

BIOPODER E SABER MÉDICO: normatização, vigilância e controle de corpos tuberculosos (Brasil, 1920 – 1970)¹

Biopower and medical knowledge: standardization, surveillance and control of
tuberculous bodies (Brazil, 1920 - 1970)

Francisco Egberto de Melo²
Raiza Amanda Gonçalves de Souza³
Deyvillanne Santos Oliveira dos Anjos⁴

Artigo recebido em: 21/07/2020.

Artigo aceito em: 30/09/2020.

RESUMO

Partindo dos conceitos de biopoder e de sociedade da normalização, analisamos a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a luta contra a tuberculose, no Brasil, entre os anos de 1920 e 1970, utilizando documentos institucionais, relatos e jornais para identificar as articulações entre o saber médico e a legislação que geraram relações de poder capilarizadas nos espaços sociais, criando uma teia de regulação e disciplina normatizadora e normalizadora de hábitos e

¹ O artigo é parte dos resultados obtidos na pesquisa financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP – Biopoder, Saúde e Saber médico: O Hospital Manuel de Abreu e as práticas de cura e controle da tuberculose na Região do Cariri nos anos de 1970.

² Professor do Departamento de História da Universidade Regional do Cariri (URCA). Mestre em História Social e Doutor em Educação. Líder do Núcleo de Pesquisa Ensino, História e Cidadania - NUPHISC/CNPq. Pesquisador produtividade BPI/FUNCAP, tendo como projeto de pesquisa: Biopoder, Saúde e Saber Médico: o Hospital Manuel de Abreu e as práticas de cura da tuberculose na região do cariri, nos anos de 1970. Link do Currículo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9678929686996279>>. Endereço de e-mail: <francisco.melo@urca.br>.

³ Estudante de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Bolsista do Projeto de pesquisa em fase de conclusão: "Biopoder, Saúde e Saber médico: O Hospital Manuel de Abreu e as práticas de cura e controle da tuberculose na Região do Cariri nos anos de 1970", coordenado pelo professor Dr. Francisco Egberto de Melo e financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP-CE. Link do Currículo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/1437942309481845>>. Endereço de e-mail: <raiza0407@hotmail.com>.

⁴ Estudante do curso de História da Universidade Regional do Cariri, bolsista no projeto de pesquisa "Biopoder, Saúde e Saber médico: O Hospital Manuel de Abreu e as práticas de cura e controle da tuberculose na Região do Cariri nos anos de 1970", coordenado pelo professor Dr. Francisco Egberto de Melo e financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP-CE. Link do Currículo Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2753886464075001>>. Endereço de e-mail: <deyvillanne@gmail.com>.

costumes individuais e da sociedade em geral. Identificamos essas práticas cotidianas como artes de viver que se retroalimentavam com a criação e redefinição de espaços de controle e vigilância da tuberculose e pessoas, como habitações, escolas, fábricas e hospitais, a exemplo do Hospital Manuel de Abreu na cidade de Crato, Ceará-Brasil.

Palavras-chave: Tuberculose; Controle; Biopoder e Espaços Sociais.

ABSTRACT

Starting from the concepts of biopower and normalization society, the creation of the National Department of Public Health (NDPH) and the fight against tuberculosis were analyzed, in Brazil, between the years 1920's and 1970's. Institutional documents, reports and journals were used, in order to identify articulations between medical knowledge and legislation that generated capillary power relations in social spaces, forming a regulating and standardizing and normalizer web of discipline and habits of individuals and general customs. These daily practices were identified as arts of living which fed back with the creation and redefinition of spaces of control and surveillance of people and tuberculosis, such as habitations, schools, factories and hospitals, in example of Manuel de Abreu Hospital located in Crato city, Ceará- Brazil.

Key words: Tuberculosis; Control; Biopower and Social Spaces.

1. Introdução.

Entre os anos de 1920 e 1970, com base nos preceitos de higiene e climatoterapia, vários sanatórios foram fundados no Brasil com o objetivo de superar as doenças que assolavam o País. Para o tratamento da tuberculose, o saber médico se articulou com várias instituições, como hospitais, escolas, administração pública, imprensa, dentre outras, gerando uma teia de saberes médicos e jurídicos, opiniões e conhecimentos científicos, que formaram um corpo de verdades reveladas, não apenas nos textos teóricos e científicos, mas no conjunto de práticas e instituições. Neste sentido, formaram-se discursos que se constituíram no corpo social brasileiro e estabeleceram relações de poder aqui analisadas conforme o pensamento de Michel Foucault, ao entender que em nossa sociedade, como em qualquer outra,

múltiplas relações de poder perpassam, caracterizam, constituem o corpo social; elas não podem dissociar-se, nem estabelecer-se, nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação, um funcionamento de um discurso verdadeiro. Não há exercício de poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcionem nesse poder, a partir e através dele. Somos submetidos pelo poder à produção de verdade (FOUCAULT, 2010, p. 22).

Partindo da ideia de que o poder é exercido em reciprocidade aos discursos de saber, analisamos as construções discursivas sobre a tuberculose como verdades historicamente constituídas em práticas de controle sobre a vida e do como viver, ampliando e controlando os corpos em seus espaços de convivência. Não diferente de outras doenças, principalmente as de grande alcance humano, os discursos sobre a tuberculose se constituem em controle sobre a vida e a morte, estendendo os limites do poder sobre a sociedade como um todo e os corpos individualizados.

Neste artigo, fruto de uma pesquisa em processo de encerramento sobre o Hospital Manuel de Abreu, localizado na cidade de Crato, Ceará, partimos de dois documentos básicos: o decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP⁵, e a carteira de saúde, mecânicas de vigilância e disciplina, que nos fazem entender as relações de convivência nos diversos espaços atingidos por esta legislação durante cinquenta anos. Além dos documentos citados, utilizamos jornais de época que nos ajudaram a identificar os processos de normalização dos exercícios de poder e disciplinarização de condutas e usos nos espaços de convivência com a Tuberculose, especialmente os hospitais, a exemplo do Hospital Manuel de Abreu.

Habitações, escolas, fábricas, e hospitais são vistos aqui como espaços onde o viver se insere “em um conjunto de relações que definem posicionamentos irreduzíveis uns aos outros e absolutamente impossíveis de ser sobrepostos” (FOUCAULT, 2017a, p. 1574)⁶. Espaços, portanto, que estabelecem relações de heterogeneidades não hierarquizadas que se interseccionam introspectivamente. Neste sentido, apontamos para os quatro problemas fundamentais enfrentados pelo

⁵ Brasil. Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o Regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14354-15-setembro-1920-503181-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso: 20 de jan. de 2019.

⁶ “d’un ensemble de relations qui définissent des emplacements irréductibles les uns aux autres et absolument non superposables” (FOUCAULT, 2017a, p. 1574).

médicos-especialistas do espaço, segundo Michel Foucault: “localizações, coexistências, moradias e dos fatos de população” (FOUCAULT, 2016, p. 324-325).

Os documentos analisados dizem respeito a espaços diversos de passagem, de repouso, ou mesmo de cura, talvez de espera da morte. Poderíamos começar por qualquer um deles para fazer a descrição “desses diferentes posicionamentos, buscando qual é o conjunto de relações pelo qual se pode definir esse posicionamento” (FOUCAULT, 2017a, p. 1574)⁷. Optamos pela ênfase no hospital, em intersecção com outros espaços, tendo a tuberculose como ponto nodal da rede que religa os pontos da trama narrativa que se segue, iniciando com a Reforma Carlos Chagas, de 02 de janeiro de 1920⁸, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios do Interior, regulamentado em 15 de setembro do mesmo ano, que passou a definir as estratégias de controle da tuberculose e dos tuberculosos durante mais de cinquenta anos.

2. DNSP: saberes médicos e normas de capilarização espacial

Dentre as regulamentações do DNSP, definidas pelo Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920⁹, a maior preocupação era com o combate às doenças venéreas, à lepra e à tuberculose. Nestes casos, o principal mecanismo de controle deveria ser a criação de espaços de isolamento, destacando-se a tuberculose:

⁷ “de ces différents emplacements, em cherchant quel est l’ensemble de relations par lequel on peut définir cet emplacement” (FOUCAULT, 2017a, p. 1574).

⁸ Brasil. Lei Nº 3.987, de 02 de janeiro de 1920.

Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>>. Acesso em: 20 de jan. de 2019.

⁹ Para maior praticidade, sempre que houver citação de Artigo, Parágrafo, ou inciso, sem referência, será referente ao Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Em alguns casos, o Decreto será citado como Regulamento, tendo em vista ser este o seu teor: “Approva o regulamento para o Departamento Nacional de Saude Publica”

Art. 245. Será installado opportunamente um hospital de isolamento destinado a doenças de notificação compulsoria, exceptuadas a variola, a tuberculose e a lepra, que terão isolamentos especiaes” (Art. 245).

Art. 451. Nos hospitaes, casas de saúde, asylos e retiros, os tuberculosos não poderão ser tratados ou permanecer sem as precauções de isolamento adequadas.

Parapho unico. As administrações desses estabelecimentos ficam obrigadas a organizar serviços especiaes para o tratamento e agasalho desses doentes, de accôrdo com o Departamento Nacional de Saúde Publica.¹⁰

Para a tuberculose eram definidas atividades regulatórias que reforçavam os poderes dos serviços sanitários. De acordo com o previsto no artigo 5º do Decreto 14.354/1920 que distribuía os 75 inspectores sanitarios, 20 sub-inspectores sanitarios e 10 medicos de hospitaes de isolamento, a Diretoria Geral do DNSP deveria ser distribuída em três Inspetoras, sendo uma delas exclusivamente voltada para a tuberculose, a “Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose e Hospitaes de Isolamento”, o que nos indica a relação entre a tuberculose e isolamento – o controle da primeira dependia da prática do segundo.

Isolar a tuberculose significava isolar os tuberculosos em hospitais exclusivos, com uma estrutura centralizada de controle da doença e de seus corpos, portanto, na lógica do “olho do poder”, como nos destaca Foucault ao analisar as estruturas hospitalares:

Era preciso evitar os contatos, os contágios, as proximidades e o amontoamento, garantindo a ventilação e a circulação do ar: da mesma forma, dividir o espaço e deixá-lo aberto, assegurar uma vigilância que fosse ao mesmo tempo global e individualizante, separando-se os indivíduos que deviam ser vigiados (FOUCAULT, 2016, p. 319).

No Regulamento estabelecido pelo Decreto analisado, a palavra tuberculose se repete 111 vezes nos extensos 1.195 artigos, o que demonstra ser a doença de principal preocupação, seguida pela lepra, repetida 55 vezes, as doenças venéreas, 43, já o câncer, apenas 14. Dentre outros mecanismos de controle sobre as

¹⁰ Em todos documentos de época foram mantidas as escritas conforme o original.

peças, mais do que sobre as doenças – sempre com ênfase para a tuberculose – destaca-se o controle nos espaços de trabalho e escolares. A criação da carteira de saúde (Art. 217), para muitas profissões a primeira condição para conseguir o emprego, seria importante mecanismo de controle, não sendo concedida a quem tivesse sido acometido pela tuberculose, como às amas de leite, por exemplo:

Art. 223. Para as amas de leite é obrigatorio o exame e a obtenção da carteira de saude antes de se empregarem.

Parapho unico. As que não estiverem em estado de perfeita saude, as que tiverem sofrido de tuberculose, syphilis, boubas, não poderão empregar-se.¹¹

Uma vez infectada pelas doenças citadas, a ama de leite não exerceria mais a profissão, deveria buscar outra forma de sobrevivência. Sabe-se, hoje, que a tuberculose não é transmitida pelo leite materno, mas pela presença do bacilo em gotículas originárias de espirros ou tosses, o que ainda não era claro à época¹². Pouco importaria que a ama tivesse sido curada, estaria condenada para sempre a não ser mais ama de leite, caso contraísse a tuberculose.

O mesmo valia para as mães tuberculosas com bebês recém-nascidos: “Os directores e administrações de maternidade, os medicos parteiros, as parteiras deverão

¹¹ Não seria fornecida a carteira de saúde, segundo o Art. 218. a) aos atacados de tuberculose aberta, lepra ou trachoma; b) aos não vacinados, ou que, não tendo sido revacinados dentro do prazo da lei; não sequizerem submeter à vacinação ou revacinação; Art. 219. Aos individuos atacados de lei shmaniose, boubas, ozena, syphilis no periodo contagiante, blenorragia aguda, ophtalmia purulenta, doenças parasitarias da pelle, pediculose, bem como de qualquer doença aguda transmissivel, só será fornecida carteira de saude após a cura ou tratamento conveniente.

¹² Guia Prático de Atualização, do Departamento Científico de Aleitamento Materno N° 2, da Sociedade Brasileira de Pediatria, Agosto de 2017, revisado em Novembro de 2019: “Mulheres com sinais, sintomas e exames radiológicos consistentes com doença tuberculosa ativa devem restringir o contato com a criança devido à transmissão potencial da doença por meio das gotículas do trato respiratório. Durante o período de investigação da doença, o leite materno pode ser ordenhado e oferecido à criança, por não haver risco de passagem do Mycobacterium tuberculosis pelo leite humano. A ordenha deverá ser realizada no mínimo 6-8 vezes nas 24 horas seguindo as normas higiênicas como lavagem das mãos, proteção dos cabelos com touca e uso de máscara limpa cobrindo nariz e boca, e o leite humano ordenhado cru oferecido para a criança.”

Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_21432d-GPA_-_DoencMat_Infec_e_Amam_revisado.pdf>. Acesso em 21 de fev. de 2020.

notificar à Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose os casos de tuberculose confirmados ou suspeitos observados nas parturientes” (Art. 434). Os detentores dos saberes médicos, portanto, deveriam ser vigilantes – mais uma vez o “olho do poder” (FOUCAULT, 2016, p. 318) – definindo os limites espaciais de coexistência entre mães e filhos recém-nascidos, separados imediatamente e a amamentação proibida.

Constituía-se, assim, o decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920, um discurso sobre a Tuberculose, que inquiria e submetia as pessoas à uma legislação que se produzia como verdade a julgar, condenar, classificar, obrigar e destinar, ou seja “a uma certa maneira de viver ou a uma certa maneira de morrer, em função de discursos verdadeiros, que trazem consigo efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 2010, p. 22). Poder que estendia as regras do direito e seus efeitos aos limites dos corpos em suas relações espaciais e de experiências. A Carteira de Saúde funcionava como mecanismo que se reafirmava em sua extensão capilar, definindo-se como técnica de profissão e de maternidade, nas relações de pessoa a pessoa, notadamente entre as mulheres, amas de leite ou mães, e as crianças recém-nascidas.

O referido Código, em seu artigo 261, listava uma série de doenças, dentre elas a tuberculose, a serem notificadas ao superior mais próximo, criando uma tecnologia de poder pela confissão obrigatória que irrigava seus efeitos aos fios mais finos do corpo social. Segundo o artigo 262, a notificação deveria ser feita:

- a) ao chefe da casa, ao parente mais proximo que nella residir com o doente ou suspeito, ao enfermeiro ou pessoa que o acompanhe;
- b) nas casas de habitação collectiva, aos que as dirigirem ou por ellas responderem ainda que já tenha sido feita por outra pessoa;
- c) ao que tiver a seu cargo a direcção de estabelecimento commercial, industrial ou agricola, collegio, escola, asylo, casa da saude ou hospital onde estiver o doente ou suspeito;
- d) ao medico que o examinar, ainda que não assuma a direcção do tratamento. Nos casos de lepra a notificação incumbe tambem ao proprio doente.

Aqueles que não fizessem a comunicação seriam apenados com multa, ou mesmo a demissão, caso servidor do DNSP. Havia a necessidade de vigiar o doente em seus espaços permanentemente:

e) é igualmente obrigatória, e deve ser feita no mesmo dia, a notificação de mudança e de morte dos doentes de tuberculose aberta e de lepra, com indicação naquele caso da nova residência.

Ninguém estava isento: médicos, doentes que se deslocassem, nem mesmo os falecidos.

Art. 263. O medico que infringir, reincidindo, as disposições contidas na letra e do artigo precedente, será declarado suspeito pelo Departamento Nacional da Saude Publica, sendo todos os doentes por elle visitados e os obitos que attestar sujeitos á verificação por parte da autoridade sanitaria, para o que se farão as necessarias communicações ao serviço funerario, que não poderá, proceder á inhumação sem a autorização da Directoria dos Serviços Sanitarios Terrestres. (Art. 262. § 3º. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920)

As técnicas e procedimentos de autoridade se deslocavam, se estendiam e investiam sobre os tuberculosos definindo os lugares a eles reservados:

Art. 386. O isolamento nosocomial será feito, conforme os casos, em estabelecimentos fundados pelo Governo Federal, pelos Governos estaduais e municipais ou por pessoas e associações privadas, de acordo com instruções expedidas pelo Inspector de Prophylaxia da Lepra.

Parapho unico. O isolamento nosocomial terá sempre em vista as preferencias do doente por determinado local e as vantagens medicas e higienicas, julgadas em casa caso pela autoridade sanitaria.

Art. 387. Os estabelecimentos nosomias serão, conforme os casos, os seguintes:

- a) Colonia agrícola;
- b) Santatorios ou hospitais
- c) asylos

O decreto aqui analisado reservava o **“TÍTULO IV”, com vinte e três capítulos correspondentes à tipificação das doenças de notificação compulsórias e suas respectivas profilaxias**. Aprovadas como “regulamento”, as profilaxias tornaram-se códigos de conduta, afetando diretamente as famílias, os

círculos de convivência imediata dos adoecidos, médicos, enfermeiros, instituições e todos que de alguma forma tivessem envolvimento com os acometidos pelas doenças. Estabelecia-se um processo de repressão e exclusão. Lepra e tuberculose ocupavam a maior atenção, seguidas pelas doenças venéreas e varíola.

A principal preocupação, no entanto, era com os tuberculosos que deveriam ser excluídos da convivência social. Essa foi, no geral, a forma de controle da tuberculose, entre os anos de 1920 e 1970. Tendo em vista que até o final dos anos de 1960, no Brasil, não havia o uso efetivo da vacina nem tratamento eficaz, a saída era excluir os doentes, como ocorria no serviço público: “Não serão admittidos em cargos publicos, interinos ou effectivos as pessoas affectadas de tuberculose aberta, e como taes reconhecidas pela Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose, quando dahi possa advir perigo de contagio” (Art. 454. Decreto de 1920).

As notificações referentes à tuberculose, deveriam trazer o nome do doente apenas pelas iniciais. Ou seja, o Inspetor, e somente ele, saberia os nomes dos que tivessem sido acometidos pela doença, poder que se reforçava no Parágrafo 2º do artigo 454: “Sempre que houver duvida sobre o diagnostico de tuberculose ou sobre o facto della ser ou não contagiante ou aberta, deverá ser reclamada a intervenção da Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose, que fará os exames necessarios gratuitamente”.

O aparente cuidado com a privacidade não se efetivava na prática. A Carteira de Saúde, exigida nos contratos de trabalho e renovada de em tempos em tempos, tornava-se, de fato, a confissão forçada, como nos lembra Michel Foucault sobre as técnicas de revelação obrigatórias de verdade e a imposição de poder:

Para caracterizar não o seu mecanismo, mas sua intensidade e constância, poderia dizer que somos obrigados pelo poder a produzir a verdade, somos obrigados ou condenados a confessar a verdade ou a encontrá-la. O poder não para de interrogar, de indagar, registrar e institucionalizar a busca da verdade, profissionaliza-a e recompensa-a.” (FOUCAULT, 2016, p. 279)

A carteira de saúde era a confissão que denunciava as pessoas em todos lugares. Quem não a recebia ou não renovava por “incapacidade física” era motivo de desconfiança, discriminação, isolamento, silêncio e esquecimento.

Art. 460. Nenhuma pessoa affectada de tuberculose aberta ou do larynge poderá exercer qualquer das seguintes profissões:

- a) As profissões que lidem com meninos (professores, mestres, preceptores, governantes, amas, aios, bedéis, inspectores etc.);
- b) As profissões em que se manipulem, fabriquem ou vendam generos alimenticios (padeiros, confeitores, doceiros, quitandeiros, fabricantes de massas, açougueiros, leiteiros);
- c) As profissões em que se lidem com papeis ou livros publicos ou destinados a exame, consulta, emprestimo, venda ou entrega ao publico (empregados de bibliothecas, livreiros, papeleiros, empregados do foro, etc.);
- d) As profissões que colloquem o affectado em condições favoraveis de transmittir o germen: cigarreiros, dentistas, telephonistas, etc.

Parapho unico. Para o que respeita ao exercicio das funções publicas a tuberculose aberta é considerada causa de incapacidade physica.

O decreto gerava controle, ingerência e interdição do saber médico sobre as vidas dos tuberculosos. Os afetados pela doença eram, portanto, penalizados com o isolamento e a exclusão dos espaços coletivos, o que dificilmente mudaria, mesmo quando desaparecessem os sintomas da doença.

A tosse de forma insistente era motivo para discriminação, os olhares próximos atravessavam os ambientes com desconfianças de contaminação da moléstia estigmatizada. Aos estigmas somavam-se o preconceito em relação aos menos favorecidas, uma vez que a doença, ainda que não fizesse essa discriminação, era tida como “doença de pobre”. Ficar tuberculoso era, para muitos, sinal de que passavam fome ou levavam a vida desregrada dos poetas e boêmios.

Nos processos de aprimoramento das técnicas de registro e de inquirição, o regulamento previa um formulário específico para a tuberculose, fornecido pelo DNSP. Assim, o regulamento de 1920 tornou-se um aparelho jurídico de coerção

disciplinar de cada indivíduo e do corpo social como um todo, com poucas mudanças em relação à tuberculose ao longo dos tempos aqui analisados (1920-1970), no que diz respeito ao domínio sobre os corpos. Poder e vigilância que se exerciam sem tréguas, uma trama cerrada sobre a existência física, sujeitando as forças dos corpos.

Art. 438. Os medicos assistentes de doentes de tuberculose notificados são obrigados a communicar á Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose a mudança de residencia dos mesmos, quando essa se verifique.

Art. 439. Os medicos dos hospitaes, hospícios, asyls, sanatorios, casas de saude, etc. e as administrações de taes instituições são obrigados a notificar a alta, sahida, cura ou mudança para outro estabelecimento dos doentes de tuberculose que estiverem sob seus cuidados, com a designação do destino a que se dirigem.

Art. 440. Os infractores dos dispositivos dos dous artigos anteriores serão punidos com a multa de 500\$000.

No entanto, o discurso da regra jurídica não se afirmava por si. Havia um discurso disciplinar alheio ao da lei e à regra, que se naturalizava entremeadado pelo discurso dos saberes médicos, do saber clínico que ajudava a constituir a “mecânica polimorfa da disciplina” (FOUCAULT, 2010, p. 33), como se pode observar na fala do Dr. Genésio Pitanga, médico da Inspetoria e da Saúde Pública do Rio de Janeiro, para quem o doente deveria ser cientificado da “verdadeira natureza de seu mal” e assumisse a condição de doente e de autodisciplina:

Sem a certeza de que a sua afecção pulmonar é tuberculose, o doente não se presta fácil nem confiança a todas as exigências, não tanto cheias de transtornos e dissabores, do tratamento que lhe impõe mudanças de hábitos, mudança de local, supressão do exercício profissional, afastamento de interesses outros, etc. Sabendo que é tuberculose ele se submete a todas as imposições, adstringe-se ao rigor do tratamento, na esperança, tantas vezes realizada, de conseguir a cura. Sem a revelação da verdade não, não é possível, por exemplo, o afastamento dos filhos, maneira eficaz de protegê-los do contágio¹³.

¹³ Jornal **O Globo**, 19 de dezembro de 1925, Matutina, Geral, página 1. Disponível em: <<https://acervo.oglobo.globo.com/busca/?tipoConteudo=pagina&ordenacaoData=relevancia&callwords=tuberculose&anyword=&noword=&exactword=&decadaSelecionada=1920&anoSelecionado=1925>>. Acesso em 22 de abr. de 2020.

As afirmações do Dr. Genesisio Pytanga, ao tempo em que expressam o processo de “medicalização do comportamento, das condutas, dos discursos, dos desejos etc.” (FOUCAULT, 2010, p. 34), reforça o discurso da necessidade de revelação da verdade e submissão ao poder e saber médico.

3. A escarradeira como objeto de disciplinarização dos espaços

Com o processo de medicalização dos hábitos cotidianos, principalmente nos grandes centros urbanos, um objeto ganhou destaque: a escarradeira.

A “bacilofobia” estava em alta no Brasil e os saberes médicos não renunciavam à escarradeira, desde que seu uso também fosse disciplinarizado: definidos os locais onde deveriam ser colocadas, os processos de higienização e até punições para quem não cumprisse as normas:

Art. 441. As habitações collectivas, os hotéis, as pensões, as casas de commodos, as casas commerciaes, cinemas, theatros, fabricas, collegios, hospitaes, escolas, igrejas, as repartições publicas, todos os edificios ou logares frequentados pelo publico, são obrigados a ter, sob pena de multa de 20\$ a 50\$, tantas vezes repetida quantas forem as intimações não cumpridas, escarradeiras para uso do publico, cujo numero, typo e situação serão determinados de accôrdo com a Inspectoria do Prophylaxia da Tuberculose.

Durante muito tempo, ao longo do século XX, no Brasil, o costume de escarrar era visto como uma necessidade de expectorar as doenças pulmonares. Era preciso, portanto, controlar e esconder o esputo jogado fora do corpo. Daí toda uma normatização do uso das escarradeiras:

Art. 442. As escarradeiras collectivas serão elevadas do solo, construidas do vidro, louça vidrada ou ferro esmaltado ou nickelado, sendo o recipiente de forma cylindro-conica, munida de tampa que esconda o escarro, e devendo ainda conter no fundo uma camada de solução antiseptica de altura não excedente de dous centimetros.

A objeto acabou tornando-se, portanto, uma forma de controle, aliando-se à delicadeza, higiene e vergonha diante da possibilidade de ser identificado com os

tísicos. Uma vez disciplinado, o objeto se fez presente nos espaços onde as pessoas permanecessem por tempos maiores, a exemplo das salas de visita e dormitórios das casas, das salas de espera dos consultórios médicos ou dentários, escritórios de advogados, corredores de prédios muito frequentados, próximo aos balcões das farmácias. Nas calçadas dos centros das cidades, a presença da escarradeira era símbolo de higiene. O importante era que a cusparada não fosse parar no chão onde outros pudessem pisar e levar a contaminação para outros lugares, inclusive para casa.

Em alguns espaços de uso coletivo existiam os grupos de controle sobre o ato de cuspir. Nas escolas, por exemplo, eram comuns os “Pelotões de Saúde Escolar” que deveriam ser “compostos de grupos de vinte alunos, sendo, assim, uma espécie de escoteiros da saúde”¹⁴. A nomenclatura “pelotão” com a função de vigilância, assumia um discurso militarista, demonstrando que as regras de controle dos corpos para evitar a disseminação da tuberculose deveriam ser asseguradas de forma coativa, ainda que sutil, aprendidas e respeitadas. Uma das práticas de vigilância e controle sobre os corpos das crianças e adolescentes era pedir para que os estudantes respondessem um formulário com várias questões. Dentre elas, havia uma para assinalar se teria ou não realizado: “Hoje não cuspi nem escarrei no chão, nem espirrei nem tossi, a não ser no lenço”. Na sequência, vinha: “Hoje não menti, nem de brincadeira”.

Os pelotões de vigilância faziam parte da rede de controle nos espaços escolares em face da grande aglomeração de crianças e jovens, tornando-se os estabelecimentos de ensino importantes espaços de fortalecimento do poder médico e seus saberes, garantindo-lhes o aprimoramento das pesquisas, dos procedimentos de investigação, das técnicas de registro e dos aparelhos de inquirição.:

As inspectores medicos das escolas e os medicos dos institutos de ensino particulares são tambem obrigados a notificar á Inspectoria de Prophylaxia

¹⁴ SÁ, Carlos. A educação hygienica na escola primária. **O GLOBO**, 06 de outubro de 1925, Matutina, Geral, p. 8. Disponível em: <<https://acervo.oglobo.globo.com/consulta-ao-acervo/?navegacaoPorData=192019251006>>. Acesso em: 22 de abr. de 2020.

da Tuberculose os casos de tuberculose confirmados ou suspeitos observados entre os alunos, professores e empregados desses estabelecimentos.

Parapho unico. A Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose cooperará, nestes casos, com as autoridades escolares para a conveniente applicação das medidas de prophylaxia necessarias. (Art. 435)

Como salienta Foucault: “o poder, quando se exerce em seus mecanismos finos, não pode fazê-lo sem a formação, a organização, sem pôr em circulação um saber, ou melhor, aparelhos de saber” (FOUCAULT, 2010, p. 30).

Havia, portanto, a necessidade de se constituir um controle interno e moral de subjetivação sobre os cuidados para evitar a disseminação da tuberculose, sendo imperativo que as práticas de asseio e higiene fossem transformadas. Diante da dificuldade de acabar com a prática de escarrar, era preciso discipliná-la.

Já que as pessoas continuariam escarrando, que não fosse no chão ou nas paredes, mas nas escarradeiras. Vista como fator de higiene e prevenção contra a disseminação da tuberculose, a escarradeira passou a ser obrigatória nas salas, alcovas, corredores e varandas. A partir do regulamento de 1920, o objeto, que já ocupava a mobília da casa, podendo ter várias formas de louça, de madeira, de ferro, com flores desenhadas em relevo, subindo como um caule fino para desabrochar em forma de lírio, passou a ser controlada, conforme o artigo 442 em seus parágrafos subsequentes:

§ 1º As escarradeiras devem ser diariamente lavadas com agua fervendo ou com uma solução antiseptica, demoradamente, depois de esvasiadas de seu conteúdo.

§ 2º E' prohibido pôr nas escarradeiras quasquer substancias ou objectos estranhos aos fins para que ellas foram destinadas, taes como papeis servidos, restos de comida, pontas de cigarros, etc.

O medo era que a tuberculose fosse transmitida pelo escarro, principalmente nos espaços onde houvesse maior permanência de pessoas, ou nos espaços de passagem. A princípio, houve uma campanha contra o nojento utensílio destinado a acumular as escarradas puxadas do fundo do pulmão, em que pesem as campanhas publicadas nos jornais da época de convencimento para que se perdesse o “mao hábito de cuspir”. Mas o objeto “repugnante” venceu a batalha, passando a

ser defendido como estratégia de controle: “Em lugares em que fôr possível e conveniente, serão adoptadas as escarradeiras hydro-automaticas ou com fluxo de agua corrente, ligadas á rede de esgotos ou a fossas sépticas” (Art. 442, § 3º). O que seria bastante elogiado pelos defensores da higiene:

De certo tempo, para cá, devido ao nojo que ofereciam as antigas escarradeiras, houve uma corrente contrária ao seu uso, pois ellas, longe de preencherem seu fim, tornavam-se aparelhos perigosos pela limpeza de que careciam. Entretanto, as que ora são usadas, ligadas à rede de esgoto, movida por pedal e água corrente vieram preencher tão importante lacuna.¹⁵

As escarradeiras hidro automáticas eram vistas como “eficientes”, tendo em vista que bastaria uma, para garantir atendimento a várias pessoas “elegantes” em substituição às outras escarradeiras “nojentas”, que não supriam as necessidades de higiene, já que seria difícil, muitas vezes conter o escarro:

tanto são os fatores que contrariam o mau hábito de cuspir, que as outras escarradeiras, actualmente condemnadas, na realidade favoreciam. Quando porém, um acesso forte projecta à boca um escarro perigoso, a escarradeira ligada a uma rede de esgoto se encontra sempre limpa automaticamente, e prompta a dar a esse esputo um destino conveniente, protegendo a humanidade contra o terrível contágio da tuberculose¹⁶

De fato, como afirmado pelo médico Teixeira Coimbra, do Serviço de Saneamento Geral de Sergipe, em artigo publicado no Jornal **O GLOBO**, de 05 de outubro de 1925, com o título “O saneamento do Brasil e os entusiastas da benemerita campanha”, era preciso fazer uma “guerra contra o escarro, fonte primária do contágio”¹⁷, o que ia ao encontro do Regimento de 1920:

¹⁵ *A Tuberculose propaga-se pelo escarro*. **O GLOBO**, 05 de janeiro de 1928, Matutina, Geral, p.4. Disponível em <<https://acervo.oglobo.globo.com/consulta-ao-acervo/?navegacaoPorData=192019280105>>. Acesso em: 24 de jan. de 2020.

¹⁶ *A Tuberculose propaga-se pelo escarro*. **O GLOBO**, 05 de janeiro de 1928, Matutina, Geral, p.4. Disponível em <<https://acervo.oglobo.globo.com/consulta-ao-acervo/?navegacaoPorData=192019280105>>. Acesso em: 24 de jan. de 2020.

¹⁷ COIMBRA, Teixeira. *O saneamento do Brasil e os entusiastas da benemerita campanha – uma conferência que deve ser lida*. **O GLOBO**, de 05 de outubro de 1925, p. 6. Disponível em: <<https://acervo.oglobo.globo.com/consulta-ao-acervo/?navegacaoPorData=192019251005C&edicao=Matutina>>. Acesso em: 24 de jan. 2020.

Art. 442. § 4º Os lenços usados para a expectoração devem ser fervidos diariamente ou mergulhados em uma solução antiseptica durante tres horas, antes de enviados para a lavadeira ou lavanderia. Os lenços de papel usados serão queimados diariamente.

Art. 443. Nos hospitaes, casas de saude, sanatorios, asylas, etc., os escarros dos doentes ou asylados serão desinfectados diariamente, antes de rejeitados nos esgotos ou outro logar proprio.

Art. 444. Os estabelecimentos a que se refere o artigo anterior são obrigados a ter installados e funcionando aparelhos adequados para submeter os escarros ao vapor d'agua sob pressão á temperatura de 120º.

Segundo o médico sergipano, as doenças do século estavam quase todas controladas: a varíola; a febre amarela; nos portos, as doenças pestilenciosas, como cólera e peste bubônica; o grupo tifo-parasitoide. Outros males, precisavam de maiores cuidados, mas o controle seria fácil: a sífilis; a lepra; a mortalidade infantil. O mesmo não poderia ser dito em relação à tuberculose, a “doença de maior letalidade do mundo”. A guerra contra o escarro deveria ser acompanhada de “leis reguladoras do trabalho, as habitações higienicas cheias de ar e luz, os maiores inimigos do germe causador, a hospitalização em sanatórios, e o barateamento do custo de vida que possa permitir uma alimentação sufficiente...”, principais formas de “combate à peste branca”¹⁸.

Legisladores e médicos apoiavam-se uns nos outros, remetendo-se uns aos outros, ao mesmo tempo em que se fortaleciam e convergiam, definindo estratégias gerais e sujeições de crianças, adultos, pobres e todos que ignoravam os saberes de controle das doenças infectocontagiosas, notadamente a tuberculose. O discurso da guerra “contra o escarro” era como “um discurso sobre a guerra como fundamento indelével de todas as relações e de todas as instituições de poder” (FOUCAULT, 2010, p. 42), ou seja, as ações de combate à tuberculose deveriam ser encaradas como a guerra em todos espaços, não bastava a legislação para combater a tísica, a guerra

¹⁸ COIMBRA, Teixeira. *O saneamento do Brasil e os entusiastas da benemerita campanha – uma conferência que deve ser lida*. O GLOBO, de 05 de outubro de 1925, p. 6. Disponível em: <<https://acervo.oglobo.globo.com/consulta-ao-acervo/?navegacaoPorData=192019251005C&edicao=Matutina>>. Acesso em: 24 de jan. 2020.

era contínua a fazer estragos nas mais variadas relações sociais. Para o saber médico, a ciência teria a função de garantir o bem-estar, o não-sofrimento, mesmo quando a morte fosse inevitável, o hospital seria o grande seria seu principal palco nessa guerra.

4. O Hospital Manuel de Abreu como espaço redefinido pelo controle dos tuberculosos

Foi na Europa Moderna que o hospital começou a assumir a condição de parte do processo de espacialização próximo de como o conhecemos a partir do final do século XIX, quando as doenças foram envolvidas pela medicina e fracionada nas práticas de cura, o que implicou num “sistema de opções que diz respeito à maneira como um grupo, para se manter e se proteger, pratica exclusões, estabelece as formas de assistência, reage ao medo da morte, recalca ou alivia a miséria, intervém nas doenças ou as abandona a seu curso natural” (FOUCAULT, 2017b, p. 16). Assim, até o início do século XVIII, a prática da terapia e da cura eram essencialmente domiciliares, ao passo que o hospital era o local de controle das anomalias humanas, principalmente dos mais pobres, a serem assistidos espiritualmente enquanto aguardavam a morte física:

O personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo, é alguém a que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se corretamente, nesta época, que o hospital era o morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo - religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse salvação eterna (FOUCAULT, 2016, pp. 174-175).

Com efeito, a invasão europeia na América inseria-se, entre os séculos XV e XVIII, na cultura de exclusão dos doentes como forma de controlar as doenças trazidas pelos próprios colonizadores: “durante a colonização portuguesa se estabeleceram, no Brasil, jesuítas e colonos infectados pela ‘peste branca’. O contato permanente dos doentes com os índios proporcionou o adoecimento e a morte de

muitos nativos” (MACIEL; MENDES; GOMES; SIQUEIRA-BATISTA, 2012, p. 227).

Ao longo do império brasileiro e início da república, a assistência pública mudou muito pouco, o que não se pode dizer em relação ao avanço da tuberculose, aproximando-se de uma morte para cada cento e cinquenta habitantes no final do século XIX. Conhecida à época como “praga dos pobres”, a tísica não fazia parte dos mecanismos de saúde pública: “no campo institucional, foram as Santas Casas de Misericórdia que assistiram aos tuberculosos desde a colonização do Brasil até a fundação de sanatórios e dispensários” (CAMPOS; PIANTA, 2001, p. 62).

No início do século XX, a ausência do poder público no desenvolvimento de políticas de tratamento e prevenção da doença foi mantida. A situação só não era mais grave por conta das “Ligas” lideradas por médicos, com o apoio da sociedade civil, a exemplo da Liga Brasileira Contra a Tuberculose no Rio de Janeiro, hoje Fundação Ataúpho de Paiva, e a Liga Paulista Contra a Tuberculose, atuando em campanhas de educação, atendimento aos pobres e estímulo à criação de sanatórios, dispensários e proventórios (HIJJAR; GERHARDT; TEIXEIRA; e PROCÓPIO, 2007).

Nem mesmo a República e suas práticas sanitaristas e de higienização foi capaz de sensibilizar as autoridades legislativas brasileiras, a exemplo da rejeição à proposta feita por Oswaldo Cruz na tentativa de que o poder público assumisse a luta contra a Tuberculose, com o Plano de Ação Contra a Tuberculose (MACIEL; MENDES; GOMES e SIQUEIRA-BATISTA, 2012, p. 228). Enquanto isso, a doença se estabelecia como epidemia a desafiar os saberes da cura, tornando-se uma das principais causas de mortes da época: “a partir de meados do século XIX, praticamente todas as famílias cariocas contavam com pelo menos um de seus membros assaltado pela corrupção do peito”. (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 59).

Nas duas primeiras décadas do século XX, os brasileiros tiveram que conviver com a tuberculose e seu ambiente sombrio de estatísticas de mortandade,

atingindo principalmente as camadas mais pobres que habitavam em locais desassistidos pelos equipamentos de saúde pública. Vistos como inimigos sociais, semelhante aos criminosos, o Decreto 14.354, de 1920 determinou aos adoecidos as regras de isolamento que seriam seguidas nos cinquenta anos seguintes:

Art. 447. Todo doente de tuberculose contagiante deve ser mantido sob regimen prophylactico que evite as reinfecções e a transmissão da doença a outras pessoas.

§ 1º O isolamento do tuberculoso será em domicilio ou em hospitaes, sanatorios ou casas de saude apropriadas, publicos ou particulares.

§ 2º O isolamento do tuberculoso será feito tendo em vista o seu conforto e as condições mais favoraveis à sua cura.

Art. 448. O tuberculoso negligente ou propositadamente rebelde aos preceitos de prophylaxia da tuberculose e os impossibilitados, por sua pobreza, de executarem esses preceitos, serão isolados em hospitaes ou sanatorios.

Os que tinham melhores condições financeiras, buscavam a cura fora do Brasil, mas os sanatórios nos Alpes Suíços ou em regiões do país com clima mais ameno, a exemplo de Belo Horizonte, certamente não era o destino dos destituídos de posses e obrigados a permanecer no isolamento em casa, para os quais o Decreto de 1920 previa rigorosa vigilância:

Art. 449. Os tuberculosos, em domicilio, serão visitados periodicamente, as vezes necessarias, pelos inspectores sanitarios ou enfermeiros e enfermeiras visitadoras da Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose, com o fim de ensinar e recommendar os preceitos de hygiene anti-tuberculosa, verificar a applicação delles, verificar se o doente recebe conveniente tratamento e providenciar, na sua alçada, para o preenchimento das falhas que observar; informar sobre as condições higienicas do domicilio, as condições de trabalho dos doentes e as suas necessidades; e, em geral, colher e prestar todas as informações convenientes á prophylaxia da tuberculose e á cura do doente.

No Cariri, o principal exemplo de redefinições espaciais causadas pela tuberculose e as ações de controle dos tuberculosos é o prédio do Hospital Manuel de Abreu, desativado em 2014. Sua imponência remonta aos tempos em que a cidade do Crato parecera se aproximar da São José dos Campos, no estado do Rio de Janeiro, o maior centro de Tisiologia do Brasil. A cidade do sul do Ceará, por volta dos anos

de 1960, era vista, então, com condições climáticas, ainda que localizada no centro do semiárido nordestino e guardadas as muitas devidas proporções, semelhantes da cidade fluminense, pelo menos para os nordestinos.

A origem do prédio do Manuel de Abreu é do final dos anos de 1940, para abrigar o Seminário Apostólico da Congregação da Sagrada Família. Somente no final dos anos de 1960 tornou-se a unidade hospitalar Manuel de Abreu. Atualmente, aguarda a construção de um Centro Cultural do Cariri no local. No seu interior, entre documentos cheios de fungos, portas e vidraças quebradas, ferragens expostas, paredes de isolamento, próteses de pernas, braços e mãos e equipamentos abandonados, guardam-se diagnósticos, conversas, ritos e embates sobre os melhores caminhos de combate à tuberculose no final dos anos de 1960 e início dos 1970. Muitos foram ali em busca de salvação dos corpos, enquanto o saber médico buscava controle da doença. De lá, saíram ações de controle de pessoas e comportamentos, enclausuramentos que privaram “o indivíduo de sua liberdade considerado ao mesmo tempo como um direito e como um bem” (FOUCAULT, 1987, p. 16).

Quando o Seminário da Sagrada Família foi transformado em Hospital de referência para o tratamento da Tuberculose no Cariri, já iniciara o enfrentamento à doença com a vacinação usando a BCG (Bacilo de Calmette Guérin) de forma intradérmica por determinação do Ministério da Saúde, e com a penicilina para os já acometidos pela Tuberculose. Mesmo com as políticas de vacinação e tratamento, as práticas de isolamento não haviam se modificado. Normalmente, os adoecidos mais pobres passavam pouco tempo no hospital, sendo mandados para o isolamento em casa. Nos casos mais graves, permaneciam no hospital até às vésperas da morte, quando eram definitivamente “desenganados pelos médicos”, como se dizia à época.

A altitude perto de 500 metros acima do nível do mar, a boa umidade causada pelas muitas fontes naturais e a cobertura florestal da Chapada do Araripe (que chega a 1.000 metros em relação do nível do mar) davam ao Crato as condições dentre as mais favoráveis para o tratamento da tuberculose no Sertão nordestino.

Mesmo hoje, quem chega à cidade, de longe, percebe a torre de relógio, construída nos anos de 1950. Ainda que os ponteiros do relógio já não estejam por lá, as marcas na parede relembram aos mais velhos e vizinhos mais antigos o tempo sagrado das orações dos seminaristas, do despertar da manhã, do recolhimento da noite e das chamadas para as missas aos domingos abertas à comunidade.

Mas a torre tem outra camada de memória, do tempo de saúde, dos antibióticos, antiinflamatórios e outros fármacos e dos passeios em busca de ar puro, intercalados pelos longos tempos de repouso. Deitar-se e dormir no tempo certo era parte do tratamento contra a tuberculose. Havia, ainda, o tempo de comércio, de ansiedade da espera, das chegadas e partidas, tempo de abraços e choros, da tristeza de quem partia, ou de alegria dos que chegavam; tempo da espiga de milho, do feijão e do pequi; tempo do boteco, da cachaça e do cigarro, dos que frequentavam os diversos bares da Asa, lugar popularmente conhecido pelo conglomerado de pequenos comércios desenvolvidos a partir do ponto de parada de transportes de cargas e pessoas que vinham das cidades vizinhas, pessoas que estavam de passagem ou simplesmente que estavam por ali. Alguns ainda estão.

À torre juntam-se os dois amplos pátios divididos por dois longos vãos de corredores de salas e varandas por onde circulavam as pessoas e os ventos que vêm soprando em sentido contrário às calhas dos rios da região que se juntam ao Jaguaribe para desaguar em Fortim, antigo distrito de Aracati, São ventos que avivam durante quase todo o ano na região, trazendo a umidade do mar aos espaços mais distantes do sertão do Ceará. No centro dos dois longos corredores do prédio, localizamos a antiga capela em torno da qual se construiu o prédio. Nas extremidades da capela estão dois grandes vãos perpendiculares para formar uma enorme letra “**H**”¹⁹ montado sobre longas vigas longitudinais em concreto armado que formam uma única estrutura. Os corredores dão acesso aos dois pátios internos, com bosques em forma de dois grandes colchetes (] [) na horizontal que formam juntos o **H**. Desta

¹⁹ O fato do prédio ter sido idealizado por padres alemães após a segunda guerra mundial faz com que alguns digam que o H seria em alusão ao líder nazista. Nada comprovado.

forma, em qualquer lugar que se esteja em um dos corredores é possível observar tudo que ocorre no pátio daquele lado, nos corredores perpendiculares à frente e ao fundo e nas partes internas das antigas enfermarias e consultórios atravessados pela luz solar ao longo do dia. À noite tudo ficava na penumbra, exceto nas noites de lua, era hora do repouso absoluto, tanto na época do Seminário como do hospital. Ao final dos corredores, uma vez atravessada a haste do **H**, avista-se um pomar com árvores e plantas diversas.

Percebe-se na arquitetura do prédio construído para abrigar uma congregação religiosa, depois ampliado para acolher o seminário e, posteriormente, ampliado para ser transformado em hospital, um conjunto de mecanismos disciplinares fundados numa tecnologia anátomo-política dos corpos. Não havia o panótipo, mas havia o panoptismo, fundado em “mecanismos miúdos, cotidianos e físicos, por todos esses sistemas de micropoder essencialmente inigualitários e assimétricos que constituem as disciplinas” (FOUCAULT, 1987, p. 194-195).

Data de 14 de julho de 1947 a cerimônia das bênçãos liderada pelo bispo diocesano D. Francisco de Assis Pires, da capela em construção do Seminário da Sagrada Família, no sítio Recreio, nos subúrbios do Crato²⁰. Em 1955, com o Seminário já construído, destacavam Irineu Pinheiro e J de Figueiredo Filho:

no populoso Bairro do Recreio há um Seminário dirigido pela Congregação da Sagrada Família. Destina-se a preparar jovens para o Seminário Maior que a Ordem possui no Rio Grande do Sul. Seus orientadores são alemães, mas todos integrados na vida e na comunhão brasileira. Funciona em prédio que obedece a um dos mais belos estilos arquitetônicos do interior cearense e localiza-se num dos mais belos e aprazíveis recantos de Crato (FILHO FIGUEIREDO; PINHEIRO, 2010, p. 61).

Atualmente, na entrada do prédio, ainda encontramos a antiga portaria do Manuel de Abreu, um espaço com cerca de 40 metros quadrados, que dá acesso ao primeiro pavilhão, tanto à esquerda como à direita da base da letra “**H**” formada pela

²⁰ PINHEIRO, Irineu. *Efemérides do Cariri*. Coedição SECULT/Edições UFC – Fortaleza: Edições URCA, 2010. Fac-símile da edição de 1963, publicada pela Imprensa Universitária do Ceará, p. 230.

arquitetura do prédio. A entrada à direita de quem chega não é possível pela portaria, mas à esquerda temos uma porta de madeira entrelaçada que nos permite acesso a um lado da base do **H** formada por um longo corredor de salas que antes eram consultórios médicos. Nos consultórios podemos identificar janelas que antes eram abertas para um amplo pátio externo.

À direita do corredor de salas, temos um amplo pátio interno onde há um pomar com árvores frutíferas, nem todas de origem nativa. Ao descer para o pátio pode-se acessar um outro espaço, com várias divisões, onde antes fora a grande capela, base principal para a construção do antigo seminário. Se o visitante preferir atravessar o pátio, encontrará uma outra escada que dará acesso à parte construída em tempos mais recentes no processo de adaptação do prédio do Seminário ao Hospital. Nesta ala são encontrados grandes vãos antes utilizados como enfermarias coletivas e quartos menores que sugerem uso individual e de isolamento, numa subdivisão da vigilância e controle capaz de atingir “o grão fino da individualidade”, como nos destaca Foucault ao analisar “Os anormais” (FOUCAULT, 2010b, p. 40).

Os espaços do prédio destinados às enfermarias coletivas possuem grandes janelas com vitrais coloridos que possibilitavam a visibilidade dos corpos ao tempo em que embelezavam as sombras do cair da tarde. Nos quartos menores, destinados ao atendimento individualizado, as janelas são de madeiras o que possibilitava a luz e o arejamento, conforme as necessidades. Quando aberta, descortinavam a vista da chapada, quando fechadas geravam um ar mais sombrio e melancólico.

Em um dos corredores encontram-se antigos banheiros e ao final uma enorme gaveta, onde eram colocados os corpos falecidos que desciam até o necrotério, onde ficavam a esperar que seus familiares viessem buscar para o sepultamento. Os atuais voos rasantes dos morcegos e o cantar das corujas reforçam o ar sombrio do lugar. O desnível para o espaço inferior do necrotério dá acesso ao

pátio externo dos fundos do Hospital. Assim, aqueles que estavam na parte interna não viam a saída dos mortos. Somente os vivos eram vistos saindo do prédio.

O acesso pela porta da frente também dá acesso ao vão central da letra **H** do prédio, sendo formado por dois grandes e largos corredores de um lado e do outro, tendo ao centro a capela que deu origem ao prédio, com um pé direito de três andares. Quem contornar o vão que liga as duas grandes linhas do **H**, em direção à ala direita de quem entra, irá encontrar o acesso à torre localizada no centro do **H**. São vários degraus acima que começam em uma escada com apoio de um lado e outro, mas que, após a subida de dois andares, os apoios desaparecem, os degraus ficam estreitos, com pouco mais ou menos cinquenta centímetros de largura e apenas a parede em um dos lados como apoio, certamente um lugar a ser frequentado por poucos. No topo da escadaria, temos o acesso ao espaço do relógio, a vista da cidade e dos pátios externos.

Nas duas alas, à direita **H**, encontram-se na parte frontal mais consultórios e na parte dos fundos resquícius de maternidade, berçário, colchões, camas de campanha, sala de raio X, salas de cirurgia, espaço do gerador de energia e porões onde eram guardados documentos, como prontuários, livros de ponto, receituários.

Os pacientes que ficavam hospitalizados eram colocados em isolamentos com janelas para garantir o arejamento do ambiente. De início, os internos recebiam visitas, que aos poucos tornavam-se mais raras. Alguns parentes preferiam olhar à distância, de soslaio, evitando o contato físico. Eram preferidos os olhares separados e cruzados entre pátios e janelas largas à espera da cura pela natureza.

A tuberculose era uma condenação social. Aos mais pobres restava a tentativa de cura em casa, onde o espaço do tuberculoso era reduzido a um compartimento separado, isolado o máximo possível. Somente o doente poderia respirar o próprio ar, ninguém mais, exceto, quase sempre, a esposa dedicada ou a filha mais velha, escolhida entre os demais para correr os riscos de contaminação.

As casas típicas do sertão nordestino de parede meia que sustentavam as telhas com as “cruzetas” feitas com troncos de árvores, para que o ar circulasse livremente, eram modificadas em suas arquiteturas, com paredes que subiam até tocar o telhado para garantir o isolamento do tuberculoso, quase sempre mantido às escuras para permitir o descanso pleno do moribundo como a antecipar-lhe a morte. A refeição feita em separado, com pratos, colheres, garfos e facas (quando havia), copo, xícara, pires, tudo a ser “escaldado” com água fervendo, separadamente do restante da louça de casa. Da mesma forma, as roupas do corpo, toalhas de banho, a rede e, as roupas de cama, sempre leves para facilitar o manuseio, passavam por rigoroso processo de descontaminação permanente. Não raro, no quarto do tuberculoso encontrava-se o oratório com as imagens dos santos para ajudar na remissão dos pecados enquanto não chegava o momento do livramento final. A exclusão social era compensada pela reintegração espiritual, ou quem sabe o milagre da cura vinda do divino. Para muitos adoecidos, a clausura era uma interdição para que fossem punidos, o isolamento mais uma terapia espiritual na purgação dos pecados e preparação para a morte do que o caminho da cura física, a dor do corpo era a cura da alma.

O controle deveria dar conta dos detalhes, o isolamento deveria ser pleno, nem mesmo as roupas ou utensílios de uso particular escapavam dos saberes médicos. Casas eram queimadas, ou destelhadas por vários dias, para que o calor das chamas ou do sol fizesse a desinfecção naturalmente. Aos poucos, a medicina foi se impondo de forma soberana, com seu poder e saber, procurando identificar os mínimos sinais da doença e respectivamente sua transmissão. Nestes cinquenta anos aqui analisados o saber médico aprendeu a farejar o perigo antes que a doença se manifestasse.

5. Considerações finais

A Tuberculose é oportunista das baixas imunidades. Todavia, para as camadas mais pobres não era uma questão de vida desregrada, mas falta de condições, de boa alimentação e de condições sanitárias. De toda forma, o estigma se construiu, ao longo

dos anos, na ordem moral, durante o período aqui analisado. O pouco conhecimento sobre a peste branca, a escassez e atraso em políticas de investimento por parte do Estado no combate à doença exacerbou o controle sobre os corpos, tendo a moral como principal mecanismo para evitar a proliferação da doença.

Consideramos pois o regulamento de 1920 um marco no processo de aprimoramento do saber hegemônico da medicina por ter gerado um conjunto de atos legislativos e práticas de controle dos corpos e espaços nos cinquenta anos seguintes. A partir de então, o Estado e o saber médico foram assumindo de forma efetiva a responsabilidade sobre a saúde pública, principalmente no que se refere à tuberculose, o que implicava mais poder de controle sobre a população, redefinindo espaços e comportamentos.

Nos anos seguintes, os hospitais deixaram de ser o lugar de preparação para a morte sob a hegemonia dos discursos religiosos para dar lugar aos discursos médicos de prorrogação da vida. Ao longo dos cinquenta anos seguintes à criação do DNSP foram estabelecidos diversos dispositivos de controle e vigilância submetidos ao saber médico nos espaços de passagem ou aglomerações, públicas ou privadas, como escolas, hospitais, fábricas e habitações. O exercício de poder e do saber médico, amparado pelo Estado e em amplas campanhas de divulgação, procurou normatizar os usos dos espaços em seus fios mais finos, a exemplo do controle sobre o ato de escarrar e os usos das escarradeiras nos diversos espaços de dormir, estudar, comer, de consultar, de encontrar pessoas ou simplesmente de circular.

Houve, portanto, um esforço de fortalecimento de regras e ensinamentos que se infiltraram nos micros espaços de convivência social. O regulamento de 1920, a carteira de saúde, as campanhas em jornais, conferências, palestras e demais ações vinculadas aos saberes médicos voltados ao controle da tuberculose se transformaram em dispositivos de verdade e controle de corpos, sendo o hospital, a exemplo do Manuel de Abreu, o principal “olho do poder” de controle e vigilância.

O Hospital Manuel de Abreu, tendo origem no prédio construído para abrigar o Seminário da Congregação da Sagrada Família, se destaca por possuir uma estrutura arquitetônica panóptica, ainda que não possuísse a torre do panóptico, que possibilitava o controle e vigilância de seus espaços internos. Porém, mais do que o controle dos consultórios, corredores, enfermarias, pátios e quartos de isolamento, seu “olho de poder” se estendia às habitações e comportamentos externos por toda região do Cariri.

REFERÊNCIAS

- BERTOLLI FILHO, Claudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 248p. Antropologia & Saúde collection. ISBN 85-7541-006-7. Available from SciELO Books
- CAMPOS, Roberta; PIANTA, Celso. **Tuberculose: histórico epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul – Brasil**. Boletim da Saúde 2001; 15 (1): 61-71.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis, 1987.
- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2010;
- FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2010b.
- FOUCAULT, Michel. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2016.
- FOUCAULT, Michel. Des espaces autres. IN: **Michel Foucault: dits et écrits (1976-1988)**, v. II. Paris: Quarto Gallimard. 2017a. Édition établie sous la Direction de Daniel Defert et François Eward avec la collaboration de Jacques Lagrange, p. 1571-1585.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017b.

HIJJAR, Miguel Aiub; GERHARDT, Germano; TEIXEIRA, Gilmário Mourão; Maria José PROCÓPIO. **Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil**. IN: Revista Saúde Pública, 2007, p. 50-58).

MACIEL, Marina de Souza; MENDES, Plínio Duarte; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria**. IN: Revista Brasileira de Clínica Médica, 2012, mai-jun, p. 226-230).

PINHEIRO, Irineu. **Efemérides do Cariri**. Coedição SECULT/Edições UFC – Fortaleza: Edições URCA, 2010. Fac-símile da edição de 1963, publicada pela Imprensa Universitária do Ceará.

FIGUEIREDO FILHO, José de; PINHEIRO, Irineu. **Cidade do Crato**. Coedição SECULT/Edições UFC – Fortaleza: Edições URCA, 2010. Fac-símile da edição de 1963, publicada pela Imprensa Universitária do Ceará.