2 – A Tuberculose no Início do Século XX

Dilene Raimundo do Nascimento

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NASCIMENTO, D. R. A Tuberculose no Início do Século XX. In.: *As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 45-79. História e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-114-3.

<https://doi.org/10.7476/9786557081143.0005>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

A Tuberculose no Início do Século XX

Da Tísica à Tuberculose

Tuberculose é uma doença infecciosa, de evolução crônica, causada pelo bacilo de Koch, que o doente expela ao tossir. Tal moléstia encontra um campo fértil para seu desenvolvimento entre indivíduos já debilitados por condições de vida e trabalho precárias. Atinge, principalmente, os pulmões, provocando fadiga, febre, emagrecimento, tosse e dor no peito. É tratada e curada por quimioterápicos. Se não houver tratamento, o doente pode, em fase avançada da doença, apresentar escarro com sangue – a hemoptise.

Mas nem sempre o conhecimento que se teve da tuberculose foi esse. Até a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, atribuíam-se à doença uma origem hereditária. Em geral, quando uma pessoa adoecia, vários membros da família também eram acometidos pela doença, que, não raro, dizimava a todos, o que reforçava entre os médicos a crença na hereditariedade. Os médicos não percebiam que o confinamento familiar favorecia a propagação da doença na família.

No início do século XIX, o senso comum elaborou uma visão romântica da doença. A tísica seria a expressão física de uma interioridade rica em sentimentos conturbados, sendo reconhecida no campo artístico e literário como a doença da paixão. Sontag (1984: 31) mostra que, na “mitologia da tuberculose, geralmente há alguns sentimentos de paixão que provocam o ataque da doença ou que se exprimem nesse ataque”. Tema recorrente para os escritores românticos, eram raras as obras literárias e

artísticas que não incluíam tísicos entre seus personagens (Bertolli Filho, 1993). A *facies tísica*¹ expressava a inexorabilidade da morte ante o acometimento da tuberculose tanto pelo fatalismo da herança como pela falta de métodos terapêuticos eficazes, que o conhecimento científico só mais tarde traria.

Com a revelação da etiologia da doença, a concepção de mal contagioso, com um agente transmissor específico, foi se consolidando até assumir o lugar da hereditariedade. O avanço do conhecimento científico sobre a doença e a nova organização social trazida pela industrialização deslocaram, claramente, a incidência maior da tuberculose para as classes trabalhadoras. Nos inícios do século XX, a doença tornou-se, de maneira indiscutível, uma patologia de caráter social, isto é, de ocorrência e propagação estreitamente ligadas às condições de vida e de trabalho.

Os ricos dispunham de habitações arejadas, com boa iluminação natural, e, quando adoeciam, retiravam-se para um sanatório onde eram submetidos a tratamento higiênico-dietético e de repouso, evitando, com isso, a propagação da doença.² Na Inglaterra do final do século XVIII e, um pouco mais tarde, em outros países, os trabalhadores, além de submetidos a fatigantes jornadas de trabalho, aglomeravam-se nas cidades, vivendo promiscuamente em habitações mal iluminadas e pouco arejadas. Corriam, assim, maior risco de adoecer, com o agravante de não terem acesso ao tratamento da época.³

As teses defendidas no Congresso para a Luta contra a Tuberculose,⁴ realizado em Berlim em 1899, foram da maior importância para consolidar o entendimento da “contagiosidade da doença e da intensidade de sua propagação entre as pessoas que vivem e trabalham em comum, em espaços fechados, mal asseados, mal arejados e mal ventilados” (Fraenkel, 1899: 343). Estabeleceram, como “um verdadeiro dever social do Estado”, a luta contra a doença: “Ela deve ter por fim, não só combater a propagação e disseminação do agente específico da tuberculose, como ainda levantar a existência orgânica dos indivíduos” (Kohler, 1899: 283).

O relator Gerhardt (1899: 284), de Lübeck, após afirmar que era entre a classe operária que a tuberculose fazia maior número de vítimas, sustenta que “se os indivíduos tuberculosos não têm os meios necessários para se tratar em sanatórios, seu tratamento deve ser, se for necessário, assegurado pelo Estado”. Conclui que as sociedades de seguro na Alemanha “têm todo o interesse em associar-se à luta racional contra a propagação

da tuberculose entre as classes operárias”, pelo fato de a incapacidade para o trabalho, causada pela doença, levar os tuberculosos a retirar das Caixas os socorros contra a invalidez. A existência de um seguro social na Alemanha foi fundamental para a destinação de elevados recursos financeiros à construção de sanatórios para tratamento de tuberculosos.⁵

Em comunicação apresentada ao X Congresso Internacional de Higiene e Demografia, em 1900, Landouzy (1900: 420) discute a frequência da doença e, baseado em estatísticas publicadas pelos diversos estados europeus, conclui que: “a tuberculose aparece como uma moléstia popular, uma pandemia, cuja disseminação aumenta na razão direta do acréscimo incessante da densidade das aglomerações urbanas”.

Ao definir a assepsia e o isolamento como os princípios básicos da profilaxia da tuberculose – profilaxia esta que repousa sobre a noção fundamental de que se trata de uma doença contagiosa e evitável –, Landouzy propôs medidas necessárias à aplicação desses mesmos princípios e, ao avaliar os progressos realizados até então na luta contra a doença nos países europeus, reafirma que os governos, com raras exceções, nada fizeram e que essa tarefa coube mesmo à iniciativa particular, por meio da criação de ligas, de associações e da organização de congressos médicos periódicos. “A estas Ligas, a estes Congressos, não era possível pedir a execução das medidas editadas (...) a iniciativa privada podia apenas instruir o público e promover um movimento da opinião em favor da luta travada” (1900: 16). Para Landouzy, esse movimento da opinião pública seria a única forma de “impor aos poderes públicos a aplicação das medidas propostas” (1900: 16).

Se na Europa, a responsabilidade do Estado com uma política efetiva de combate à tuberculose se mostrava incipiente, no Brasil, a situação era muito mais grave, assumindo contornos ainda mais expressivos.

Miseráveis e Esquecidos

Em fins do século XIX e inícios de XX, a tuberculose era a maior responsável pela mortalidade na cidade do Rio de Janeiro. Todos os anos ela eliminava grande contingente da população, só sendo sobrepujada por outra doença nos anos de epidemia.⁶

Se, aparentemente, essa mortalidade se distribuía indistintamente por toda a população, a ver mais de perto, verifica-se que a sua intensidade

se dava de maneira diferenciada. A população não se distribuía homogeneamente pela cidade quanto às condições de habitação; a inserção no trabalho não era a mesma para todos, os alimentos não estavam igualmente acessíveis, nem se tinha igual acesso aos recursos médico-sanitários.

Desde a segunda metade do século XIX instalava-se na cidade do Rio de Janeiro um contingente crescente de imigrantes estrangeiros que aqui chegavam com a expectativa de uma vida melhor. Havia também um outro fluxo de imigrantes: o dos que aqui aportavam, mas seguiam para outros estados – principalmente São Paulo, onde, ao contrário do Rio, expandia-se no setor cafeeiro. Constituíam-se assim um significativo contingente de população flutuante no Rio de Janeiro. Vinham, ainda, ex-escravos oriundos das fazendas de café da região fluminense do Vale do Paraíba. Alguns eram absorvidos pelo mercado de trabalho, no setor de serviços e na indústria nascente, que precisava de mão-de-obra abundante e barata para sua expansão. Outros ficavam à margem do mercado (Mello, 1978).⁷

Dessa forma, o Rio de Janeiro tornou-se o cenário de uma população altamente diferenciada. De um lado, uma massa abundante de trabalhadores que nem sempre estava empregada e, quando estava, recebia salário insuficiente para moradia e alimentação adequadas. De outro, a classe dos proprietários, do comércio ou da indústria, e os altos representantes da estrutura político-jurídica, que tinham ao seu dispor, porque podiam comprar, os bens necessários para manter uma condição de vida privilegiada.

Em *O Rio de Janeiro do Meu Tempo*, escreve o cronista Luiz Edmundo (1987: 53) sobre a pretoria de São José: ⁸

As ruelas que se multiplicam para os lados da Misericórdia, (...) estreitas, com pouco mais de metro e meio de largura, são sulcos tenebrosos que cheiram mal. Cheiram a mofo, a pau-de-galinheiro, a sardinha frita e suor humano (...). Casas onde a gente adivinha, em fundos apodrecidos pela umidade e pelos anos, gatarrões hercúleos e cães violentos, todos em fúria, a despedaçar ratazanas colossais, quase tão grandes como carneiros!

Quanto à população do morro do Castelo, Edmundo (1987: 65) assim a descreve:

(...) gente que sai de casa pela madrugada, para exercer empregos em lugares distantes, a lata do almoço embrulhada em papel de jornal; homens de carão pálido e chupado, o cabelo por cortar, a barba por

fazer, denunciando moléstia ou penúria extrema; mulheres, das que são o tombo da casa, as burras de trabalho, de ar desalinhado e pobre, as saias de cima, em rodilha, na cintura, úmidas da água dos tanques onde trabalham o dia inteiro; crianças de ar enfermiço, amarelas e secas, o corpo coberto de feridas (...) umas moçoilas pálidas, cheias de olheiras e sardas, que trabalham cosendo para o Arsenal de Guerra e vivem se queixando de pontadas no lado do pulmão, tonteiras e falta de ar. Pobres raparigas de lábios brancos e sorrisos que fazem mal, com trinta anos e já cheias de melancolia, de rugas e cabelos brancos.

Estes fragmentos traduzem bem a imagem da cidade no seu cotidiano vivido pela população menos favorecida. No final do século XIX e início do XX, o Rio de Janeiro nada mais era do que um aglomerado de pequenas vias insalubres, atonetadas de cortiços, onde pululava a massa heterogênea de trabalhadores e miseráveis dividindo o mesmo espaço.

A maior parte dos habitantes da cidade era obrigada a uma convivência estreita com todo tipo de insalubridade, o que contribuía para a disseminação de moléstias que minavam ainda mais as forças daqueles que quase já não as tinham para ganhar o sustento diário. Exceto para poucos, viver na cidade do Rio de Janeiro constituía-se, assim, uma verdadeira prova de resistência física e moral, pois que a grande massa da população aqui concentrada tinha de se defrontar tanto com a escassez de trabalho quanto com as más condições de habitação e alimentação.

A alta incidência da tuberculose entre a população pobre do Rio de Janeiro aparece, portanto, como expressão necessária tanto da configuração de um espaço urbano deteriorado, quanto do baixo nível das condições de vida dessa população condenada a viver nesse espaço.

No ano de 1895, a incidência maior de óbitos por tuberculose, segundo a circunscrição civil, foi na pretoria de Santana (3,5 por 1.000 habitantes) e na de São José (3,3 por 1.000). Sobre a pretoria de Santana, lê-se no relatório desse mesmo ano de 1895, produzido pela Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que,

pela sua grande população, em geral constituída pelo proletariado e cheia de estalagens e cortiços, alguns em péssimas condições higiênicas e outros insaneáveis, não admira que forneça todos os anos um grande contingente de óbitos" (DGSP, 1896: 78).

A distribuição da prevalência da tuberculose fazia-se, portanto, comprovadamente, de maneira diferenciada por grupos de população, segundo sua condição de vida e trabalho. Fontenelle (1949), estudando a

distribuição da mortalidade por grupos de idade no período 1903-1930, apontou uma curva ascendente no grupo de 20-29 anos e o ápice na faixa etária de 30-39 anos. A maior frequência de mortalidade por tuberculose dava-se exatamente no período de vida produtiva em que o indivíduo está de uma forma ou de outra vinculado a um tipo de atividade econômica e, portanto, duplamente exposto ao risco do contágio, isto é, na moradia e no trabalho (Fontenelle apud Barreto, 1949: 511).

No início do século XX, a maioria dos trabalhadores do Rio de Janeiro tinha uma jornada de trabalho de 12 horas, em locais sobremaneira insalubres. Em função dos baixos salários, comiam mal e moravam precariamente – elementos fundamentais na epidemiologia da tuberculose.

Everardo Dias (1977: 45) descreve a situação dos trabalhadores brasileiros no início do século XX, relacionando-a à tuberculose:

(...) uma base salarial baixíssima, salário de escravo, exploração brutal do braço humilde que se encontrava em abundância no país, gente de pés descalços e alimentação parca (um punhado de farinha de mandioca, feijão, arroz, carne seca) (...) café adoçado com mascavo e um pouco de farinha, pois pão era artigo de luxo, bem como o leite, a carne, os condimentos, os legumes (estes últimos desconhecidos na casa do trabalhador). E quanto à moradia, estava confinada a barracões em fundo de quintal, em porões insalubres, em casebres geminados (cortiços), próximos às fábricas e pelos quais pagava de aluguel mensal 15, 20, 30 mil réis (...). A anemia e a tuberculose faziam abundante ceifa anual.

Fica claro que as condições de moradia da maior parte da população no Rio de Janeiro predispunham ao acometimento da doença e facilitavam a sua propagação. Às habitações coletivas,⁹ que favoreciam o contágio pela superpopulação (alta densidade domiciliar), somava-se a deficiência de ação dos agentes naturais de desinfecção dos escarros (luz solar e ventilação, cuja falta deprime as defesas orgânicas dos indivíduos). Assim, havia uma disseminação quase que universal da tuberculose, entre a camada da população mais pobre da capital federal.

Fontenelle, em seu trabalho *Salubridade das Habitações Coletivas no Rio de Janeiro*, de 1918, apresenta dados que tornam irrefutável o quadro descrito, mostrando uma ocorrência de óbitos nas habitações coletivas quase três vezes maior que nas habitações comuns unifamiliares (Fontenelle & Barreto, 1918:13). Luiz Edmundo (1987), no capítulo intitulado 'Vida do cortiço', ilustra de forma bastante expressiva o agravamento que a tuberculose causava aos moradores das habitações coletivas:

Ruídos cavernosos, que acabam fazendo a ronda da estalagem e que lembram, ora um rouquenho e triste marulhar de ondas, ora um sinistro coaxar de rãs. São os tuberculosos que tosseem, despedindo-se da vida, de olhos cercados por olheiras roxas, as faces encovadas, sobre esteiras podres ou sobre catres de palha pejados de molambos. São os pobres que esperam a morte, o rabecão da Santa Casa, de boca fria, trêmula, toda manchada de catarro e sangue... Não raro, uma dessas janelas abre-se de repente, para que uma voz entrecortada de soluços atire um brado angustioso, mas que se perde pela noite escura: – Morreu! Deus meu! Como eu sou desgraçada! (1987: 149)

Era, portanto, nesse contingente de miseráveis esquecidos como cidadãos que mais se disseminava a tuberculose.

A Nova Capital

A tuberculose não fazia parte da pauta de preocupações do governo, ocupado com as doenças epidêmicas. Pela forma como se desenvolveu, o centro do Rio de Janeiro preservava condições materiais favoráveis ao aparecimento de epidemias, ocupando a febre amarela posição primordial na atenção do Estado. Tal posição era reforçada, ainda segundo Luiz Edmundo (1987: 8), com a predileção da doença pelos estrangeiros que aqui aportavam:

Se a febre amarela, por uma enternecedora intuição patriótica, poupa o nativo, ceifando o leiteiro, que não é do país, de preferência, esse, por sua vez, desforra-se ceifando com o leite malsão que, criminosamente, vende, a vida de nossas criancinhas.

O descaso do Estado com a tuberculose estava na proporção inversa da sua preocupação com o saneamento do Rio de Janeiro, que, desde 1870, mobilizava as autoridades, confrontadas com uma situação sanitária alarmante, toda vez que a cidade era assolada por uma epidemia – e, nessa época, a frequência de violentos surtos de febre amarela e varíola foi bastante regular. Várias comissões foram constituídas e diversos planos de reforma urbana elaborados desde então.

Em 1874, constituiu-se a Comissão de Melhoramentos da Cidade do Rio de Janeiro, integrada pelos engenheiros Jerônimo R. M. Jardim, Marcelino Ramos da Silva e Francisco Pereira Passos, para analisar as causas dos altos índices de febre amarela e propor medidas de saneamento.

Mais tarde, ainda nesse período, a comissão passou a ser integrada por médicos, o que significou a adoção de novos conhecimentos de higiene que colocavam o homem como fator primordial da difusão das doenças transmissíveis. Esta nova equipe foi chefiada pelo Barão do Lavradio, que ocupava também o cargo de presidente da Junta Central de Higiene. Mas nenhuma dessas iniciativas, por motivos políticos ou técnicos, deu conta de alterar significativamente o quadro de epidemias (Fritsch, 1986).

A república nasce, assumindo a tarefa de sanear a cidade do Rio de Janeiro. Floriano Peixoto, em mensagem de 1892, ao salientar que as epidemias resultavam em “grave prejuízo da situação interna e externa do país”, afirmava ser “inadiável uma resolução definitiva do problema complexo do saneamento desta capital, ainda que com os sacrifícios de avultados dispêndios” (Brasil, Câmara dos Deputados, 1978: 70).

No que se refere à saúde pública, os governos republicanos, sucessivamente, preocuparam-se com o saneamento da capital federal, explicitamente motivados pelos interesses do comércio internacional. Mas a sua intervenção era limitada pelos entraves políticos da descentralização do poder, definida pela Constituição de 1891.¹⁰ Em contrapartida, a economia do município não permitia a realização de projeto de tão alto custo financeiro como reconhecia o próprio governo federal.

Assim, sobre a capacidade orçamentária do município, foi bastante ilustrativa a mensagem de Floriano Peixoto em 1894 ao afirmar que as condições sanitárias da capital:

(...) aconselham a adoção de medidas que habilitem o governo municipal a desempenhar-se do compromisso que lhe incumbe acerca do saneamento da cidade, pois que, evidentemente, não cabem nas forças do orçamento municipal as grandes obras e melhoramentos materiais de que carece a Capital da União. (Brasil, Câmara dos Deputados, 1978: 94)

Não eram, contudo, as condições de saúde da população trabalhadora que residia no Rio de Janeiro que estavam em jogo, mas, sim, o rápido crescimento da economia do país e a intensificação das atividades portuárias. Tanto que a tuberculose não se incluía nas propostas sanitárias governamentais, que especificavam, somente, a febre amarela e a varíola, acrescidas da peste bubônica a partir de 1900.

Foi no governo de Rodrigues Alves que o projeto político de saneamento da capital veio a se concretizar, sendo considerado “primordial para o reerguimento da vida econômica do país” (Brasil, Câmara dos

Deputados, 1978: 311). Ressaltem-se as condições políticas e técnicas favoráveis à sua viabilização. Os Serviços de Higiene Defensiva da capital passaram, por decreto, à administração do governo federal, em julho de 1902, sendo sancionada a transferência em 2 de janeiro de 1903 (Fontenelle, 1922: 430). Somaram-se a isso os novos instrumentais técnicos criados com as descobertas de Pasteur no campo da microbiologia e da bacteriologia, que possibilitavam o combate às doenças epidêmicas.¹¹ O projeto político de Rodrigues Alves foi concretizado pelo plano urbanístico de Pereira Passos, prefeito do Distrito Federal, e pelo plano sanitário de Oswaldo Cruz, diretor geral de saúde pública.

A essa altura havia unanimidade de diagnóstico sobre a insalubridade da capital federal. O que não era unânime era qual estratégia adotar para sanear-la. Não foi fácil para Oswaldo Cruz conseguir implementar sua política de saneamento. Antes de iniciar a execução do plano, o sanitarista sofreu grande resistência, mesmo da classe médica. A proposta de profilaxia da febre amarela foi alvo de duras críticas dos médicos que se dedicavam à clínica liberal. Estas críticas, motivadas aparentemente por questões científicas, encobriam uma forte oposição entre a clínica liberal e a medicina experimental, pois, segundo Solis (1982), a legitimação da medicina experimental – principal tema do V Congresso de Medicina e Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro em 1903 – implicaria a dependência das práticas médicas às orientações ditadas pelos laboratórios e institutos de pesquisa, com a perda progressiva de sua autonomia.

Por fim, com a concorrência do governo federal, concretamente implantado na cidade do Rio de Janeiro, Pereira Passos e Oswaldo Cruz atuaram com todo rigor autoritário, respaldados juridicamente e articulados em nome do saneamento e modernização da capital. Largas avenidas foram construídas, prédios demolidos, cortiços afastados da área central, ambulantes retirados das ruas. E a saúde pública, organizada militarmente, dizimou os mosquitos da febre amarela, exterminou os ratos, vacinou contra a varíola, procedeu a milhares de inspeções e desinfecções domiciliares, interditou casas comerciais, cortiços etc.¹² A capital federal transformou-se e adquiriu feição civilizada, moderna e higiênica. Estavam removidos, assim, os obstáculos ao desenvolvimento das atividades comerciais, financeiras e políticas da capital e garantidos o fluxo imigratório e o comércio internacional.

Entretanto, o beneficiário dessa 'nova capital' não foi a população como um todo. A modernização da cidade não implicou uma modificação

das condições sociais vigentes; ao contrário, só aprofundou as diferenças entre aqueles que desfrutavam de condições de vida privilegiadas e os que lutavam diuturnamente pela sobrevivência.

As dificuldades cada vez maiores de fixação no centro da cidade empurraram os trabalhadores para áreas que passaram a concentrar a pobreza, vítimas do desinteresse privado e estatal: os subúrbios e as favelas. O movimento em direção aos subúrbios deu-se em função do baixo valor dos terrenos e da expansão da rede ferroviária, que facilitava o transporte para o trabalho. As favelas, surgidas nos morros, próximos do trabalho e cujos terrenos nada custavam, formaram-se e cresceram sem os equipamentos urbanos mínimos necessários como o abastecimento de água, rede de esgotos e energia elétrica. Os barracos eram construídos com material inadequado – latas, papelão, folhas velhas de zinco, madeira podre etc. – e sem qualquer norma de higiene. Desse modo, essas moradias, assim como as habitações coletivas, constituíam focos de insalubridade, companheira da tuberculose.¹³

Com as doenças epidêmicas entrando em franca regressão, a tuberculose começou a ganhar espaço no discurso oficial, que reconhecia o caráter social da doença e admitia a necessidade de um programa sanitário para combatê-la. Aparecia em destaque a questão da habitação relacionada à incidência do mal. Bulhões de Carvalho (1904: 15), médico-demógrafo da DGSP, estabelecia essa relação de forma clara

A distribuição geográfica da tuberculose na cidade acompanha paralelamente a densidade da população e as precárias condições de habitação. Onde é mais densa a população e onde mais abunda o proletariado, é também onde mais avulta o obituário da tuberculose.

Ao contrário da febre amarela, da varíola e da peste bubônica, que para os sanitaristas expressavam atraso nacional, a tuberculose era vista como doença própria da civilização. Mas é claro que não da civilização em si, mas de um processo de crescimento desordenado e discriminatório. E, embora a tuberculose passasse a ter lugar no discurso oficial, foram poucas as tentativas de enfrentamento da doença no âmbito governamental, e mesmo assim sem resultados práticos, nas duas primeiras décadas do século XX.

Nas instruções da DGSP de 1902, a ‘tuberculose aberta’ aparece como doença de notificação compulsória, junto a outras moléstias transmissíveis. A medida é mantida no Regulamento Sanitário de 1904, que, entre outras determinações referentes à tuberculose, estabelece que os doentes não

podem residir em habitações coletivas nem trabalhar em casas comerciais, o uso obrigatório de escarradeiras em lugares públicos e a prova tuberculínica para os animais estabulados (Dec. nº 5.156). Esse decreto trata ainda do isolamento nos hospitais. Seu artigo 225 diz:

os tuberculosos não poderão ficar em comum com os demais doentes da mesma enfermaria. A Diretoria Geral de Saúde Pública entender-se-á com as administrações dos referidos hospitais a fim de obter o isolamento, tão completo quanto possível, dos tuberculosos hospitalizados. (Dec. nº 5.156)

Essas medidas legais foram inócuas. Por um lado, devido à falta de ação concreta do poder público, que não tinha a tuberculose como alvo prioritário de intervenção; por outro, em função da precariedade socioeconômica do grupo populacional mais atingido pela doença.

A DGSP lançou mão também do *Conselhos ao Povo* (1903), publicado na imprensa e em folhetos avulsos distribuídos pela cidade, orientando sobre os meios de evitar a tuberculose. Esses folhetos não levavam em conta as condições de vida do público alvo ao ressaltar a importância de habitações amplas e arejadas, boa alimentação e trabalho adequado na profilaxia da doença. Ora, precárias condições de vida e de trabalho eram a realidade da parcela da população mais intensamente atingida pela tuberculose. A contradição fica explícita no item 32 do *Conselhos ao Povo*: “Os remédios para a cura da tísica são dois: um é o ar livre e puro, o outro é a boa alimentação, devendo ambos serem ajudados pelo repouso. O doente do peito deve viver ao ar livre todo o dia” (DGSP, 1903: 26).

Em 1906, Rodrigues Alves solicita ao Congresso medidas legais e orçamentárias para a hospitalização dos tuberculosos indigentes,¹⁴ baseado em relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Esse relatório de 1905 dizia ser chegado o momento, quando as doenças epidêmicas entraram em regressão, de se dar mais atenção à tuberculose: “se alguns dos meios de luta devem ser deixados à iniciativa particular ou à ação das coletividades sociais de beneficência” (apud Almeida, 1978: 236-237), a hospitalização era dever do Estado, “obra de solidariedade humana e de defesa social” (apud Almeida, 1978: 236-237).

O relatório indicava como solução para o problema do isolamento dos tuberculosos indigentes a proposta da Santa Casa de Misericórdia de construção de um hospital, com os custos de edificação e manutenção divididos com o governo. A Santa Casa concorreria com 150:000\$000

(cento e cinqüenta mil contos de Réis) para o projeto de edificação, que teria custo máximo de 500:000\$000 (quinhentos mil contos de Réis); assumiria a administração do hospital e a metade do ônus de manutenção. A proposta teve parecer favorável da Comissão de Saúde Pública da Câmara dos Deputados, resultando em projeto de lei, mas somente em 1914 vindo a ser concretizada.

Outra tentativa de enfrentar o problema da tuberculose no âmbito do Estado foi o plano de Oswaldo Cruz, ainda diretor geral de saúde pública, em 1907. Ele também compreendia que era hora de combater a tuberculose pela sensível diminuição da incidência das outras moléstias infecciosas na capital federal (Cruz apud Barbosa, 1907). O plano, atualizado tecnicamente, era de realização bastante problemática porque, como iniciativa do Estado, tudo ainda estava para ser feito em relação à tuberculose. A começar pela notificação compulsória, que não era feita sistematicamente pelo próprio médico, constrangido de cumpri-la, por sentir que estaria traindo o doente que o chamara em confiança (Nascimento, 1902: 5-6).

A viabilização do plano dependia de várias instâncias dos poderes Executivo e Legislativo que deveriam estar absolutamente voltados para o controle da tuberculose como uma questão prioritária, tal qual se dera com o saneamento no Rio de Janeiro. O plano não se traduziu em prática sanitária, entendida como "conjunto de iniciativas e intervenções concretas do Estado com o objetivo de alterar um dado padrão sanitário" (Bodstein, 1984: XI), mas teve sua importância como proposta da Saúde Pública no enfrentamento do problema da tuberculose.

Resumindo, a tuberculose não logrou tornar-se uma questão emergente para o Estado na primeira década do século XX. A prática da Saúde Pública, determinada por interesses nacionais de ordem econômica, transparecia não visar, necessariamente, à melhoria das condições de saúde da população em geral.

As elites médicas já consideravam necessário e urgente enfrentar o problema da tuberculose. Discutiam na academia, nos congressos, na imprensa, ocupando o vazio deixado pelo Estado, que não tinha uma política que resultasse na diminuição da mortalidade e morbidade da doença. Articulando-se organicamente, criaram a Liga Brasileira Contra a Tuberculose (LBCT), que sempre buscou uma aproximação com o Estado.

A Liga Brasileira contra a Tuberculose

É importante perceber o significado da Liga no campo da filantropia. Os trabalhos que de alguma forma discutem a filantropia estabelecem uma distinção entre esta e a caridade, entendida esta última como uma assistência desorganizada aos pobres, isto é, sem método científico.¹⁵

A prática caritativa, até o século XVIII, estava basicamente sob domínio da igreja católica, que estabelecia uma divisão moral da sociedade entre os que tinham o poder de perdoar e os que precisavam ser perdoados. Esta prática tinha por objetivo “aliviar a dor temporária para salvar os seus semelhantes e de assegurar a felicidade eterna após a morte” (Balen, 1983: 41). Propunha a tutela dos ricos sobre os pobres, o que os conduziria ao reino dos céus.

Num momento em que a sociedade busca seu desenvolvimento econômico nos moldes capitalistas e o trabalho começa a ser visto como fonte de riqueza, a tutela dos ricos sobre os pobres passa a ser vista como problemática. Os homens precisam ser livres para vender sua força de trabalho e receber, por recompensa, o auto-sustento – o que deve estar sob sua responsabilidade individual.

As diferenças no grau de apropriação dos meios necessários ao auto-sustento, quer dizer, a desigualdade das condições de subsistência, eram vistas como consequência natural do crescimento populacional. Mas seus efeitos, nas grandes cidades, tinham de ser de alguma forma controlados, para não se tornarem óbices ao desenvolvimento do sistema de economia livre.¹⁶

No decorrer do século XIX ficou evidente que as instituições caritativas, privadas ou religiosas, eram incapazes de lidar efetivamente com a questão da pobreza ou seus aspectos. A concepção de que o pobre tinha o direito de ser socorrido pelo rico ou poderoso, e que este, conseqüentemente, tivesse a obrigação moral de socorrer os pobres, foi combatida na Europa, principalmente, a partir da segunda metade do século XIX, segundo análise de Topalov (1990). Era preciso superar a assistência indiscriminada e distinguir o pobre ‘válido’ do pobre ‘inválido’ para o trabalho, isto é: “distinguir os pobres que são duravelmente pauperizados e os operários regulares, provisoriamente em dificuldades” (1990: 397).

Tornou-se necessário operacionalizar essa distinção. O pauperismo, em seus diversos aspectos, passou a ser objeto de estudo de ciências como a medicina, o direito, a economia, a sociologia e outras, que forneceram às

elites sociais e políticas os instrumentos que possibilitaram a classificação das populações. Mas, não só a classificação. Na verdade, as técnicas científicas foram incorporadas pela classe dominante visando a uma intervenção concreta no meio social e, com isso, ao controle de uma situação que as ameaçava sobremaneira e a uma adequação da vida urbana às novas condições sociais e econômicas vigentes.¹⁷

Nesse momento, surge a filantropia como modelo assistencial baseada no 'cientificismo', capacitado a substituir o modelo caritativo. A filantropia representa, assim, um campo de idéias e iniciativas práticas desenvolvidas pela classe dominante com o objetivo de intervenção social. Utiliza, ainda, o discurso da moralidade não mais para alcançar o reino dos céus, e sim para o distinguir da noção de direito social. Como argumenta Tocqueville (apud Oliveira, 1988: 4), "a assistência como dever moral e não como direito permite excluir o Estado da tarefa de organizar a felicidade pública".

A idéia de responsabilidade do Estado nas questões sociais torna-se o debate predominante, em vista dos prejuízos causados pela industrialização a requererem reparação social. Enquanto uns consideravam que todo dever social era um dever da sociedade e, afinal, do Estado, outros, economistas e liberais, defendiam o dever social como um dever do homem em sociedade e não da própria sociedade (Balén, 1983).

Esse debate remete à discussão da assistência pública e privada como práticas complementares para o enfrentamento das questões sociais advindas da desigualdade. Passa a predominar cada vez mais a opinião de que a assistência aos indigentes era uma obrigação da sociedade a ser cumprida pelo Estado. No contexto da discussão, sobretudo européia, a respeito do combate aos problemas sociais para minimizar suas consequências, as elites sociais brasileiras também discutem e assumem papéis reformadores.

No campo da saúde e especificamente da tuberculose, que se encontrava sem assistência por não ser prioridade do Estado, as elites médicas tomam para si esse encargo. As estatísticas de mortalidade, contidas nos relatórios da DGSP, evidenciavam a gravidade do problema, que só encontrava respaldo nos fóruns médicos. A tuberculose foi tema do discurso oficial proferido pelo médico Júlio de Moura (apud Sodré, 1905: 221) no II Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em 1889, que enfatizou a magnitude da doença e a falta de atenção com ela:

Tratando-se de uma enfermidade que nos assola com a teimosia inexorável de uma endemia que não tem paradeiro, nós nos achamos na mesma lamentável contingência dos nossos antepassados, lutando tanto ou mais do que eles por um lado com a indiferença pública, por outro com a ineficácia ou mesmo ausência dos meios aconselhados para preveni-la ou debelá-la.

A Academia Nacional de Medicina elaborou (ANM), em 1895, por intermédio da Seção de Higiene, presidida por Souza Lima, um detalhado relatório das medidas de profilaxia indispensáveis para “poupar o povo de tão pesado e funesto tributo pago à tuberculose” (*Anais da ANM*, 1898: 51). Admite-se no texto que “não se pode, é verdade, de um modo positivo, assegurar a cura da tuberculose (...) são vários, múltiplos e seguros os meios capazes de impedir a sua propagação” (*Anais da ANM*, 1898: 51).

Unanimamente aprovado, o texto ficou como ‘letra morta’ até 1898, quando suas conclusões tornam a aparecer num relatório sobre as “medidas profiláticas exigidas contra a tuberculose” (*Anais da ANM*, 1898: 51-64), lido na Academia de Medicina de Paris por Grancher, causando repercussões ‘entusiásticas’ no mundo científico.

As discussões e publicações no meio médico, reclamando medidas sanitárias diante da propagação assustadora da tuberculose, tomaram vulto e passaram a circular também na imprensa leiga, com o apoio de escritores de idéias liberais sensibilizados com o problema, como Ernesto Senna e Alcindo Guanabara.¹⁸

De início desarticulado, o movimento, alimentado pela própria academia e por discussões e realizações no exterior, começou a ganhar organicidade no Rio de Janeiro em 1899, quando Cypriano de Freitas, professor de anatomia patológica da Faculdade de Medicina, conclamou a classe médica a criar um órgão específico para combater a tuberculose. Veio ao encontro dessa proposta a resolução do IV Congresso de Medicina e Cirurgia, realizado no Rio em 1899, que apontou a necessidade de se criarem sanatórios para tuberculosos, entendendo-os como a medida eficaz para impedir a difusão da doença.

Foi o início de um movimento orgânico que levou à fundação da Liga Brasileira contra a Tuberculose (LBCT), cujas bases foram estabelecidas pela comissão composta por Cypriano de Freitas, Ismael da Rocha, Carlos Seidl, Guedes de Mello e Azevedo Lima. Eles estabeleceram que a finalidade da Liga era implantar no país os meios de cura e profilaxia da tuberculose pautados na ciência moderna, com a justificativa de que o Brasil não

podia se furtar a seguir a “grande corrente científica e civilizadora da época” (LBCT, 1901: 5) de combate à doença que causava tão alta mortalidade, principalmente na capital federal.

Este propósito deveria ser cumprido com uma propaganda maciça na imprensa, além de conferências para esclarecimento público sobre o caráter curável da doença e a forma de evitar o contágio. Visava-se também ao cumprimento de posturas municipais referentes ao assunto e à construção de sanatórios onde o tuberculoso pudesse encontrar a cura pela alimentação, aeração e repouso. Reconhecia-se o alto custo do programa, que implicava, portanto, recorrer à contribuição de todos os interessados em saúde pública e no ‘engrandecimento pátrio’. E expressava-se a necessidade de assegurar o apoio dos poderes públicos, pois “só assim consagradas a iniciativa particular e a intervenção oficial, em ação solidária contra a peste das civilizações, a Liga verá realizados em benefício da humanidade os meios de cura e as medidas locais de defesa” (LBCT, 1901: 7).

O grupo encaminhou uma carta assinada a um grande número de pessoas, apresentando como dever do cidadão a tarefa de dificultar a propagação da tuberculose, por meio da divulgação dos conhecimentos de profilaxia, e facilitar os meios de cura para os tuberculosos, pela construção de sanatórios, a exemplo dos países civilizados. A carta comunicava a criação da Liga com esses objetivos e convidava para a sessão solene de instalação da entidade. Finalizava solicitando que o destinatário se inscrevesse como sócio da nova instituição (LBCT, 1901: 7).

O comparecimento à sessão solene de instalação da Liga, em 4 de agosto de 1900, na Academia Nacional de Medicina, expressou o resultado desse trabalho. Estiveram presentes, além do arcebispo, que presidiu a sessão, o presidente da república, Campos Sales, alguns ministros de Estado, o diretor geral de saúde pública, Nuno de Andrade, e várias figuras de prestígio das áreas política, social e artística. Cypriano de Freitas (1900: 333), ao discursar na ocasião, referiu-se ao que, aparentemente, ali se consolidava “a religião, aliada à ciência e aos altos interesses econômicos e sociais do País, empreende esta Cruzada, de cujos resultados não é lícito duvidar”.

A aliança projetada neste discurso resultou bastante desigual. A direção e a execução do combate à tuberculose, até a década de 20, ficaram basicamente a cargo da Liga. Ainda nessa ocasião, Alcindo Guanabara (1911: 58), em veemente discurso, salientou o “dever e honra da civilização ocidental” de dar combate à tuberculose, e, apelando ao amor cristão para

a concretização dessa tarefa, afirmou ser inadiável o cumprimento desse dever: “Basta de comissões! Basta de relatórios! Basta de vanilóquios! Desçamos ao terreno das aplicações práticas!” (1911: 58).

Estava criada a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, com um discurso em que o móvel era o sentimento humanitário e patriótico, e a ciência era colocada como instrumento para a prática da instituição. A fé na ciência, como afirma Luz (1982), era comum aos médicos e intelectuais da época.

A administração da Liga ficou a cargo de uma diretoria apoiada por um conselho consultivo, composto por médicos e engenheiros que tinham como tarefa, além de produzir pareceres sobre questões técnicas, elaborar a propaganda científica acerca da doença, no sentido de vulgarizar as medidas de higiene necessárias ao seu combate e promover a execução das posturas municipais a elas concernentes (LBCT, 1900).

As sucessivas diretorias e conselhos sempre tiveram figuras de prestígio. Os médicos eram, na maioria, militantes da clínica tradicional, que integravam ao mesmo tempo a Academia Nacional de Medicina e a Faculdade de Medicina, com vozes influentes nos congressos médicos, reivindicando essa influência na política em geral. Outros profissionais não-médicos gozavam também de posição social e política privilegiada, ressaltando-se Ataulpho de Paiva, cujo reconhecimento como jurista veio a ser reforçado pelos seus trabalhos sobre assistência pública e privada.

A Liga seguiu, na sua prática institucional, o que ficou estabelecido quando de sua organização no tocante à “ação solidária entre a iniciativa particular e a intervenção oficial” (Freitas, 1900: 333). Em nenhum momento mostrou pretensão de atuar no campo da assistência ao tuberculoso com exclusividade. Em todas as questões que discutiu ou enfrentou com vistas a uma ação concreta, demandou a intervenção do governo. Definiu os limites da assistência privada por entender que várias das questões concernentes à tuberculose dependiam, para sua resolução, não só de medidas legais como de grandes somas de dinheiro. Assim,

(...) apela para o governo e dele espera um concurso eficaz e prático. Esse concurso, porém, deve não só traduzir-se pela adoção das medidas de que largamente nos ocupamos, quando tratamos da profilaxia da tuberculose, como ainda por contribuições pecuniárias que auxiliem a levar a efeito a obra dos sanatórios. (LBCT, 1901:52)

A posição da Liga quanto aos elementos que contribuíram para tornar a cidade do Rio de Janeiro palco de tão alta mortalidade pela tuberculose,

não difere daquela já apresentada. Reconhecia que as condições de miséria em que viviam os trabalhadores propiciavam um maior acometimento e propagação da doença nesse grupo e discutia os elementos que influíam positivamente para o aparecimento do mal, com propostas para atenuá-los.

Dentre os fatores sociais que a Liga apontava como fundamentais na produção da tuberculose no Rio de Janeiro, e para os quais reivindicava atenção, destacaram-se, principalmente, a casa e o trabalho insalubres e a alimentação insuficiente. A Liga ocupou-se deles tanto nas discussões internas quanto externas, admitindo seu limite de competência e demandando a intervenção do governo nesses fatores.

Além de alertar o governo para a responsabilidade de assumir a tuberculose como questão grave e tomar medidas concretas contra mortalidade tão alarmante, a Liga procurou criar organismos próprios, considerados fundamentais no combate à doença.

Desde a sua fundação, a Liga considerou o sanatório um instrumento primordial para o combate à tuberculose. Em seu primeiro estatuto incluiu, no capítulo VII, diretrizes específicas para sua organização:

Art. 26 – A liga fundará, logo que reuna os recursos necesarios, um ou mais hospitaes e sanatorios.

Art. 27 – Nesses hospitaes e sanatorios, ella receberá e dará tratamento systematico aos que forem seus socios ou aos que, ainda que pessoalmente o não sejam, lhe forem enviados, com a devida requisição, por instituições ou corporações que a subvencionem.

Art. 28 – Haverá no sanatorio pavilhões especiaes, onde se receberão doentes que queiram pagar a diaria que fôr fixada. (LBCT, 1900: 10)

Logo em sua primeira reunião, a Liga buscou angariar os recursos materiais necessários para a criação de uma instituição do gênero. Reconhecido e propagado nos congressos médicos internacionais como o grande instrumento de cura do tuberculoso, o sanatório desempenhava também importante papel na prática clínica liberal, com base na relação médico-paciente.

O tratamento sanatorial não era recomendado a qualquer tuberculoso, mas somente àquele que, avaliado o estágio clínico da doença, ainda tivesse possibilidade de cura. Esse critério aparece explicitamente no Estatuto de 1900, onde no art. 29 do capítulo VII lê-se que: “só serão recebidos

nos sanatórios os doentes julgados em condições de curabilidade” (LBCT, 1900: 11). O médico teria o doente ‘cativo’ por alguns anos, desenvolvendo estreita relação com ele para poder acompanhar a evolução da doença e construir um conhecimento mais seguro e eficaz a seu respeito, além de aumentar as chances de êxito no tratamento.

Tratava-se de uma proposta coerente com a Liga, uma vez que a maioria dos seus diretores praticava a clínica tradicional. A associação perseguiu esse objetivo por muitos anos, mas, por óbices financeiros, não chegou a concretizá-lo. Várias tentativas foram feitas a partir de possíveis doações de terrenos e contribuições financeiras de toda sorte, mas todas frustradas.¹⁹

Paralelamente, a Liga deu encaminhamento a um outro projeto. Alcindo Guanabara²⁰ propôs, em 1905, a criação de uma colônia de férias para crianças, justificando:

Parece-nos que é chegada a ocasião de se atender mais cuidadosamente para a situação das crianças pobres que definham e se estiolam nessas casas superpovoadas, sem ar e sem luz suficientes (...) essas crianças depauperam-se, enfraquecem-se e são candidatas à tuberculose. (LBCT, 1905: 39)

A partir dessa proposta, a Liga assume a preocupação com a assistência à criança e começa a articular o projeto de um sanatório infantil que se transforma, afinal, em algo que mais se aproximou do objetivo de Alcindo Guanabara, isto é, o acolhimento de crianças enfraquecidas, mas não tuberculosas. Foi o Preventório Rainha Dona Amélia, para o qual a Liga criou caixa própria, alimentada com doações específicas para esse fim, mesmo assim, instalado somente em 1927, na ilha de Paquetá.

Outra questão que ocupou a Liga, e ainda relacionada ao isolamento do tuberculoso, foi a da assistência hospitalar. Apesar de constar do seu estatuto, no mesmo capítulo dos sanatórios, o objetivo de fundar um ou mais hospitais não se percebe nos seus relatórios movimento algum no sentido de assumir para si essa tarefa.²¹

As propostas eram dirigidas aos hospitais gerais da cidade, principalmente o da Santa Casa, pela maior prevalência de tuberculosos em suas enfermarias, recomendando-se o isolamento dos doentes,²² ou ao governo, por entender a Liga que:

aos poderes públicos, pelo seu caráter oficial, pelo seu papel na obra de assistência e pela personalidade jurídica de representante dos pobres é que não pode passar despercebida a urgência de amparar em sua des-

ventura aqueles infelizes, organizando e promovendo a criação de hospitais especiais a eles destinados. (LBCT, 1905: 19)

O mesmo relatório aconselha que: “os tísicos não devem permanecer nas salas comuns dos hospitais gerais; a sua hospitalização, mesmo para o conveniente tratamento, não pode deixar de ser em estabelecimentos especiais, que ao poder público cumpre criar” (LBCT, 1905: 20).²³

Mas é na década de 1910 que se inaugura o Hospital de Cascadura para tuberculosos, resultado de convênio entre a Santa Casa e o governo federal, ao mesmo tempo em que o Hospital São Sebastião, da DGSP, cria quatro pavilhões de isolamento para tuberculosos.

Os dispensários, que não aparecem como finalidade da Liga em seu primeiro estatuto, tornam-se, em pouco tempo, uma alternativa no tratamento da tuberculose, por serem menos dispendiosos que o sanatório. Além disso, experiências na Europa apontavam esse tipo de organismo como fundamental no combate à tuberculose. O primeiro dispensário de que se tem notícia foi criado por Robert Philip em Edimburgo, em 1887. Simples e de baixo custo, tinha por função o tratamento de tuberculosos, a descoberta de focos de contágio da doença, a vigilância e educação sanitárias. A idéia de uma instituição dessa natureza não se difundiu imediatamente, só vindo a ser acolhida na Bélgica em 1899, e, mais tarde, na França e Portugal. A Liga inclui o dispensário em seu segundo Estatuto de 26 de dezembro de 1901, sob a alegação de que: “nos dispensários serão prestados gratuitamente conselhos e consultas aos enfermos de tuberculose que os procurarem e, quando os recursos da Liga o permitirem, também medicamentos gratuitos” (LBCT, 1901: 39).

Realmente, a implantação desse organismo mostrou-se bem mais fácil, a ponto de a Liga criar seu primeiro dispensário em 26 de janeiro de 1902. Ele funcionou, inicialmente, em instalações precárias, em um prédio alugado à rua Gonçalves Dias, no centro do Rio de Janeiro. Já em maio de 1907 teve sua sede própria inaugurada, concentrando, no mesmo prédio, com o nome de Dispensário Azevedo Lima, as suas áreas de funcionamento e a administração da Liga.

A sua função precípua era a profilaxia da doença, mas atuava também no seu tratamento; o serviço prestado era basicamente de educação higiênica²⁴ e assistência médica, inclusive com atendimento domiciliar, caso o doente não pudesse se locomover até ele. O diagnóstico bacteriológico para identificação do bacilo no escarro era também realizado no dispensário.

O processo de tratamento aplicado no dispensário era bem variado. Ante a inexistência de antibióticos específicos contra a tuberculose, uma gama de medicamentos era utilizada, tanto por via hipodérmica quanto oral. Empregavam-se, por exemplo, conforme o caso, guaiacol, fosfotal, creosotal, tiocol, cacodilato de sódio, arrenal, iodofórmio, ictiol, tanino, ergotina, terpinol, ópio e seus derivados, vanadina, óleo de fígado de bacalhau etc. Esses medicamentos, na sua maioria, tinham a propriedade terapêutica de fortificar o organismo ou acalmar a tosse.²⁵ A alguns medicamentos era creditada a qualidade de bacteriostático, como o creosoto e o guaiacol. Mas, na verdade, tal propriedade nunca foi confirmada *in vivo*.

Até o advento dos quimioterápicos, na década de 1950,²⁶ uma infinidade de medicamentos foi ensaiada no tratamento da tuberculose, como várias especialidades farmacêuticas que continham sais de ouro, particularmente depois de Koch haver demonstrado que sais de ouro impediam o crescimento dos bacilos da doença *in vitro* (Waksman, 1966). A tuberculina também foi muito usada como terapêutica, principalmente a Tuberculina Original Antiga (TOA), fabricada no Instituto de Manguinhos e fornecida ao dispensário da Liga gratuitamente. Cardoso Fontes a indicava, fundamentado no poder congestivo que ela exercia em torno dos tubérculos, impedindo o crescimento dos bacilos.

O Dispensário Azevedo Lima foi o único organismo no Rio de Janeiro especializado no tratamento e profilaxia da tuberculose até 1911. O segundo dispensário, denominado Viscondessa de Moraes, foi criado pela Liga com o objetivo de prestar atendimento à população do bairro de São Cristóvão, refletindo uma preocupação com a instalação de unidades dispensárias em bairros operários. Na verdade, esse segundo dispensário não foi objeto da mesma atenção dada ao Azevedo Lima. Transferido para a saúde pública do município em 1916, o Viscondessa de Moraes retornou à direção da Liga em 1918. A partir dessa data, transferiu-se para vários locais diferentes e seu prédio original, à rua Pedro Ivo, nº 260 (atual Av. Pedro II), transformou-se no Instituto Viscondessa de Moraes, unidade de produção da BCG, pertencente à Liga.

Ao desempenhar um papel fundamental na formação de tisiologistas, o dispensário Azevedo Lima permitiu alguns ensaios terapêuticos e a utilização do pneumotórax, técnica cirúrgica criada por Forlanini, na Itália, no final do século XIX. Esta técnica foi sistematicamente aplicada nos pacientes do dispensário Azevedo Lima, a partir de 1914, pelo tisiologista Edgard Abranches.²⁷

Quando de sua fundação, a Liga já estabelecia como um de seus propósitos a propaganda maciça de combate à tuberculose, com o objetivo de mobilizar a opinião pública para o grave quadro de mortandade causada pela doença e a necessidade de medidas práticas para modificá-lo. Convencer o público de que a doença era curável e instruí-lo sobre os meios de evitar o contágio eram os dois princípios fundamentais da Liga. Nesse sentido, baseou sua estratégia de ação na realização de conferências populares, na distribuição de comunicações aos jornais, na produção de circulares e folhetos explicativos, enfim, na utilização de todos os meios de convencimento da opinião pública ao seu alcance.

A Liga entendia que, de imediato, “era preciso implantar a idéia, despertar a opinião pública sobre a extensão e a gravidade do mal a combater” (LBCT, 1903: 13). Para isso, contava com a colaboração dos jornais da cidade que publicavam suas notas de esclarecimento. Da sua diretoria participavam jornalistas que tinham influência na política editorial dos periódicos, como Antônio Pereira Leitão, Eduardo Saboya e Ernesto Senna, do *Jornal do Commercio*; e Alcindo Guanabara, conhecido escritor, jornalista e político.

Alguns médicos da Liga também colaboravam com a imprensa, como Nuno de Andrade, de 1905 até 1922, ano de sua morte. Auxiliar poderosa na propaganda da Liga, a imprensa publicou sistematicamente, dirigidos ao povo, conselhos e instruções sobre a profilaxia da tuberculose. Além disso, publicações especializadas como *Brasil-Médico*, *Revista Médico-Cirúrgica* e *Syniátrica* traziam, com frequência, artigos científicos elaborados pela Liga, além de informações dirigidas exclusivamente à classe médica. Mesmo os ofícios encaminhados às autoridades de saúde, solicitando medidas saneadoras que impedissem a proliferação da tuberculose, tornavam-se material de propaganda ao serem veiculados na imprensa.

Realizavam-se conferências populares em fábricas, escolas, quartéis e clubes profissionais. Em geral, o conferencista, médico da Liga, apresentava a instituição, formada para dar combate à tuberculose, fazia um breve resumo da história da doença e divulgava o que se sabia até o momento quanto à sua etiologia, sintomatologia, tratamento e, principalmente, profilaxia. As conferências realizadas foram, posteriormente, impressas e distribuídas amplamente, além de publicadas na íntegra pelas revistas médicas.²⁸

A Liga decidiu, em 1907, publicar uma revista mensal que servisse de instrumento de propaganda popular. Por razões financeiras, seu primeiro

número só foi editado em 1913, saindo regularmente até 1920, sendo substituída, posteriormente, em 1921, pelo *Almanak*. Ambos tinham por objetivo “despertar cuidados, lecionar higiene, vulgarizar conselhos e colaborar com os clínicos na defesa social” (Ribeiro, 1985: 173).

O dispensário, além de sua função médico-social, era um foco irradiador de propaganda. Não tanto pela eficácia, duvidosa, de sua atividade de educação higiênica, mas pelo fato de chamar atenção para a doença.

Os recursos advindos das contribuições dos sócios, das doações de particulares, das subvenções dos poderes públicos, de associações beneficentes, do produto líquido de festividades beneficentes e de contribuições arrecadadas nas fábricas, escolas, igrejas, quartéis etc., constituíam o patrimônio da Liga.²⁹ De acordo com os relatórios financeiros anuais, verifica-se que as contribuições dos sócios sempre foram as de menor valor em relação aos outros elementos de receita. No primeiro ano de sua fundação, a maior receita da Liga provinha do resgate dos cupons das companhias de bondes, mecanismo muito utilizado pelas associações beneficentes na época, e dos donativos feitos por particulares (LBCT, 1901).

Mas por saber que com esses recursos não conseguiria realizar seus propósitos, a Liga reivindicava subvenções sistemáticas aos poderes públicos. Dirigindo-se ao governo municipal para obter subvenção, sugeria:

É certo que a situação financeira atual do Distrito não permite liberdades de nenhuma espécie; mas é certo também que os poderes municipais podem taxar o vício com que é forçado a transigir e colher dele os meios necessários a combater-lhe os próprios efeitos. Uma das causas, geralmente indicadas, da tuberculose é o alcoolismo (...) confiamos em que não será improfícua esta sugestão, que nos é ditada pelo puro interesse de vermos finalmente aparelhada esta população para a luta contra o terrível flagelo que a dizima. (LBCT, 1901: 52)

Realmente a sugestão teve uma resposta prática em curto prazo, como registra a Liga:

Ao organizar o orçamento para 1902, o Conselho Municipal, considerando a magnitude e o alcance da obra social que a Liga empreende, consignou a taxa adicional de 5\$000 (cinco mil Réis) por licença para o comércio de bebidas alcoólicas e tabaco, destinada a auxiliá-la. (LBCT, 1902)

Essa decisão resultou em uma subvenção municipal para a Liga de 18:635\$000 (dezoito mil, seiscentos e trinta e cinco contos de Réis), no ano de 1902, seguida de valores próximos nos anos subsequentes. Reivindicando

ao governo federal auxílio financeiro, a Liga encaminhou, referindo-se às loterias, sugestão semelhante:

A única justificação da tolerância dos poderes públicos para com o jogo da loteria está exatamente nisto: que ela supre, de alguma forma, a falta de auxílio a instituições de beneficência e caridade, que não podendo ser subsidiadas pelo Estado, muito interessa e importa, entretanto, à coletividade que existam e subsistam facilmente (...). O Congresso avaliando como lhe parecer justo o alcance e as vantagens práticas desta obra, poderá designar uma parte da renda assim obtida para ser dada anualmente a título de subvenção. (LBCT, 1901: 51)

A resposta a essa solicitação veio sem muita demora: foi assegurada, por resolução do Congresso, subvenção à Liga com verbas oriundas de loterias do Estado. O que demorou foi a execução desta resolução: somente em 1904 a Liga passou a receber, regularmente, as subvenção federal com valor em torno de 24:000\$000 (vinte e quatro mil contos de Réis).

Constata-se, finalmente, que o que assegurava, realmente, recursos à Liga eram as subvenções públicas. Como naquela época o Estado não assumia para si a responsabilidade de solucionar os problemas sociais, não definindo políticas públicas que os contemplassem, limitava sua ação ao repasse de recursos para as instituições privadas de assistência. Assim, sua prática comum era a da subvenção, que, em relação à tuberculose, permaneceu exclusiva pelo menos até a década de 20.

Como instituição filantrópica que agia em nome da ciência, movida por sentimentos humanitários e patrióticos (conforme o discurso de seus representantes), a Liga acabava também por servir ideologicamente ao Estado liberal, já que este não tinha um projeto de intervenção social, limitando-se ao papel de financiador das iniciativas da sociedade civil.

Uma Expectativa Ressurge

Aparentemente, no início do século XX, configura-se uma possibilidade de medidas concretas de combate à tuberculose pelo governo federal. Nilo Peçanha, falando ao Congresso já no final do mandato, em 1910, indicava a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde, visando antes de tudo à tuberculose:

Cumpre-me recomendar especialmente ao vosso zelo e solicitude a reorganização dos serviços sanitários a cargo da União, compreendidos aí os serviços referentes ao importante e momentoso problema da profilaxia da tuberculose. (Brasil/Câmara dos Deputados, 1978: 697)

O fato de Carlos Seidl assumir a DGSP em 1912 (no período governamental de Hermes da Fonseca) criou uma nova expectativa: a de que a tuberculose viesse a ser, em curto prazo, uma questão emergente para o Estado. Ao contrário de seus antecessores, Seidl fazia pensar que seria o pioneiro na implementação de uma política estatal de combate à doença. Se não tinha a visibilidade política de Oswaldo Cruz, era um médico atuante na luta contra a tuberculose, participando de fóruns de discussão na Academia Nacional de Medicina, na Faculdade de Medicina e em congressos médicos. Além disso, era membro fundador da LBCT.³⁰

Mas, na realidade, esse período foi de grande apatia na saúde pública, como ressalta Bodstein (1984). Em parte, devido à Primeira Guerra Mundial, que veio logo a seguir, houve um corte orçamentário para a saúde e Carlos Seidl pouco ou nada realizou à frente da DGSP. Embora tivesse defendido em outros momentos a luta contra a tuberculose com um plano global de ações, colocando-a como uma das prioridades de sua gestão na saúde pública, limitou-se a propor medidas profiláticas isoladas que o reduzido orçamento da DGSP podia comportar.

Em relatório ao ministro da Justiça e Negócios Interiores (Brasil/DGSP, 1913: 12), diz Seidl: “pela minha parte, vou fazendo o que posso, dentro das forças orçamentárias da minha repartição”. Nesse documento, definia como diretrizes da sua administração no tocante à tuberculose:

No momento presente esta diretoria procura e deseja: educar a população pública; difundir os ensinamentos oriundos da higiene moderna; melhorar e desinfetar todas as habitações que possam ter sido inquinadas pelo tuberculoso; dar-lhe a esperança de cura e a certeza de um bom tratamento; isolar os tuberculosos adiantados que se tornarem perigosos e aos quais faleçam recursos para tratamento conveniente a domicílio. (Brasil/DGSP, 1913: 12)

E reiterava: “fazer bem o pouco que pode fazer, mas fazê-lo bem”. Mas nem o bom tratamento, nem o isolamento dos tuberculosos adiantados foram realidade. Mesmo com a reativação do Hospital Paula Cândido e a construção de quatro pavilhões de isolamento no Hospital São Sebastião, o número de leitos não era suficiente para a demanda. O próprio diretor da

saúde pública registrava 10,23 óbitos/dia, causados por tuberculose em 1912, na cidade do Rio de Janeiro (Brasil/DGSP, 1913: 13).

A letalidade da doença não era de 100% – o que quer dizer que nem todos que adoeciam morriam – e sua evolução clínica prolongava-se por muitos anos, podendo-se inferir que o número de pessoas doentes de tuberculose era extremamente maior, pois, de acordo com Plácido Barbosa, diretor do que viria a ser Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, para cada óbito por tuberculose, esperava-se de 5 a 10 casos da doença.

A administração de Carlos Seidl foi bastante criticada pelos sanitaristas, pela ausência de medidas efetivas de combate à doença. Após seis anos à frente da DGSP, Seidl a deixou, em 1918, em função do fracasso no combate à epidemia de gripe espanhola, que matou o próprio presidente da República Rodrigues Alves, tornando evidente que a saúde pública não possuía estrutura para dar conta de problemas emergentes.

Já nessa época, estava instaurado um debate cívico pela melhoria das condições de saúde da população brasileira, cujo pano de fundo era um movimento político e ideológico de construção da nação, que considerava necessária a intervenção do Estado na área da saúde de forma global e permanente.

Ao contrário do que propunha a Liga – compartilhar com o governo as responsabilidades no combate à tuberculose, sem que isso implicasse necessariamente uma reestruturação do Estado³¹ –, as elites médicas e intelectuais exigiam explicitamente, no final da década de 1910, uma reforma profunda no setor público da saúde.

O diagnóstico da situação calamitosa da saúde, tanto da população dos 'sertões' quanto das áreas urbanas, tornou-se público e unânime, colocando para o Estado a necessidade premente de assumir o problema como uma questão social, o que favoreceu um movimento de reestruturação dos seus serviços.

No contexto internacional já havia a preocupação social, reforçada com a Revolução Russa de 1917. A Conferência de Paz, que marcou o término da Primeira Guerra Mundial, e o Tratado de Versailles, comprometeram internacionalmente o Brasil no sentido de um novo posicionamento em relação às demandas sociais.

O Estado Assume a Questão da Tuberculose

Na capital federal, os serviços de saúde tornaram-se responsabilidade da União. Após duras negociações na Câmara dos Deputados, a criação em 1920 do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cuja direção foi entregue a Carlos Chagas, representou uma resposta a essa nova situação e caracterizou a ampliação da iniciativa pública no enfrentamento dos problemas da saúde (Hochman, 1998). Em mensagem presidencial de 1920, Eptácio Pessoa ressalta:

Para atender a justificado empenho do governo, manifestado na mensagem presidencial especial, que vos dirigi o ano passado sobre a lamentável deficiência dos nossos serviços de saúde, criou o Congresso o Departamento Nacional de Saúde Pública, que compreenderá, em todas as suas modalidades, nesta Capital e nos Estados, a profilaxia contra as doenças transmissíveis, a inspeção médica, a profilaxia rural, a assistência infantil e hospitalar, o exame químico dos gêneros alimentícios e o fornecimento de soros, vacinas e outros produtos etiológicos.

Tais serviços não podiam continuar subordinados a uma simples diretoria, com atribuições limitadas ao Distrito Federal, sem os recursos necessários para levar auxílio aos Estados em caso de epidemia. Acresce que, do ponto de vista administrativo, não se compreende a dualidade ainda existente aqui de serviços de higiene federal e municipal sem resultado prático e provocador de freqüentes conflitos de atribuições. O Departamento Nacional de Saúde Pública vai em breve reunir, sob uma direção única, os serviços até agora desempenhados pela União e pela Prefeitura. Dentro de poucos dias, estará publicado o respectivo regulamento, e o Governo ficará aparelhado para solver o problema sanitário e hospitalar nesta Capital, *e nos Estados que solicitarem o seu auxílio*. (grifo nosso) (Brasil/Câmara dos Deputados, 1978: 175).

Na tentativa de enfrentar os problemas de saúde diagnosticados como mais relevantes, novos órgãos foram criados, subordinados ao DNSP, entre eles a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose,³² cuja direção foi entregue a Plácido Barbosa. De acordo com o Decreto nº 16.300, de 31/12/1923, que regulava o DNSP:

Art. 581: O Departamento Nacional de Saúde Pública executará no Distrito Federal a profilaxia da tuberculose, por intermédio da respectiva Inspetoria.

Art. 582: Os Estados e Municípios que desejarem realizar serviços similares poderão entrar em acordo com o Governo Federal, nas bases do art. 9º, P. 1º, do Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, entregando a direção técnica e administrativa dos respectivos serviços ao Departamento Nacional de Saúde Pública.

Art. 583: A Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose é encarregada da aplicação de todas as medidas provadas eficazes para combater a tuberculose e favorecer a cura dos infectados dessa doença.

A criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, mesmo de âmbito limitado, com poder de decisão restrito à capital federal, indicou o início da tomada de responsabilidade do Estado para com a tuberculose, o que foi observado por Eptácio Pessoa em 1921:

A profilaxia da tuberculose, por exemplo, permanecia em completo abandono, e prejuízos de toda ordem espalhados, entre nós, por essa doença, não haviam conseguido ainda estimular a ação administrativa no sentido de salvaguardar, nesse terreno, os mais respeitáveis interesses nacionais. As dificuldades de ordem técnica e administrativa, as exigências financeiras do problema, desalentavam os mais decididos e protelavam indefinidamente a ação oficial.

Entretanto, não era justo que, na impossibilidade de realizarmos quanto se havia de mister, cruzássemos os braços ante essa hecatombe de todos os dias, ocasionada pela terrível doença.

A reforma da Saúde Pública procurou organizar uma profilaxia especial da tuberculose baseada em todos os elementos possíveis de ação, principalmente no combate ao contágio, que constitui o fator preponderante da difusão da moléstia, e contra o qual se devem dirigir de preferência as medidas sanitárias. (Brasil/ Câmara dos Deputados, 1978: 307).

A inspetoria tinha como atribuição o registro dos casos de tuberculose notificados, o exame bacteriológico gratuito dos escarros, a visita de educação profilática e proteção higiênica dos tuberculosos, a instrução higiênica do povo, o isolamento hospitalar ou domiciliar dos tuberculosos, a desinfecção de casas e objetos, a visita e inspeção dos estabelecimentos hospitalares, fábricas e escolas (Brasil/DNSP, Dec. nº 16.300).

A estruturação do órgão espelhou-se no plano de Plácido Barbosa, que privilegiava o dispensário como organismo de combate à tuberculose. Plácido Barbosa, em seu plano, ressaltava o papel da higiene como

ordenadora e educativa, portanto fundamental na luta contra a doença, pois entendia que

o bacilo da tuberculose não está em toda a parte, ele só existe lá onde se encontra o tuberculoso negligente ou sem educação higiênica, que espalha a esmo a sua expectoração. (Barbosa, 1917: 11)

Por outro lado, Plácido Barbosa (1917: 19) reconhecia que:

não basta, entretanto, a infecção para que exista a tuberculose-doença, alguma coisa mais é necessária (...) a predisposição individual, a resistência orgânica, a pobreza, a habitação insalubre, a imundície, o alcoolismo, a vida encerrada etc, são fatores que contribuem para o adocimento de tuberculose.

Mas admitia a limitação de um órgão de saúde sobre os elementos sociais que influíam no acometimento e propagação da tuberculose, atribuindo-lhe como função básica a profilaxia direta, recomendando como medidas fundamentais a notificação, o isolamento e a desinfecção. Na direção da inspetoria, Plácido Barbosa tentou imprimir-lhe os propósitos do seu plano, que tinha como eixo central o combate ao bacilo.

Segundo Thibau (1923: 117), tisiologista da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, os anticontagionistas criticavam a organização dada à inspetoria, por considerarem que havia uma preocupação excessiva com o bacilo, deixando de lado os fatores indiretos de produção da doença. Plácido Barbosa contra-argumentava, salientando a limitação própria de um órgão de saúde e o fato de que “a maior pobreza e a maior miséria nunca poderão gerar a tuberculose, se nelas não existir o contágio” (Barbosa, 1917: 20). Thibau considerava positiva a organização da luta contra a tuberculose, definida no Regulamento Sanitário do DNSP, não só por defender como primordial o combate ao contágio, mas por entender que nele estavam contempladas as medidas para a melhoria das condições de vida: a polícia sanitária das habitações, higiene das construções, fiscalização dos gêneros alimentícios, higiene profissional e industrial, higiene infantil etc.

Em 1921, a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose criou, no Distrito Federal, o primeiro Dispensário de Tuberculose da Saúde Pública, em Botafogo, ao qual se refere Fontenelle (1945). “A esse tempo lançamos as primeiras visitadoras, iniciamos um registro central de tuberculose e organizamos um ativo trabalho de propaganda sobre a doença e a obra a realizar para combatê-la”.³³

Para os sanitaristas da época, nada mais eficaz do que a propaganda e a educação higiênica como ação profilática contra uma doença transmissível. Essa concepção tinha como base o modelo americano que via na mudança de hábitos individuais a chave para a profilaxia e, portanto, tinha a educação sanitária como seu instrumento fundamental.³⁴

A organização da inspetoria previa a criação de um corpo de enfermeiras visitadoras que seria o principal elemento da educação sanitária. Elas executariam a vigilância sanitária em domicílio, instruindo o doente e a família, prestando informação à inspetoria sobre o tratamento, o trabalho, os recursos do doente e as condições de sua habitação, promovendo, ao mesmo tempo, a propaganda e a educação higiênica contra a tuberculose nos domicílios visitados e distribuindo escarradeiras e lenços.

Segundo Pitanga, tisiologista da inspetoria, a atividade das primeiras visitadoras iniciou-se com a inauguração do dispensário da inspetoria. Em 1921 e no primeiro semestre de 1922, realizaram-se, respectivamente, 18.598 e 14.881 visitas de vigilância profilática e educação higiênica. Esses números significavam que, em relação à visita sanitária, os doentes de tuberculose matriculados no dispensário estavam razoavelmente cobertos, com a média de uma visita mensal a cada doente. Pitanga (1930) registra que o dispensário diagnosticou 2.935 casos de tuberculose entre os 9.791 doentes examinados no ano de 1921, e 3.327 tuberculosos entre os 13.833 doentes examinados em 1922.

Em 1922 foi criado um serviço de enfermeiras de saúde pública, diretamente subordinado à DGSP e não mais à inspetoria, com assessoria técnica de uma enfermeira americana, a partir de um intercâmbio promovido pela Fundação Rockefeller. Mas, a maior demanda dessas profissionais continuou mesmo na área da inspetoria. Os dados fornecidos por Pitanga (1930) indicam que as enfermeiras de saúde pública mantinham uma visita mensal de educação e vigilância profilática a cada doente tuberculoso.

A propaganda dos meios para evitar a tuberculose, intensivamente utilizada pela inspetoria, até onde os recursos financeiros permitiam, era feita por meio de folhetos e cartazes afixados pessoalmente pelos guardas-sanitários da inspetoria em todas as casas comerciais, estabelecimentos industriais e públicos. Segundo Ribeiro (1956), alguns cartazes eram fundidos em esmalte e colocados em locais de grande afluência pública.³⁵ Os cartazes, de uma maneira geral, referiam-se à responsabilidade de cada um em evitar o contágio: 'Não cuspa no chão', 'Escarrar no chão é má ação', 'Quando tossir ou espirrar ponha o lenço diante da boca' etc.

A inspetoria continuou a construir dispensários, contando com cinco desses organismos em 1927. Esses dispensários funcionavam, articulados com os da Liga. Embora devessem ter um papel preponderante no trabalho de profilaxia, estes dispensários acabaram por assumir também ações terapêuticas que caberiam aos hospitais e sanatórios, em função da carência de leitos, não só no Distrito Federal, mas no Brasil como um todo. Segundo Pitanga (1930: 233):

A profunda deficiência de meios de assistência entre nós obriga mesmo a que eles sejam principalmente órgãos de tratamento, como o demonstra a cota destinada, no orçamento da Inspetoria, ao serviço de medicamentos, drogas e material para farmácia, não compreendido o que se dispõe com o aparelhamento para a prática do pneumotórax.

Além do tratamento medicamentoso, o pneumotórax, técnica cirúrgica indicada para a cura da tuberculose nessa época, já utilizado no Dispensário Azevedo Lima, da LBCT, também começa a ser praticado nos dispensários da inspetoria, mas não sem resistência dos médicos sanitaristas, que julgavam as medidas profiláticas como as únicas possíveis no combate à tuberculose. Sobre a resistência à introdução da prática do pneumotórax nos dispensários, relata Aloysio de Paula (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, 1990).

Aí [no interior da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose] houve uma grande querela entre os sanitaristas e os clínicos. Nós, clínicos fisiologistas, insistíamos em tratar os tuberculosos no ambulatório. Os sanitaristas ficavam aferrados à idéia somente de prevenção. E nós acabamos ganhando porque a luta contra a tuberculose foi ganha pelo remédio e não pela profilaxia.³⁶

No momento em que o Estado expande a sua ação no controle da tuberculose, criando novos dispensários, a Liga passa por mudanças institucionais, tornando-se fundação em 1924. Seus estatutos são alterados somente no que se refere à manutenção, extinguindo-se a contribuição dos sócios. A fundação manteve seus propósitos no tocante à propaganda e educação sanitária, utilizando-se, nesse momento, como já assinalado, dos almanaques que publicava.³⁷

Nesse meio tempo, o conhecimento científico sobre a tuberculose também avançou. Calmette e Guérin descobrem a vacina BCG, comprovando-a em 1918 e apresentando-a à Academia Francesa de Medicina em 1924 (Guillaume, 1986). Esse recurso profilático foi logo introduzido no

Brasil. Anos mais tarde, outra conquista tecnológica, dessa vez no campo da radiologia para fins de diagnóstico e controle da tuberculose, veio enriquecer a luta contra a doença: Manoel de Abreu, médico do setor de radiologia da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, desenvolveu, em 1936, uma técnica de simplificação do método radiológico que dispensava instalação especial para sua aplicação. E foi no dispensário de tuberculose, já incorporado ao Centro de Saúde da rua do Resende, que ele desenvolveu a técnica que ficou conhecida como abreugrafia (Abreu, 1938).

A reestruturação dos serviços de saúde pública continuou em pauta e uma nova proposta de organização dos serviços começou a ser implementada, em 1927, com a criação do Centro de Saúde de Inhaúma. Outros centros de saúde foram criados a seguir e absorveram os dispensários da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose e suas atribuições, iniciando-se, assim, um processo de unificação de serviços.

Mas o nível de resolutividade da política estatal de controle da tuberculose, em relação ao contingente de doentes, foi bem aquém do necessário. Eli Baia, médico tisiologista, referindo-se à assistência aos tuberculosos, na década de 1930, diz que: "o número de doentes era tão grande, que aquilo nos apavorava (...) pelo abandono geral (...) sem nenhuma assistência, a não ser esta do Centro de Saúde".³⁸

Se por um lado a atuação dos serviços de saúde pública teve uma eficácia relativa no controle da tuberculose, no início de sua intervenção, dada a magnitude da doença e os recursos disponíveis, por outro lado, a tuberculose não deixou mais de ser objeto de política estatal, não só no âmbito do ministério responsável pela saúde pública. Mais tarde, tornou-se objeto de preocupação do próprio Ministério do Trabalho, responsável pela previdência social.

No final do século XX, quando a incidência da tuberculose volta a ser preocupante, seja pelo recrudescimento da miséria em um enorme contingente da população, seja pelo aumento da resistência bacilar, deparamo-nos com a emergência de uma doença que se constitui em mais um fator de influência nos índices da tuberculose: a Aids.

Doença desconhecida que deixou perplexos tanto o meio científico quanto o social, a Aids surgiu no cenário público e rapidamente se disseminou, colocando em xeque o processo de construção de um modelo adequado de evolução da doença.

- ¹ O Dr. Jacques Stéphan (1933: 20) fala do uso do termo 'tísica' para designar tuberculose: "O tísico é o enfermo cuja tuberculose está a entrar pelos olhos dos mais profanos, enquanto o tuberculoso é o enfermo que ainda não está tísico senão aos olhos do médico".
- ² Sanatórios eram estabelecimentos em que os doentes ficavam internados, submetidos a uma rígida disciplina higiênica, repouso, boa alimentação e vida ao ar livre. A internação, em geral, durava vários anos. Thomas Mann, em seu romance *A Montanha Mágica* (1984), retratou o cotidiano da vida no sanatório de Davos, Suíça. No Brasil, essa concepção terapêutica perdeu-se, com algumas alterações, até a década de 1960, quando começou a ser superada pelos quimioterápicos.
- ³ Sobre as conseqüências do início da industrialização para as cidades inglesas e suas populações, ver Engels (1975b).
- ⁴ As teses e relatórios desse congresso foram publicados no *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, 1899 (Ano XIII), números 29, 30, 32, 33, 35, 38, 40, 45 e 48, e 1900 (Ano XIV), números 1, 2, 5 e 6. Os nomes dos relatores são indicados como aparecem no texto.
- ⁵ Outros países fundaram entidades para discutir os problemas da tuberculose e lutar contra a doença, contando com participação considerável de filantropos, associações comunitárias e, eventualmente, dos governos.
- ⁶ Somente nos anos de epidemia de febre amarela e de varíola é que o coeficiente de mortalidade ultrapassou o índice de mortes por tuberculose.
- ⁷ Sobre esse fluxo migratório, ver também Furtado (1986) e Silva (1976).
- ⁸ A pretoria de São José, apesar de ser área de pequenos comerciantes e proprietários, possuía um núcleo proletariado constituído das ruas da Misericórdia, da Ajuda, de Santa Luzia e do Morro do Castelo.
- ⁹ Habitações coletivas, segundo Fontenelle & Barreto (1918: 6), eram "as moradas comuns a várias famílias que, não tendo posses para a vida em lar isolado, procuravam economizar dividindo entre si as despesas". As mais comuns nessa época eram os cortiços.
- ¹⁰ A Constituição de 24 de fevereiro de 1891 estabeleceu o regime federativo com completa autonomia para os estados. Em relação à capital da república, especificamente, determinou que caberia à municipalidade do Distrito Federal os serviços concernentes à higiene e polícia sanitária urbana, limpeza da cidade e praias, Hospital São Sebastião, desinfecção e assistência à infância. Ver Fontenelle (1922).
- ¹¹ A introdução do 'modelo pasteuriano' no Brasil, no final do século XIX, permitiu a utilização de instrumental técnico da microbiologia e bacteriologia em oposição ao antigo 'modelo miasmático'. Ver, especialmente, Portocarrero (1991) e Benchimol (1990a).
- ¹² Para mais detalhes sobre a execução do projeto de saneamento do Rio de Janeiro e suas repercussões políticas, ver Benchimol (1990b – capítulos 12, 13, 14); Castro Santos (1987 – capítulo 2); Carvalho (1987) e Costa (1985 – capítulo 3).
- ¹³ Engels (1975a: 639) mostra que a maneira de resolver o problema da habitação nos grandes centros urbanos europeus resultou sempre na recriação do problema.

Denomina, ironicamente, esse processo de 'Hausmann' e o define: "Entendo por Hausmann a prática generalizada de abrir brechas nos bairros proletários, particularmente os situados no centro de nossas grandes cidades (...) O resultado é, em toda parte, o mesmo, qualquer que seja o motivo invocado: as ruelas e os becos sem saída mais escandalosos desaparecem e a burguesia se glorifica com um resultado tão grandioso; mas... ruelas e becos sem saída reaparecem prontamente em outra parte e, em geral, em lugares muito próximos."

- ¹⁴ Entendam-se como indigentes os indivíduos excluídos da assistência médica por não terem recursos privados nem integrarem qualquer associação profissional, religiosa, corporativa ou nacional.
- ¹⁵ Ver, por exemplo, Paiva (1916).
- ¹⁶ Balen (1983: 49) assinala que "a multidão de pobres tinha chegado a um ponto tal que podia facilmente derrubar o sistema de economia livre".
- ¹⁷ Sobre a utilização da medicina social para o controle dos grupos populacionais, ver Foucault, principalmente *Nascimento da Clínica* (1977a) e *Vigiar e Punir* (1977b). Sobre o estudo da medicina social com este sentido, no Brasil, ver Machado (1978) e Costa (1983).
- ¹⁸ A preocupação com a questão da tuberculose também ocorria no meio médico de outros estados, destacando-se Clemente Ferreira e Victor Godinho, em São Paulo, Otávio de Freitas e Carneiro da Cunha, em Pernambuco, Alfredo Brito e Silva Lima, na Bahia e Felipe Caldas, no Rio Grande do Sul, que criaram ligas locais de combate à doença.
- ¹⁹ Ver relatórios da LBCT (1901 a 1910).
- ²⁰ Ressalte-se que Alcindo Guanabara também atuava na assistência à criança. Produziu vários artigos e projetos de lei sobre o assunto.
- ²¹ A distinção entre sanatórios e hospitais é que nestes internava-se o doente considerado incurável e, portanto, o objetivo era somente isolá-lo, evitando com isso a propagação da doença.
- ²² A pedido da Liga e baseado em relatórios dos diretores dos hospitais da cidade, Carlos Seidl (LBCT, 1905: 18), diretor do Hospital São Sebastião, descreve as condições dos hospitais para o isolamento do tuberculoso "Em relação ao tratamento nosocomial dos tuberculosos na capital do Brasil está tudo ou quase tudo por fazer".
- ²³ Vale ressaltar a persistência da denominação de *tísica* para a doença, usada inclusive nos meios médicos.
- ²⁴ A educação higiênica consistia primordialmente no cuidado com o escarro, por ser este o veículo de transmissão do bacilo. Para isso, a Liga distribuía aos doentes inscritos no dispensário escarradeiras de bolso e de chão.
- ²⁵ Produtos não medicamentosos, mas que tinham a propriedade de fortalecer o organismo, eram explicitamente recomendados para o tratamento da tuberculose. Ver capítulo 5 desta obra.
- ²⁶ O primeiro antibiótico de espetacular efeito sobre a tuberculose foi a estreptomicina, descoberta em 1944. Mas o problema não ficou resolvido, porque a estreptomicina produziu resistência bacilar. Com a descoberta do ácido paraminossalicílico (PAS), em 1949, e o uso da isoniazida, em 1952, experiências com associação medicamentosa

venceram a resistência bacilar. Os estudos experimentais continuaram com a introdução de novos antibióticos, como a rifampicina, o etambutol e a tiacetazona, até chegar ao esquema simplificado que se tem hoje para o tratamento da doença.

- ²⁷ Pneumotórax artificial é uma injeção de ar entre as pleuras com o objetivo de dar repouso mecânico ao pulmão e, conseqüentemente, produzir a morte do bacilo. É uma operação simples e, por isso, podia ser executada em dispensários.
- ²⁸ Ver *Revista Médico-Cirúrgica*, vol. xx, Rio de Janeiro, Pournard Frères (1912:77-94 e 410-498).
- ²⁹ Ver LBCT, (1900) capítulo 5.
- ³⁰ Carlos Seidl não só foi sócio-fundador da LBCT como tomou parte da comissão que definiu seus propósitos. Publicou alguns trabalhos sobre tuberculose, como "Do tratamento dos tísicos nos hospitais e casas de saúde do Rio de Janeiro" (1905), "Profilaxia da tuberculose" (1910) e "Luta antituberculose" (1912).
- ³¹ A Liga em nenhum momento lutou explicitamente por uma reforma no Estado, mas, sim, pelo apoio dos poderes públicos. Não só na execução de algumas tarefas que, segundo ela, caberiam somente ao Estado, como também no reforço financeiro às suas ações, a Liga entendia que a "iniciativa particular e a intervenção oficial, em ação solidária" (LBCT, 1905) lograriam êxito no combate à tuberculose.
- ³² Ver Decretos 14.189, de 16/05/1920 e 16.300, de 31/12/1923.
- ³³ Ver também em Brasil/SNT (1945).
- ³⁴ No final dos anos 1910, a Universidade Johns Hopkins (EUA) iniciou seus cursos de especialização em saúde pública, consolidando um novo conceito de higiene, não mais reduzido aos cuidados com o meio ambiente, mas objetivando a promoção de melhores condições de saúde e trabalho para os indivíduos, com a educação sanitária como elemento central. Vários sanitaristas brasileiros fizeram o curso. Ver Fontenelle (1922).
- ³⁵ Ainda hoje, encontra-se um desses cartazes na estação de trens da Leopoldina.
- ³⁶ Em depoimento prestado à autora, para o projeto *Memória da Tuberculose*, Aloysio de Paula refere-se aos quimioterápicos, cujo advento ocorreu na década de 1950, vindo a contribuir decisivamente para a cura da tuberculose.
- ³⁷ Os almanaques constituem importante documentação para análise da educação sanitária do período. Fazem parte do acervo da Fundação Ataulpho de Paiva.
- ³⁸ Depoimento prestado à Casa de Oswaldo Cruz por Eli Baia para o projeto *Assistência Médica da Previdência* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, 1980).