicitário do evento, mas é possível deduzir que as informações médicas transmitidas aos participantes da Semana da Tuberculose circularam e foram apropriadas de maneiras diversas pelos seus ouvintes.

Para analisarmos o teor das palestras envolvidas neste evento, temos como exemplo a palestra denominada “Higiene Doméstica”, transmitida pela Rádio Clube de Curitiba em 1937, onde médico Dirceu de Lacerda¹⁹ dirigia-se às donas de casa, colocando-as como personagens centrais da higiene doméstica. Dessa forma, as mulheres eram responsabilizadas pela saúde de toda a família, especialmente de seus filhos. O lixo e a água parada dos quintais, as moscas, os objetos enferrujados, os cuidados na admissão de uma empregada, o cuidado na compra e higienização dos alimentos e a higiene pessoal. Todos esses aspectos deveriam ser observados cuidadosamente pelas mães com o objetivo de afastar de seus lares diversos tipos de doenças, inclusive a tuberculose.

Mas além de tudo isso, o médico também alertava em sua palestra para a necessidade de não se visitar pessoas doentes, prática por ele denominada de “hábito provinciano [...] e contrário às regras mais rudimentares de hygiene” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, set. 1937, p.350). Prática que no caso da tuberculose e outras doenças contagiosas poderia ser desastrosa. Isso vinha a reforçar, nas entrelinhas, a necessidade de tratamento senatorial, afastando, dessa forma, os doentes do convívio social.

¹⁹ Dirceu Pacheco de Lacerda nasceu na Lapa, em 1902. Ingressou na cadeira de Higiene, na Faculdade de Medicina do Paraná, em 1937. Foi docente de Higiene em 1939 e no período de 1960-1961. Faleceu em 1962, como professor adjunto (COSTA; LIMA, 2007, p. 220).

Nos anos que se seguiram à realização dessas palestras, o combate à tuberculose entrou em sintonia com a política de saúde do Estado Novo e as atividades educativas para tentar impedir a propagação da tuberculose foram conjugadas com a divulgação e progressiva utilização de novos recursos preventivos e terapêuticos contra a doença (OLIVEIRA, 2012, p.91). Assim, não podemos ver a realização da Semana da Tuberculose de 1937 como um evento pontual, pois, culminaria na organização da Liga Paranaense Contra a Tuberculose e representaram uma tentativa significativa de ampla educação popular.

2.3 MEDIDAS EXTREMAS: AS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS.

Nos primeiros anos de funcionamento do Sanatório São Sebastião, em um momento, anterior ao surgimento dos primeiros antibióticos eficazes contra a tuberculose, o que estava disponível aos médicos como terapêutica principal, era a boa alimentação e o repouso absoluto, especialmente em um ambiente bem ventilado, se possível em local de ar puro e fresco.

Também era prática comum associar a isso a administração de algumas drogas ou fórmulas, como eram chamadas as misturas de essências de plantas, ervas e outras substâncias. Sua utilização se dava para uma infinidade de problemas, mas geralmente tinha como objetivo aliviar alguns sintomas da tuberculose, como para abrir o apetite, redução da febre, laxantes, dar mais disposição, entre outras. Para casos mais graves, em que a doença já estava muito avançada, havia outra opção de tratamento: as intervenções cirúrgicas.

A chamada colapsoterapia, consiste basicamente em um agrupamento de diversas técnicas cirúrgicas que tem em vista, como o nome sugere colapsar parte de um pulmão afetado pela tuberculose. Dessa maneira, o bacilo, que é aeróbio²⁰, tem a sobrevivência comprometida.

Dentre as diversas técnicas cirúrgicas para se colapsar um pulmão doente, todas provenientes do século XIX, o pneumotórax artificial foi um dos que por mais tempo figurou no tratamento da tuberculose, e que em maior número foi executado no Sanatório São Sebastião. Este procedimento foi idealizado pelo médico italiano Carlo Forlanini em 1882 e logo nos primeiros anos do século seguinte já era bastante conhecido e utilizado por médicos de todo o mundo. O princípio do pneumotórax é utilizar de uma longa e fina agulha para

²⁰ Organismo que necessita de oxigênio para seu metabolismo.

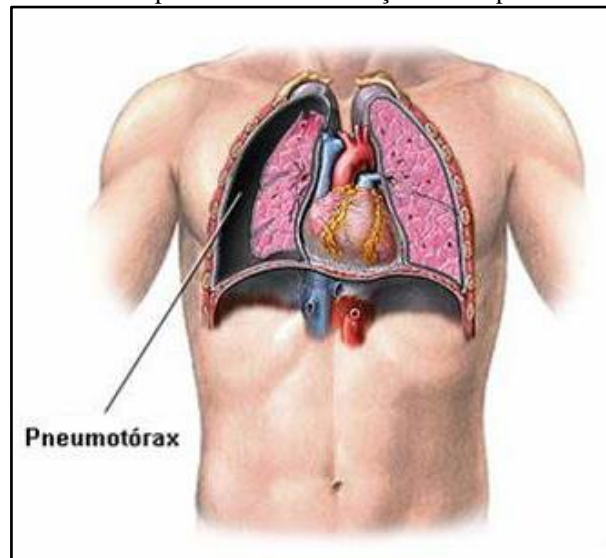
penetrar na cavidade torácica, através da pleura²¹, sem ferir o pulmão, e introduzir um gás, normalmente o gás nitrogênio, a fim de comprimir e imobilizar o órgão doente. A quantidade do gás aplicado variava entre 200 e 400 centímetros cúbicos e as aplicações deveriam se repetir periodicamente.

A duração da cura é de pelo menos dois anos, mas pode ser muito mais longa: depois desse período de tempo se deixa reabsorver o azoto e o pulmão passo a passo se re-expande retomando sua função. (ACHARD, 1914, p. 5)

O pneumotórax apresentava algumas indicações e várias contraindicações, embora alguns médicos falassem em uma possibilidade de cura entre 10 e 12% e no melhoramento dos enfermos na faixa de 80% dos casos, o que era um percentual muito otimista em se tratando de uma moléstia tão grave.

De acordo com Gill, o pneumotórax era prescrito apenas para cerca de 8% de todos os adoentados, já que a indicação era de que as lesões fossem apenas unilaterais e que o paciente se encontrasse em um bom estado geral de saúde. Era contraindicado quando junto com a tuberculose o enfermo apresentasse quadro de deficiência do aparelho circulatório e renal; ou quando a tuberculose pulmonar fosse acompanhada de uma tuberculose intestinal e também quando a saúde do indivíduo fosse muito precária (GILL, 2007, pg. 277).

FIGURA 9 – Desenho representando a realização de um pneumotórax artificial.



Fonte: O PNEUMOTÓRAX. **Saúde BH**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: http://www.saudebh.com/3.0/index.php?option=com_content&view=article&id=126:pneumotorax&catid=47:pneumologia&Itemid=83. Acesso em: 15 out.2018.

²¹ Os pulmões são revestidos por uma fina membrana chamada pleura. Dividida em duas camadas, formando um espaço que contém um líquido, denominado líquido pleural, a pleura protege e facilita os movimentos dos pulmões durante a respiração.

FIGURA 10 – Aparelho para pneumotórax terapêutico utilizado nas décadas de 1940/1950. Museu do Sanatório São Sebastião.



Fonte: Museu do Sanatório São Sebastião.
Fotografia: O autor.

Na FIGURA 9, temos um desenho ilustrando a realização de um pneumotórax e na FIGURA 10, um equipamento de propriedade do Sanatório São Sebastião para a realização deste procedimento que até o final da década de 1950 foi o procedimento cirúrgico mais realizado para conter o avanço da tuberculose em pacientes em situação mais crítica.

Embora ainda fosse uma das formas mais divulgadas e usuais de tratamento cirúrgico, sua aplicação gerava controvérsias. Barbosa (1932, p.25), médico gaúcho que assinou um artigo em que relatava as primeiras aplicações do pneumotórax no Brasil, descreve as grandes dificuldades advindas de seu uso. Ele que fazia operações de pneumotórax desde 1914, relata que o primeiro receio com a realização da técnica foi o fato de que, em 1913, um médico italiano passara por Porto Alegre e logo na primeira tentativa de demonstração do método viu o seu paciente falecer.

Nas aplicações que se seguiram com outros profissionais, novos acidentes aconteceram, tendo em vista ser bastante árduo praticar a tecnologia corretamente: a inserção

da agulha deveria se dar entre as duas folhas da pleura, nem antes, nem depois. A dificuldade principal, todavia, foi a imensa expectativa que o processo trouxe, segundo Renato Barbosa:

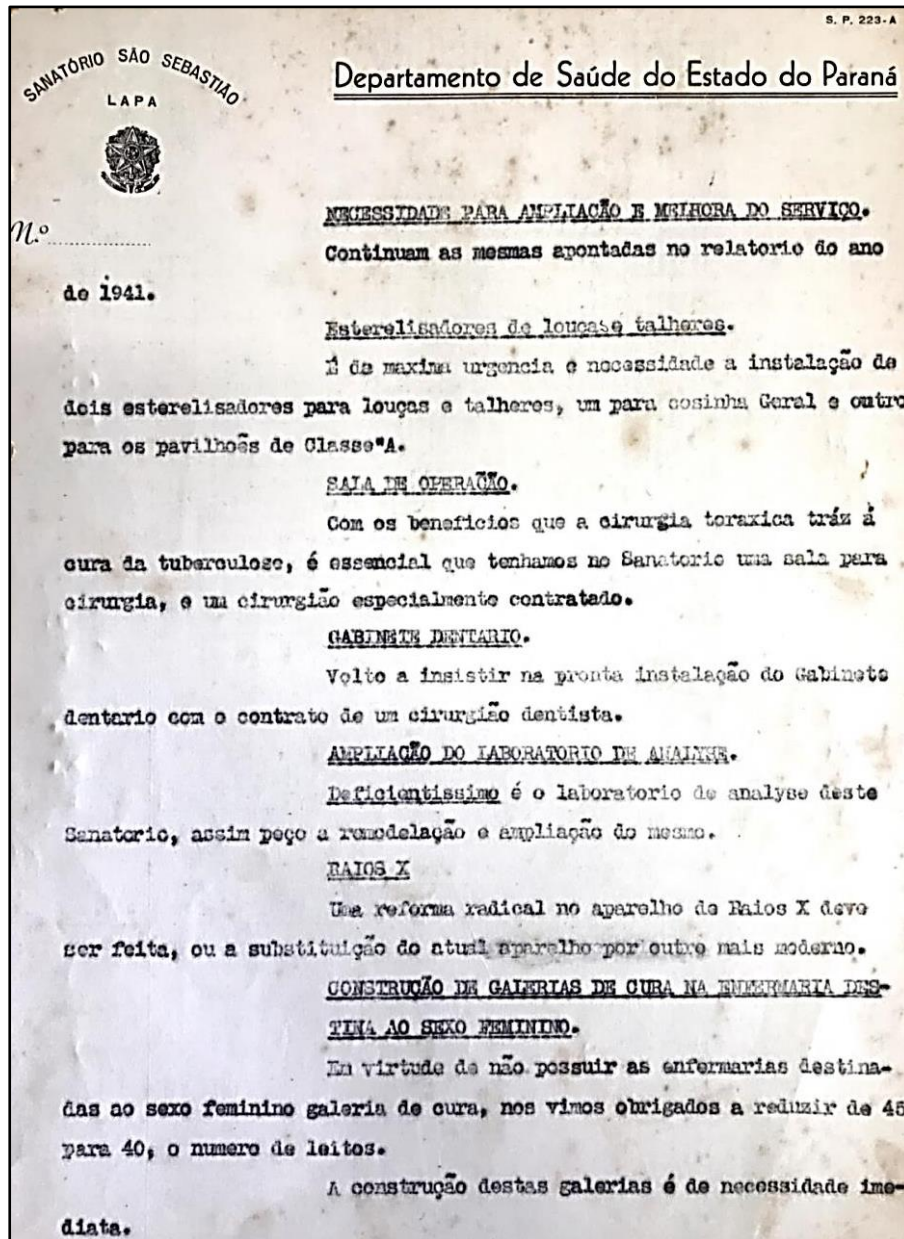
Os seus partidários, tocados pelo entusiasmo de alguns casos, pretenderam alcançar do método aquilo que ele lhes não podia dar, imprecisas que eram as suas indicações, daí o contingente pouco animador das estatísticas, cujos resultados ficavam mesmo aquém daqueles que eram fornecidos pelos tisiólogos que se socorriam dos métodos clássicos. Não só se não fazia a necessária seleção, como também, praticado de começo nos doentes hospitalizados, havia o errado critério preferencial dos casos maus, de resto, sempre em proporções maiores, por entre os internados nestes serviços de assistência pública (BARBOSA, 1932, p. 25).

Estas dificuldades técnicas são características de todos os procedimentos novos e que normalmente carecem de longa experimentação para se atingir um patamar aceitável de confiabilidade. O pneumotórax passou a ser realizado no São Sebastião logo em seus primeiros anos de funcionamento, mesmo que este estabelecimento não possuísse estrutura adequada para isso. Neste momento, o Sanatório não possuía uma sala para cirurgias, sendo este procedimento realizado de forma improvisada em suas enfermarias e consultórios.

Para tentar reverter esta situação precária, por seguidos anos, em seu relatório anual enviado ao Governo do Estado do Paraná, a diretoria do Sanatório São Sebastião destacava a necessidade de o governo investir na construção de uma sala de cirurgias, mas não só isso, como vemos na FIGURA 11, onde observamos o relatório de atividades realizadas do ano de 1942, outras necessidades também se faziam urgentes, como um consultório dentário, a modernização do laboratório de análises clínicas e um novo equipamento de raios-x.

Neste ano, o São Sebastião já contava com aproximadamente 300 pacientes em suas dependências, a superlotação já era uma realidade e a julgar pelos seguidos pedidos não atendidos por melhorias e ampliações enviadas ao governo, a operação normal do sanatório já estava dando sinais de comprometimento.

FIGURA 11 – Uma das páginas do Relatório Anual emitido pela direção do Sanatório São Sebastião ao Governo do Estado do Paraná em 1942.



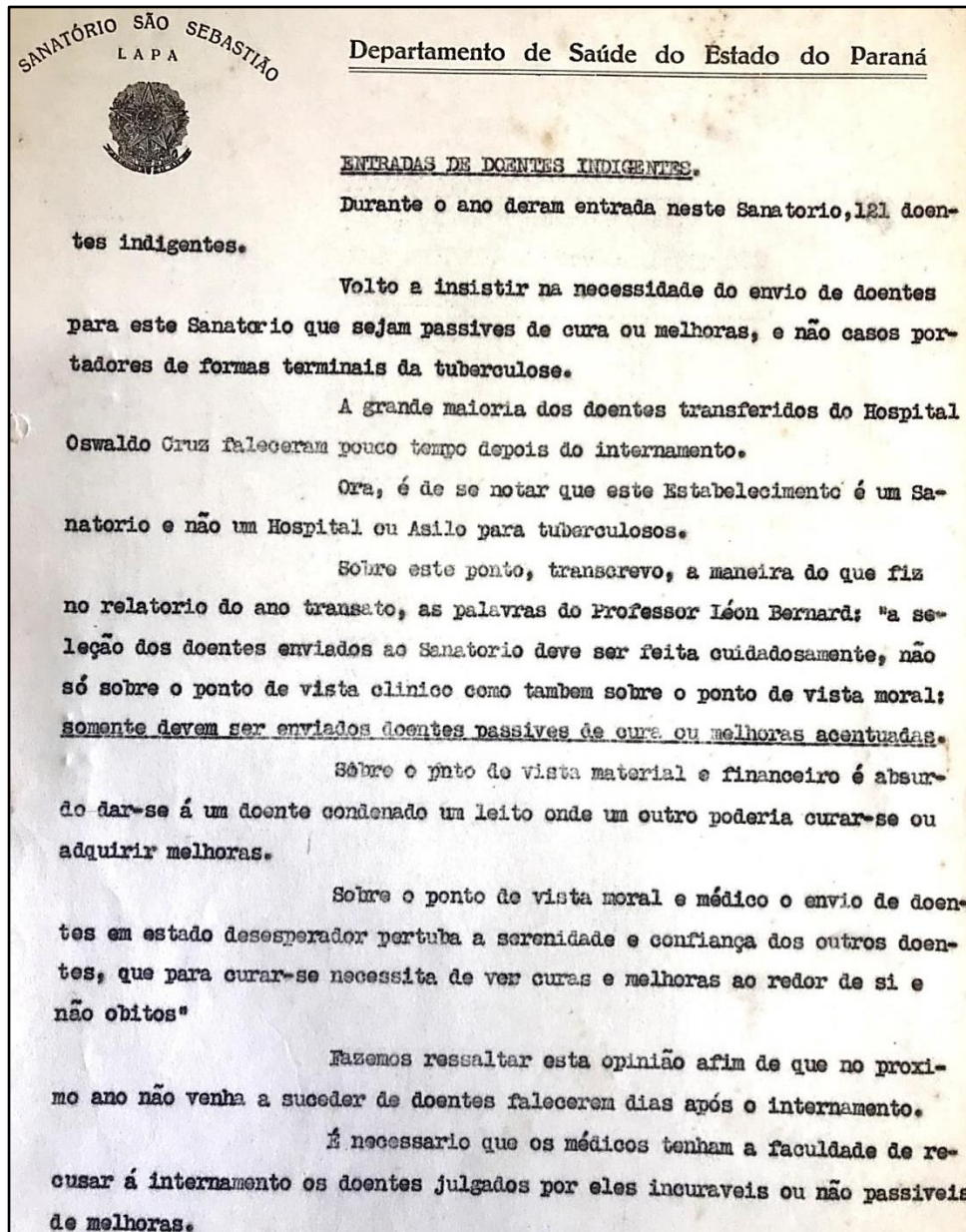
Fonte: Arquivo do Hospital São Sebastião da Lapa.

Nota: Reprodução feita pelo autor.

Com esta precarização em curso, fatalmente os óbitos também crescem, foram 54 naquele ano de 1943, ou seja, cerca de 30% de taxa de mortalidade. Este fato alarmava os médicos e fez com que solicitassem ao Departamento de Saúde do Estado para que não lhes fossem enviados pacientes em condições muito precárias de saúde, cuja tuberculose já estava em fase muito avançada, o que dificultaria seu processo de cura, encaminhando-se rapidamente para o óbito.

Essas situações de frequentes óbitos no Sanatório, causavam, segundo seus médicos, com que se reduzisse a moral e a esperança daqueles que permaneciam, fazendo-os perder a fé em seu próprio tratamento, conforme vemos em Ofício emitido em 1943, na FIGURA 12.

FIGURA 12 – Uma das páginas do Relatório Anual emitido pela direção do Sanatório São Sebastião ao Governo do Estado do Paraná em 1943.



Fonte: Arquivo do Hospital São Sebastião da Lapa.

Nota: Reprodução feita pelo autor.

Note-se que aqui os médicos reivindicam seu direito a poder rejeitar os doentes aos quais não poderiam curar, para evitar que o número de óbitos aumentasse demasiadamente e para isso justificam seu ponto de vista com base na defesa da moral e dos interesses econômicos, visto a limitação dos recursos naquele momento.

As barreiras a serem vencidas não eram apenas de ordem material, mas também de ordem técnica, o que levou alguns profissionais do São Sebastião a procurar fora do Estado, o aperfeiçoamento técnico necessário para continuar aumentando o número dos pneumotórax efetuados, como vemos (FIGURA 13) em Ofício do Sanatório ao Governo do Estado em 1943:

FIGURA 13 – Uma das páginas de Ofício emitido pela direção do Sanatório São Sebastião ao Governo do Estado do Paraná em 1943.

2ª) PNEUMOTORAX - Intensificamos o método da colapso-terapia gazosa, realizando 1.074 aplicações aumentando, deste modo as possibilidades de cura.

3ª) INTERCÂMBIO CIENTÍFICO - O uso em escala sempre crescente do pneumotorax nos levou a estabelecer relações com médicos do Instituto "Clemente Ferreira" de São Paulo e colegas especialistas de Curitiba, com a finalidade de serem elucidados casos que requeriam assistência técnica acima do aparelhamento aqui existente.

Fonte: Arquivo do Hospital São Sebastião da Lapa.

Nota: Reprodução feita pelo autor.

No decorrer dos anos, conforme ofícios posteriores, esta relação de intercâmbio científico com o Instituto Clemente Ferreira²² de São Paulo e com profissionais de Curitiba se intensificou, o que possivelmente proporcionou um aumento na execução de tais procedimentos nos anos seguintes.

Não bastassem as grandes dificuldades técnicas e materiais de estrutura para se realizar as cirurgias torácicas, especialmente o pneumotórax, havia também grande resistência por parte dos pacientes em se submeter a tais procedimentos. Quanto a esta dificuldade, o Dr. João Luiz Bettega, um dos pioneiros na realização de cirurgias torácicas no Paraná destaca:

Depois de muita insistência, sobretudo com a ajuda do então Diretor do Sanatório São Sebastião, Dr. Evaristo Franco Ferreira da Costa, conseguimos implementar as toracoplastias em pacientes oriundos deste hospital. Tudo ainda muito improvisado, naquela pequena sala, com anestesia local, e todas as dificuldades decorrentes de nossa carência de recursos. Junte-se a isso, a enorme resistência dos doentes em se

²² A história do Instituto Clemente Ferreira teve início em 1904, quando o Doutor Clemente da Cunha Ferreira e alguns colaboradores fundaram, com apoio municipal, o Dispensário para atendimento aos doentes de tuberculose e seus familiares, com atividade preventiva em relação às crianças, sendo o primeiro no Brasil. Em pouco tempo, o atendimento ambulatorial do Dispensário se mostrou insuficiente para atender à demanda que crescia dia a dia, e a ampliação física era urgente. Com isso, em 1908, foi lançada a pedra fundamental de um novo Dispensário, cuja inauguração se daria em 1913, em terreno localizado na Rua da Consolação, onde o Instituto funciona até os dias de hoje. FONTE: FURTADO, Ana Margarida. **Sociedade brasileira de história da medicina**. São Paulo, 2011. Disponível em: <https://sbhm.webnode.com.br/news/clemente-ferreira/>. Acesso em: 29 abr. 2019.

submeterem às cirurgias. Só faltavam nos agredir quando lhes propúnhamos o tratamento cirúrgico. Era algo extremamente difícil fazê-los crer na possibilidade de cura da tuberculose através de recursos cirúrgicos. (FERNANDES; JUK, 1992, pg.88)

Com o crescente número de doentes chegando à rede pública paranaense e conseqüentemente ao São Sebastião, na década de 1940, cresce grandemente também a demanda por estas cirurgias, o que leva o Governo do Estado a construir e a inaugurar, em 1947, o Sanatório Médico-Cirúrgico para Tuberculosos, em Curitiba, mais conhecido como Sanatório do Portão (nome do bairro onde se localiza). Este estabelecimento concentrava a demanda para a realização de todas as cirurgias torácicas para o tratamento da tuberculose da capital e região.

Inaugura-se no dia de hoje, em nossa capital, o Sanatório Médico-Cirúrgico para tuberculose, situado no bairro do Portão. Acontecimento de alta expressão para nosso povo, de imensa valia para o combate à peste branca, a inauguração desta casa hospitalar é a concretização maior de nosso Estado, que contava até então apenas com o Sanatório São Sebastião, na Lapa, como casa realmente adequada para o tratamento da tuberculose, além dos poucos estabelecimentos particulares com igual finalidade. Situado num lugar agradável, com um esplêndido bosque, essa casa hospitalar é um dos estabelecimentos modelares no gênero. (GAZETA DO POVO, 18.Jan.1947, pg.3)

Desta data em diante, a maioria dos pacientes que necessitavam de intervenções cirúrgicas no São Sebastião, seriam levadas ao Sanatório do Portão, reduzindo assim a grande demanda que havia pela criação de uma sala de cirurgias no Sanatório da Lapa. Mesmo assim, alguns procedimentos de pneumotórax ainda continuaram a ser efetuados em caráter emergencial, em suas enfermarias.

2.4 O ANTIGO x O NOVO: O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO APÓS O SURGIMENTO DOS QUIMIOTERÁPICOS

Nesta seção exploraremos os aspectos mais relevantes relativos aos progressos realizados pela ciência no combate à tuberculose e como esses avanços refletiram no ambiente médico da capital paranaense e especialmente no Sanatório São Sebastião.

Iniciaremos destacando o surgimento do primeiro antibiótico eficiente contra a doença e como ele foi distribuído e lentamente chegou aos doentes da Lapa.

Em paralelo a este processo que sem dúvida representou uma grande mudança no tratamento da moléstia tuberculosa, acompanharemos como o São Sebastião atravessou a década de 1940 com suas enfermarias sempre lotadas e com diversas carências estruturais, de

verbas e de condições para um tratamento adequado, muitas vezes fazendo com que essas dificuldades fossem denunciadas na imprensa da capital.

Tal precariedade pode ter contribuído para que mesmo após vinte anos da descoberta dos fármacos quimioterápicos, dentro do São Sebastião, ainda se praticassem com certa regularidade, as antigas cirurgias torácicas, mutilantes e relativamente pouco eficientes. Este período compreendido especialmente pela década de 1950 pode ser visto como uma área de penumbra, entre a escuridão e a luz, uma zona de transição, onde conviviam o antigo e o novo no que tange ao tratamento dos tuberculosos.

2.5 VENCENDO A TUBERCULOSE: SOBRE A ESTREPTOMICINA

A estreptomicina foi o primeiro agente específico efetivo no tratamento da tuberculose. Descoberta pela equipe liderada pelo bioquímico norte-americano Selman Abraham Waksman em 19 de outubro de 1943, a substância revelou-se como um antibiótico relativamente inofensivo para o homem, com excelentes resultados na luta contra a tuberculose. Esta descoberta rendeu um Prêmio Nobel para Waksman em 1952.

Numa rápida sucessão foram sendo descobertas várias outras drogas para o combate da tuberculose. Jeanett Farrell relata o entusiasmo dos pacientes que comemoravam a descoberta desses medicamentos dançando nos corredores dos sanatórios. As notícias eram espetaculares: aqueles que antes estavam muito magros e fracos para andar levantavam e perambulavam pelos corredores. Em 1954, o Sanatório de *Trudeau* em *Saranac Lake*, Estados Unidos, fechou as portas, um evento que parecia significar o fim de uma era, o fim da tuberculose. (FARRELL, 2006, p.155)

Porém, como era de se esperar, esta substância depois de descoberta, ainda demoraria vários anos para integrar o esquema de tratamento dos doentes no Brasil e especialmente no Sanatório São Sebastião, devido ao seu alto custo de produção e importação.

Pouco depois de sua descoberta, restava à comunidade médica e à população em geral acompanhar com atenção o desenrolar das notícias pelos jornais que tratavam de noticiar a dificuldade para o país adquirir tal substância além de sempre exaltar seus grandes benefícios. Em reportagem chamada “A distribuição da estreptomicina”, publicada no jornal curitibano *O Dia*, em 8 de dezembro de 1946, fica claro o tamanho da dificuldade em se receber o remédio produzido nos Estados Unidos:

RIO, 7 (Do correspondente especial) – Da Agência Nacional recebemos o seguinte comunicado: As autoridades norte americanas para produto exportáveis abonaram uma cota provisional de 125 gramas de estreptomina, por mês ao Brasil, a partir de outubro último. [...] Infelizmente, uma cota muito maior de estreptomina será necessária, antes que ela possa ser usada para o tratamento da tuberculose, para o qual são necessárias grandes doses, num longo período. (JORNAL O DIA, 8.dez.1946, pg.1)

Os elogios e expectativas em relação a uma das mais novas descobertas da ciência não eram poupados, porém, quando o assunto era sua eficácia no combate à tuberculose os comentários em geral mostravam-se mais cautelosos. Assim informou a *Gazeta do Povo*, em janeiro de 1947, quanto a um comunicado do governo norte-americano com relação às principais características da substância recém descoberta:

NOVA YORK – De acordo com recentes notícias, tudo faz crer que dentro de mais algum tempo a estreptomina irá ocupar, se já não o conseguiu, o primeiro lugar entre as poderosas drogas do século atual. [...] Assim é que a estreptomina, em certos casos, atua contra um grupo inteiramente diferente de bactérias, contra as quais é ineficaz a penicilina, tendo-se obtido resultados positivos em casos nos quais não tinham tido sucesso não somente esta droga, mas também todas as demais conhecidas. [...] Verificou-se ainda que a estreptomina tenha a propriedade de agir contra o temível bacilo da tuberculose. No entanto, as limitadíssimas quantidades de que se pode dispor desta droga, até a poucos meses, tornou-se praticamente impossível reunir-se número suficiente de observações clínicas relativas aos tratamentos intensivos de bacilos que permitem uma afirmativa concludente sobre suas propriedades neste importante terreno da terapêutica. Paralelamente com o aumento da produção da droga está se desenvolvendo nos Estados Unidos uma ativa investigação sobre a matéria, sendo considerados como “alentadores” os primeiros resultados, esperando-se que em prazo mais ou menos breve se chegue a conclusões definitivas sobre a sua eficácia na tuberculose (GAZETA DO POVO, 21.jan.1947, p.6).

Mas foi somente a partir de 1947 que a difusão do uso da estreptomina e seus benefícios se fizeram mais frequentes na imprensa da capital paranaense, fazendo circular informações sobre o produto entre muitos curitibanos. Vez por outra a nova droga aparecia nas páginas dos jornais, sendo apontada como promessa de cura da tuberculose e outras enfermidades, digna de adjetivos louváveis, como “maravilhosa droga” e “milagroso antibiótico”.

Mas mesmo sendo amplamente divulgada como “droga milagrosa”, esta seria uma alternativa para poucos, visto que só poderia ser conseguida em quantidades extremamente pequenas e a preços muito elevados, limitando seu acesso às classes mais abastadas de portadores da tuberculose.

No entanto, pouco tempo depois, já em 1948, surgem inúmeros anúncios comercializando a nova droga nas farmácias da capital (FIGURA 14).

FIGURA 14 – Anúncio de venda da estreptomicina



Fonte: Jornal Diário da Tarde. Curitiba, 26.ago.1948

Mesmo com alguns anúncios chegando a oferecer a substância por até 100 cruzeiros cada grama, havia uma grande preocupação das autoridades, tanto médicas como as governamentais, com o uso indevido do novo medicamento. O que indica que se por um lado os médicos indicavam cautela no uso da droga, por outro, aqueles que podiam ter acesso a ela utilizavam a mesma sem restrições ou pior ainda, abandonavam as outras formas terapêuticas até então utilizadas, inclusive a atenção com os hábitos higiênicos, cuja importância foi especialmente reforçada durante a década de 1930.

No Sanatório São Sebastião, a dificuldade em se obter a estreptomicina também foi grande, pois o Estado quando passou a adquirir o medicamento, o fez em quantidades muito pequenas, devido ao alto custo. A primeira menção à estreptomicina em relatórios divulgados pelo São Sebastião data do ano de 1950, indicando ser este o ano de sua introdução no tratamento realizado neste Sanatório (FIGURA 15).

FIGURA 15 – Trecho retirado das páginas do Relatório Anual emitido pela direção do Sanatório São Sebastião ao Governo do Estado do Paraná em 1950. A primeira menção à Estreptomicina.

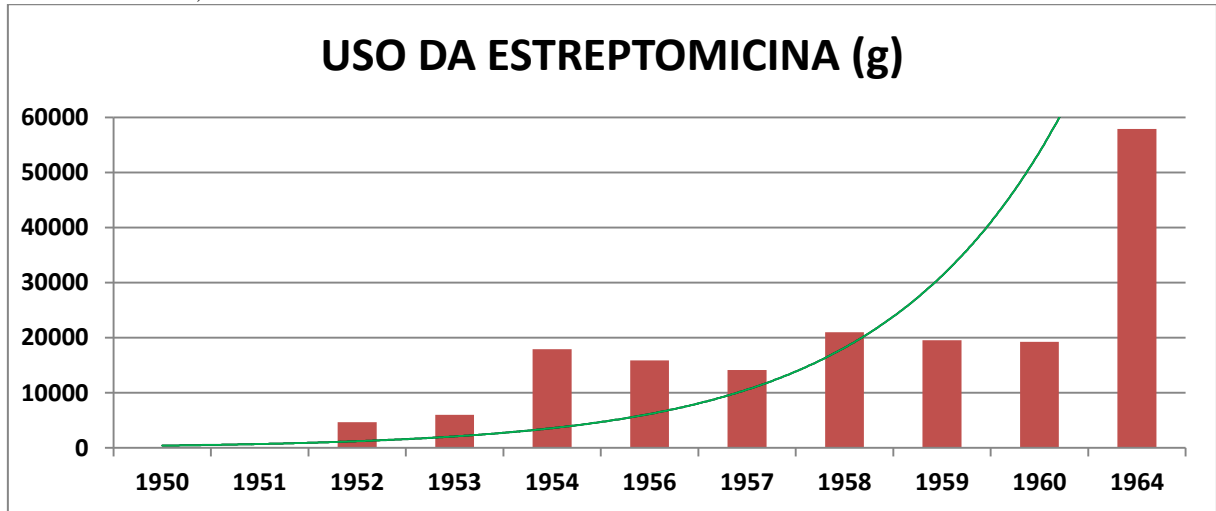
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO											
<u>ESTREPTOMICINA</u>	16	16	16	10	10	10	8	6	5	6	10
<u>A. P. A. S.</u>	4	6	6	8	6	4	6	2	1	2	3
<u>T B I</u>								4	5	3	3

Fonte: Arquivo do Hospital São Sebastião da Lapa.

Nota: Reprodução feita pelo autor.

Neste relatório podemos verificar o uso mensal da estreptomicina expressos em gramas, totalizando 113g ao final do ano. Neste momento o Sanatório contava com 225 internos, o que nos leva a crer que pouquíssimos destes doentes tiveram contato com a nova substância neste primeiro ano de funcionamento no Sanatório, no entanto seu uso foi gradualmente se popularizando ao longo da década de 1950.

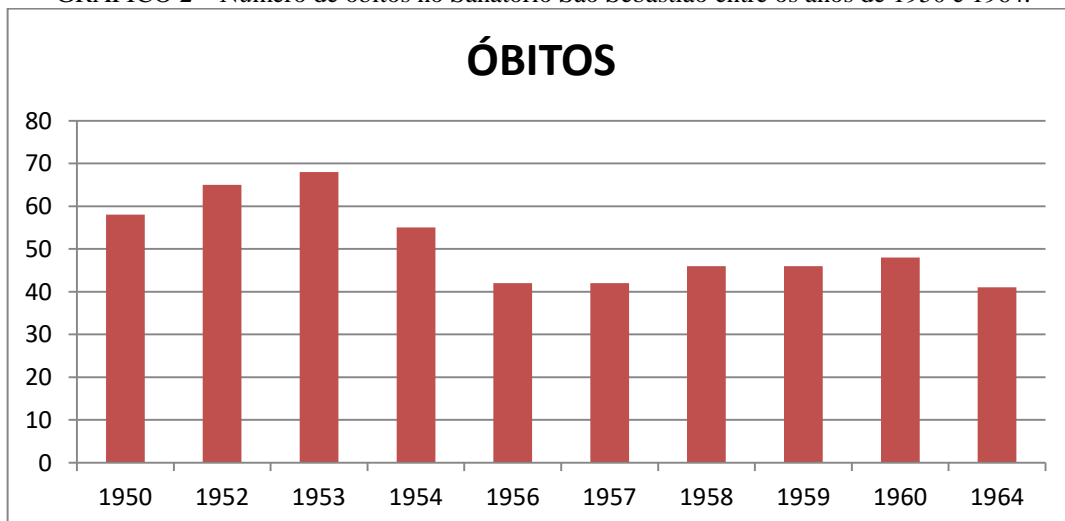
GRÁFICO 1 – Uso da ESTREPTOMICINA (g) em pacientes do Sanatório São Sebastião entre os anos de 1950 e 1964. Em verde, temos a linha de tendência.



Fonte: O Autor.

No GRÁFICO 1, observamos o acentuado crescimento no uso da estreptomicina no Sanatório São Sebastião, sobretudo a partir de 1954, passando de pouquíssimas gramas no início da década para cerca de 20 quilos da substância ao final de 10 anos, em 1960, e depois um grande salto, triplicando seu uso em 1964, marcando um momento de maior popularização de seu uso. Neste mesmo período, temos o seguinte movimento de óbitos no São Sebastião:

GRÁFICO 2 – Número de óbitos no Sanatório São Sebastião entre os anos de 1950 e 1964.



Fonte: O Autor.

Conforme o GRÁFICO 2 nos mostra, há uma tendência de queda nos óbitos na primeira década de uso da estreptomicina, no entanto, a intensidade desta queda não corresponde à euforia causada pela chegada do novo tratamento. Isto revela que a cautela dos médicos ao falar sobre o uso do novo fármaco era justificada. Afinal, sua eficácia ainda era restrita por algumas situações como o fato de ser um tratamento que ainda carecia de

experimentação, especialmente para se definir as doses mínimas e máximas a ser empregadas, conhecer suas associações mais eficientes com outros medicamentos e também seu acesso ainda limitado devido ao alto custo.

Podemos dizer, portanto que a década de 1950 foi realmente um momento de transição no Sanatório São Sebastião, pois o tratamento cirúrgico era muito questionado e por vezes rejeitado pelos pacientes e o novo tratamento quimioterápico ainda não estava bem estabelecido.

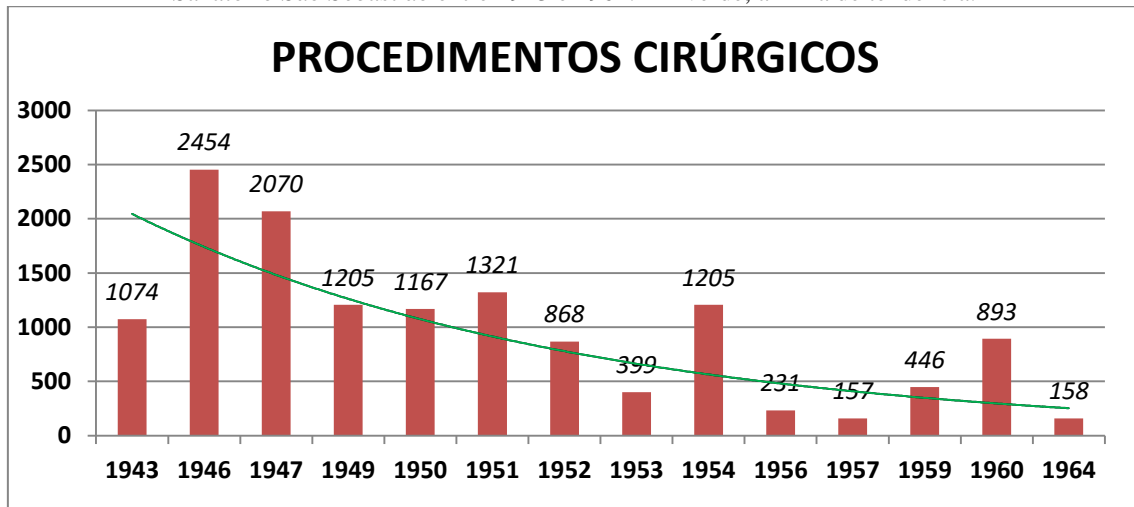
O médico tisiologista Waldomiro Hack, que passou a maior parte da década de 1950 trabalhando e residindo no Sanatório São Sebastião, fez as seguintes considerações sobre este período na Lapa:

Realizamos algumas cirurgias, principalmente toracoplastias. Mas, diante da falta de uma estrutura adequada no Sanatório para esta finalidade, findamos por suspendê-las. Nossos casos cirúrgicos continuaram então a ser tratados no "Portão" e tão estreita se fazia esta referência que, semanalmente, nos deslocávamos para Curitiba e participávamos daquela conhecida reunião de discussão de casos deste Sanatório, quando adotávamos a melhor conduta cirúrgica para este ou àquele paciente. Com a chegada dos primeiros antibióticos e tuberculostáticos, com o final daquela antiga estratificação social dos internos em classes (as acomodações melhores passaram a ficar com os doentes que se encontravam em pior estado) e com o treinamento do pessoal auxiliar, junto às medidas antes relatadas, o Sanatório deixou de ser um depósito de doentes (por melhor que fosse, assim o era na sua essência), transformando-se num hospital com amplas e crescentes possibilidades de cura dos que para lá se dirigiam como um último alento face à sua tuberculose." (FERNANDES; JUK, 1992, p.106).

Como relata o Dr. Hack, este foi um período de grandes precariedades no São Sebastião, especialmente no que se refere à falta de estrutura para a realização de procedimentos cirúrgicos que, mesmo em menor quantidade, continuavam a ser oferecidos para aqueles que não evoluíam bem, mesmo com a administração dos antibióticos.

Com a chegada dos quimioterápicos e sua progressiva incorporação, sobretudo a partir de 1954, outro passou a ser o cotidiano do São Sebastião. Os pacientes, especialmente os menos debilitados e os não institucionalizados, que mantiveram suas esperanças de cura e seguiram corretamente as prescrições médicas, passaram a obter as tão acalentadas "altas clínicas" e a retornar aos seus lares aptos para uma vida normal. Muitos destes, diante de uma possível resistência bacilar, contaram ainda com o recurso das cirurgias pulmonares, realizadas em maior número no Sanatório Médico-Cirúrgico do Portão. (FERNANDES; JUK, 1992, p.103).

GRÁFICO 3 – Procedimentos Cirúrgicos (Pneumotórax e Pneumoperitônio) realizados em pacientes do Sanatório São Sebastião entre 1943 e 1964. Em verde, a linha de tendência.



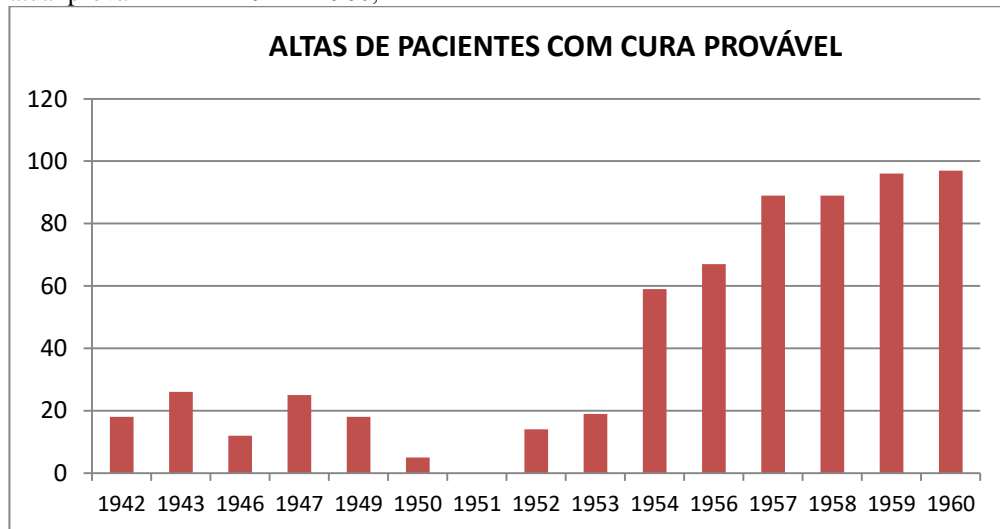
Fonte: O Autor.

Quanto à execução destes procedimentos cirúrgicos (GRÁFICO 3), verificamos uma linha de tendência inversa à vista no GRÁFICO 1, ou seja, enquanto observa-se um aumento expressivo no uso da estreptomicina, verificamos uma queda, praticamente nas mesmas proporções na realização destes procedimentos invasivos.

Constatamos através do GRÁFICO 3 que em 1964 realizaram-se 15 vezes menos cirurgias torácicas do que em 1943, no São Sebastião. Na verdade, nem todas estas cirurgias foram realizadas em suas enfermarias. Lembremo-nos que a partir de 1947, a maioria destas operações passaram a ser realizadas no Sanatório Médico Cirúrgico do Portão.

Outro importante indicador é o número de altas dadas pelo Sanatório São Sebastião a pacientes considerados com provável cura (GRÁFICO 4). Nota-se neste gráfico que o número de altas de prováveis curados aumenta claramente a partir do ano de 1954 e, desde então, continua na tendência de crescimento.

GRÁFICO 4 – Altas dadas a pacientes no Sanatório São Sebastião, classificadas como “Cura atual provável” entre 1942 e 1960, de acordo com os Relatórios de Atividades Realizadas.



Fonte: O Autor.

Como o ano de 1954, conforme vimos no GRÁFICO 1, é o ano em que a estreptomicina passa a ser empregada de forma mais extensiva no São Sebastião, neste caso em quantidade três vezes maior que no ano anterior, isso pode explicar parcialmente esse aumento nas altas médicas.

Esses dados nos levam a crer que a partir do momento em que a estreptomicina foi introduzida no Sanatório São Sebastião e seu uso se multiplicou, o número de pacientes supostamente curados acompanhou este crescimento, e em contrapartida, os procedimentos cirúrgicos e os óbitos reduziram sua frequência consideravelmente.

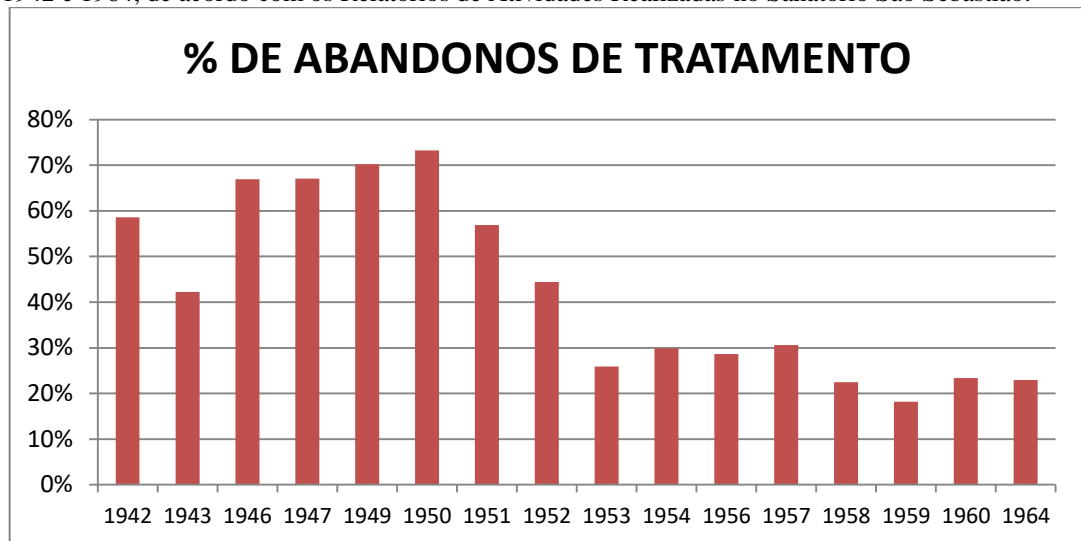
No GRÁFICO 4, o termo “cura provável” é utilizado porque aparece desta forma nos relatórios do Sanatório e em nenhum destes documentos aos quais tivemos acesso há a menção a pacientes efetivamente curados. Talvez pela grande cautela dos médicos com os novos tratamentos, a incerteza com a terapêutica cirúrgica e os novos fármacos, e mesmo pelo grande número de doentes que após sua alta retornavam pouco tempo depois em condições ainda mais precárias. Curiosamente, no ano de 1951 não houve nenhuma alta de paciente provavelmente curado relatada. Não encontramos nenhuma menção específica a este fato no relatório deste ano.

2.6 VENCENDO A ESTREPTOMICINA: AS FORMAS MULTIRRESISTENTES

O Abandono de tratamento é um fenômeno que acompanha a terapêutica da tuberculose ao longo dos tempos. O paciente se interna, depois de algumas semanas ou meses

começa a se sentir melhor e a não mais sentir a fraqueza e debilidades que a doença o impunha; ou ainda por não se adequar ao regime de isolamento do Sanatório e então solicita sua saída do hospital, posteriormente, abandona o tratamento e retorna a sua casa e a sua família, o que futuramente o leva a enfrentar a recidiva. No Sanatório São Sebastião, esse índice de manteve sempre muito elevado até o início da década de 1950, conforme o GRÁFICO 5 nos mostra:

GRÁFICO 5 – Porcentagem de pacientes que solicitaram alta e abandonaram seus tratamentos entre 1942 e 1964, de acordo com os Relatórios de Atividades Realizadas no Sanatório São Sebastião.



Fonte: O Autor.

Este movimento de abandono já era enfrentado neste Sanatório desde seu primeiro ano de funcionamento, quando 68 dos 175 internos naquele ano de 1927, interromperam seu tratamento, ou seja, 38% saíram sem concluir sua terapêutica corretamente. (FERNANDES; JUK, 1992, p.63)

Ainda de acordo com o GRÁFICO 5, podemos supor que a introdução da estreptomicina e de outras novas drogas no São Sebastião coincide com a drástica redução e posterior estabilização destes números de abandono precoce de tratamento.

Quando da popularização do uso da Estreptomicina, este movimento de abandono precoce de tratamento da tuberculose acabou por contribuir com o fortalecimento do bacilo causador da doença, provocando formas resistentes aos novos antibióticos. Isso certamente foi algo perturbador naquele momento.

Quando o paciente ingeria estreptomicina e após certo período em tratamento, sentia-se melhor, ganhava peso e então, supondo já estar completamente curado, solicitava alta

médica muito antes do período determinado pelos médicos. A droga certamente destruiu a grande maioria dos bacilos que infestavam seu pulmão, o que proporcionava a melhora na condição física. O problema é que possivelmente em algum canto, escondido em seus alvéolos havia um ou outro germe que resistiu à droga. Este germe resistente, silenciosamente passa a se reproduzir, gerando uma nova prole que agora também é resistente à estreptomicina e que em pouco tempo vai infestar novamente o pulmão recentemente melhorado. Este paciente já não poderia ser novamente tratado pela mesma droga, agora ela não seria mais eficiente e isso poderia leva-lo ao óbito.

Este paciente, portador do que os médicos convencionaram chamar de TPMR (Tuberculose pulmonar multirresistente) passa a ser um agente transmissor de germes que também são resistentes aos antibióticos e de uma forma da doença que seria muito mais difícil de se vencer e muito mais cara para se enfrentar. Estima-se que seria cerca de 100 vezes mais caro tratar um paciente com TPMR do que um com tuberculose regular. (MARSICO, 2006, pg33)

A solução surgiu com a associação de outras duas drogas, que junto á estreptomicina, passaram a compor os primeiros esquemas de tratamento da tuberculose. O primeiro deles, o ácido para-amino-salicílico, foi descoberto em 1946 e na década seguinte compôs com a estreptomicina o primeiro esquema terapêutico de combate à tísica. A partir de 1952, mais uma droga entra no mercado, a hidrazida ou isoniazida que tinha sido descoberta há 40 anos e não havia sido testada contra a tísica, passou a ser utilizada no tratamento anti-tuberculoso (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 229).

Agora com a associação de três drogas, seria mais difícil para a tuberculose resistir. Acontece que para surtir efeito, ou seja, para que os bacilos não resistam a estas três drogas associadas é preciso que o tratamento seja feito pelo tempo determinado. Mais uma vez o abandono do tratamento se faz o vilão, seja por esquecimento, desconforto causado pelos fortes medicamentos ou mesmo pela pobreza e vulnerabilidade social, os pacientes param de tomar os remédios prematuramente.

No São Sebastião, essa situação se refletia em enfermarias lotadas e filas para as cirurgias pulmonares. A década de 1950, apesar de o Sanatório ter dobrado o número de leitos ao ser ampliado em 1952, foi um período de superlotação, escassez de verbas e muitas dificuldades tanto materiais quanto na falta de profissionais.

Ao final da década de 1950, já com 10 anos de uso dos quimioterápicos, e especialmente, por conta do retorno de pacientes com formas multirresistentes, o Sanatório São Sebastião continua a efetuar as cirurgias tisiológicas, em um movimento que inicialmente nos parece um contra censo, um retrocesso na evolução terapêutica.

Condições precárias de vida, dispensários carentes de recursos humanos aptos para tarefas tão importantes, diagnóstico tardio da doença e abandono precoce do tratamento quimioterápico (em decorrência do desaparecimento dos sintomas e da sensação de cura), contribuíam, dessa forma, ao aparecimento de uma grande quantidade de pessoas portadoras de tuberculose resistente aos quimioterápicos citados e com formas avançadas da doença. A estes, nenhum outro recurso restava senão as cirurgias. (FERNANDES; JUK, 1992, p.115)

A quantidade de pacientes em estado crítico que chegava ao São Sebastião nesta década era tão elevada, que a partir do relatório anual de 1950, enviado ao Governo do Estado, foi criada uma tabela especificamente para demonstrar as condições dos doentes que ali chegavam, como mostrado na FIGURA 16:

FIGURA 16 – Trecho retirado das páginas do Relatório Anual emitido pela direção do Sanatório São Sebastião ao Governo do Estado do Paraná em 1950.

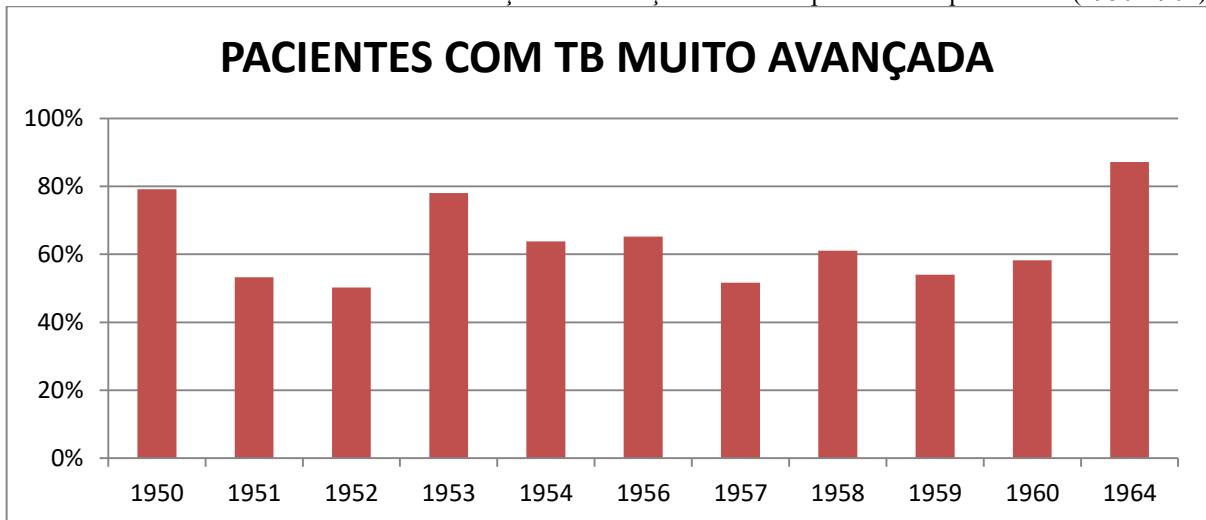
		FORMAS DE TUBERCULOSE PULMONAR											
		Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Agº	Stº	Otº	Nvº	
<u>CONTRIBUINTES</u>	MINIMA	0	1	0	1	0	0	2	1	0	1	0	
	MOD. AVANÇADA	2	1	2	1	1	2	1	0	1	3	0	
	MUITO "	1	0	1	1	0	1	2	0	0	1	0	
AO CONTRIB.	MINIMA	0	1	0	0	1	1	2	0	1	1	00	
	MOD. AVANÇADA	9	5	1	10	6	2	4	0	1	1	7	
	MUITO "	12	12	12	8	20	12	9	8	9	13	11	

Fonte: Arquivo do Hospital São Sebastião da Lapa.

Nota: Reprodução feita pelo autor.

Notemos que os doentes não contribuintes, ou seja, aqueles não pagantes, são aqueles que possuem a tuberculose muito avançada em número muito superior ao dos pagantes. Possivelmente por serem estes provenientes das classes trabalhadoras mais vulneráveis à doença, por condições insalubres de vida e pela pobreza.

GRÁFICO 6 – Porcentagem de pacientes que em sua entrada no Sanatório São Sebastião tiveram a condição de sua tuberculose classificada como “muito avançada” em relação ao total de pacientes daqueles anos (1950-1964).



Fonte: O Autor.

Este gráfico demonstra a situação quase desesperadora em que se encontravam as alas do Sanatório São Sebastião da Lapa na década de 1950, onde próximo de 60% de seus pacientes apresentavam condições críticas da doença, chegando em 1964, impulsionado pelos doentes multirresistentes a mais de 80% de doentes críticos.

Foi neste ambiente de ainda muitas incertezas com os quimioterápicos e o retorno às práticas antigas de cura das cirurgias torácicas que chega ao São Sebastião o personagem de nosso próximo capítulo: O meu avô.

CAPÍTULO 3 – CLETO CARDOSO, MEU AVÔ: SUA CHEGADA, ESTADIA E FALECIMENTO NO SÃO SEBASTIÃO. UM RELATO SOBRE A EXPERIÊNCIA DO ADOECER NO ISOLAMENTO

Nos capítulos anteriores, optamos por um enfoque macroscópico e abrangente da tuberculose e de seus tratamentos, para entender como ela se delineava na população enquanto fenômeno não só biológico, mas especialmente como um ente social. Procuramos também dar a devida importância ao Sanatório São Sebastião em seu papel de promover o tratamento e o isolamento dos doentes na primeira metade do século XX.

No entanto, neste terceiro capítulo, sentimos a necessidade de reduzir o foco de nosso estudo e trazer a experiência do adoecer no Sanatório São Sebastião, ou seja, de trazer para estas linhas a visão do paciente tuberculoso, na década de 1950, isolado, com incertezas, o medo sempre presente, mas também de uma incansável esperança na cura.

Para concretizar essa visão de dentro para fora, peço inicialmente licença ao leitor(a) para expor um pouco de minha história pessoal e familiar neste texto e assim introduzir ao capítulo a figura de meu avô, Cleto Cardoso. Ele era mais jovem do que eu sou hoje, ao escrever essas linhas, quando faleceu na enfermaria do Sanatório São Sebastião. Os dois anos de confinamento submetido ao tratamento medicamentoso e também cirúrgico, não foram suficientes para impedir a degeneração de seus pulmões de forma irreversível.

Mas o que nos propomos aqui não é contar a história de sua morte em si e muito menos construir uma narrativa familiar e enaltecida, mas sim tentar reconstruir um pouco do que teria sido a vida de meu avô durante seu isolamento no Sanatório São Sebastião. Ao colocar dessa forma, me propondo em relatar como teria sido sua vida durante o internamento, mesmo que por um período de dois anos, a princípio, pode parecer uma tarefa bastante difícil ou ainda uma meta muito abrangente.

No entanto, para efeito de definição de nosso objeto de pesquisa, entenda-se que o objetivo aqui será apresentar uma descrição de: a) seu tratamento e sua percepção pessoal do tratamento recebido e do isolamento, sentimentos de melhora ou piora no estado de saúde; b) suas relações familiares durante este período, seu fortalecimento ou possível deterioração por conta do afastamento familiar; c) seu convívio com os demais internos, incluindo aqui, passatempos, atividades de lazer, e culturais no sanatório.

Partiremos da premissa de que essa fração da vida privada e cotidiana de meu avô poderá nos ser particularmente útil para nos ajudar a contar uma parte da história da própria instituição São Sebastião, pois como LeGoff sugeriu, a história do cotidiano é capaz de revelar sentimento de duração, nas coletividades e nos indivíduos, o sentimento daquilo que muda, bem como daquilo que permanece. (LEGOFF, 1976, pg.81).

Os estudos sobre o cotidiano tomam a experiência comum como ponto de partida para analisar fenômenos mais abrangentes, relacionando as tramas que ligam o dia a dia à transformação e reprodução de estruturas sociais (Guarinello, 2004). Nesse sentido, tais estudos nos abrem espaço para que múltiplas visões sejam aceitas concomitantemente como parte da história, e mais que isso, para que esta possa ser protagonizada por pessoas comuns, em vez de olhar apenas aos “grandes homens” (Certeau, 1994).

Ao assumir o estudo do cotidiano neste trabalho, procuramos de certa forma, reconhecer que este conceito é contraditório à ideia de que a razão e a racionalidade são o substrato único da ação humana. Pois é no cotidiano que cada um, a seu próprio jeito, estabelece uma re apropriação dos objetos, espaços e códigos da sociedade. Ou seja, mesmo quando aparentam ser mera reprodução, as ações do cotidiano podem ser reinventadas e reapropriadas num sentido transgressor das normas vigentes.

Dessa forma, no cotidiano, os sujeitos são chamados a reproduzir o conjunto de sistemas hegemônicos que os subjuga. Ao mesmo tempo, têm espaço para as pequenas subversões das regras, seja para afrontar os poderes estabelecidos ou para ampliar seu conforto com as ações desempenhadas (Certeau, 1994).

Por fim, estudar o cotidiano permite, assim, analisar a riqueza das ações dos sujeitos que são, muitas vezes, esquecidos pelas teorias sociais (Martins, 2008).

Ao propor neste último capítulo os estudos de história do cotidiano como fundamento para a construção de um novo olhar sobre a instituição Sanatório São Sebastião, entendo que tal transição tem potencial de permitir que narrativas que, de outra forma, ficariam à sombra das construções mais centralizadas, saiam à luz. Pensar o cotidiano permite a elaboração de conhecimentos que sejam dissonantes daqueles que são hegemônicos, já que, ao contrário do que é geral, busca abrir espaço para o dia a dia das “pessoas comuns”.

Sendo assim, a partir desta leitura micro histórica da vida cotidiana de meu avô, enquanto interno na Lapa, daremos continuidade à abordagem da dinâmica de funcionamento do São Sebastião que já vinha se desenvolvendo nos capítulos anteriores e colaborando para o

espectro mais amplo de nossa discussão que seria o tratamento da tuberculose no decorrer da década de 1950.

Outro ponto sensível neste capítulo são as fontes utilizadas para possibilitar esta narrativa. Aqui me utilizo de uma variedade de fontes tais como: a) entrevistas com familiares de Cleto Cardoso; b) entrevistas com funcionários do Sanatório São Sebastião; c) cartas redigidas por Cleto Cardoso durante seu isolamento; d) prontuário médico de Cleto Cardoso e de outros pacientes do mesmo período; e) relatórios administrativos do período em questão redigidos pelo Sanatório ao Governo do Estado, com dados dos mais variados, desde a alimentação dos internos, passando por problemas de indisciplina até a dinâmica de separação das alas e dificuldades técnicas dos médicos; f) ofícios diversos e circulares internas; g) fotografias da época.

3.1 DO LITORAL PARA A MONTANHA: A CHEGADA E O INÍCIO DO TRATAMENTO DE CLETO CARDOSO NO SÃO SEBASTIÃO

Cleto Cardoso, meu avô, era daqueles parnanguaras²³ natos, que gostava das rodas de conversa com amigos, do bom e velho cozido de bagre com pirão e da vida boêmia nas calorosas noites do litoral, regadas a cerveja e tabaco. Em sua juventude fizera de tudo um pouco, trabalhando nas mais diversas colocações, mas nunca escondeu sua grande paixão pelo cinema e pelo rádio. Tanto que por algum tempo trabalhou no antigo Cine Teatro Santa Helena²⁴, onde carregava as pesadas latas com os rolos de 35 mm entre as disputadas sessões.

Com seus trinta e poucos anos já tinha numerosa família, com cinco filhos, uma pequena casa na Vila Guarani²⁵ e um emprego relativamente bom, Cleto era funcionário da tesouraria do Sindicato dos Arrumadores do Porto D. Pedro II. Cleto era devoto de N. Senhora do Carmo e de N. Senhora do Rocio, a padroeira do Estado do Paraná, e todo mês de novembro, na tradicional festa em seu louvor, armava sua barraca onde vendia bebidas e churrasco durante os quinze dias de festejos.

²³ Aquele que é nascido na cidade de Paranaguá, PR.

²⁴ Primeiro Cinema da cidade de Paranaguá, inaugurado em 1927.

²⁵ Bairro da cidade de Paranaguá.

FIGURA 17 - Anos 1950. Festa de Nossa Senhora do Rocio – Paranaguá. Barraca da família Cardoso. Em destaque Cleto Cardoso.



Fonte: Acervo Pessoal do autor.

Segundo minhas tias contam, essa barraca da família era um ponto de encontro da vizinhança durante a festa do Rocio e como se percebe na FIGURA 17, muito movimentada pelos amigos, sempre acompanhados pelas bebidas e os cigarros.

Talvez esse estilo de vida boêmio e pouco saudável tenha contribuído para que o bacilo da tuberculose tenha se instalado tão confortavelmente nos pulmões de meu avô, ou talvez as condições insalubres de seu trabalho, ou talvez o ambiente fechado e empoeirado do Cinema Santa Helena, não sabemos. Fato é que já no ano de 1957, Cleto é acometido pelas frequentes tosses, a cansaça e a insistente febre características da tuberculose.

Orientado pelo médico, ainda em Paranaguá, realiza exames que comprovariam o que ninguém naquele tempo gostaria de ouvir: um diagnóstico de tuberculose. A notícia cai como uma “bomba” na família, especialmente pela recomendação assustadora que o médico o fizera. Devido ao estágio da doença e pelo risco de contaminar a família, deveria fazer seu tratamento em isolamento, como mandava a recomendação médica da época. A sugestão foi internar-se no Sanatório da Lapa que recebia pacientes como ele e que vinha apresentando índices satisfatórios de cura da doença, porém este se encontrava lotado e assim Cleto permaneceu em uma fila de espera aguardando uma vaga de internamento.

Como destaca Bertolli Filho, “O redimensionamento existencial imposto pela ‘fraqueza pulmonar’ favorecia dolorosas rupturas no dia-a-dia, estabelecendo um ‘antes’ e um ‘depois’ na biografia dos contaminados” (2001, pg.131). E assim foi. Não se passava imune à tuberculose, sempre ficariam marcas seja no doente ou em seus familiares.

Ainda se passariam meses desde a descoberta de sua enfermidade até seu deslocamento ao Sanatório São Sebastião. Isso talvez tenha agravado seu estado de saúde e dificultado o tratamento, mas, por conta própria ele tomava as medidas necessárias para proteger sua família. Dona Marilda, minha tia, filha mais velha de Cleto, conta que assim que soube seu diagnóstico, meu avô se isolou em um quarto improvisado na casa e pediu que todos seus pertences de uso pessoal fossem separados dos demais da família. (Depoimento de Marilda Cardoso, 01/05/2017).

Provavelmente a espera de semanas ou meses parecem longos anos para quem a experimenta a custos de febre, dor no peito e uma debilitante fadiga, mas a expectativa que parecia interminável, finalmente chega ao fim no início de 1958 com o aparecimento de uma vaga para internamento na Lapa e assim, na madrugada do dia 07 de fevereiro de 1958, a partida.

O trem já aguardava na região portuária, baforando brasa e fuligem. Cleto e sua dedicada esposa Lidir chegam para encarar uma demorada subida da serra do mar. Conforme o dia vai clareando, deixando o litoral para trás, a bela paisagem da imponente serra se abre por entre a neblina e junto dela as esperanças da cura num local ainda desconhecido.

A viagem até o Sanatório era desgastante e após muitas horas, ao final da tarde, já a poucos quilômetros do destino, chegam à pequena estação ferroviária da Lapa (FIGURA 18), de onde alguns ônibus partiam destinados exclusivamente aos pacientes do Sanatório São Sebastião, visto a grande quantidade de doentes que ali desembarcavam vindos de todo o Estado e de outras regiões do país.

FIGURA 18 - Anos 1950. Estação Ferroviária da Lapa-Nova.



Fonte: Acervo Gazeta do Povo.

Eu mesmo fiz quatro visitas ao, hoje chamado Hospital São Sebastião, e em todas elas, não passa despercebida a sua imponência na entrada, com aqueles arcos logo na portaria seguidos de um longo caminho ladeado por enormes pinheiros centenários, onde ao fim se chega a um belo jardim, colorido, redondo com uma fonte no centro.

Tenho a nítida impressão, ao fazer esse caminho, das muitas sensações que meu avô e outros tantos pacientes possam eventualmente ter sentido ao também entrar neste edifício. Um forte sentimento de intimidação, mas ao mesmo tempo, de esperança, uma grata e tão buscada esperança, pois ali estaria a salvação, como se adentrássemos aos jardins do paraíso.

Cleto, tendo sentido o mesmo que eu ou não, muito provavelmente não deixou de notar a imponência da entrada do Sanatório (FIGURAS 19, 20 e 21). Se ele esperava um prédio austero como os outros, daqueles cinzentos e tristes de muros altos como prisões, não foi o que encontrou. Mesmo hoje, quando pergunto a meu pai e minhas tias sobre o Sanatório São Sebastião, são unânimes em lembrar, antes de tudo, dos belos arcos da entrada, seguidos por um caminho longo ladeado por vistosos pinheiros, com a imagem de um imponente edifício ao final do caminho. Eles recordam a beleza do local, o que desfazia as más percepções e imaginações negativas do que seria em seu interior.

FIGURA 19 – Entrada principal Sanatório São Sebastião da Lapa. Atualmente, a denominação “sanatório” foi substituída por “hospital” na fachada.



Foto: O Autor.

FIGURA 20 – Entrada principal Sanatório São Sebastião da Lapa.



Foto: O Autor.

FIGURA 21 - Porta de entrada com vista para jardim frontal do Sanatório São Sebastião da Lapa.



Foto: O Autor.

Na chegada ao hospital, ao entregar o encaminhamento de seu médico, Cleto foi admitido imediatamente, após preenchimento de formulários de praxe assinados pela enfermeira Ezoraide Amorim. Como se vê na FIGURA 22, consta no formulário preenchido que em sua admissão que ele já chegou bem debilitado pela doença. Já sentindo efeitos severos da moléstia há cerca de sete meses e como resultado apresentava muitas dores, febre e tosse, e pesava neste momento apenas pouco mais de 48 quilos.

FIGURA 22 - Página 02 do Prontuário de Cleto Cardoso – 1958.

PARTE B
(Preenchida pelo médico-assistente)

I - HISTORIA DA DOENÇA

1 - Doente desde? 7 meses

2 - Como começou? Enxada no pescoço, tosse, febre, suores noturnos. Escarro hemoptóico.

3 - Classificação (N. T. A.)
a) - forma clínica Avançada.
b) - não classificados _____

4 - Tratamentos anteriores:
a) - clínico Seq. 500 de Estu. pto no piperato de Am. K. (S.P.) + Ht. de 1/2.
b) - cirurgico _____

II - SINTOMATOLOGIA

1 - Tosse (carater) Sim

2 - Expectoração Sim

3 - Baelloscopia positivo.

4 - Tb. extra-pulmonar _____

5 - Outros sintomas _____

III - EXAME CLÍNICO


1 - Peso e altura 48.600 - 170

2 - Estado nutrição Bom

3 - Biotipo Normo.

4 - Ap. respiratório:
a) - Inspecção Normal.
b) - Palpação Fim. A. for. vocal abel. do (S.P.).
c) - Percussão decre. no hem. A. (S.P.).
d) - Auscultação Cra. pite. no (S.P.). e base do Esquerdo.

5 - Exame radiológico - Classificação clínico radiológica:
Intenso escurecido no topo do pulmão direito.



Reprodução: O autor

Ainda conforme a descrição feita na FIGURA 22, no final da página, também podemos notar que a lesão que meu avô possuía era, inicialmente, na porção superior do pulmão direito e que, infelizmente, mesmo com o tratamento anteriormente feito em Paranaguá, não havia obtido melhoras.

Cleto foi acomodado no pavilhão destinado aos homens não pagantes, um longo corredor ao lado direito do prédio, com grandes janelas para um pequeno pátio murado onde alguns pacientes tomam sol do lado esquerdo e os quartos ficam do lado direito do longo corredor. De acordo com informações obtidas no próprio Sanatório São Sebastião, o lado

esquerdo do prédio ficava destinado, naquela época, às mulheres e o direito aos homens. Ambos os pavilhões A e B que ficavam logo na frente do hospital e destinavam-se aos pacientes sem condições financeiras, aqueles cujo Estado deveria arcar com os custos de seu tratamento.

Havia três categorias de internamento no Sanatório: a primeira classe composta pelos mais “abastados”, capazes de custear todo o seu tratamento. Estes ficavam em um pavilhão separado dos demais. A segunda classe, composta por pessoas com “alguma” condição econômica, tais como: jornalistas, poetas, artesãos, militares, professores, etc. Esta, a segunda classe, ficava no segundo pavilhão do Sanatório. E havia também a ala dos “não contribuintes”, também chamada de “geral”, situada no pavilhão de frente do Sanatório. (FERNANDES; JUK, 1992, p.71)

FIGURA 23 – Corredor Do Sanatório São Sebastião da Lapa. O antigo Pavilhão “B”.

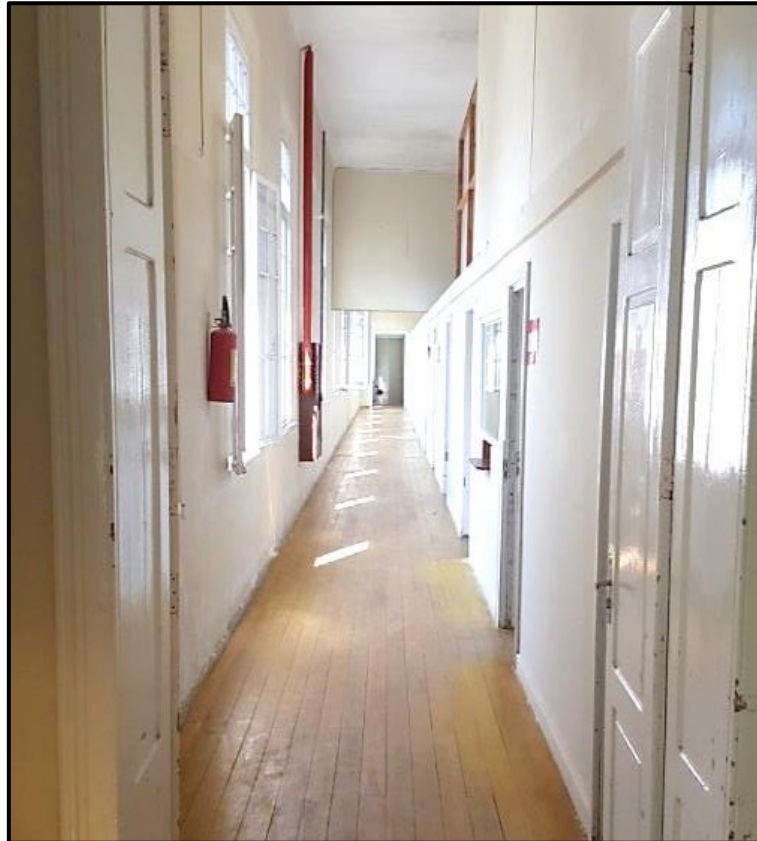


Foto: O autor

Desde os primeiros dias, Cleto ficou sob a responsabilidade clínica do Dr. Wilson Moreira Montenegro que solicitou os primeiros exames (FIGURA 24) para assim dar início ao doloroso tratamento de dois anos, intercalado por mais exames e seguidos procedimentos, mas principalmente, o que lhe parecia mais dolorosa, seria a privação do convívio familiar.

FIGURA 24 – Guia do primeiro exame de baciloscopia de Cleto Cardoso – 1958.

S. S. P.	HOSPITAL SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO		D. P. T.
NOME	Cleto Cardoso	REG.	6.141
QUARTO	9	PAVILHÃO	B.
REQUISIÇÃO			
PESQUISA DE B. A. A. R. E HEMOSSSEDIMENTAÇÃO			
HOSPITAL	DATA	12-II-58	
MÉDICO	Dr. Wilson Moreira Montenegro		
RESULTADO			
ESCARRO	Positivo para B. A. A. R. com as características do bacilo de Koch, numa média de 2 por campo		
HEMOSSSEDIMENTAÇÃO - 1.ª HORA	81 mm.	2.ª HORA	114 mm.
DATA	12-II-58		
LABORATORISTA	Heráclides de M. L.		
EXAME DE ESCARRO E HEMOSSSEDIMENTAÇÃO			

Reprodução: O autor.

Para termos uma melhor ideia do grau de evolução da doença que meu avô portava ao chegar no Sanatório, podemos observar a FIGURA 24 e verificar que neste exame inicial, foram encontrados bacilos de Koch em uma média de 2 por campo, o que de acordo com o Manual do Ministério da Saúde para o diagnóstico da tuberculose, seria atualmente classificado como um “positivo ++”, ou seja, uma graduação relativamente grande de bacilos na amostra de escarro e portanto, com uma apresentação mais avançada da doença.

3.2 SAUDADE: O REMÉDIO MAIS AMARGO CONTRA A TUBERCULOSE

Segundo o relato de meus familiares, o período em que meu avô ficara isolado na Lapa foi dos mais difíceis, pois além do desamparo econômico causado pela ausência de seu único provedor, a falta da figura paterna, até então sempre presente e protetora causava muita tristeza e frustração. Foi uma época em que a família precisou da ajuda de amigos e vizinhos para se manter sem a renda de meu avô.

O horror à reclusão hospitalar frequentemente se associava às dificuldades de sobrevivência material dos eventuais dependentes do chefe de família assaltado pelo bacilo de Koch. O receio de deixar a mulher e os filhos desamparados fazia com que os trabalhadores pobres ou remediados evitassem procurar assistência sanatorial, preferindo recorrer a formas paliativas de tratamento médico, sob a condição de não ter a vida produtiva bruscamente interrompida. (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 130)

Houve raros momentos em que Cleto visitou a família, segundo meu pai conta, uma ou duas vezes apenas e de forma muito rápida, mas com um sabor de felicidade tal, que ainda é lembrado até hoje. As visitas no Sanatório foram igualmente raras, pois demandavam um alto custo financeiro para os padrões da humilde família.

Este distanciamento familiar e social oriundo de uma internação sem prazos, a proximidade com a dor e a possibilidade da morte, atributos frequentes da tuberculose naqueles tempos, fizeram com que Cleto procurasse uma forma de amenizar a saudade e a forma escolhida foi escrever. Meu avô gostava muito de escrever e nesses dois anos de internamento escreveu diversas cartas, mas infelizmente poucas sobreviveram até os dias de hoje.

Ao reler tais cartas, vemos que certamente a palavra que mais se repete nelas é: saudade. Fica evidente que mais que a doença, muito mais que proximidade com a morte, sua preocupação maior sempre foi com a família. Era nítido que a tísica não o abatia mais que a saudade.

Uma das cartas que chegou até nossos dias pode ser vista parcialmente na FIGURA 25, datada de 30 de abril de 1958, quando Cleto estava prestes a concluir os três primeiros meses de internamento.

FIGURA 25 – Reprodução de Carta de Cleto Cardoso. 1958.

- cláudia - catalino - adonai - saúde para todos.
 no vai, não ande no sol e na chuva que faz mal,

Lapa Estado do Paraná 30 de abril de 1958

"Saúde para todos de casa"

minha querida Lidir...
 espero em Deus que estas linhas vá encontra-te em perfeita
 Saúde e também os nossos queridos filhos, são os votos do meu
 coração.

Quanto eu estou bem melhor graças a Deus
 fiz um exame e a doença está diminuindo, agora eu
 vou fazer outro exame quando fizer 3 meses - dia 8 de
 maio, Lidir eu só vou depois do dia 20 de maio Para
 ir no instituto para novo exame, espero ter dinheiro para a
 passagem se não tiver você tem que mandar 200,00: antes do dia
 20 de maio eu não posso ir, Lidir mande notícias do adonai

Acervo pessoal: O autor.

Procedeu-se apenas a atualização ortográfica, sendo mantida a sintaxe original:

“minha querida Lidir, espero em Deus que estas linhas vão encontrar-te em perfeita
 saúde e também os nossos queridos filhos, são os votos do meu coração[...]eu estou bem
 melhor graças a Deus. Fiz exame e a doença está diminuindo, agora eu vou fazer outro
 exame quando fizer 3 meses no dia 8 de maio. Lidir, eu só vou depois do dia 20 de maio para
 ir ao Instituto para novo exame, espero ter dinheiro pra a passagem se não tiver você tem que
 me mandar 200,00. Antes do dia 20 de maio eu não posso ir[...].”

Ao final desses primeiros três meses no sanatório, Cleto parece estar otimista com
 relação ao tratamento recebido, sente-se bem e tem a percepção de que a doença está
 regredindo e, melhor ainda, de que logo voltará para casa.

Em algumas de suas cartas ele até se arriscava em rabiscar alguns versinhos para a
 família como se vê na FIGURA 26. Este primeiro verso meu avô escreveu para sua filha mais
 velha, Dada, na época com 18 anos:

“A laranja de madura
caiu n’agua e foi ao fundo,
triste da moça solteira
que cai na boca do mundo.”

E este segundo verso para minha avó, demonstrando sua admiração por ela:

“Uma mulher como você
não precisa mais rezar,
basta a bondade, seriedade e beleza que tem
para sua alma salvar.”

FIGURA 26 - Carta de Cleto Cardoso. Sem data.

Abailda - alicé - catalino - maria: Deus que abençoe o
meu caro amigo e como desejava eu não te escrever esta
agui vai um Versinho Para Você.
Como são Brios os dias do despertar
da existência, transpira a alma inocência,
como perfumes a flor...

este é Para Dada
a laranja de madura
caiu n'agua e foi ao fundo
triste da moça solteira
que cai na boca do mundo.

este é Para Dona Lidia
uma mulher como você
não precisa mais rezar basta a
bondade seriedade e beleza que tem
pra sua alma salvar,

sem outro assunto termino enviando a você um beijo e
um forte abraço. Sinceramente Cleto

Fonte: Acervo pessoal do autor.

FIGURA 27 – Reprodução de Carta de Cleto Cardoso. 1958.

Lapa 5 de outubro 1958
 "Saudes"
 estimada Lidir,
 estou respondendo a tua carta do dia 3.
 fiquei satisfeito em saber que estão todos
 bons, eu estou bem graças a Deus, só estou
 com saudades de vocês, Lidir, eu recebi o
 remédio que compadre Alípio mandou e já
 estou tomando, e hoje estou escurecendo para
 ele - Lidir não venha, para que gastar tanto
 dinheiro e ficar por horas horas aqui, a Par
 do Onibus agora é 85,00, de Curitiba na Lapa
 eu vou visitar vocês no Natal e ano novo se Deus
 quiser, está bem minha filha eu não vou punçar
 muito em vocês mas ande direito e atenda sua
 mãe, eu agora estou comendo melhor para sarar
 logo, quero pedir para Eaco e Maria que não
 andem muito no sol,
 Lidir aqui vai uma folha colada que é
 só para você entender, só para você, mande
 Marilda ler e depois quem entende,
 quem entende, leia sozinho com Marilda, entende!

resposta se fez aqui - agora eu estou no quarto 333
 na mesma enfermaria, mudei porque o rádio do
 303 não me deixava responder.

eu disse.

Fonte: Acervo pessoal do autor.

Na FIGURA 27, vemos mais uma das diversas cartas escritas no ano de 1958, datada de 5 de outubro, quando completava oito meses de internamento e em resposta à carta recebida dois dias antes, demonstrando que neste momento a família se correspondia com uma certa regularidade.

Como na maioria de suas cartas, meu avô iniciava falando da saudade que tinha da esposa e dos filhos:

“[...]estou respondendo a tua carta do dia 3. Fiquei satisfeito em saber que estão todos bons. Eu estou bem graças à Deus, só estou com saudades de você[...].”

Ainda nesta carta ele curiosamente agradece o compadre Alípio (amigo de longa data da família) por enviar um remédio e afirma que já o está tomando. Curioso, porque a entrada de medicações de qualquer tipo deveria ser expressamente proibida no Sanatório. Imagino que

o compadre tenha enviado um remédio caseiro para ajudar na melhora do amigo. Deve ter sido algo escondido dos médicos.

“[...]Lidir, não venha, para que gastar tanto dinheiro e ficar poucas horas aqui? A passagem de ônibus agora é 85,00 de Curitiba na Lapa. Eu vou visitar vocês no Natal e no ano novo se Deus quiser.”

Cleto demonstra também a grande preocupação com os gastos para poder visita-lo na distante Lapa, nesse momento a família passa dificuldades financeiras por não ter a renda de seu patriarca e qualquer gasto extra poderia representar o agravamento da situação para os cinco filhos. Ele mostrava esperança em rever a família no natal que se aproximava, mas isso acabou por não acontecer. Naquele fim de ano houve uma piora em seu quadro clínico e os médicos acabaram por não liberar sua saída. Segundo meu pai relata, com lembranças muito escassas desta época, mas uma coisa ele diz que lembra bem: foi um Natal muito triste.

O ano de 1958 vai transcorrendo com certa regularidade nas correspondências. Cleto parece estar satisfeito com a atenção que sua família e amigos lhe dão, mesmo à distância:

“[...] estava tudo certo, o dinheiro – 150,00 – os peixes, lata de doce, o lindo caneco e o vasinho. O peixe estava ótimo, jantei bem e depois fiz sobremesa do doce de laranja. Muito agradecido minha querida de boa esposa. Você é mesmo o meu grande e único amor.”

Ainda nesta mesma carta escrita em 27 de junho de 1958, ele relata que tem repousado bastante e feito caminhadas no bosque dos fundos do sanatório. E ainda demonstra preocupação com roubos que têm ocorrido frequentemente.

“[...]sobre os roubos aqui, o Dr. Expulsou pessoas, mas não foi descoberto o ladrão. Não mande por enquanto aquelas coisas que te pedi, deixe para o outro mês. É muita despesa e podem roubar-me”.

Pouco a pouco Cleto ia se inserindo em uma nova configuração social, gradativamente submergindo nas regras novas que agora governavam sua vida, uma rotina completamente diferente da sua e assim se integrando a seu novo cotidiano, ditado pelo saber médico, em prol da tão sonhada cura.

Uma rotina diária era seguida à risca pelos internos. Assim, logo após cada refeição, seguiam-se breves passeios pelos bosques e jardins do sanatório, havia um horário recreativo no qual se agrupavam por afinidades, uns jogavam (xadrez, dama, cartas, dominó), outros conversavam, ou ainda havia aqueles que se mantinham solitários

em suas atividades, geralmente artesanais ou artísticas (FERNANDES; JUK, 1992, pg.68).

Todas as semelhanças entre as histórias de vida de cada um dos internos e suas tragédias pessoais, tudo isso somado e delineado pelo isolamento do mundo dos sadios lá fora criava um microcosmo próprio no interior do Sanatório.

Mesmo entre seus funcionários havia uma noção de que lá dentro não só o relógio tinha seu próprio ritmo, mas também havia um sentimento invisível de unidade entre todos que ali trabalhavam e viviam.

Desde sua fundação o São Sebastião já possuía dentre suas instalações diversas casas destinadas, inicialmente ao diretor da instituição, aos médicos e posteriormente outras casas oferecidas aos demais funcionários e já na década de 1950, além dessas casas, tinha em pleno funcionamento, uma bem cuidada horta, um tanque de peixes, galinheiro, criação de porcos e uma escola. Era como uma microcidade que ao receber poucas verbas governamentais se vê na necessidade de ser autossuficiente na produção de alimentos para que seus moradores não passem fome. Mesmo a água que era consumida era coletada em uma encosta nos fundos do Sanatório.

Como em toda cidade, também havia lá um cemitério. Hoje desativado, mas em minha visita, não pude deixar de conhecê-lo. Guiado pelo senhor Aloisio, um funcionário que já estava no São Sebastião a mais de três décadas, pude verificar que ali, além de centenas de pacientes cujas vidas foram ceifadas pela peste branca, jaziam também inúmeros funcionários do Sanatório, além de diversos religiosos que também prestaram seus serviços neste local por décadas.

Houve ainda na Lapa, uma terceira esfera, dentre os muito envolvidos com o Sanatório, representada por aqueles que lá haviam chegado adoecidos, com dificuldades de toda ordem e que, após um tempo mais ou menos longo de tratamento, transformaram-se em funcionários. Não são poucos. O Hospital tem muitas destas histórias de pessoas que lá aprenderam a ler, a escrever e a atuar em diversas instâncias da atividade sanatorial, durante e após o período de convalescença da tuberculose. Com as cicatrizes ainda “sangrantes”, estas pessoas facilmente identificavam nos internos alegrias e tristezas próximas às que eles haviam vivenciado em um passado nem um pouco remoto. (FERNANDES; JUK, 1992, pg.108).

Muitos pacientes institucionalizados se diziam não saber mais “viver lá fora” e ficavam por lá fazendo um trabalho ou outro na horta ou com os porcos e acabavam por ficar. Outros depois de sua alta médica voltavam como funcionários e por lá ficavam até o fim de

suas vidas. Não era o que meu avô planejava, mas mesmo assim ele parece ter se envolvido com algumas atividades do cotidiano dos internos. Uma das que ele mais comentava era a Rádio interna do Sanatório.

Nos anos 50, em meio a todas aquelas transformações do Sanatório [...] participou ativamente da programação da Rádio Mirim, uma emissora lá criada através do conhecimento de um interno com experiência em eletrotécnica, o Sr. Ozires Cardoso. Esta rádio funcionou dentro dos limites do Hospital, sendo sintonizada durante todo o dia, em quase todas as enfermarias, tendo na sua programação, músicas, correio sentimental, falas educativas dos médicos, rádio novelas, etc. Compondo, no todo, uma prática bastante aplaudida pela população do São Sebastião. (FERNANDES; JUK, 1992, pg.108).

Meu avô comentava que dentre suas atividades preferidas estava escrever suas crônicas e versos para a Rádio Mirim e também as disputadas sessões de cinema no Cine Teatro Novo Horizonte. Este espaço que ainda hoje serve aos internos para atividades teatrais e culturais era onde na época eram exibidos os grandes clássicos do cinema de Hollywood.

Hoje após o almoço teremos sessão de cinema. Se o Dr. me liberar serei o primeiro a chegar[...]

“Esta manhã mandei para a radio aqui do sanatório os versinhos que fiz para vocês de coração. Hoje escreverei mais para a Rádio. Saudade de todos.”

Estes trechos acima são de cartas que Cleto escrevera no início de 1959, momento em que completava mais de um ano de isolamento e mostram que aos poucos ele ia se envolvendo com as atividades desenvolvidas no Sanatório para, como ele mesmo dizia, aliviar a saudade de casa.

No decorrer do ano de 1959, nos parece que o volume de cartas escritas por Cleto não diminuiu, no entanto, o mesmo não pode ser dito quanto às respostas vindas do litoral. A demora para receber notícias de casa parece agonizante e ele não esconde sua frustração:

“Lidir, esta é a 4ª carta que eu te escrevo sem ter resposta. Por favor Lidir, mande me dizer alguma coisa. Eu só não fui aí neste sábado porque o médico novamente não me deu licença e eu estou tossindo muito devido a uma gripe forte que apanhei no mês passado.”

“Lidir, se você acha que é muita coisa escrever-me então mande dizer somente como vão, as crianças, afinal, eu acho que mereço uma satisfação de casa.”

“Senão vier carta até sábado darei um jeito de ir até aí para saber oque está se passando. Porque não é possível tanta demora em escrever uma carta. Tem que haver uma razão para você estar fazendo isso. Seja oque for escreva porque eu não estou em condições de viajar.”

“[...]isto vai me prejudicar no tratamento, como eu te disse na outra carta, não tenho podido dormir porque estou pensando muito em vocês. Porque ninguém me escreve mais?”

São diversas as cartas em que Cleto reclama da falta de notícias de casa e isto parece ser tão dolorido quanto à própria enfermidade. As noites em claro, pensando na família passam a fazer parte da rotina assim como os exames, os remédios e o isolamento. Era como se ele tivesse perdido a luta pela permanência no universo dos sadios. Essa derrota era pesada demais, pois, ela evidenciava ainda mais a solidão ao mesmo passo em que o enfraquecia para lutar contra a doença.

Na sequência dos acontecimentos, a maior parte dos conhecidos deixava de frequentar os aposentos do enfermo, limitando-se a conversas rápidas e encabuladas, postados na soleira da porta. Por fim, os amigos que até então haviam se mostrado cordiais e solícitos começavam a rarear visitas, sabendo da presença da Peste Branca ou pelo menos desconfiados que algo terrível e ameaçador pairava sobre a residência do companheiro adoentado. (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 131).

Cleto travava, neste momento, uma batalha cada vez mais solitária contra a doença. Oque mais temia parecia estar se tornando realidade: o abandono de sua família e amigos. Jamais lhe passou pela cabeça a possibilidade de acabar seus dias como muitos de seus colegas de enfermaria, isolados e esquecidos por suas famílias naquele lugar.

Isso o motivou a buscar respostas para esta situação. Algo deveria estar errado. Em uma de suas cartas ele cita um possível problema com as correspondências. Segundo ele, a caixinha de cartas já não passava em seu pavilhão há diversos dias. Achou estranho, mas nada podia fazer, a não ser esperar por notícias.

Talvez este possível extravio das correspondências dos internos possa explicar este período ainda mais tenebroso em que meu avô se viu, sem notícias de casa e sem poder dormir por conta disso. Parece-me que esta percepção não era exclusividade de meu avô, pois circulava pela imprensa da capital, exatamente neste período, notícias relativas à precariedade no interior do São Sebastião. Tais reportagens, muitas delas em tom de denunciamento,

escancaravam uma série de arbitrariedades, dentre elas, o descuido com as correspondências dos internos e as péssimas condições de trabalho dos profissionais e dos pacientes.

[...] Não recebem salário há cinco meses. Funcionários do Sanatório São Sebastião da cidade da Lapa deverão enviar abaixo-assinado ao governador do Estado solicitando a regularização de seus vencimentos, de vez que os mesmos não percebem seus honorários há 5 meses. (Jornal Última Hora, 23.01.1959)

[...] Contando com uma grande equipe de facultativos e adequado corpo de enfermagem, não consegue mais acolher doentes face encontrarem-se os seus pavilhões superlotados. A área onde se localiza o Sanatório São Sebastião está praticamente tomada, não mais oferecendo recursos para que ali sejam edificados outros melhoramentos para suprir à emergente necessidade. Para se ter uma ideia, basta saber que o número de vagas que dispõe é de 300, enquanto o número de internos ascende a 380. (Correio do Paraná, 16.09.1959)

O Sanatório São Sebastião, da Lapa, está transformado num autêntico campo de concentração pelo seu atual diretor, João Kalil Fadel – Esta é uma denúncia chegada ao jornal Última Hora sobre as arbitrariedades que são perpetradas contra os doentes e aos próprios funcionários daquele nosocômio. O tratamento dispensado aos tuberculosos e doentes em fase de recuperação lembra os suplícios de Auschwitz e o índice de curados aumenta nas estatísticas porque o diretor dá alta a doentes crônicos, quando toma conhecimento de algum descontentamento por parte do internado. Enquanto os tuberculosos ficam sem tratamento, o diretor, Kalil Fadel, organizou verdadeira Gestapo dentro do Sanatório São Sebastião. Durante o dia e a noite, policiais armados rondam os terrenos do hospital, tolhendo os movimentos dos doentes e revistando quem quer que seja julgado suspeito de contrariar as ordens do diretor. Recentemente 30 doentes foram expulsos, embora ainda não estivessem curados, sob alegações pueris. Os infelizes foram obrigados a procurar abrigo nas vizinhanças da cidade já que no estado de saúde em que se encontram, temem retornar ao convívio dos seus. [...]Reclamações de desvios de verbas destinadas aos internos e também do extravio de suas correspondências foram das mais frequentes nos últimos anos. (Jornal Última Hora, 02.06.1961)

Estes trechos retirados de jornais de Curitiba são apenas alguns entre tantos que expunham as condições precárias de superlotação, repressão, ingerências e outras denúncias envolvendo a gestão do médico João Calil Fadel, diretor do São Sebastião entre os anos de 1957 e 1968. Ou seja, Cleto passou seus dois anos de internamento exatamente dentro deste período conturbado onde narrativas contraditórias na imprensa curitibana nos passam a sensação de que alguns queriam trazer à tona os problemas e outros pareciam querer escondê-los:

Conforme nossa reportagem teve a oportunidade de verificar, com serenidade, sem preconcebidas e lamentáveis intenções, - parece ter sido esse o espírito que animou certo vespertino curitibano, - são as mais satisfatórias as condições, em todas as suas características e aspectos do Sanatório da Lapa. [...]Basta dizer que o Sanatório em apreço é considerado o mais completo e eficiente do Estado. (Jornal A Tarde, 09 mar. 1959).

Outro jornal publica a descrição de uma visita de inspeção feita no hospital para averiguar suas condições:

Percorremos demoradamente o Sanatório São Sebastião da Lapa, observamos com o máximo cuidado todas as suas dependências, todas as suas instalações, as antigas e as atuais, as suas condições, as reformas e ampliações que estão sendo procedidas. Estivemos em contato com internos, de tudo que ali se passa nos inteiramos. Realizamos, em suma, completa reportagem [...]. E falamos com absoluta sinceridade, com rigorosa isenção que tudo, naquele importante estabelecimento, se vem desenrolando de maneira diametralmente oposta ao que com sensacionalismo e evidente má fé, acaba de veicular certo precipitado vespertino desta capital [...]. Médicos, - de modo especial o diretor, Dr. João Kalil Fadel, - funcionários, religiosas, operários e internados, todos foram unânimes em afirmar que, ali, tudo vem transcorrendo com absoluta normalidade. (Jornal A Tarde, 05.03.1959).

Evidentemente que não podemos tomar por verdade apenas o que nos revela um único conjunto documental, neste caso, as informações provenientes da imprensa curitibana, o ideal seria o cruzamento com informações de outras fontes. Neste caso especificamente, temos as condições de fazê-lo, pois dentre os diversos documentos fornecidos pelo Sanatório São Sebastião, temos os relatórios redigidos anualmente pelos seus diretores ao Governo do Estado e, não são poucos os que descrevem as severas dificuldades pelas quais passam no desempenho de suas funções. Segue a transcrição de alguns trechos selecionados do relatório do ano de 1954, redigido pelo Dr. Waldemiro Hack:

Forçoso é reconhecer que se torna impossível a cobrança daquela taxa quando o pavilhão não apresenta requisitos indispensáveis no que se refere principalmente ao tratamento dietético dos internados e quando não há, por deficiência de pessoal técnico especializado uma assistência. Outras dependências do Hospital mereciam atenção melhor [...]. Citem-se, por exemplo, os casos da precariedade dos serviços de raios-x e dentário, onde não existe para a execução deste último um local apropriado e para o primeiro faltam salas para interpretações radiográficas e arquivo de radiografias e, além disso, a câmara escura é sobremodo deficiente, estando muito longe de corresponder às exigências de um serviço importante como é o de raios-x num estabelecimento dessa natureza. Faz-se de absoluta necessidade também a reforma de um pavilhão existente, denominado de 'classe intermediária' [...] desejo ressaltar, na oportunidade, a dificuldade que até então tem havido em se conseguir facultativos para trabalharem no sanatório, por razões facilmente compreensíveis ligadas principalmente à falta de compensação que possa interessar o médico no exercício de sua especialidade num hospital como este que obriga a uma vida de isolamento, quase de reclusão. (Relatório anual Sanatório São Sebastião, 31.12.1954).

Considerando tal ambiente dentro do Sanatório neste período, realmente não é de se espantar que uma ou outra correspondência destinada a meu avô, trazendo notícias da família tenha se perdido pelo caminho ou cartas que ele enviou nunca tenham chego ao seu destino. Talvez essa austeridade toda, essa escassez de recursos e mesmo da alimentação explique sua grande felicidade nas cartas ao agradecer os peixes e os doces vindos da família. Fato é que

como ele mesmo deixou claro em suas correspondências, toda a angústia, todo o sofrimento do tratamento só acaba sendo potencializado por essa situação. A saudade torna-se um remédio cada vez mais amargo.

3.3 PENSIONISTAS X INDIGENTES: SOBRE A DIVISÃO DE ALAS NO SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO

Meu avô permaneceu alojado durante dois anos no chamado pavilhão B do São Sebastião. Neste período já não havia internos oficialmente pagantes, pois desde 1951 todos passaram a ser custeados pelo Estado.

No entanto, antes disso, havia uma segregação no interior do nosocômio, organizada de acordo com as condições financeiras de cada paciente: a primeira classe, para os pagantes, a classe intermediária, para aqueles que contribuía parcialmente, e os chamados indigentes, ou seja, aqueles custeados pelo estado.

Por supor que esta política de divisão sócio econômica gerava uma dinâmica própria que acabava por conduzir as ações dentro do Sanatório, e tais ações possivelmente deixaram vícios ou resquícios que ainda seriam sentidos nos anos posteriores a de sua descontinuidade, e isso engloba o período de internamento de meu avô, resolvi introduzir esta discussão aqui.

Desde sua fundação e pelos 25 anos subsequentes o Sanatório São Sebastião reproduziu no interior de suas alas a mesma dinâmica social que encontramos fora de seus portões. Seu prédio mesmo já fora projetado para perpetuar tal dinâmica, para isolar não só os tísicos do mundo dos saudáveis, mas também para criar uma segregação entre os próprios doentes.

Como já visto no CAPÍTULO 1, o corpo principal do edifício era destinado aos internados pobres e em uma edificação separada, havia a ala dos pagantes. Posteriormente foi criada uma seção intermediária a essas duas já existentes.

Havia três categorias de internamento no Sanatório: a primeira classe, composta pelos mais “abastados”, capazes de custear todo o seu tratamento. Estes ficavam em um pavilhão separado dos demais. A segunda classe, composta por pessoas com “alguma” condição econômica (suficiente para pagar parte do tratamento), tais como: jornalistas, poetas, artesãos, militares, professores, etc. Esta, a segunda classe, ficava no segundo pavilhão do Sanatório. E havia também a ala dos “não contribuintes”, também chamada de “geral”, situada no pavilhão de frente do Sanatório. (FERNANDES; JUK, 1992, pg.71).

Ainda segundo Fernandes e Juk, os limites entre a segunda classe e a chamada geral eram imprecisos, havendo circulação frequente entre elas. Muito provavelmente isso ocorria por essas duas alas estarem muito próximas e pertencerem ao prédio principal. Isso não ocorria com a primeira classe pois estava alocada em um edifício de construção mais moderna distante uns 200 metros mais ao fundo do terreno, mediados por um bosque de eucaliptos.

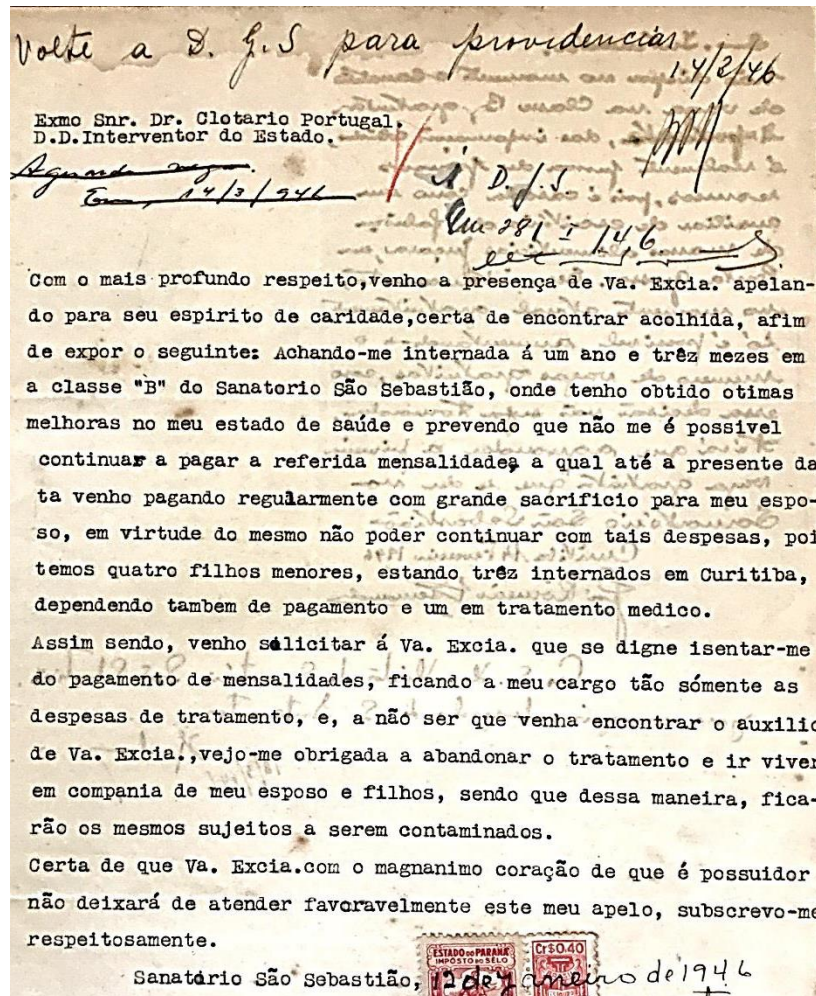
Na maioria dos relatórios de atividades anuais produzidos pelo Sanatório, encontramos farto material referente a pedidos de melhorias para a ala dos pobres, vejamos este trecho:

Julgo deficiente a ração de leite, ovos, galinhas e verduras fornecidas aos doentes indigentes, entretanto o aumento não poderá ser feito no próximo ano, devido a verba para aquisição aos produtos acima mencionados não comportar. (Relatório anual Sanatório São Sebastião, 31.12.1942)

No ano seguinte, o relatório de atividades desenvolvidas no sanatório ainda citava que “as condições sanitárias deterioradas ou inutilizadas, escassez de água, as cozinhas e a lavanderia em mau estado de conservação” ainda comprometiam seriamente o bom cumprimento de suas funções.

Ao passo que o suplício era grande nas alas dos chamados indigentes, com condições precárias, má alimentação e superlotação, no setor destinado aos pagantes, os pacientes pareciam muito mais satisfeitos e esperançosos na cura. Este otimismo era justificável, pois, o pavilhão dos pensionistas contava com uma economia própria, proporcionando uma alimentação diferenciada aos seus ocupantes, além de acomodações mais dignas e maior acesso a exames. Isso naturalmente se traduzia numa esperança maior de cura. A exemplo de uma das pacientes, proveniente de Ponta Grossa, em 1946, internada na ala dos pagantes, ao passar por dificuldades financeiras e ao antever não mais poder continuar pagando as mensalidades do Sanatório, tenta a todo custo permanecer na ala em que já está e por isso escreve ao Interventor do Estado solicitando gratuidade no tratamento, (FIGURA 28):

FIGURA 28 – Carta de paciente do S.S.S. ao Interventor do Estado. Arquivo S.S.S.



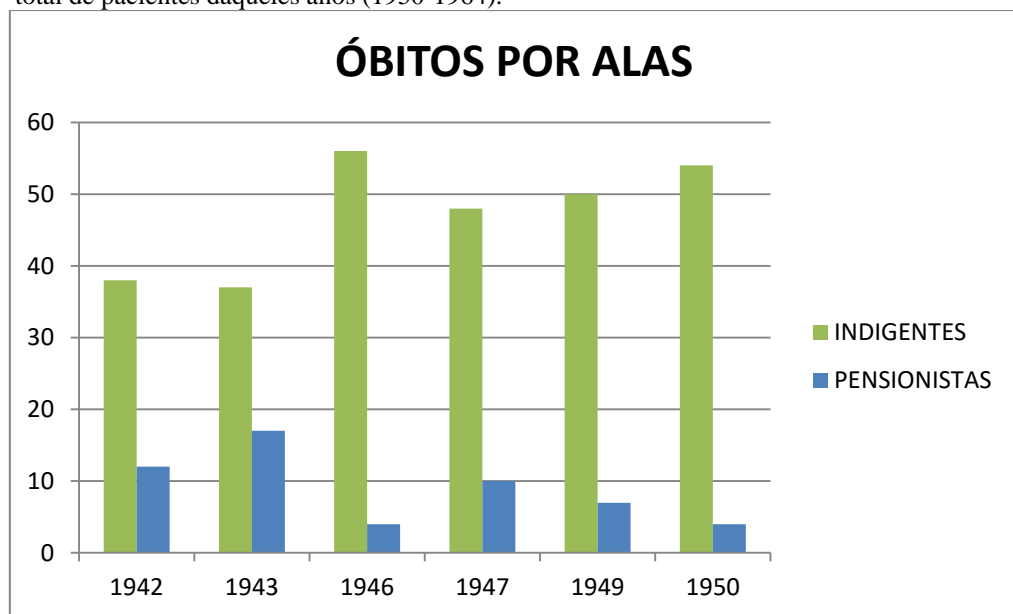
Reprodução: O autor.

De acordo com a resposta escrita à mão no verso desta mesma carta, esta paciente teve seu pedido momentaneamente negado pelo interventor sob a justificativa de não haver mais vagas gratuitas no pavilhão de pagantes, sendo ela colocada em uma fila de espera para conseguir uma vaga no setor de indigentes. Não sabemos se ela conseguiu este benefício da gratuidade posteriormente ou conseguiu continuar arcando com os pagamentos, mas encontramos seu nome no livro de registro de pacientes. Neste livro consta que ela conseguiu alta médica como clinicamente curada, no dia 24 de novembro de 1946, nove meses depois de escrever esta carta e a um mês de completar dois anos de internamento.

Para entendermos melhor esta dinâmica de segregação, podemos agora fazer um exercício quantitativo e assim analisarmos os números referentes às alas do São Sebastião pois, felizmente os relatórios de atividades anuais traziam devidamente discriminadas as informações referentes aos indigentes e aos pagantes.

Vejamos o GRÁFICO 7, que nos mostra o número de óbitos por alas no São Sebastião. Note que esta separação foi feita apenas distinguindo-se as alas de pagantes e não pagantes. Mesmo levando em conta que o número de pacientes indigentes é consideravelmente maior que o de pensionistas, a desproporção no número de óbitos é evidente. Ou seja, no geral, o número total de indigentes era cerca de 5 vezes maior que o de pensionistas, no entanto, o número de óbitos de indigentes chega a ser até 14 vezes superior. Uma desproporcionalidade clara.

GRÁFICO 7 – Porcentagem de pacientes que em sua entrada no Sanatório São Sebastião tiveram a condição de sua tuberculose classificada como “muito avançada” em relação ao total de pacientes daqueles anos (1950-1964).



Fonte: O Autor.


Outro indicativo que gostaria de destacar é o número de exames radiológicos realizados no Sanatório. Um exame que na época era considerado dispendioso, pois tanto a manutenção do equipamento quanto os insumos utilizados ou os profissionais para realiza-lo eram escassos e especialmente neste período havia uma grande demanda visto a grande quantidade de internos.

A circunstância de 20% dos internados nunca terem sido radiografados, possuindo a maioria dos restantes, filmes de 4 a anos atrás, resultado este que obtivemos através de um inquérito direto dirigido aos doentes e pela análise dos documentos desordenados existentes. (Relatório anual Sanatório São Sebastião, 31.12.1943).

A transcrição acima, do relatório de atividades do ano de 1943 demonstra a precariedade envolvendo um exame crucial na análise da evolução da tuberculose. Neste

mesmo relatório encontramos uma tabela que revela o número de exames radiológicos realizados nos pensionistas e nos indigentes:

FIGURA 29 – Reprodução de trecho do Relatório anual de atividades do S.S.S. ao Governo do Estado no ano de 1943. Arquivo S.S.S.

SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO L A P A		Departamento de Saúde do Estado do Paraná	
			
<u>RADIOLOGIA</u>			
Foram feitas 152 radiografias de torace, pelos seguintes meses:			
		<u>PENSIONISTAS</u>	<u>INDIGENTES</u>
<u>Janeiro</u>	-16-	11.	5.
<u>Fevereiro</u>	1-	1.	0.
<u>Março</u>	15.	15.	2.
<u>Abril</u>	21.	15.	8.
<u>Maio</u>	14.	11.	3.
<u>Junho</u>	11.	8.	3.
<u>Julho</u>	11.	5.	6.
<u>Agosto</u>	12.	7.	5.
<u>Setembro</u>	11.	7.	4.
<u>Outubro</u>	11.	*11	11.
<u>Novembro</u>	13.	8.	5.
<u>Dezembro</u>	16.	10.	6.
		TOTAL: 152.	

Reprodução: O Autor.

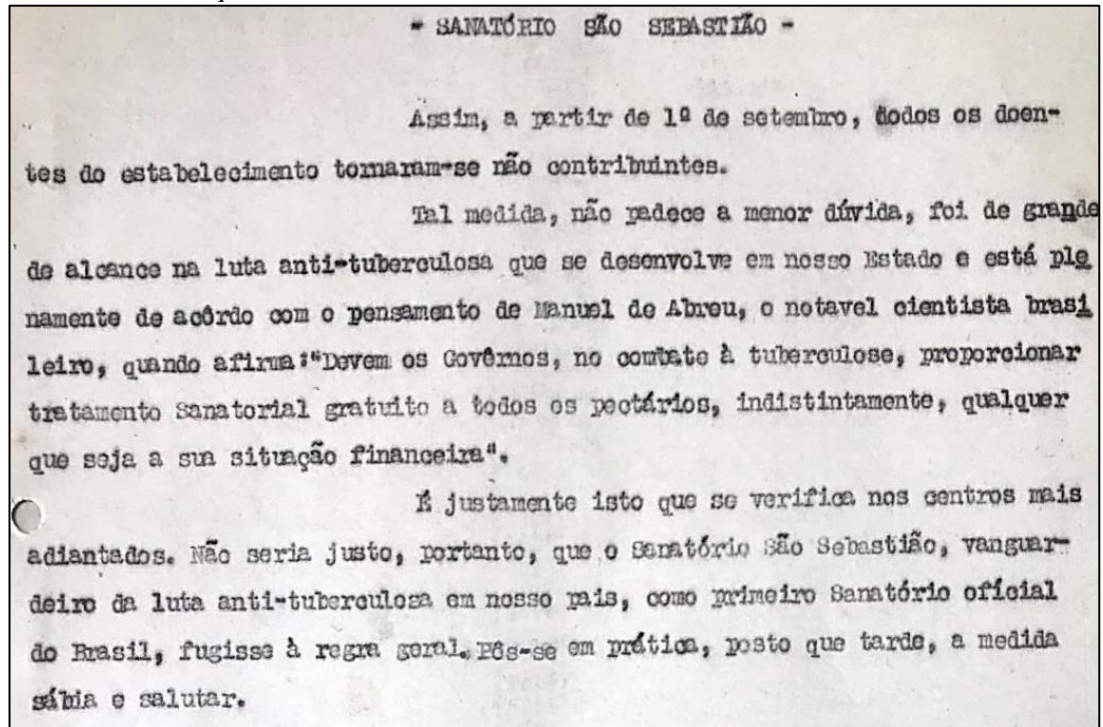
De acordo com a FIGURA 29 observamos que em 1943, de um total de 152 exames radiográficos realizados no ano, 105 foram em pacientes pensionistas e apenas 47 nos indigentes, ou seja, 70% dos exames de raios-x foram realizados nos pacientes da primeira classe.

Conforme consta desses relatórios, a década de 1940 foi bastante carente no que se refere à quantidade de exames de raios-x no São Sebastião, sendo muito corriqueiros os pedidos de manutenção no equipamento. Estas reclamações se estendem para a década seguinte e chegam ao período em que Cleto estava por lá. O surgimento de novas tecnologias e novos equipamentos que chegam ao Sanatório neste meio tempo possibilitou o barateamento da tecnologia e conseqüentemente um número maior de exames foram realizados desde então. Observamos que, como dissemos anteriormente, em 1942 foram realizados 152 exames, em 1950 o total de exames realizados foi de 310 e em 1960, 1361 exames radiológicos foram realizados. O número de exames radiológicos aumentou consideravelmente, mas a lotação do hospital também, fato este que infelizmente ainda manteve a capacidade de realizar os exames radiológicos, aquém de sua demanda.

A separação dos internos por suas classes econômicas e o funcionamento da primeira classe, perdurou até o dia 1º de setembro de 1951, quando então todos os pacientes passaram

a ser não pagantes, e a ala de indigentes deixou de existir, como vemos no relatório anual daquele ano:

FIGURA 30 – Reprodução de trecho do Relatório anual de atividades do S.S.S. ao Governo do Estado no ano de 1951. Arquivo S.S.S.



Reprodução: O autor.

Desde então, os relatórios anuais passaram a não mais trazer as informações separando os pacientes em pagantes ou indigentes, mas agora agrupados em masculino e feminino.

3.4 A NOVA ALA PARA INDIGENTES

Quando meu avô chegou ao São Sebastião, o tratamento quimioterápico já estava em uso a cerca de oito anos e a estreptomomicina já não era mais usada em quantidades extremamente baixas como visto no GRÁFICO 1. Tínhamos a associação da estreptomomicina com outros antibióticos e, obtendo-se resultados muito melhores que na década anterior.

De acordo com o prontuário de Cleto, seu tratamento a base de quimioterápicos deu-se início dez dias após sua entrada, conforme vemos na FIGURA 31, onde a primeira anotação é do dia 17-02-1958.

FIGURA 31 - Página de Ordens médicas do Prontuário de Cleto Cardoso – 1958.

HOSPITAL SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO			
TRATAMENTO E ORDENS MÉDICAS			
NOME	CLETO CARDOSO		N.º Registro. 6141
Pavilhão	"B"	Enfermaria	Leito
DATA	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	DIETA	RUBRICA
17-2-58	Estreptomicina 300 + Hidrazida 120 compr + PAS 240 compr		Resolução
17-3-58	Estreptomicina 300 + Hidrazida 120 compr		Resolução
16-4-58	SM - 8,0 grs. + INH - 120 compr. 100 mg		Resolução
18-5-58	SM - 8,0 grs. + INH - 120 compr. 4		Resolução
17-6-58	SM - 8,0 grs. + INH - 120 compr. 4		Resolução
16-7-58	SM - 8,0 grs. + INH - 120 compr. 4		Resolução
16-8-58	SM - 8,0 grs. + INH - 120 compr. 4		Resolução
16-9-58	SM - 8,0 grs. + INH - 120 4 4		Resolução
16-10-58	SM - 8,0 grs. + INH - 120 4 4		Resolução
16-11-58	10º SM - 8,0 grs. + INH - 120 4 4		Resolução
16-12-58	11º SM - 8,0 grs. + INH - 120 4 4		Resolução
16-1-59	12º SM - 8,0 grs. + INH - 120 4 4		Resolução
22-2-59	SM - 8,0 grs. + INH - 120 4 4		Resolução
23-3-59	SM - 8,0 grs. + PAS - 240 compr		Resolução
24-4-59	SM - 8,0 grs. + PAS - 240 compr		Resolução
25-5-59	SM - 8,0 grs. + PAS - 240 compr		Resolução
25-6-59	SM - 8,0 grs. + PAS - 240 compr		Resolução
28-7-59	SM - 8,0 grs. + PAS - 240 compr		Resolução
25-8-59	SM - 8,0 grs. + PAS - 240 compr		Resolução
24-9-59	SM - 8,0 grs. + PAS - 240 compr		Resolução
24-10-59	SM - 8,0 grs. + PAS - 240 compr		Resolução
24-11-59	SM - 8,0 grs. + PAS - 240 compr		Resolução
23-12-59	SM - 8,0 grs. + PAS - 240 compr		Resolução

Reprodução: O autor.

Conforme observamos no prontuário, as observações são preenchidas mensalmente com a quantidade de medicamentos ministrados naquele período. Vemos que nos primeiros dois meses, meu avô recebe uma associação de Estreptomicina, Hidrazida e o PAS (ácido paraminosalicílico) como uma primeira fase. Estes fármacos utilizados inicialmente são conhecidos como medicamentos de primeira escolha entre os médicos e representam o primeiro ataque ao bacilo.


Nos 11 meses que se seguiram, Cleto recebeu uma associação de Estreptomicina e INH (isoniazida). O segundo ano de tratamento foi todo com uma associação de Estreptomicina e PAS (ácido paraminosalicílico).

Essas mudanças na medicação podem indicar uma resistência às drogas utilizadas, ou seja, os médicos estariam mudando a medicação por que estes já não estavam fazendo efeito, o bacilo estava se tornando resistente àqueles fármacos.

Nesta época, o número de antibióticos comprovadamente eficientes contra a tuberculose à disposição dos médicos era muito limitado, logo uma forma multirresistente da doença causaria sérios riscos ao paciente e não haveria muitas opções para mudança de quimioterápicos. A solução encontrada foi o retorno a uma alternativa empregada há décadas no tratamento da tuberculose, uma opção cirúrgica para tentar conter o bacilo: O pneumotórax.

Como vimos no CAPÍTULO 2, a técnica do pneumotórax, foi muito utilizada no Brasil entre as décadas de 20 e 40 e consistia basicamente na aplicação de um gás na região pleural, o que promoveria um colapso compressivo naquela região e este levaria a um repouso do tecido doente, facilitando a cicatrização, ou seja, era introduzido uma cânula por entre as costelas até o pulmão, onde um gás seria introduzido para pressionar e colapsar parcialmente aquele órgão.

FIGURA 32 - Página de Ordens médicas do Prontuário de Cleto Cardoso – 1959.

S. S. P.		D. P.				
HOSPITAL SANATÓRIO SÃO SEBASTIÃO						
<u>PNEUMOTÓRAX OU PNEUMOPERITÔNIO</u>						
NOME <u>CLETO CARDOSO</u>				N.º Registro <u>6141</u>		
Pavilhão <u>"B"</u>		Enfermaria		Leito		
DATA	HEMITORAX	P. INICIAIS	VOLUME GÁS	P. TERMINAIS	OBSERVAÇÕES	ESQUEMA RADIOLÓGICO
<u>17-1-59</u>	<u>F 10</u>	<u>Just.</u>	<u>370 cc</u>	<u>→</u>	<u>Dr. K. Kozca</u>	
<u>21-3-59</u>	<u>20</u>	<u>- 8 - 6</u>	<u>250 cc</u>	<u>- 6 - 4</u>	<u>Dr. K. Kozca</u>	
<u>26-3-59</u>	<u>30</u>	<u>+ 2 x 4</u>	<u>300 cc</u>	<u>x 4</u>	<u>" " "</u>	

Reprodução: O autor.

Deve ter sido algo muito dolorido. Ainda mais doloridas devem ter sido as outras sessões, já que foram, de acordo com o prontuário da FIGURA 32, realizadas ao todo, 3 insuflações no pulmão esquerdo, com intervalo de poucos dias entre elas.

Como já havíamos visto no GRÁFICO 3, o uso do pneumotórax no São Sebastião foi consideravelmente reduzido desde a chegada dos primeiros antibióticos eficientes no combate

à tuberculose, colocando-o como um procedimento já ultrapassado e reservado aos casos em que as demais alternativas medicamentosas anteriores tenham falhado.

Quando meu avô deu a notícia à família de que faria tal procedimento, o fez com muita apreensão, inicialmente por não entender bem do que se tratava, dizendo apenas que “receberia uma tal injeção de ar no pulmão”, assim relata minha tia, Maria ao lembrar deste momento crucial no tratamento. (Depoimento de Maria Cardoso, 02/05/2017).

Um grande medo tomou conta da família neste momento, pois a fama de tal injeção chegara até eles. Acontece que naquela época não era raro conhecer alguém que tem ou teve um ente tuberculoso na família. Pelas conversas de corredor no sanatório meu avô também tinha conhecimento de tal má reputação deste procedimento. Segundo circulava pelos corredores do São Sebastião, a famigerada “injeção de ar” era algo que demorava a dar resultado, que muitas vezes dava errado e que, em boa parte dos casos, os pacientes acabavam não resistindo.

As expectativas não eram boas, mas nada mais podia se fazer. Os remédios à disposição falharam, resta agora uma última tentativa. Não deveria se perder a esperança agora.

Ao final da última sessão, após passar por uma última avaliação clínica, retorna aos quimioterápicos para se verificar como a doença se desenvolveria em diante. Neste momento temos um hiato nos registros clínicos no prontuário de Cleto Cardoso, o que nos deixa sem saber precisar como a doença se desenvolveu num período de 5 meses após as primeiras sessões de pneumotórax. No entanto, vemos que ele retorna ao mesmo esquema de antibióticos utilizado antes do procedimento cirúrgico, o que talvez indique estabilidade no quadro.

Entre o então considerado moderno tratamento quimioterápico e o temido e antigo pneumotórax, estava a vida de meu avô, e de tantos outros que nesta mesma época viviam no limiar de duas eras, num momento em que os novos remédios traziam a esperança da cura, mas, não eram suficientemente confiáveis a ponto de se abandonar em definitivo as práticas cirúrgicas mais antigas e que ainda poderiam ser empregadas. Era um momento de experimentação e aprendizado para a ciência médica. Era um momento em que o novo e o antigo estavam na fronteira, ora tendendo para um, ora para outro.

Cruzando as informações orais da família com os próximos registros do prontuário, que no caso são os últimos, sugere-se que logo nos últimos dias do ano de 1959, fora efetuada mais uma sessão de pneumotórax e desta vez acompanhada de uma ótima notícia: Cleto receberia alta. Finalmente, após mais de dois anos em internamento todos da família estavam felizes. A notícia chegou com muita festa para todos os familiares, amigos e vizinhos em Paranaguá. Sua esposa e seus cinco filhos se preparavam para receber o querido marido e pai de volta ao seio do lar.

Cleto passou o dia que antecederia seu retorno arrumando sua mala e se despedindo de todos, pacientes amigos de rádio, colegas de quarto, médicos e os vários enfermeiros que lhe deram suporte naqueles dois anos. Afinal, depois de certo tempo, ele havia criado vínculos afetivos com todos que ali viviam e faziam do hospital parte importante de sua vida.

Caiu a noite e as malas já estavam prontas. A passagem de trem comprada e a alta médica já estava assinada pelo Dr. Kalil Fadel. É muito provável que Cleto, com tamanha ansiedade, não tenha conseguido dormir naquela noite de 04 para 05 de janeiro de 1960. Um ano novo de esperanças e, sobretudo de reencontros familiares, surgia no horizonte.

Pouco depois da meia noite, já do dia 05 de janeiro, algo saiu errado. Cleto foi acometido de uma Hemoptise fulminante. Uma grande quantidade de sangue saiu de seu pulmão doente e subiu por suas vias respiratórias, causando uma asfixia quase que instantânea. Os enfermeiros correram em seu auxílio, mas pouco puderam fazer, era tarde demais. A tuberculose havia vencido a batalha.

A notícia atingiu a todos os familiares com profunda tristeza e surpresa em iguais proporções. Eles precisariam se deslocar com urgência para a Lapa, pois o corpo deveria ser enterrado o quanto antes. Assim, de forma seca e breve foi a família notificada pelo hospital.

Era prática comum, naquela época, que os pacientes falecidos no hospital, e mesmo alguns funcionários, fossem sepultados no cemitério que existia dentro do complexo do sanatório, afastado uns 300 metros do edifício principal do São Sebastião.

A família chegou no dia seguinte, depois de exaustiva viagem, para os trâmites legais, e sepultamento. Como a viagem era longa e todo este processo demorou o dia todo, tiveram que pernoitar no Sanatório, acomodados em pequenos alojamentos destinados às famílias que vêm de todos os cantos do estado para sepultar os seus entes. Minha avó contava que uma das

enfermeiras em dado momento a confidenciou que “o seu Cleto era muito querido aqui dentro. Ontem, tentaram de tudo que podiam mais foi muito rápido. É mesmo uma pena.”

FIGURA 33 – Pequena capela dentro do Cemitério do Sanatório São Sebastião.



Foto: O autor.

Meu pai relatou que a última lembrança que teve de meu avô foi a de vê-lo deitado em um caixão de madeira muito simples, com frestas largas entre as tábuas, sob uma mesa de concreto dentro de uma capelinha tão pequena que só cabia o falecido e mais umas quatro pessoas ao mesmo tempo (FIGURA 33); ainda nos relatou que, na época com 9 anos de idade, o que mais lhe impressionou naquele dia e, que não sai de sua memória até os dias de hoje, foi ver as mãos de seu pai com os dedos cruzados sobre o peito e as unhas todas sujas de sangue. “O sangue ainda estava por toda parte, nas roupas, no pescoço, e por debaixo das unhas”. (Depoimento de Natalirio Cleto Cardoso, 01/05/2017).

O falecimento de meu avô ocorrido nos primeiros dias de 1960 deu-se em um momento em que o Brasil e também o Paraná estavam tomando um caminho distinto ao da maioria dos países no que se refere ao tratamento da tuberculose. O uso dos quimioterápicos, desde sua descoberta, e após mais de dez anos de pesquisas nos mais importantes centros médicos internacionais, se fazia cada vez mais preponderante em países da Europa e nos Estados Unidos, devido a sua ampla e comprovada eficácia. No início da década de 1960 o maior obstáculo de tais fármacos, a resistência bacilar, também já estava sendo superada, em grande parte, com a associação dos diferentes antibióticos existentes naquele momento.

Segundo Fernandes e Juk, apesar de todo este panorama favorável no cenário internacional, no Brasil e no Paraná, paradoxalmente, este momento foi de acréscimo nas cirurgias tisiológicas. No São Sebastião em específico, as intervenções de pneumotóraces estavam em constante decréscimo desde o surgimento dos fármacos, como vimos, por exemplo, no GRÁFICO 3, no entanto, coincidentemente com a época de falecimento de Cleto, a década de 1960 inaugurou uma nova fase de aumento em tais procedimentos invasivos.

A pergunta que nos vem à mente é inevitável: Se a quimioterapia finalmente se apresenta como uma alternativa muito eficaz no combate à tuberculose, o que justificaria o aumento de cirurgias torácicas na década de 1960?

Dois obstáculos maiores se opõem à generalização da quimioterapia correta: primeiro, o uso compulsório de três drogas associadas, inicialmente, e de duas, em seguida; segundo, o tratamento excessivamente longo, que deve exceder de muito a simples aparência de cura. Exigências onerosas, sem dúvida. Abre-se, assim, enorme frente aos erros de toda sorte. (FRAGA, 1960, pg. 138)

De acordo com Fraga, o abandono precoce do tratamento quimioterápico em decorrência do desaparecimento dos sintomas, trazendo uma falsa sensação de cura é uma das principais respostas à pergunta que fizemos logo acima, no entanto, acrescento a isso, as condições precárias de vida, sanatórios lotados e carentes de recursos humanos e financeiros e diagnósticos tardios da doença como fatores preponderantes para o retorno à práticas tidas como superadas no combate ao bacilo de Koch.

No caso de Cleto, não houve abandono do tratamento, pelo contrário, houve sim um tratamento longo que talvez possa tê-lo levado a criar cepas resistentes do bacilo em seus pulmões. Não podemos afirmar, neste momento, já que este processo também pode ocorrer naturalmente através de mutações genéticas do germe. O que na época levaria os médicos à única solução possível para este quadro, uma solução cirúrgica.

Uma situação que chamou a atenção da família na época do falecimento de Cleto foi a informação de que meu avô deveria estar recebendo alta, justamente no dia em que faleceu. Isso intrigou a família por anos, até cair em esquecimento. O que não se esqueceu, foi sua memória e a alegria desfeita em tão pouco tempo por sua inesperada morte. Ou talvez não fosse assim tão inesperada.

Não sabemos até hoje se esta teria sido uma alta médica verdadeiramente dita ou mais uma daquelas altas clínicas feitas aos montes para liberar leitões, denunciadas pelos

jornais naqueles mesmos anos, como vimos no item 3.1.1. A família esperava um retorno muito diferente.

A bem da verdade, meu avô jamais retornou a sua amada para Paranaguá. Ele ainda descansa, até hoje, no interior do Sanatório São Sebastião, em alguma cova já há muitos anos sem identificação²⁶, juntamente com outros milhares que mesmo depois de mortos, continuaram a ser alojados em uma espécie de nova ala para “indigentes”, em isolamento, dessa vez para sempre.

FIGURA 34 – Vista parcial do Cemitério do Sanatório São Sebastião. A grande maioria das cruzes não traz qualquer identificação. Ao lado direito, cada gaveta contém diversas ossadas, também sem qualquer identificação.



Foto: Natalirio C. Cardoso Jr, 2017.

No entanto, mesmo que seus restos físicos permaneçam como indigente no cemitério do São Sebastião, sua lembrança permanecerá eternamente no seio da família, e deste momento em diante, também como um personagem histórico que me ajudou e continuará ajudando outros pesquisadores a contar um pouco da trajetória do combate à tuberculose no Sanatório São Sebastião e no Estado do Paraná.

²⁶ Atualmente no Cemitério do Sanatório São Sebastião a maioria das covas não possui identificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor este trabalho, inicialmente, surgiu-me a preocupação de narrar a trajetória dos anos finais de meu avô não como uma biografia ou uma história pautada em enaltecimento da família, mas sim de forma mais neutra possível. Meu foco seria caminhar estritamente pela estrada pavimentada pela ciência e metodologia histórica e acima de tudo, fazer um trabalho minimamente à altura das fontes selecionadas para tal. Nesse aspecto destaco: as cartas escritas por Cleto, que sobreviveram por 62 anos, sob a guarda, primeiramente de minha avó e, posteriormente, de meu pai; e todo o vasto material obtido nos arquivos do Sanatório São Sebastião, que ainda servirão a trabalhos futuros deste ou de outros pesquisadores.

Um grande desafio no percurso deste trabalho foi desvendar todo o aparato técnico exposto na literatura médica acerca da tuberculose e especialmente nos prontuários médicos que não são escritos para um público exterior à classe médica, mas sim à seus pares. Adentrar a este círculo sempre requer muito esforço e demanda a superação de uma série de barreiras, incluindo as legais.

Em minha primeira visita ao Sanatório São Sebastião para coletar dados da pesquisa, tenho de admitir que logo ao chegar em seu portal de entrada, abateu-se sobre mim uma forte emoção proveniente de uma vida toda ouvindo narrativas, sobre como eram seus arcos da entrada, seus belos jardins e bosques, do belo prédio e de como tudo isso se misturou quase que intimamente à morte de meu avô. Ao deixar o Hospital, como é chamado hoje, tinha a certeza de que aquela história precisava ser contada, aquela instituição quase centenária precisava ser um dos protagonistas de meu trabalho. Frente a sua imponência, representatividade e relevância, não poderia ser diferente.

A tuberculose é ainda nos dias de hoje uma das principais causas morte no mundo, sendo a doença infecto contagiosa que mais mata. Em 2018, segundo a OMS, cerca de 10 milhões de pessoas contraíram a doença e mais de 1,5 milhão morreram. Tais dados apenas reforçam a importância de instituições como o São Sebastião que ainda hoje cumpre sua função de tratar dos tuberculosos, no entanto, com foco em pessoas em situação de grande vulnerabilidade social. Contar parte da história desta instituição é fazer um pouco de justiça para com os milhares que ali faleceram e os outros tantos milhares que de lá saíram curados.

O entrelaçamento das histórias do Sanatório com a história de vida de meu avô, coincidentemente se deu em um momento de transição dos saberes médicos, um momento de limiar entre as práticas que estavam em vias de se tornarem obsoletas e ultrapassadas com as modernas que já estavam em uso, porém, por uma série de fatores, ainda questionáveis ou pouco eficientes. Talvez este momento de penumbra, tenha feito de meu avô mais um número nas estatísticas dos relatórios anuais que aqui utilizamos, mas reavivar sua memória neste trabalho, também nos leva a reafirmar que existem pessoas por trás daqueles números. E a meu ver esta é uma das funções do historiador, dar voz às pessoas por trás daqueles números. Vozes que de outra forma estariam para sempre silenciadas, dentro de uma pasta empoeirada, em uma grande estante, no porão do Sanatório. Existem muitas outras vozes lá, milhares delas esperando para ser reveladas, assim como as poucas que humildemente trouxe à luz neste trabalho.

REFERÊNCIAS

- ACHARD, L. **La cura della Tuberculosis Polmonare col metodo Forlanini**. Comunicazione fatta alla Società toscana d'Igiene nell'Adunanza, Firenze: Via dei Serragli, 1914.
- ANTUNES, J.L.F.; Waldman, E. A.; Moraes, M. **A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade**. Rio de Janeiro: Hist. Ciência e Saúde-Manguinhos, 2000.
- ANTUNES, JLF; Waldman, EA. **Tuberculosis in the twentieth century: time-series mortality in São Paulo, Brazil, 1900-97**. São Paulo: Cad. Saúde Pública, 1999.
- BARBOSA, Renato. **Contribuição ao estudo clínico do pneumotórax artificial**. Porto Alegre: Biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1932.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso, 1900-1959**, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.
- BETTEGA, João Ernani. **Anais Paranaenses de TB e doenças torácicas**. Sociedade paranaense de fisiologia. Curitiba, 1956.
- CASTRO, E. A. **A arquitetura do isolamento em Curitiba na República Velha**. Curitiba: E. A. Castro, 2004.
- CHARTIER, Roger. **O mundo como representação**. 5. ed., São Paulo: Vozes, 1991.
- CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: as artes do fazer**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- FERNANDES, L; JUK, Beatriz V. **A tísica no Paraná**. Secretaria de Saúde do Paraná. Curitiba, 1992.
- FRAGA, Hélio. **Contribuição ao Estudo da Quimioterapia da Tuberculose Pulmonar**. Rio de Janeiro: Fundação SESP, 1960.
- GILL, Lorena. **O Mal do Século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930**. Pelotas: EDUCAT, 2007.
- GOMES, Ângela de Castro. **Escrita de si, Escrita da História: a título de prólogo**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.
- GUARINELLO, Norberto Luiz. História científica, história contemporânea e história cotidiana. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, v. 24, n. 48, p. 13-38, 2004.
- GUERRAND, Roger-Henri. Guerra à tuberculose! *In*: LE GOFF, Jacques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1991.
- HIJJAR, Miguel Aiub et al. Retrospect of tuberculosis control in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 50-57, 2007.
- HIRSHBERG B.; BIRAN I.; GLAZER M.; KRAMER M.R. **Hemoptysis: etiology, evaluation, and outcome in a tertiary referral hospital**. Chest, vol. 112, n. 2, p. 440-444, 1997.

KUMMER, Carmen S. da Fonseca. **Não esmorecer para não desmerecer:** as práticas médicas sobre a saúde da população rural paranaense na Primeira República, 1916-1930. Mestrado (Dissertação em História), Departamento de História, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

LAROCCA, Liliana Müller; MARQUES, Vera Regina Beltrão. Higienizar, cuidar e civilizar: o discurso médico para a escola paranaense (1920-1937). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, pág. 647-660, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 dez. 2019.

LAROCCA, L. M.; MARQUES, V. R. B. A construção do novo Paraná: Uma análise dos discursos higienistas (1853 - 1930). **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17187/11322>. Acesso em: 27. nov. 2020.

LE GOFF, Jacques. **Por amor às cidades:** Conversações com Jean Lebrun. São Paulo: Fundação Editora da Unesp. 1998.

LE GOFF, Jacques. **As Doenças tem história.** Lisboa: Terramar, 1985.

MACIEL, Marina de Souza. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev. Bras. Clin. Med.**, vol. 3, n. 10, p. 226-230, São Paulo, 2012.

MARTINS, J. S. **A sociabilidade do homem simples.** São Paulo: Hucitec, 1998.

MARSICO, G. A. Tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 406-411, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912014000600406&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 25 abr. 2019.

MATTOS, Sounis E. L. **A marcha da mortalidade pelas doenças infecciosas no município de Curitiba.** Curitiba, 1940.

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

OLIVEIRA, Marinice Sant'Ana de. **Em páginas impressas e nas ondas do rádio:** ações educativas para combater a tuberculose. Curitiba, 1937-1952. Dissertação (Mestrado em Educação), Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2012.

PAPALLI, Maria Aparecida. **Histori(cidades):** Um olhar multidisciplinar. São Paulo: Univap, 2008.

REVEL, J.; PETER, J. O Corpo: o homem doente e sua história. *In:* Le Goff, J.; Nora, P. **História Novos Objetos.** Rio de Janeiro: Francisco Alves Editores, 1976.

RIBEIRO, L. **A luta contra a Tuberculose no Brasil.** Rio de Janeiro: S.C.P., 1956.

RONCAGLIO, Cynthia; NEUERT, Márcia; MARTINS, Maria da Aparecida Borges. Apontamentos para uma história da saúde: as fontes documentais do Paraná. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.223-235. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702001000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11. dez. 2019.

STERN, Iris. **As campanhas de prevenção às doenças e sua ação educativa**. Dissertação (Mestrado em Educação), Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2003.

STROETER, J. R. **Arquitetura & teorias**. São Paulo: Nobel, 1986.

SIQUEIRA, M. T. A. D. **Saúde e doença na Província do Paraná (1853-1889)**. Tese (Doutorado em História Demográfica) – Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1989.

SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. **História da lepra no Brasil: período republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956.

SOUNIS, Emilio Leão de Mattos. **A marcha de mortalidade pelas doenças infecciosas no município de Curitiba (1905-1939)**. Tese de Livre Docência da Cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina do Paraná. Curitiba, 1940.

FONTES

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. **Manual de Bacteriologia da Tuberculose**. Rio de Janeiro, 1994.

SANATÓRIO da Lapa transformado em campo de concentração. **Jornal Última Hora**, Curitiba, p. 2, 02 jun. 1961.

VERDADES que precisam ser conhecidas sobre o Sanatório São Sebastião . **Jornal A Tarde**, Curitiba, p. 1, 09 mar. 1959.

O SANATÓRIO São Sebastião não deve servir de isca para os politiqueiros. **Jornal A Tarde**, Curitiba, p. 8, 05 mar. 1959.

FUNCIONÁRIOS do Sanatório São Sebastião estão sem salário. **Jornal Última Hora**. Curitiba, p. 1, 23 jan. 1959.

SANATÓRIO São Sebastião continua com superlotação. **Jornal Correio do Paraná**. Curitiba, 16 set. 1959.

A CHEGADA da estreptomicina no Brasil e no Paraná, **Jornal O Dia**. Curitiba, p. 1, 8.dez.1946.

TUBERCULOSE mata no Paraná em índice assustador. **Jornal Diário da Tarde**, Curitiba, p. 1, 06 nov. 1937.

TUBERCULOSE se espalha pelo Paraná. **Jornal Diário da Tarde**, Curitiba, p. 1, 16 nov. 1937.

INAUGURAÇÃO do Sanatório São Sebastião. **Jornal Diário da Tarde**, Curitiba, p. 1, 31 out. 1937.

A SEMANA da tuberculose de Curitiba. **Jornal Diário da Tarde**, Curitiba, p. 5, 09 nov. 1937.

A VENDA da estreptomicina em Curitiba, **Jornal Diário da Tarde**, Curitiba, p.1, 26 ago. 1948.

NORMAS para o diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose. **Revista Médica do Hospital das Clínicas**. São Paulo, v. 1, n. 12, 2006.

PARANÁ, Governo do. **Mensagem ao Congresso Legislativo do Estado do Paraná**. Curitiba, p. 194, 1928.

PARANÁ, Governo do. **Mensagem ao Congresso Legislativo do Estado do Paraná**. Curitiba, p. 16, 1932.

PARANÁ, Governo do. **Mensagem ao Congresso Legislativo do Estado do Paraná**. Curitiba, p. 88, 1937.

A SEMANA da tuberculose de Curitiba. **Revista médica do Paraná**. Curitiba, v. 2, n. 5, p.350. set-out. 1937.

A SEMANA da tuberculose de Curitiba. **Revista médica do Paraná**. Curitiba, v. 2, n. 6, p.492. nov-dez. 1937.