4 – A ciência, o poder público e a sociedade

Dilene Raimundo do Nascimento

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NASCIMENTO, D. R. A ciência, o poder público e a sociedade. In.: *As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 113-129. História e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-114-3.

<https://doi.org/10.7476/9786557081143.0007>.

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 Ciência, o Poder Público e a Sociedade

A Medicina e seus Limites

Para analisarmos a tuberculose no início e a Aids no final do século XX, comparando o desempenho da medicina no combate a essas moléstias, é necessário examinar o conhecimento médico-científico sobre as doenças infecciosas nesses dois períodos.

Sabe-se hoje que a doença é infecciosa quando existe um microorganismo – vírus, bactéria ou fungo – que a produz por contágio, de variadas formas, da pessoa doente à sadia. Tanto a tuberculose quanto a Aids são doenças infecto-contagiosas; ou melhor, transmissíveis.

O conhecimento médico-científico atual sobre a tuberculose tornou a doença curável – com seus mecanismos de transmissão conhecidos; já o mesmo não acontece em relação à Aids, pois, embora não mais se duvide de seu caráter transmissível, ela ainda é incurável. O caráter transmissível e a incurabilidade são, a nosso ver, elementos centrais para uma análise comparada da tuberculose e da Aids, do ponto de vista médico-científico.

Transportemo-nos, porém, ao contexto em que a tuberculose, tal qual a Aids, hoje, ainda era incurável – mais do que isso, ainda não fora explicada de modo satisfatório pela ciência médica. Se existia a concepção do contágio como explicação para esta moléstia, a crença na hereditariedade era um pressuposto bastante sólido.

Ao longo dos séculos, a própria noção de contágio passou por diferentes entendimentos, articulados ao conhecimento vigente a cada época. Czeresnia (1997: 76) observa que: “a primeira noção não se referia originalmente a algo conhecido, que apresentasse estrutura morfológica como

a de um agente microbiológico capaz de produzir doença no organismo”.

Apresentando as principais teorias do contágio, Czeresnia (1997: 76) mostra que, em geral, tratava-se de imagens fantásticas, como “humores malignos, disposição viciada dos humores orgânicos, animálculos inimigos da natureza do corpo”, sem ancoragem numa estrutura perceptiva que pudesse dar objetividade a uma teoria da doença. Isso só veio a acontecer com as descobertas bacteriológicas lideradas por Pasteur e Koch, na segunda metade do século XIX. Sigerist (apud Czeresnia, 1997: 91) diz que eles “puderam demonstrar sob o microscópio o que efetivamente eram os miasmas e os contágios”, inaugurando uma nova racionalidade médica.¹

A par de construções racionais que pudessem explicar a noção de contágio, elemento percebido nas epidemias, buscava-se construir teorias sobre as doenças em geral e, dessa forma, sobre a tuberculose. Diferentemente da Aids, vários estudos indicam ser a tuberculose uma doença extremamente antiga.² Ao longo do tempo, os médicos tentaram estabelecer teorias que pudessem explicar o conjunto de sinais e sintomas apresentados por ela, dentre os quais se destacava o definhamento do corpo, donde sua denominação de tísica.

Se até a Idade Moderna a medicina se limitava às observações clínicas da doença, a partir de então, com a possibilidade da dissecação de cadáveres,³ tentou relacionar os sinais e sintomas às lesões anatômicas encontradas nas autópsias. Com isso, avançou-se no conhecimento da doença, principalmente quanto à sua evolução anatomoclínica, pois percebeu-se que as diferentes lesões anatômicas encontradas eram estágios de uma mesma doença. Mas, com relação à sua etiologia, modos de transmissão e terapêutica tateou-se por muito tempo.

Poderíamos aqui discutir o desenvolvimento histórico do saber médico acerca da tuberculose, mas o que nos interessa é localizar o momento em que sua formulação como doença contagiosa, com agente e formas de transmissão revelados, tornou-se hegemônica, por considerarmos que nesse momento, também, ela se torna um problema social. Até esse momento, a tuberculose era um problema praticamente restrito ao campo médico e, como tal, as pesquisas sobre ela processavam-se lentamente, sem que houvesse uma relação de grande tensão com os campos político e social. Essa relação é analisada por Fleck (1986) ao estudar a gênese e o desenvolvimento de um fato científico. Ele demonstra que, além do caráter coletivo da investigação científica, a ciência é influenciada por fatores externos. Tomando como estudo de caso a Reação de Wasserman, prova

sorológica da sífilis, Fleck (1986: 124) faz inclusive um paralelo com a tuberculose, ao argumentar como foi importante para o desenvolvimento das pesquisas sobre a sífilis a representação social da doença:

Duas eram as idéias mais importantes: a idéia, com fortes conotações éticas, de que a sífilis era um mal venéreo, e a idéia, que precisava ser efetivamente demonstrada, da alteração no sangue sífilítico. Não se pode subestimar o vigor, a importância e o impulso de desenvolvimento que estas investigações obtiveram a partir da especial significação moral da sífilis.

A tuberculose, que há séculos causava muito mais dano, infelizmente, não foi objeto de um impulso tão forte por não ser a 'maldita e vergonhosa' enfermidade mas, sim, a 'romântica' por excelência. Este fato não se explica por nenhum tipo de argumento minimamente racional nem por qualquer tipo de estatística. A investigação sobre a tuberculose simplesmente não mereceu por parte da sociedade um tão forte impulso, simplesmente porque não havia tensão social que devesse ser desfeita pela investigação.

Em consonância com essa posição de Fleck, vemos que a defesa da idéia de que a tuberculose era uma doença contagiosa só ocorreria em 1865, quando Jean-Antoine Villemin, em um comunicado à Academia Francesa de Medicina, demonstrou sua transmissibilidade a partir da inoculação de cobaias. Villemin publicou sua tese, em 1868, no livro *Études sur la Tuberculose*, onde refuta todas as teorias explicativas para a doença vigentes até então, principalmente a da hereditariedade, e defende firmemente que sua causa seria o que ele denominou 'vírus', que se multiplicaria no corpo do doente, transmitido por contato direto ou pelo ar.

A partir da observação de uma maior disseminação da tuberculose em grupos confinados, Villemin alerta para o perigo de saturação do ar pelo 'vírus' e propõe uma intervenção de caráter profilático, numa perspectiva higienista, como forma de impedir sua disseminação. Segundo Guillaume (1986), a perspectiva higienista, caracterizada por uma atuação social, mostrou-se ameaçadora para a estabilidade das relações médico-paciente desenvolvidas pelos clínicos, os quais se opuseram fortemente às idéias de Villemin. A própria teoria do contágio, no pensamento dos médicos, trazia o risco de os doentes serem abandonados pelas famílias, o que influiria negativamente no prestígio dos médicos junto a elas (Guillaume, 1986). Portanto, a teoria do contágio de Villemin para explicar a tuberculose não teve aceitação plena no próprio campo médico-científico.

O mérito da prova irrefutável e definitiva de que a tuberculose era uma doença contagiosa coube a Robert Koch. Em 24 de março de 1882, ele apresentou um trabalho à Sociedade Fisiológica de Berlim no qual estabelecia de modo definitivo que a tuberculose não devia ser atribuída ao 'mau sangue' ou à 'má hereditariedade', mas sim a um organismo específico, o *Micobacterium tuberculosis*, e anunciava a identificação do bacilo, por meio da técnica de coloração, já utilizada em seus trabalhos anteriores, com algumas modificações. O anúncio dessa descoberta causou grande impacto na reunião, sendo lembrado como "o acontecimento científico mais esplendoroso de quantos se teve conhecimento" (Waksman, 1966: 104).⁴

Koch publicou sua tese – *Die Aetiologie der Tuberculose* – em 1883, oferecendo ao mundo científico não só detalhes minuciosos de seu método de identificação do bacilo, mas também a indicação de medidas preventivas para o combate à tuberculose, pois não se tratava mais de algo indefinido, desconhecido, e sim de "um parasita bem tangível, cujas condições de vida já são, em boa parte, conhecidas e que poderão ser ainda melhores investigadas". Portanto, cabia como medida de prevenção "eliminar todas as fontes de que o material infeccioso deflui", e indicava como fonte mais importante: a saliva dos doentes (Waksman, 1966: 106).

Outra contribuição fundamental que serviu para implementar os recursos diagnósticos da tuberculose foi dada por Roentgen, em 1895, ao descobrir os Raios X, capazes de atravessar objetos opacos. Essa descoberta abriu caminho para a idéia de se examinar a intimidade dos corpos com o objetivo de determinar-lhes a estrutura física. Os raios revelavam, por meio de sombras, aquilo que os olhos, anteriormente, não podiam perceber, possibilitando, assim, a identificação das lesões tuberculosas no organismo humano vivo.

Portanto, no fim do século XIX, a causa da tuberculose, a sua incidência, os recursos para o seu diagnóstico e os cuidados gerais necessários para sua prevenção estavam postos. Mas não sem um acirrado debate médico entre os adeptos da teoria da hereditariedade e os contagionistas sobre a origem da doença. Todavia, a descoberta de Koch, ao alcançar gradativamente aceitação universal, produziu um sentimento geral de que se havia, enfim, dominado o "maior dizimador da raça humana" (Waksman, 1966: 106). A tuberculose como doença contagiosa perdeu sua significação mítica, e o postulado de Koch passou a orientar as ações higienistas baseadas numa relação intrínseca entre doença, natureza e

sociedade. A ação higienista, do ponto de vista político, significou converter a saúde numa questão de interesse público e de competência estatal.

As descobertas de Koch não ocorreram por acaso. O processo de industrialização na Europa, no final do século XVIII, resultou em grandes transformações. A aglomeração nos centros urbanos e o processo de produção fabril deterioraram as condições de vida de uma grande parcela da população ao longo do século XIX, o que gerou um aumento das epidemias e de todas as formas de agravo à saúde. A doença começava a ser associada a essas condições de vida, e a tuberculose passava a ser considerada um flagelo social.

Ao mesmo tempo, a medicina vinha se transformando por efeito de novas pesquisas. Pasteur, por exemplo, liderou algumas que, no conjunto, fundamentaram a teoria microbiológica para explicação das doenças⁵ e ensinaram uma “exaltação otimista da crença na capacidade humana de dominar a natureza e, assim, encontrar a causa e a cura específica de seus males” (Czeresnia, 1997: 92).⁶

Um século depois, essa crença, fundamentada numa base material bastante razoável, pelo menos no que se refere às doenças infecciosas – várias delas erradicadas ou controladas –, vê-se abalada com o surgimento da Aids – um evento novo e desconhecido que coloca em xeque o campo médico-científico.

Sem dúvida, o conhecimento médico-científico estava em outro patamar no início da década de 1980. Pensar no contágio, do ponto de vista científico, não significava mais uma questão de magia ou de representações fantásticas de algo como demônio, veneno ou eflúvios que passavam de uma pessoa para outra.⁷ Ao contrário, acreditava-se que, no tocante às doenças infecciosas, tudo estava revelado e, portanto, a luta contra esses males estava praticamente ganha, uma vez que havia meios de controlá-los sem maiores dificuldades. Com o advento dos quimioterápicos, a tuberculose passou a ser uma doença curável, mas isso não garantiu o seu controle, como demonstra sua alta incidência nos últimos anos, seja pelo aumento da miséria de uma parcela da população, seja por resistência bacteriana ou mesmo como doença oportunista, numa associação com a Aids.

Em referência ao conseqüente declínio da infectologia, pelo fato de as doenças infecciosas estarem em processo irreversível de extinção, Cristiana Bastos (1997: 78) é bem explícita:

O cirurgião-geral [cargo equivalente ao de ministro da saúde] William H. Stewart comunicou em 1969 ao Congresso americano que era tempo de ‘fechar o livro das doenças infecciosas’, declarou ganha a guerra contra essa praga e transferiu os recursos nacionais para problemas crônicos, como o cancro e as doenças cardíacas. Os jovens cientistas perceberam que campos como a entomologia médica, a parasitologia, ou a patologia do hospedeiro, não eram vias para carreiras produtivas e compensadoras.

Mas por ter colocado em xeque a biomedicina, talvez por ter incidido em países desenvolvidos, onde era maior a certeza do controle das doenças transmissíveis, ou, quem sabe, ter atingido indivíduos que nesses países tinham força organizativa, a Aids, diferentemente da tuberculose, ‘nasceu’ como problema, isto é, tornou-se uma questão pública, tão logo foram identificados os primeiros casos clínicos nos EUA, recolocando a grande ameaça do contágio. Dessa forma, se o campo médico-científico desenvolveu suas pesquisas no sentido de conhecer e obter êxito sobre esse novo agravo à saúde, a intensa pressão externa fez com que o processo de investigação, ancorado em recursos tecnológicos disponíveis, fosse extremamente rápido.

A hipótese viral para a causa da Aids veio corroborar as pesquisas de ponta sobre uma possível etiologia viral para o câncer. Havia uma verdadeira ‘caça aos vírus’, na tentativa de identificar aqueles envolvidos com as lesões cancerígenas. Nesse processo de investigação descobriu-se o primeiro retrovírus humano, cuja característica é possuir somente a molécula de ARN (ácido ribonucléico) e não a de ADN (ácido desoxirribonucléico), existente nos vírus comuns. Essas moléculas contêm o código genético do vírus, e a biologia molecular acreditava, até então, que o ADN gerasse moléculas de ARN e nunca o inverso, isto é, o ARN gerar cópias de ADN. Daí o prefixo retro para os vírus que conseguem efetuar essa operação, utilizando-se da enzima transcriptase reversa.

Foi a equipe de Robert Gallo, do National Cancer Institute, que fez a primeira descrição de um retrovírus humano, que denominou *Human T leukemia virus* (HTLV), sendo reinterpretado mais tarde para *Human T-cell lymphotropic virus*. A partir daí, estavam dados potencialmente, segundo Grmek (1989: 94), “os meios intelectuais e técnicos indispensáveis para a identificação e isolamento do agente causal da Aids”. E isso logo ocorreu.

Em 23 de abril de 1983, foi anunciada a descoberta do vírus, provável causador da Aids, com um impacto semelhante ao que causou a

comunicação de Robert Koch quanto à descoberta do bacilo da tuberculose em 1882, só que agora para um público muito mais amplo que a comunidade científica. A comunicação foi feita pela secretária de saúde norte-americana, Margaret Heckler, frente às câmeras de televisão, assinalando “mais um milagre no longo quadro de honra da medicina e ciência americanas” (Bastos, 1997: 81).

Fazer da descoberta do vírus HIV um fato político foi uma resposta à questão pública em que a Aids se transformara. Além disso, como lembra Bastos (1997), havia uma disputa pela precedência na descoberta do vírus, pois “no dia anterior o *New York Times* tinha publicado um artigo sobre a descoberta francesa do vírus da Aids”.⁸ O anúncio provocou a sensação de que, com a mesma rapidez com que se identificou o vírus, seriam descobertas a cura e a vacina para a nova doença. Mas, em seguida, assistiu-se ao espetáculo da perplexidade desse mesmo discurso. O discurso médico-científico fora ludibriado pelas evoluções de uma doença que escapava a todas as tentativas de aprisionamento. O vírus tinha múltiplas formas de aparição, o que reforçou no imaginário social perspectivas aterrorizantes de algo inapreensível.

Dráuzio Varella revela essa ‘inapreensão’ do HIV, ao explicar o mecanismo de replicação do vírus que só possui RNA:

Ele tem que se transformar em DNA e utiliza a transcriptase reversa para fazer isso. Só que este é um mecanismo muito arcaico. Muito velho. Foi abandonado lá atrás, ao longo do processo evolutivo. Trata-se de um mecanismo arcaico e que produz erros com muita frequência! Esse conjunto de erros é o segredo da mutação do HIV. O HIV não é inteligente. A gente fala: ‘Ah, o vírus é esperto!’ Isso é uma figura de linguagem na qual a gente acaba acreditando: o vírus é esperto, ele é aquilo, ele muda. Nada! Ele comete tantos erros nessa passagem, que a maioria de suas cópias é inútil, não serve para nada. Mas algumas servem. E essas que servem não são iguaizinhas a que lhes deu origem. Nessas diferenças (...) aquelas que são sensíveis ao AZT, por exemplo, vão morrendo. Vão morrendo, vão morrendo (...) As que não são sensíveis começam a competir mais e aí ele vem com tudo.”⁹

A desmistificação da mutação do HIV, tornando conhecido o mecanismo de multiplicação do vírus, indica a orientação dada às pesquisas biomédicas em relação à Aids. Bastos (1997: 99) observa que: “a pesquisa dominante em SIDA, tanto em ciência básica como em desenvolvimento de medicamentos, reproduziu o modelo básico da teoria bacteriológica dos germes”.

O HIV passou a ser o grande e único inimigo e o problema da Aids se resolveria com drogas antivirais e vacinas. De fato, em 1987, passou-se a usar o AZT para tratar a Aids. A cada ano surgia uma nova droga e em 1996 o propalado coquetel – uma nova associação medicamentosa que dava a esperança de um controle seguro do HIV. O que faz lembrar o enunciado de Aloysio de Paula,¹⁰ de que a luta contra a tuberculose foi vencida com os quimioterápicos e não pela profilaxia. Apesar de questionável – basta lembrar o aumento da incidência da tuberculose hoje –, essa afirmação corrobora a opinião de Dráuzio Varella em relação à Aids:

Eu penso que a briga com a Aids, do ponto de vista tecnológico, vai se resolver dependendo da nossa capacidade de criarmos novos antivirais. Se a indústria responder com alta criatividade, com capacidade de, cada vez mais, jogar novos antivirais no mercado, nós vamos poder conviver com a Aids tranqüilamente.¹¹

Mas o problema está no fato de, se por um lado, em nossa sociedade a definição de doença se dá pela ótica médica, por outro, ela adquire significados múltiplos e variados, tanto em função de suas repercussões políticas quanto de suas formas de manifestação no corpo social.

O Estado de Mãos Vazias

Apesar de a medicina ser a força unificadora que define a enfermidade experimentada pelo indivíduo nas sociedades ocidentais contemporâneas, em se tratando de doenças transmissíveis, seu caráter passa a ser fundamentalmente social, requerendo, portanto, uma ação coletiva protagonizada pelo poder público. Como vimos, em relação à tuberculose, no momento em que a ciência a definiu incontestavelmente como doença contagiosa, exigiram-se para seu controle ações no âmbito coletivo, o que significou convertê-la em uma questão de interesse público e de competência estatal.

Da mesma forma, quando se reconhece que a Aids é causada por vírus e logo se identifica o HIV, fica atestado seu caráter contagioso. Apesar das tentativas iniciais de aprisioná-la nos grupos homossexuais masculinos, a Aids é vista como uma questão pública que requer o concurso do poder público. Mas, tanto em relação à tuberculose quanto à Aids, no Brasil, em um primeiro momento, o Estado não se responsabilizou pela

formulação e execução de uma política pública de controle dessas enfermidades. Não foi por falta de propostas, surgidas tanto no seio da sociedade quanto no âmbito do próprio governo federal, que o Estado tardou em se envolver efetivamente com a questão.

No caso da tuberculose, por exemplo, Oswaldo Cruz, diretor da DGSP, apresentou em 1907 um plano de combate à doença, fundamentado e atualizado tecnicamente. Dividia as causas produtoras da tuberculose em 'determinantes' e 'predisponentes', definia como causa determinante o bacilo específico e como predisponentes as condições que levavam a uma diminuição das resistências naturais do organismo, como:

falta de arejamento e iluminação do domicílio, condensação de população nas habitações, oscilação da atmosfera domiciliária, deficiência de alimentação, esgotamento físico e moral, predisposição hereditária (...). (Almeida, 1978: 238-239)

O sanitarista afirmava que o combate à doença devia se dar pelos dois lados da questão, luta contra o bacilo e fortalecimento da defesa orgânica:

fornecendo-se habitações higiênicas, alimentação abundante e boa, não se permita o trabalho das crianças nas fábricas, evitem-se os esgotamentos orgânicos de causas higiênicas, físicas e morais (...) que se terá fornecido ao organismo a arma da luta que fará sucumbir o bacilo assaltante. (Almeida, 1978: 239)

O conjunto de medidas que, articuladamente, segundo ele, daria conta da luta contra o bacilo, teria na notificação compulsória de todos os casos de tuberculose (e não somente a tuberculose aberta)¹² sua base fundamental. Com a notificação seria detectado o indivíduo tuberculoso, infectante e 'válido', isto é, o doente que eliminava bacilos e ainda passível de receber tratamento. Os doentes, assim considerados, seriam tratados e educados nos sanatórios ou nos domicílios, sob a imediata e contínua fiscalização das autoridades sanitárias.

Para que a educação profilática surtisse efeito, seria necessário o afastamento do doente das coletividades confinadas: repartições públicas, fábricas, colégios, oficinas etc. Resumindo, afastá-lo de seu local de trabalho. Ao retirar os tuberculosos do trabalho, seria necessário, dizia o plano, garantir-lhes e à sua família os meios de subsistência, por intermédio de leis de aposentadoria temporária ou definitiva e de seguro obrigatório para os operários e empregados no comércio e na indústria.

A cidade teria de ser dotada de sanatórios, colônias sanitárias agrícolas, localizadas fora do centro, que permitissem ao doente manter uma atividade laboral, e casas de pensão – estas para os doentes sem domicílio próprio. O indivíduo tuberculoso, infectante e ‘inválido’, isto é, em total aniquilamento das resistências orgânicas, deveria ser internado em hospitais de isolamento ou ficar em completo isolamento domiciliar, sob vigilância contínua da autoridade sanitária. Isto implicava a construção de hospitais específicos para a doença ou de pavilhões nos hospitais gerais.

Tais medidas, incluindo a fiscalização dos produtos alimentícios com possibilidade de contaminação, a normatização dos serviços de varredura com o intuito de eliminar as poeiras carreadoras de bacilos e um serviço fiscalizado de lavanderias públicas, comporiam o que Oswaldo Cruz chamou de profilaxia direta.

As causas ‘predisponentes’, os fatores individuais como ‘vícios’ e ‘herança física’, seriam corrigidos pela educação higiênica. Os fatores gerais, segundo o plano, basicamente os referentes ao domicílio e à alimentação, seriam resolvidos tanto com a construção de casas higiênicas e em quantidade suficiente para os trabalhadores quanto pela fiscalização dos alimentos, às expensas do governo.

Oswaldo Cruz não incluiu o mundo do trabalho, quer do ponto de vista da insalubridade dos locais onde se dá o processo de produção, quer do esgotamento orgânico causado pelo próprio processo ou pela extensão da jornada de trabalho, como fator passível da intervenção do Estado. À época, o Estado não intervinha nas relações capital/trabalho.

A própria Liga, que se ocupava com a tuberculose desde 1900, tratava a questão do trabalho nas fábricas com muitos cuidados. Quando o médico Antonino Ferrari verificou, em 1908, que as condições de trabalho nas fábricas favoreciam a produção e disseminação da tuberculose e sugeriu que se nomeasse “uma comissão para investigações mais completas, a fim de levar ao conhecimento do governo federal as condições sanitárias das oficinas, sobretudo de fiação e tecelagem” (LBCT, 1908: 29), recebeu como resposta da Comissão Técnica da Liga a sugestão de que a diretoria nomeasse pequenas comissões, as quais:

indo em nome da Liga visitar essas oficinas, procurem, *‘valendo-se de seu prestígio, por conselhos e pedidos’*, obter junto às respectivas administrações a melhoria das condições higiênicas, necessárias como elemento profilático contra a tuberculose. (LBTC, 1908: 33, grifo nosso).

Para a execução de seu plano, Oswaldo Cruz afirmava ser importante que todos os serviços relativos à profilaxia da tuberculose fossem de iniciativa oficial e entregues à direção exclusiva de um só departamento da administração pública.

A resposta do presidente da República a Oswaldo Cruz, divulgada na imprensa, indicava que, embora a tuberculose fosse nesse tempo uma questão pública, não se tinha tornado ainda uma questão política que merecesse o envolvimento das instâncias decisórias dos poderes Executivo e Legislativo para a viabilização de um plano de combate:

Às vésperas de sua partida para Berlim, em junho de 1907, Oswaldo Cruz desentendeu-se com Afonso Pena que, segundo a imprensa, comprometera-se a pedir ao Congresso o crédito de 12 mil contos, mas voltara atrás, alegando que o combate à tuberculose devia ser adiado até que se caracterizasse como calamidade pública. (Benchimol, 1990b: 50)

Resposta semelhante a essa tivemos em relação à Aids, em 1985, quando Carlos Santana, ministro da saúde à época, declarou à imprensa que, para o governo federal, a Aids “apesar de preocupante não era prioritária para o país”.¹³ O ministro chamava a atenção para o número insignificante de casos de Aids em relação a outras doenças já existentes e a sua ocorrência exclusiva nos grupos de risco, principalmente entre os homossexuais masculinos.

Justapostas as duas alegações – a de Afonso Pena, em 1907, e a de Carlos Santana, em 1985 – podemos dizer que ambas são praticamente iguais. A devastação causada pela tuberculose, que atingia principalmente os pobres no início do século XX, e o potencial poder devastador da Aids, que atingia principalmente os homossexuais masculinos no final do século XX, não foram, inicialmente, alvos prioritários de uma política de saúde pública.

Apesar de tratar-se de contextos históricos distintos, a questão que fundamenta as duas argumentações permanece a mesma: a do direito ou não à saúde como um bem de consumo coletivo e, portanto, provido pelo Estado. Ao analisar quando, por que e como a saúde no Brasil tornou-se uma questão estatal, Hochman (1998: 26) diz que:

As políticas de bem-estar contemporâneas, como o próprio Estado que as produz, seriam resultados históricos, não-previstos, dos esforços das elites, e dos conflitos intra-elites, para explorar, administrar, controlar e remediar os progressivos efeitos externos da destituição, diante do crescente insucesso das soluções individuais e da precariedade das soluções voluntárias.

Assim, a relação do Estado com a doença é historicamente definida e distinta a cada conjuntura. Ao nos aproximarmos da conjuntura brasileira de início do século XX, vemos que a característica fundamental do Estado era a de uma instituição limitada em sua competência, num contexto em que os direitos individuais estavam assegurados aos ricos e não aos destituídos, e no qual a vida em sociedade era regulada pelos mercados econômico e político, como condição necessária para a nova ordem capitalista se desenvolver. Assim, a argumentação de Afonso Pena obedece à lógica de que a situação de calamidade pública só se caracterizaria quando um evento como a tuberculose influísse negativamente no mercado econômico, como aconteceu com a febre amarela, a varíola e a peste, doenças sobre as quais o Estado interviu.

Apesar de ser de interesse público por seu caráter contagioso, nas duas primeiras décadas do século XX, a tuberculose esteve praticamente restrita, como foco de preocupação, aos círculos médicos e higienistas. A política estatal para o seu tratamento resumia-se à subvenção financeira e à isenção de impostos a quem da sociedade civil formulasse e executasse uma política de controle da doença. Somente a partir de 1920 é que o Estado assumirá sua responsabilidade no que diz respeito às questões da saúde, nelas incluída a tuberculose.¹⁴

No final do século XX, a conjuntura brasileira é totalmente diferente. O país acabava de sair de um período autoritário, em que o poder do Estado, ampliado, 'cassou' direitos já conquistados e restringiu a esfera de atuação da sociedade civil em nome de um desenvolvimento econômico que desconsiderou o desenvolvimento social. O início da década de 1980 foi marcado por um acelerado processo inflacionário que desorganizou o funcionamento da economia nacional. O setor público enfrentou dificuldades de financiamento junto à iniciativa privada, incentivando um processo de emissão monetária que realimentava a crise inflacionária.

A transição para a democracia deu-se de forma lenta e profundamente negociada, tendo, de um lado, o próprio Estado autoritário e, de outro, grupos organizados da sociedade civil que passaram a gozar de maior visibilidade nesse processo. Aos poucos a sociedade foi conquistando, no debate político de elaboração de uma nova Constituição, direitos civis amplos, direitos políticos e sociais que significaram um avanço no estatuto da cidadania brasileira. A saúde como direito de todos e dever do Estado tornou-se um artigo constitucional. Pois foi nesse contexto que a declaração do ministro Carlos Santana, em 1985, em relação à Aids, já reconhecida mundialmente

como uma epidemia com potencialidade para se tornar incontrolável, pareceu despropositada e produziu fortes reações de grupos da sociedade civil, mobilizados com a questão. Tanto no início quanto no final do século XX, a organização de grupos da sociedade civil antecipou-se à do poder público para lidar, respectivamente, com a tuberculose e a Aids.

As Soluções de Compromisso

Se a sociedade civil antecipou-se ao poder público no combate tanto à tuberculose quanto à Aids, e se a sua ação objetivou-se na formação de entidades alternativas que, ao tratar dessas doenças, procuravam pressionar o Estado a assumir a sua responsabilidade no combate a elas, cabe agora analisar quais as similitudes ou dissimilitudes que caracterizaram a constituição e a motivação organizacional dessas mesmas entidades, considerando seus respectivos contextos históricos.

Nos inícios do século XX, os médicos que se mobilizaram para o combate à tuberculose, mesmo os que tinham sido acometidos pela doença – e muitos o foram –,¹⁵ assumiram essa tarefa exclusivamente como médicos e não como tuberculosos. Membros da elite social do país, esses médicos representavam o pensamento científico, social e político de sua época, e sua ideologia baseava-se em uma crença inabalável no poder da técnica e da ciência, associada a uma inquestionável atitude cívica.

Aliados aos intelectuais que compartilhavam o mesmo pensamento, esses profissionais voltaram-se para a questão da tuberculose no Rio de Janeiro, a capital federal, por entenderem que os altos índices de mortalidade causados pela doença eram incompatíveis com a instauração da modernidade desejável no país. “A exemplo dos países civilizados”, o Brasil tinha de seguir a “grande corrente científica e civilizadora da época” para o “engrandecimento pátrio” (LBCT, 1901: 5-6).

Com a ambição explícita de instaurar no país a modernidade, a LBCT foi criada por iniciativa de personagens de prestígio nas áreas médica, política e social (Nascimento, 2002: 32-33). Os médicos praticavam a clínica, atuavam na área acadêmica, tanto no âmbito do ensino quanto nos debates científicos dos congressos, e ocupavam cargos públicos ou exerciam mandatos políticos. Os líderes não médicos da Liga também gozavam de alto prestígio social e exerciam forte influência política, seja por meio de mandatos ou de cargos no governo federal.

Moacyr Scliar (1998: 19) diz que a idéia de Liga envolvia generosidade, entusiasmo e militância. Não podemos duvidar, mas com certeza isso não seria suficiente para a manutenção de um projeto de monta. Sabemos que foi necessária a combinação do pensamento político corrente com interesses particulares do grupo. O pensamento corrente expressava-se na atitude cívica de transformar o Brasil em um país moderno. Na verdade, tratava-se de um projeto de construção de nação que veio a se explicitar e ganhar vulto na década de 1910 (Lima, 1999) e que motivou as elites médicas e intelectuais a formular e executar uma política de combate à tuberculose. Quanto aos seus interesses particulares, há vários indícios de que estes se prendiam à manutenção da hegemonia da prática clínica liberal, pois havia uma ameaça a ela, vislumbrada na difusão da medicina experimental, que colocaria o médico na dependência de laboratórios.

Assim, a tuberculose e, mais especificamente, a Liga para o seu combate, constituíam-se nos elementos necessários à realização tanto dos sonhos de modernidade quanto dos interesses políticos desse grupo: doença da pobreza, flagelo social, de evolução crônica, ela permitiria, por um lado, o reforço da relação médico-paciente; e por outro, desenvolveria um saber médico especializado – a tisiologia –, bem como um saber geral, pois “cuidando de tuberculose e de seus aspectos, [ia-se] aprendendo a cuidar de todas as doenças que estão por aí”¹⁶ e, com isso, contribuir de modo efetivo para livrar a nação de seus sinais de atraso.

Quando a Aids surge em cena, no início dos anos 1980, a sociedade brasileira experimentava, nos grandes centros urbanos, a emergência de movimentos sociais autônomos. Herdeiros dos pequenos grupos clandestinos que vinham atuando desde o início da ditadura militar, esses movimentos concentraram primeiramente os trabalhadores dos grandes conglomerados industriais do país para, logo em seguida, se difundirem em movimentos sociais específicos de saúde, educação, moradia etc.

No encaminhamento empírico destas questões, tais movimentos vinham recebendo apoio de profissionais oriundos de setores médios da sociedade, com experiência política e militância na esquerda. O apoio destes profissionais se dava subsidiando a elaboração de projetos, facilitando o contato e orientando discussões com autoridades e instituições públicas. Para desempenhar a contento o seu papel, estes profissionais se organizaram em ONGs e promoveram debates nos quais a questão da cidadania e a estruturação de uma subjetividade apta ao exercício de direitos coletivos eram os principais itens da pauta.

Dessa forma, no contexto de final do século XX – marcado por um processo de construção democrática –, o que moveu os grupos da sociedade civil envolvidos com a Aids foi a construção da cidadania, inserida em um projeto político de criação de uma nação democrática. As transformações na cena mundial, a crise da governabilidade, o neoliberalismo, a recessão e o aumento da pobreza levaram à necessidade de uma redefinição do papel do Estado, no sentido de uma sociedade democrática.

No caso das ONGs/Aids, o processo de construção da cidadania adquiriu uma característica especial em decorrência da própria origem social daqueles que primeiro foram infectados no país, em sua maioria intelectuais e artistas da classe média, quase todos com um ideário libertário de esquerda incorporado em sua história pessoal. Nessa medida, as ONGs que se organizaram para lutar contra a Aids não eram apenas entidades de apoio aos infectados pelo HIV, mas a trincheira avançada de reivindicações de direitos, de denúncia de preconceitos e de difusão de um exercício de cidadania numa sociedade em que essas atitudes eram absolutamente inusitadas. Tais entidades surgiram por iniciativa das próprias pessoas infectadas e, nesse sentido, não foram simplesmente intermediadoras, mas a forma de representação direta dos atingidos pela doença e pelos preconceitos socialmente construídos.

Assim, os próprios indivíduos atingidos diretamente pelo HIV/Aids levantaram-se em defesa de seus direitos, na intenção de “fazer do fato de que todos somos mortais, uma garantia de que teremos todos uma vida plena, no gozo de todos os nossos direitos civis”.¹⁷ Dentro dessa perspectiva ideológica, as ONGs/Aids reivindicaram a outra ponta da saúde como dever do Estado, qual seja, o direito à saúde, que implica informação sobre a doença, educação para a prevenção do HIV/Aids, acesso aos serviços de saúde e assistência médico-hospitalar – tudo isto como expressão do exercício pleno da cidadania.

A Aids, associada à morte, promiscuidade, sexo e medo de contágio, resultou em preconceito e discriminação dos indivíduos soropositivos ou doentes, com a violação, sob formas sutis ou evidentes, dos seus direitos fundamentais resguardados constitucionalmente, como a assistência à saúde e o respeito como cidadãos. Em resposta a esse estado de coisas, as ONGs/Aids defenderam “o combate à epidemia de HIV, em todas as suas dimensões, [como] uma bandeira democrática radical”.¹⁸

Se o trabalho da Liga não foi suficiente para reduzir de forma sensível os índices de mortalidade da tuberculose, seu desempenho foi fundamental para torná-la uma questão pública e objeto de interesse crescente das elites sociais e políticas do país, a ponto de levar o Estado a contemplar a tuberculose, quando, em 1920, estabeleceu uma política nacional de saúde, com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Em relação à Aids, percebe-se que as ONGs/Aids tiveram um papel fundamental na criação de um programa nacional de controle do vírus e da doença pelo Estado. Claro está que nem as ONGs, nem o programa estatal foram exclusivos do Brasil – vieram no bojo de um movimento mundial de intervenção na epidemia HIV/Aids. Assim, pode-se afirmar que, graças à pressão social, o Estado assumiu finalmente o seu compromisso de combate tanto à tuberculose quanto ao HIV/Aids. E este compromisso tem sido crescente. No que se refere à Aids, desde 1996, o governo distribui gratuitamente os remédios necessários ao tratamento da síndrome.

Notas

- ¹ Sobre a história do contágio, ver também Martins (1997).
- ² Ver breve compilação dos estudos que indicam ser a tuberculose tão antiga quanto a humanidade, em Pôrto (1997), especialmente o capítulo 1.
- ³ Essa atividade não foi sempre legítima e tranqüila como hoje. Por exemplo, Linebaugh analisa os motins ocorridos durante as execuções na Praça de Tyburn, no século XVIII, que revelam uma disputa entre os cirurgiões e os familiares dos enforcados. Os cirurgiões queriam os corpos dos enforcados para proceder a sua dissecação, os familiares os reivindicavam para o ritual do enterro. Essa tensão causou uma revolta popular contra os cirurgiões.
- ⁴ Essas foram as palavras de Paul Ehrlich, presente à reunião. Paul Ehrlich viria, mais tarde, a descobrir o Salvarsan, empregado no tratamento da sífilis.
- ⁵ No que diz respeito à medicina, Pasteur desenvolveu a anti-sepsia e assepsia como forma de controle das infecções hospitalares e, ao dedicar-se ao estudo das doenças infecciosas, a partir de 1877, desvendou a vida microbiana, criando com isso o campo de estudo da microbiologia. Uma de suas descobertas mais importantes foi a vacina anti-rábica.
- ⁶ Sobre essa questão, ver também capítulo 1 deste livro.
- ⁷ Do ponto de vista do imaginário social, ainda se associa o contágio ao medo e à rejeição do outro. Ver, por exemplo, Sontag (1984).
- ⁸ Ver capítulo 3 deste livro.

- ⁹ Depoimento de Dráuzio Varella à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 4, lado A, 1998).
- ¹⁰ Ver capítulo 2 deste livro.
- ¹¹ Depoimento de Dráuzio Varella à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 4, lado A, 1998).
- ¹² Tuberculose aberta é o termo utilizado nas instruções da DGSP e mantido no Decreto nº 5.156, de 1904, no item de notificação compulsória. Significa a existência da lesão pulmonar em estágio avançado.
- ¹³ Ver *Folha de S. Paulo*, 10/8/1985, p. 20 e também capítulo 3 deste livro.
- ¹⁴ Ver capítulo 2 deste livro e também a análise sobre a formação de políticas públicas e nacionais de saúde no Brasil em Hochman (1998).
- ¹⁵ José Silveira, diretor do Instituto Brasileiro de Investigação em Tuberculose, confirma em depoimento à autora para o Projeto Memória da Tuberculose: "Só era especialista em tuberculose quem tinha sido tuberculoso, como era o caso, por exemplo, do professor Paula Souza, que não nega isso, do professor Aloysio de Paula e vários outros que foram tuberculosos." (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 2, lado B, 1990).
- ¹⁶ Depoimento de Aldo Villas-Boas à autora, *Memória da Tuberculose* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 1, lado B, 1991).
- ¹⁷ *Boletim Abia*, nº 11, jun. 1990, p. 2.
- ¹⁸ *Boletim Abia*, nº 11, jun. 1990, p. 2.