

## **NARRATIVAS EXCLUDENTES E MEMÓRIA URBANA: a tuberculose e a classe trabalhadora no Brasil (1930-1945)**

**Exclusionary Narratives and Urban Memory: Tuberculosis and the Working  
Class in Brazil (1930-1945)**

Ávila Monteiro Silva<sup>1</sup>

### **Resumo:**

Este artigo analisa como a tuberculose foi associada à pobreza e à classe trabalhadora no Brasil entre 1930-1945, reforçando desigualdades sociais por meio de narrativas excludentes. Com base em fontes documentais e hemerográficas, investiga-se como discursos médicos e políticos desviaram a responsabilidade do Estado, culpabilizando os pobres pela disseminação da doença e ignorando os fatores estruturais que favoreciam sua propagação. Utilizando os conceitos de biopoder e discurso de Michel Foucault e as reflexões de autores sobre urbanização, o estudo destaca como as condições insalubres das cidades, agravadas pela industrialização desordenada, tornaram-se cenário para o controle social e moral da classe operária. A pesquisa busca contribuir para o debate sobre memória urbana, saúde pública e exclusão social.

**Palavras-Chave:** Narrativas Excludentes, Saúde Pública, Memória Urbana, Classe Operária

### **Abstract:**

This article analyzes how tuberculosis was associated with poverty and the working class in Brazil between 1930 and 1945, reinforcing social inequalities through exclusionary narratives. Based on documentary and newspaper sources, it investigates how medical and political discourses diverted state responsibility, blaming the poor for the spread of the disease while ignoring the structural factors that facilitated its transmission. Using Michel Foucault's concepts of biopower and discourse, along with the reflections of authors on urbanization, the study highlights how the unhealthy conditions of cities, exacerbated by unchecked industrialization, became a setting for the social and moral control of the working class. The research aims to contribute to the debate on urban memory, public health, and social exclusion.

---

<sup>1</sup>Mestranda em História e Espaços pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGH/UFRN) e participa do Grupo de Pesquisa Corpus: Grupo de Estudos e Pesquisas em História dos Corpos e das Sensibilidades. Link do Lattes: <https://lattes.cnpq.br/0598419670825453>  
E-mail: [avila.monteiro.071@ufrn.edu.br](mailto:avila.monteiro.071@ufrn.edu.br).



**Keywords:** Exclusionary Narratives, Public Health, Urban Memory, Working Class

## **Introdução**

Após a década de 1930, o processo de industrialização no Brasil desencadeou um intenso êxodo rural, impulsionado pela promessa de melhores condições de vida nas cidades. Conforme destacado por Geiger (1963), a ascensão do setor industrial acelerou o crescimento urbano, atraindo um grande contingente populacional do campo. Essa dinâmica, por sua vez, gerou um fenômeno de grande magnitude: a urbanização. A rápida urbanização, ao lado do êxodo rural, provocou profundas transformações nas relações socioeconômicas, estruturais e ambientais das cidades brasileiras. A crescente demanda por moradia e serviços públicos, muitas vezes não atendida pelos governos, levou à proliferação de favelas e assentamentos precários. Conforme Maricato (2000), a ausência de políticas habitacionais adequadas impulsionou a autoconstrução de moradias, muitas vezes em áreas de risco.

As condições de vida precárias nas cidades, marcadas pela superpopulação, falta de saneamento básico e infraestrutura inadequada, tornaram-se um dos aspectos mais negativos da industrialização e da urbanização acelerada no Brasil. Essas condições propiciaram a disseminação de doenças, como a tuberculose, e agravaram problemas sociais já existentes. A industrialização, portanto, ao mesmo tempo que impulsionou o desenvolvimento econômico do país, gerou uma série de desafios urbanos e sociais que persistem até os dias atuais.

A atração de trabalhadores para o setor industrial não se restringiu ao êxodo rural. A industrialização brasileira, marcada por uma distribuição desigual, impulsionou intensos fluxos migratórios internos, com pessoas se deslocando de regiões menos desenvolvidas para polos industriais em busca de melhores oportunidades de trabalho. Essa dinâmica, intrínseca ao capitalismo industrial, demonstra uma lógica de valorização e controle do corpo do trabalhador, como aponta Foucault: “o investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão



distributiva de suas forças foram indispensáveis naquele momento (Foucault, 2020, p.152) ”. Portanto, a industrialização não se limitou a transformar os modos de produção, mas também moldou os corpos dos trabalhadores, submetendo-os a jornadas exaustivas, condições laborais muitas vezes precárias e a uma rígida disciplina do tempo e do movimento.

Segundo Boris Fausto, "Getúlio chegou à Presidência da República tendo diante de si um quadro complicado, tanto no aspecto econômico quanto político. A crise mundial iniciada em 1929 teve impacto relativo no desdobramento dos acontecimentos que levaram à Revolução de 1930 (Fausto, 2006, p. 42)<sup>2</sup>. No campo econômico, a solução foi buscada por meio da industrialização. Contudo, essa medida gerou crises em outros setores, que são pouco discutidas. O aparecimento de doenças é um fenômeno constante na história da humanidade, todavia, quando não há articulações científicas e políticas eficazes no combate aos agentes biológicos presentes em uma sociedade, há uma elevada probabilidade de disseminação em massa, o que pode levar a crises no campo da saúde. Assim, ao assumir a presidência em 1930 e liderar o governo provisório, Getúlio Vargas enfrentava não apenas desafios econômicos, mas também problemas sanitários.

Entre as doenças que impactaram fortemente a sociedade brasileira entre 1930 e 1945 destaca-se a tuberculose, também conhecida como "doença do peito", "tísica", "peste branca", "mal de Koch", "dama branca", "mal do século", "verdadeira catástrofe"<sup>3</sup> e "monstro traidor". Ao longo do tempo, diversas denominações foram utilizadas para se referir à tuberculose, seja na linguagem popular, literária, científica ou jornalística. Como destaca Bertolli, "nenhuma

---

<sup>2</sup> Comenta-se sobre crises políticas e econômicas, mas não sobre crises sanitárias advindas da falta de políticas públicas. Na maioria dos casos, Vargas aparece como um provedor e herói que iria resolver todos os problemas após a Revolução de 1930.

<sup>3</sup> Várias expressões eram utilizadas pelos jornais e revistas da época para designar a tuberculose, entre elas se encontram: verdadeira catástrofe, monstro traidor, super-metralhadora de Koch e etc.



outra patologia incitou tanto os estudiosos – médicos, juristas, administradores públicos, religiosos, escritores e pesquisadores em geral – quanto a tuberculose" (Bertolli, 2001, p. 28).

A expansão urbana desordenada, associada às condições insalubres e à exploração da força de trabalho, gerou um ambiente propício à propagação da doença, consolidando a percepção de que a tuberculose era uma enfermidade das classes marginalizadas. Nesse contexto, a medicina não apenas tratava os sintomas, mas também culpabilizava os pobres por sua disseminação, negligenciando as condições estruturais que favoreciam o avanço da enfermidade. Assim, a tuberculose tornou-se um símbolo das desigualdades sociais e das deficiências do sistema de saúde pública, refletindo uma visão distorcida que associava saúde ao comportamento e à educação sanitária da classe trabalhadora, enquanto ignorava as questões políticas e sociais subjacentes.

### **Trabalho e tuberculose: o discurso em torno da classe**

Além do isolamento, considerado a principal medida profilática, os discursos médicos sanitaristas e higienistas também enfatizaram a importância da educação sanitária. Vista como um preceito de higiene indispensável, essa abordagem buscava regular a vida social e controlar a saúde da população. Como aponta Foucault: a intervenção nos locais insalubres, as verificações de vacina, os registros de doenças tinham de fato por objetivo o controle das classes mais pobres" (Foucault, 1984, p. 95). Dessa forma, na perspectiva médica, a infiltração da doença em determinada localidade era atribuída à ausência dessa educação:

Póde-se concluir, de um modo geral: a tuberculose invadirá qualquer localidade onde vá um tuberculoso sem educação sanitária e sem respeito aos preceitos de sua prophylaxia. A tuberculose sendo consequentemente uma molestia ubiqüitária, uma vez que o germen específico seja levado por um indivíduo em período contagiante, tanto



maior é o perigo, quanto menor for a idade das pessoas em contacto com esse portador do germen e menor fôr o grão de sua educação hygienica. (Ferrari, 1931, p.534).

Todavia, o tuberculoso sem educação sanitária, indisciplinado e considerado "ofensivo" era associado a outra categoria: a classe social. Os locais apontados como focos de contaminação eram descritos nos discursos médicos como sujos, insalubres e anti-higiênicos, sendo habitados predominantemente pelas camadas pobres. Erroneamente, a pobreza foi associada à falta de educação devido às condições de moradia, frequentemente caracterizadas como cubículos de dimensões mínimas e com pouca ventilação. Essa realidade era uma consequência do processo de expansão industrial no Brasil, que desencadeou um intenso e desordenado desenvolvimento urbano no país.

Esse desenvolvimento, entretanto, ocorreu de forma precária, expondo os indivíduos a graves problemas infraestruturais, como a irregularidade das moradias, a ausência de saneamento básico e, consequentemente, o aumento do índice de contaminação por doenças:

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. Salubridade e insalubridade são o estado das coisas e do meio enquanto afetam a saúde. (Foucault, 1984, p.93)

Para alcançar a salubridade, segundo os preceitos de higiene e climatoterapia, as residências deveriam seguir um padrão estabelecido: deveriam ser amplas e possuir janelas para garantir boa circulação de ar, condição considerada essencial para evitar o alojamento da tuberculose. Nesse contexto, ao tratar do alojamento da tuberculose nesses espaços, os discursos da época refletiam a maneira como se compreendia a doença. Apesar de a tuberculose ser causada por um organismo biologicamente vivo, era como se a moléstia se





autodesenvolvesse nesses locais por encontrar condições propícias, segundo a narrativa dominante.

Entretanto, é possível interpretar essas condições como uma questão política a ser resolvida. O fato de as camadas mais pobres serem mais propensas à doença, residindo em espaços inadequados e incapazes de alcançar a salubridade exigida, revelava a negligência do poder público em relação a essas populações. Porém, nos discursos médicos, essa situação era frequentemente atribuída à falta de educação sanitária da classe trabalhadora. Todavia, como observa Foucault, "a medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último. Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização" (Foucault, 1984, p. 95). Nas cidades industriais, como São Paulo e Rio de Janeiro, cuja força de trabalho era composta majoritariamente por migrantes pobres que haviam deixado o campo em busca de melhores condições de vida, a receptividade do espaço urbano era marcada por exclusão e preconceito. Essas populações eram frequentemente retratadas como veículos da tuberculose e vistas como propensas à promiscuidade e aos vícios de uma civilização mal assimilada, segundo os discursos da época.

Quando uma doença permeia uma sociedade, como no caso da tuberculose entre 1930 e 1945, ela deixa de ser necessariamente um elemento de ordem biológica e passa a ser uma construção social. Isso significa que a sociedade começa a atribuir significados à moléstia, transformando-a em um objeto cultural. Como consequência, discursos são criados para identificar os culpados pelo surgimento e disseminação da doença, geralmente recaindo sobre aqueles que vivem em condições precárias de sobrevivência e carecem de uma voz ativa na esfera pública.



Nesse contexto, é possível relacionar o fenômeno à eugenia e ao Darwinismo Social<sup>4</sup>, ideologias que contribuíram para o fortalecimento de movimentos fascistas no período. Os considerados mais frágeis na visão social nem sempre eram, de fato, os mais fracos biologicamente, mas sim aqueles que não dispunham das condições adequadas para assegurar sua sobrevivência. Como já mencionado, a industrialização e o ambiente fabril contribuíam significativamente para a vulnerabilidade dos trabalhadores. O confinamento em locais insalubres, as longas jornadas de trabalho e a alimentação insuficiente geravam uma imunidade baixa, tornando esses indivíduos alvos fáceis da tuberculose. Essa vulnerabilidade não era resultado de fraquezas intrínsecas, mas das condições a que eram submetidos.

### **A atribuição do mal de Koch aos pobres**

Diante dos discursos analisados, a peste branca ficou conhecida como uma doença de pobres devido ao alto índice de contaminação entre as camadas mais desfavorecidas da sociedade. Contudo, isso não significava que as classes socialmente privilegiadas estivessem imunes à doença. Pelo contrário, uma parcela significativa dessa classe também foi acometida pela tuberculose. No entanto, os discursos hegemônicos frequentemente atribuíam a responsabilidade pela disseminação da doença às populações pobres:

Os medos despertados pela enfermidade e a adequação da tísica como doença dos miseráveis faziam com que a elite negasse a presença da moléstia em seu meio social. Quando a mortal enfermidade invadia os lares burgueses, o fato era protegido pelo absoluto sigilo familiar, sendo raros os infectados que viam alguma positividade na experiência de vida com a tuberculose. (Bertolli, 2001, p.50)

---

<sup>4</sup> O darwinismo social considera que os seres humanos são, por natureza, desiguais, ou seja, dotados de diversas aptidões inatas, algumas superiores, outras inferiores. A vida na sociedade humana é uma luta "natural" pela vida, portanto é normal que os mais aptos a vençam, ou seja, tenham sucesso, fiquem ricos, tenham acesso ao poder social, econômico e político; da mesma forma, é normal que os menos aptos fracassem, não fiquem ricos, não tenham acesso a qualquer forma de poder. (Bolsanello, 1996, p154).



Quando associada à classe, a tuberculose passou a ser considerada uma “condenação social” (Melo et al., 2021, p. 340). As elites patrocinavam a construção de sanatórios com o objetivo de manter a doença afastada de seus lares. Quando acometidos pela tísica, os membros das classes abastadas frequentemente ocultavam a informação, buscando tratamento de forma discreta para preservar sua reputação. Além disso, havia sanatórios particulares destinados aos tuberculosos das classes mais altas, onde era possível receber visitas. Nesses espaços, demonstrava-se confiança na eficiência da esterilização, permitindo que os pacientes utilizassem os mesmos utensílios como louças e talheres sem temor de contaminação:

Para aqueles, para os doentes ricos e para os da classe média, ha os sanatorios particulares, onde a esterilização é perfeita, onde doentes e sãos, visitantes, acompanhantes, medicos e enfermeiros utilizam-se dos mesmos pratos, talheres, copos, roupa de cama e de mesa, mas tudo rigorosamente esterilizado, sem nenhum perigo de contaminação. Para os outros, para os doentes pobres, ha os sanatorios populares, onde as mesmas regras hygienicas são adoptadas e sempre com optimos resultados. (O FIRMEZA, 1938, p. 903).

É possível visualizar de maneira clara, nos discursos veiculados pela imprensa, o preconceito direcionado aos pobres, inclusive nos espaços destinados à cura. Não se tratava apenas da alegação de que os pobres careciam de instrução. A educação sanitária e as práticas de higiene nesses locais eram realizadas por profissionais que, em outras publicações dos periódicos, detalhavam a necessidade de separação de louças, talheres e roupas para evitar a contaminação de médicos, enfermeiras e auxiliares gerais no ambiente de trabalho.

Entretanto, nos sanatórios particulares, onde os ricos eram internados, os médicos e toda a equipe institucional não demonstravam receio em compartilhar os mesmos objetos utilizados pelos pacientes tuberculosos. Isso deixava evidente que o estigma associado aos pobres os acompanhava aonde quer que fossem, reforçando a ideia equivocada de que a doença era transmitida por meio da classe social:





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. (Melo et al., 2021, p.341)

O pobre era constantemente perseguido e vigiado, não apenas nas grandes cidades e capitais do Brasil. Uma publicação da revista *O Brazil-Médico* evidenciava a preocupação das autoridades médicas também com a zona rural. A supervisão sanitária alcançava essas áreas, avaliando se as moradias atendiam às normas de higiene e questionando os pequenos agricultores sobre a ausência de melhorias em suas condições sanitárias. As autoridades alegavam que o insucesso na profilaxia da tuberculose no campo era consequência do arrendamento de terras e da falta de divisão regulamentada das propriedades. Mais uma vez, constata-se a negligência em relação à saúde da população pobre e trabalhadora, tanto no campo quanto na cidade. A tuberculose era tratada como uma questão econômica mais do que um problema sanitário, e a classe pobre era frequentemente responsabilizada pela propagação da doença e pelas condições de vida precárias a que estavam submetidos.

Os pobres, que muitas vezes se viam obrigados a morar em casas de cômodos, uma espécie de habitação coletiva compartilhada por diversas famílias devido à insuficiência financeira para uma residência própria, eram considerados uma ameaça social. Segundo os discursos médicos, essas pessoas não apenas careciam de higiene coletiva, mas também de higiene individual, o que reforçava o estigma. A perseguição aos pobres como supostos veículos de contaminação pela tuberculose refletia-se na generalização que lhes era imposta. Os discursos médicos tratavam os pobres de forma uniforme, ignorando contextos regionais e sociais. Assim, o pobre da capital do Brasil nos anos 1930-1945 e o pobre de outras capitais ou localidades eram descritos da mesma maneira: indisciplinados, mal-educados sanitariamente e incapazes de adotar práticas adequadas de higiene:



A classe pobre do Rio de Janeiro é a expressão das classes pobres das outras capitais, apenas guardando as proporções, porque os nossos hábitos são semelhantes e os nossos erros também. A vida em promiscuidade nessas velhas casas, porque geralmente a casa de commodos resulta do aproveitamento de antigos solares, carcomidos pelo tempo e esburacados pelas múltiplas divisões de tabiques, realiza, ordinariamente, o tipo de sordida promiscuidade, com uma talha d'água onde todos mergulham a caneca, uma única cozinha onde as comidas mal se preparam; as vasilhas são lavadas nas mesmas águas, quando o prato é lavado. (FERRARI, 1931, p. 537).

À classe pobre eram atribuídas todas as mazelas sociais, incluindo a tuberculose. Como afirmam Melo et al. (2021, p.342): “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.” A classe trabalhadora era frequentemente julgada como desprovida de instrução, vivendo em habitações coletivas onde compartilhavam banheiros, cozinhas e utensílios, como canecas, talheres e copos, muitas vezes com má ou nenhuma higienização.

Contudo, não era apenas o uso comum de espaços e objetos que suscitava críticas nos discursos médicos e sociais; a integridade moral desses indivíduos também era posta em xeque. A promiscuidade era frequentemente associada a essas habitações coletivas, sendo retratada como um comportamento inerente aos pobres, reforçando estereótipos que os marginalizavam ainda mais, “os padrões de moralidade e sociabilidade requeridos dos trabalhadores são articulados de modo a criar uma vergonha de classe, posta em ponto baixo e distante de uma escala pedagógica de longo alcance para se atingir o patamar burguês de civilização”. (Lenharo, 1986, p.100).

O discurso médico da época argumentava que o aumento significativo da tuberculose nas classes pobres estava diretamente relacionado à promiscuidade no ambiente urbano, especialmente entre os operários. Os médicos associavam o alto consumo de álcool e a “entrega” sexual dos pobres à fragilidade do



organismo, o que, segundo esse raciocínio, tornava os indivíduos mais suscetíveis à tuberculose. A doença seria, assim, atraída por esses comportamentos, exacerbada pelo ambiente confinado e sem ventilação adequado. Contudo, ao analisar essa narrativa, não se pretende negar que uma alimentação inadequada e a falta de condições de vida favoreçam o adoecimento. O que se destaca, porém, é como os discursos médicos, veiculados nos meios de comunicação, generalizavam a classe pobre, associando-a não apenas à fragilidade física, mas também a uma inferioridade moral. Essa perspectiva desconsiderava a responsabilidade do Estado em oferecer as condições mínimas de sobrevivência para essa população, que, devido à falta de políticas públicas adequadas, era sistematicamente exposta a tais condições precárias:

Os trabalhadores são diagnosticados no seu dia-a-dia, clinicados através de dispositivos que permitam a sua regeneração física e moral; espera-se deles que incorporem hábitos de higiene, alimentação, repouso e que se tornem disciplinados, produtivos e ambiciosos, bem como almejem escapar à sua condição de classe. (Lenharo, 1986.p. 100)

A condição de classe dos pobres era uma questão central para o Estado, especialmente no período de 1930-1945, quando Getúlio Vargas, conhecido como "pai dos pobres", promovia um discurso de cuidado e proteção à classe trabalhadora. Contudo, esse discurso muitas vezes mascarava uma realidade em que os pobres, particularmente os operários, estavam à mercê de um sistema que, ao mesmo tempo que os idealizava como parte essencial da produção, os marginalizava e os culpabilizava por doenças como a tuberculose. Conforme apontado por Hobsbawn (1977), os pobres operários eram vistos como tendo três possibilidades: lutar por ascensão social, continuar na opressão ou se rebelar contra o sistema. No entanto, as chances de ascensão social eram mínimas, especialmente em um ambiente industrial que favorecia a propagação de doenças como a tuberculose. Nesse contexto, a tuberculose se tornou uma representação



simbólica da exclusão social, um reflexo de uma classe trabalhadora que não apenas estava fisicamente fragilizada, mas também moralmente estigmatizada.

O paradoxal discurso do Estado sobre a dignificação e a humilhação dos pobres servia para reforçar a ideia de uma clara distinção de classes. O pai dos pobres representado por Vargas, como apontado por Lenharo (1986), pretendia dar a impressão de que o Estado estava cuidando da classe trabalhadora, mas na prática, o que se via era uma negligência, principalmente no que dizia respeito à saúde pública. O Estado, ao invés de realmente amparar os trabalhadores, via como um perigo, principalmente devido à associação dos pobres com a tuberculose. Em vez de receberem cuidado e proteção, eram isolados e estigmatizados como focos de contaminação, em um sistema que não oferecia condições adequadas para sua sobrevivência:

E para os pobres mesmo, o governo do "pai dos pobres" fez isto: arrancou-lhes quatro milhões de contos, através dos Institutos de Aposentadorias; proibiu-lhes o direito de greve, isto é, o direito de pedir mais pão; tirou-lhes a liberdade de se reunirem em seus sindicatos e permitiu que os tubarões durante os cinco anos da guerra elevassem o preço de tudo entre trezentos e quatrocentos por cento, para então, ultimamente, na boca da urna, fingir-se favorável às reivindicações proletárias. Isto ele fez por ser o tal "bonzinho". Imaginem, então, se ele não tivesse sido o "pai dos pobres"! (A Cigarra, 1945, P. 129).

A ação de Getúlio Vargas, ao promover políticas de ampliação dos direitos sociais e trabalhistas, pode ser vista como um esforço para conquistar a classe trabalhadora, no entanto, sua verdadeira aliança estava com os grandes interesses econômicos e industriais. Embora tenha lançado um discurso de apoio aos pobres, sua estratégia estava intrinsicamente ligada ao processo de industrialização e à consolidação do sistema capitalista no Brasil, o que gerou benefícios principalmente para a elite, e não para os trabalhadores que eram expostos às péssimas condições nas fábricas. A industrialização promovida por Vargas foi uma faca de dois gumes: enquanto as elites capitalistas se beneficiavam do crescimento econômico e da expansão da indústria, os



trabalhadores, muitas vezes, enfrentavam ambientes insalubres, baixos salários e condições precárias de saúde, com destaque para a expansão de doenças como a tuberculose. O Estado, ao mesmo tempo que encorajava o processo de industrialização, falhava em garantir as mínimas condições de sobrevivência para aqueles que eram fundamentais para a construção do aparato econômico do país.

Nos anos 1930-1945, apesar de sua relação estreita com os sindicatos e da retórica de apoio à classe trabalhadora, Vargas também enfrentava resistências de setores da sociedade que viam a sua política como uma forma de controle. Para esses grupos, o discurso progressista e nacionalista de Vargas, que se apresentava como um líder que orientava os pobres, mascarava um projeto que visava principalmente o fortalecimento do capitalismo e o aumento da centralização do poder nas mãos do Estado. A ideia de um líder paternalista, que orientava e cuidava da classe trabalhadora, muitas vezes foi interpretada como uma tentativa de minar a autonomia dos trabalhadores e impor uma dependência direta do Estado, criando uma relação de submissão e controle social:

Enquanto estas insistiam em conclamar os trabalhadores a perfilar junto de Vargas, o protetor dos trabalhadores, naquele instante de disputa eleitoral, aquela, assinada por alguns líderes operários, denunciava a permanência do fascismo no poder, aludia às "reivindicações específicas" que só os "legítimos representantes é que as podem conhecer" (o alvo são os pelegos); pedia pela liberdade de imprensa, palavra e reunião, assim como incitava os trabalhadores a lutarem pela anistia aos presos e exilados políticos. (Lenharo, 1986, p. 30).

A construção da figura do pai dos pobres por Getúlio Vargas, ao mesmo tempo que conquistava apoio entre as classes trabalhadoras, também enfrentava resistência daqueles que, ao longo da história, lutaram por autonomia e por uma verdadeira emancipação da classe operária. Como discute Paranhos (1999) em *O Roubo da Fala*, Vargas, ao assumir a voz dos trabalhadores e tratar aqueles considerados "sem informação e sem capacidade de autogerenciamento", instrumentalizava a luta por melhorias sociais em benefício do Estado.





A retórica de um Estado paternalista que cuida da classe trabalhadora, no entanto, mascarava a limitação dessas conquistas, que muitas vezes eram condicionadas à subordinação dos trabalhadores ao poder estatal, e não ao fortalecimento de sua autonomia. Essa perspectiva de "dádivas" do Estado, como aponta Lenharo (1986), reduz a avaliação da relação entre o Estado e os trabalhadores, muitas vezes levando em consideração apenas as melhorias ou os benefícios imediatos que surgem dessa relação, sem uma análise mais profunda sobre as limitações impostas pelo sistema político da época. Durante a Era Vargas, o discurso médico e estatista se articulava com a ideologia do Estado paternalista e, ao mesmo tempo, se alimentava da estigmatização da classe trabalhadora.

A tuberculose, considerada uma doença dos pobres, era associada diretamente à falta de higiene individual e coletiva. No entanto, esse diagnóstico simplista da doença ignorava a realidade das condições de vida e trabalho da classe operária, as quais estavam longe de serem adequadas e frequentemente resultavam de políticas públicas insuficientes e negligentes em relação às condições de moradia, saúde e educação. Os discursos médicos e políticos da época não apenas culpabilizavam os trabalhadores pela disseminação da tuberculose, mas também associavam a doença a um suposto déficit moral e de bons costumes, estigmatizando ainda mais uma classe social que já enfrentava uma série de adversidades. Em sanatórios, no trabalho ou em ambientes públicos, a classe pobre era vista não apenas como portadora de uma doença, mas também como uma ameaça moral e social, uma representação da degradação que o Estado tentava controlar ou isolar.

### **Considerações finais**

A história da tuberculose no Brasil entre 1930 e 1945 *evidencia* como questões sanitárias, frequentemente associadas à saúde pública, foram usadas



para legitimar e reforçar processos de exclusão social e estigmatização, particularmente nas áreas urbanas. A doença, mais do que uma questão médica, tornou-se um símbolo das desigualdades estruturais da sociedade brasileira, sendo atribuída à classe trabalhadora, muitas vezes desconsiderada nas políticas públicas de saúde e urbanização. A tuberculose foi amplamente responsabilizada pela classe operária, sendo vista como uma doença moral, ligada à falta de higiene e aos comportamentos supostamente imorais dos trabalhadores urbanos.

Esse discurso, propagado pela medicina, pelo Estado e pelos meios de comunicação, desviava a atenção das reais causas da doença, como a precariedade das condições de vida, de trabalho e a ausência de políticas públicas eficazes. O controle social, em grande parte, se manifestava por meio da moralização das classes populares, associando suas condições de saúde à sua imoralidade e à falta de educação sanitária.

A urbanização desordenada e a expansão industrial, que marcaram esse período, criaram ambientes insalubres, onde a tuberculose podia se proliferar facilmente. O Estado, por meio do discurso higienista, utilizava a doença como um pretexto para exercer um controle social mais rigoroso sobre as classes populares, distorcendo a questão da saúde pública para justificar práticas de isolamento, vigilância e repressão social.

A figura de Getúlio Vargas, que se projetava como "pai dos pobres", ao mesmo tempo que adotava uma postura paternalista em relação à classe trabalhadora, na prática, priorizava os interesses do capital e da elite industrial, negligenciando as reais condições de vida dos trabalhadores. Portanto, a história da tuberculose entre 1930 e 1945 transcende a dimensão biológica, se inserindo em um contexto mais amplo de construção de uma memória urbana pautada pela exclusão e pela desigualdade. Esse processo histórico *demonstrou* como as questões de saúde pública podem ser manipuladas para reforçar a marginalização das classes mais pobres.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E FONTES

BERTOLLI FILHO, C. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BOLSANELLO, M. A. **Darwinismo social, eugenia e racismo**. Educar, Curitiba, n.12, p.153-165. Editora da UFPR. 1996.

FAUSTO, B. **Getúlio Vargas: o poder e o sorriso**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

**E ELE SE DIZIA O PAI DOS POBRES**. A Cigarra, dez. 1945. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/003085/38866>. Acesso em: 2 nov. 2024

FERRARI, Antonino. O problema da tuberculose sob o ponto de vista brasileiro. **Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p. 533-537, 13 jun. 1931. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/081272x/33306>. Acesso em: 10 nov. 2024.

FOUCAULT, M.. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 10 Ed. - Rio de Janeiro/ São Paulo, Paz e Terra, 2020.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

GEIGER, P. P. **Evolução da rede urbana brasileira**. Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (Ministério de Educação e Cultura,) série VI sociedade e educação. Coleção o Brasil urbano. (S/I) Vol. 1, 1963.

HOBSBAWN, E. J. **A era das revoluções: Europa 1789 -1848**. Tradução de Maria Tereza Lopes Teixeira e Marcos Penchel. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

LENHARO, A. **Sacralização da política**. Campinas: Papirus, 1986.

MARICATO, Ermínia. Urbanismo na *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 4, pág. 21-33, 2000.



MELO, F. E. DE; GONÇALVES DE SOUZA, R. A.; ANJOS, D. S. O. DOS. **Biopoder e saber médico**. Revista Espacialidades, v. 17, n. 1, p. 317-344, 29 mar. 2021.

PARANHOS, Adalberto. **O Roubo da fala: origens da ideologia do trabalhismo no Brasil**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.