

CIDADE TÍSICA: A TUBERCULOSE EM SALVADOR NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX

Maria Elisa Lemos Nunes da Silva
Professora Doutora da Universidade do Estado da Bahia (UNEB)
E-mail: elisa.lemos@uol.com.br

Palavras-chave: Tuberculose. Salvador. Medicina. Instituições.

“Fábrica de tuberculosos”. Essa foi a expressão usada pelo médico Otávio Torres da Silva para se referir às habitações pobres e ruas de Salvador, na sua tese de conclusão do curso de medicina, em 1908, intitulada *A cidade de Salvador perante a higiene*. Justificando sua expressão, o jovem doutor dizia que, nas casas populares, não se considerava a necessidade de ventilação e de iluminação cuja ausência contribuía para a ocorrência de doenças, principalmente as transmissíveis. Não havia também qualquer planejamento das ruas da cidade. Essas existiam “em profusão que mal poderiam caber de 40 a 50 habitações semi-higiênicas”, porém continham “uma centena ou mais, podendo substituir-se, sem receio, o nome de tais ruas para chiqueiros” (SILVA, 1908, p. 18).

A fama de cidade insalubre era antiga, tendo atravessado o século XIX. Eram muitos os problemas sanitários e de saúde que acometiam a população de Salvador, respeitadas as desigualdades sociais, uma vez que os segmentos desfavorecidos os vivenciavam com mais intensidade.

A moradia da população pobre de Salvador era de péssima qualidade. Numerosos sobrados eram sublocados e abrigavam um número crescente de habitantes por metro quadrado. Em alguns deles, havia ainda um andar abaixo do nível da rua, o subsolo, chamado de loja. Nelas, além das condições de ventilação e de iluminação serem mais precárias, não havia água encanada nem instalação sanitária (SANTOS, 1990, p. 26-27).

Os serviços de abastecimento de água e canalização de dejetos eram prestados de forma precária. Até a década de 1930, em todo o estado, só 39 cidades tinham serviços de abastecimento de água e apenas 18 tinham distribuição domiciliar (SAMPAIO, 1992, p. 32). No que diz respeito ao serviço de esgotos, a única rede existente em condições razoáveis era o

conjunto dos 27 km construídos em 1906, por Teodoro Sampaio. Apenas 5.000 casas eram servidas por essa rede.

Dessa forma, chamar as casas e as ruas de Salvador de “fábrica de tuberculosos”, mesmo que a expressão a princípio parecesse exagerada, era condizente não só com a perspectiva higienista encontrada em grande parte dos médicos no período, como também estava de acordo com a situação sanitária da cidade e com o impacto causado pela doença.

A chamada peste branca, na virada do século XIX para o século XX, era um problema de graves proporções, a maior ceifadora de vidas não só em Salvador, mas em diversas cidades do país e do mundo.

Para se ter uma ideia, em Salvador, de 1900 a 1948, 52.701 pessoas morreram de tuberculose. Entre os anos de 1932 e 1936, 6.733 pessoas morreram por causa dessa doença, o que representava um coeficiente de mortalidade de 463.0 óbitos por 100.000 habitantes. Para o quinquênio de 1939 a 1944, esse coeficiente para a capital da Bahia foi de 505.9 óbitos por 100.000 habitantes (NUNES, 1949, p. 21-23). Por outro lado, como nem todos os acometidos pela moléstia morriam, o número de doentes era bem maior. Estimava-se que cada morte por tuberculose correspondia a cerca de cinco a dez doentes. E ainda havia a baixa notificação. Assim, os números deveriam ser bem mais elevados do que os registrados oficialmente.

Nesse período, o coeficiente de mortalidade em outras capitais brasileiras foi o seguinte: 429.5 óbitos por 100.000 habitantes, no Recife; 386.0 óbitos por 100.000 habitantes, em Porto Alegre; 323.8 óbitos por 100.000 habitantes, no Distrito Federal; 291.4 óbitos por 100.000 habitantes, em Fortaleza; 273.9 óbitos por 100.000 habitantes, em Belo Horizonte; 244.8 óbitos por 100.000 habitantes, em Manaus; 138.3 óbitos por 100.000 habitantes, em São Paulo (NUNES, 1949, p.27)

Portanto, nas primeiras décadas do século XX, a mortalidade por tuberculose continuava elevada apesar da ampliação do conhecimento sobre a doença. Nesse momento, predominava, dentro da área da biomedicina, a concepção contagiosa da doença, fortalecida no final do século XIX, com a revelação do seu agente etiológico por Robert Koch. Essa concepção, sustentada nos preceitos do método experimental de Claude Bernard e da teoria microbiana de Louis Pasteur, enfraquecia as teorias anteriormente aceitas, a exemplo daquelas que explicavam a doença pela hereditariedade, predominante durante o século XIX.

A tuberculose passou a ser considerada uma doença social, agravada nos grandes centros urbanos e que atingia principalmente a população pobre em função das suas precárias condições de vida e de trabalho.

No entanto, uma maior compreensão acerca da etiologia da tuberculose não foi acompanhada de medidas terapêuticas eficazes, pois até o início da década de 1940 não havia uma medicação realmente eficiente para o seu tratamento.

O tratamento da tuberculose permanecia um caminho de incertezas, sendo tema discutido em revistas e congressos da área médica. Os discursos e as práticas dos médicos sobre a tuberculose não eram homogêneos. Uma variedade de terapêuticas era anunciada a exemplo da Climoterapia, do regime higienodietético, do uso de “saes de ouro” e do tratamento cirúrgico, principalmente o pneumotórax. Esse método, que consistia em injetar ar no espaço pleural, fazia com que o pulmão lesado ficasse comprimido e imobilizado, o que, em alguns casos, possibilitava a regressão progressiva da doença. Os médicos reconheciam que esse procedimento continuava sendo o recurso mais eficiente no tratamento dessa doença, apesar de nem sempre poder ser utilizado e dos acidentes que muitas vezes acarretava.

O reconhecimento da tuberculose como doença contagiosa e social exigia que medidas fossem assumidas para o seu controle, que envolviam a melhoria das condições de vida da população como, por exemplo, saneamento básico, alimentação, habitação e trabalho salubres, entre outras. Enfim, ações que só poderiam ser efetivadas mediante interferência governamental. Mas a ideia do contágio também constituiu uma mudança na forma de relação com a doença, cujo medo levava à estigmatização dos doentes. Era necessário identificar os indivíduos tuberculosos e separá-los do convívio social. E foi nessa direção que as incipientes ações sanitárias foram organizadas com vistas ao controle da doença e do doente.

No Brasil, a tuberculose até as primeiras décadas do século XX não foi objeto de ação efetiva por parte do Estado. Uma das justificativas apresentadas diz respeito ao caráter do Estado Republicano Brasileiro. Sua feição liberal, registrada na Constituição Republicana de 1891, levava-o a agir timidamente no que diz respeito às ações de saúde e, dentre elas, as voltadas para a tuberculose. A atenção à saúde direcionava-se para o combate das doenças epidêmicas, cuja incidência afetava diretamente a estrutura agrária e exportadora da economia nacional.

Os primeiros movimentos dedicados à luta antituberculosa no Brasil remontam ao final do século XIX e início do século XX. Foram iniciativas de uma “elite médica”, de intelectuais e de alguns políticos que, reconhecendo a magnitude do problema, criaram instituições voltadas para o combate a essa doença. Nessa perspectiva, foram criadas, em alguns estados, as Ligas contra a Tuberculose, instituições filantrópicas, nas quais a interferência estatal se dava sob a forma de subvenção. Em 1899, foi fundada a Liga Paulista contra a Tuberculose. Em 1900, a Liga Pernambucana, a Liga Bahiana e, no Rio de Janeiro, a

Liga Brasileira contra a Tuberculose. Assim, o discurso médico nas primeiras décadas do século XX se constituiu como o único capaz de apresentar propostas para o controle da doença.

Nos anos de 1920, as controvérsias em torno da gestão liberal do Estado são intensificadas. O modelo de Estado guardião perdia espaço para a proposta de um Estado forte e centralizado, considerado como fundamental para a garantia da estabilidade política e para o desenvolvimento econômico numa perspectiva industrial. Nesse contexto, houve uma investida centralizadora por parte da União, respeitando a perspectiva federalista da constituição Brasileira. Foi criado o Departamento Nacional de Saúde, com objetivo intervencionista estatal de cunho nacional. A ideia era que o governo federal colaborasse com os estados no que diz respeito à promoção da saúde. Quanto à tuberculose especificamente, foi criada a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose que poderia desenvolver ações voltadas para essa doença nos estados da federação, desde que eles entrassem em acordo com o Governo Federal (NASCIMENTO, 2002, p.70).

A trajetória do combate à tuberculose na Bahia apresenta semelhanças e diferenças com outros estados do Brasil. O Estado não adotou medidas eficazes que diminuíssem a incidência e a mortalidade dessa doença. Sua ação, na virada do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, se reduziu à promulgação de leis sanitárias e às subvenções à filantropia.

As primeiras ações voltadas para o combate à tuberculose na Bahia ficaram a cargo da Liga Bahiana contra a Tuberculose, instituição filantrópica fundada em 1900, por iniciativa dos médicos Alfredo Brito, Ramiro de Azevedo, Matheus dos Santos, Gonçalo Muniz, entre outros, ligados à Faculdade de Medicina da Bahia. Entre as suas atribuições, estava registrado como essencial estudar a tuberculose em todas as formas e causas, bem como os meios para tratá-la. Além desses aspectos, a Liga deveria se voltar para a profilaxia e buscar, junto aos poderes públicos, medidas que contivessem a propagação da moléstia.

Essa instituição funcionou precariamente a partir da contribuição de médicos e de particulares, pois a colaboração do governo do estado não ocorreu com regularidade. Muitas vezes, orçamentos a ela destinados acabavam não sendo disponibilizados. Um ponto importante contido nos estatutos da Liga dizia respeito à necessidade de criação de sanatórios para tuberculosos. O médico Matheus dos Santos chegou a elaborar o projeto de construção de um sanatório que não se realizou, em função da dificuldade econômica que sempre acompanhou a instituição.

A ideia de construção de sanatórios acabou sendo substituída pela criação de dispensários, espécie de centro de profilaxia, diagnóstico, tratamento e orientação em relação à tuberculose, cuja construção e funcionamento exigiam custos bem menores que os sanatórios. As obras para a construção do primeiro dispensário no estado da Bahia foram iniciadas em 1907, mas a falta de recursos para a sua finalização levou a que fossem concluídas em 1919. Depois de inaugurado, não pode funcionar regularmente por falta equipamentos e condição para o pagamento do pessoal especializado. Assim, o Dispensário Ramiro de Azevedo, como foi denominado, só abriu as portas para atendimento em 1923, depois que o médico Alfredo Britto viajou para o Rio de Janeiro para conseguir apoio do Departamento Nacional de Saúde Pública. Seu funcionamento, no entanto, não se deu sem dificuldades. No primeiro ano de funcionamento o relatório elaborado pelo seu diretor mostrava não só as ações que estavam sendo desenvolvidas, como também as dificuldades enfrentadas e as sugestões apontadas. Alfredo Britto (1923) dizia que, apesar do serviço funcionar com regularidade, havia muitas falhas e deficiências. Entre elas, a ausência de um hospital para o encaminhamento dos doentes. A pobreza dos pacientes inviabilizava todas as orientações profiláticas. Para demonstrar a necessidade inadiável deste elemento de combate à *peste branca*, Britto (1923) citava o exemplo de um doente que dormia com cinco pessoas no mesmo quarto e, pior, “na mesma cama porque toda a casa para uma família de seis pessoas” se resumia a “um cômodo único” que servia “simultaneamente de sala de visitas, sala de jantar, quarto de dormir e cozinha” E prosseguia, questionando: “Como conseguir uma profilaxia perfeita em meio de tanta miséria? Como impedir uma contaminação em meio a tanta promiscuidade?” (BRITTO, 1923, p. 2). Assim, até 1930 os serviços de atendimento aos tuberculosos no estado da Bahia centralizavam-se na cidade do Salvador e eram oferecidas pelo Dispensário Ramiro de Azevedo. Quanto ao atendimento hospitalar, havia apenas cinquenta leitos para tuberculosos, distribuídos em duas enfermarias (São Lázaro, para Homens e Santa Rosa, para mulheres), no Hospital Santa Izabel, da Santa Casa de Misericórdia. Essas enfermarias, destinadas aos pacientes pobres, eram conhecidas como “antecâmaras da morte” (SILVEIRA, 1994, p. 15).

Com o movimento conhecido como “revolução de 1930”, que colocou Getúlio Vargas no poder, inaugurou-se um período no Brasil caracterizado pelo Estado intervencionista e centralizador. Essa característica do Estado se faz sentir nas políticas sociais, dentre elas, as direcionadas à saúde. Foi criado o Ministério da Educação e Saúde que passou a ser responsável pela centralização das ações desse setor. Na Bahia, foi criada a Secretaria do Interior, Justiça, Instrução, Saúde e Assistência Pública, a qual centralizou todas as ações de

saúde a partir da Diretoria Geral de Saúde e Assistência Pública, criada em 1931. A partir daí as ações direcionadas à tuberculose ficaram a cargo dos centros de saúde existentes e do Dispensário Ramiro de Azevedo que nesse ano foi incorporado ao Estado.

A alta incidência e mortalidade por tuberculose no estado levou a que essa doença fosse um dos temas escolhidos para ser abordado no Primeiro Congresso de Medicina da Bahia, ocorrido em 1935, ao lado de moléstias como a “lepra, a esquistossomose e a ‘sífilis nervosa’” (SILVEIRA, 1935).

O médico José Silveira foi o responsável por discorrer sobre a tuberculose, ocasião em que apresentou um plano de ação contra essa doença. O plano apresentado por Silveira, redigido de forma clara e propositiva, na primeira pessoa do singular, era um discurso sobre a tuberculose voltado acima de tudo para a organização de ações com vistas ao controle dessa doença. O combate à tuberculose era um ideal do progresso e da civilização.

Ele utilizou palavras como luta, combate, armamento, inimigo. Ou seja, uma linguagem metafórica militar imbuída de autoritarismo, condizente com o modelo de saúde vigente no qual a tônica ainda recaía na “polícia médica” e na “busca e rebusca” de doentes (SONTAG, 1989; 1992). Aliás, essa linguagem não era específica de José Silveira, pois estava presente em pronunciamentos feitos nas conferências e congressos da área de fisiologia. Para ele, interessava saber quais as instituições que deveriam existir, suas funções, e como deveriam funcionar. Isso implicaria em aproveitar as já existentes e criar outras, mas, levando-se sempre em consideração as condições econômicas e sociais do estado.

Segundo Silveira (1935), o eixo fundamental da campanha era o Dispensário Ramiro de Azevedo, seguindo o modelo existente em outros estados e países. Haveria também enfermarias para tuberculosos nos hospitais gerais de crianças e adultos, um hospital sanatório para adultos com maternidade e serviço de BCG, um preventório, um hospital sanatório para crianças e os sanatórios e as instituições congêneres de caráter privado que já existiam.

Para ele, causa da mortalidade estava relacionada aos fatores sociais e à deficiência do armamento antituberculoso. Assim, o plano para ser eficiente teria que “encarar de frente” esses problemas. Relacionava a tuberculose a fatores sociais como alimentação, habitação, escassa educação higiênica da população e ao alcoolismo. Fatores, em sua opinião, complexos que condicionavam o padrão de vida e só seriam resolvidos “com a civilização e a boa vontade dos poderes públicos”. Portanto, a parte da campanha que o interessava era, sobretudo, a técnica e a que dizia respeito às bases econômicas. E assim apresenta a proposta de “armamento antituberculoso” a partir dos serviços que já existiam, tendo uma unidade

dispensarial como órgão centralizador, na qual se relacionariam os serviços de radiografia, BCG, hospitais, centros de saúde e o dispensário rural

A ideia era que o Estado, as prefeituras, as caixas de previdência e particulares financiassem os serviços de tuberculose na Bahia, sob a coordenação do governo estadual. Era indispensável, segundo ele, que todos se envolvessem na “patriótica” e “humanitária” campanha.

Silveira dizia esperar que o governo do estado assumisse a luta contra a tuberculose, aceitando o plano por ele apresentado, o que não ocorreu. A análise dessa atitude tomada pelo governo foge aos objetivos deste trabalho, estando relacionada às disputas por espaços de poder dentro das instituições existentes. Aliás, muito do que Silveira sugeriu, a exemplo da necessidade de criação de hospital específico e de preventórios, eram temas referidos por profissionais que já atuavam na área. O relatório apresentado pelo médico Alfredo Britto relativo às atividades do Dispensário Ramiro de Azevedo do ano de 1923 reivindicava a construção de um hospital e de um preventório. Nesse relatório, também havia o reconhecimento de que o Dispensário Ramiro de Azevedo representava o eixo central de todos os serviços antituberculose na Bahia.

De qualquer forma, em 1936 foi criada a Fundação Anti Tuberculosa Santa Terezinha. O médico César de Araújo, em discurso pronunciado quando da criação dessa Fundação, depois de apresentar dados mostrando a incidência da doença no estado, lembrava a deficiência do armamento antituberculose, utilizando uma frase atribuída ao Secretário de Saúde pública, segundo a qual “quase tudo” estava “por fazer” (ARAÚJO, 1998, p. 26). Aproveitava ainda para parabenizar os poderes públicos que iam encarar o problema de frente (ARAÚJO, 1998, P. 28) .

Também foi criada uma Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, através da Lei 54, de 25 de julho de 1936, diretamente ligada à Secretaria de Educação e Saúde. Essa lei autorizou a abertura de um crédito especial de 1.000:000\$000 (um mil contos de réis), para atender as primeiras providências de combate à tuberculose, como a construção de um hospital sanatório e o estabelecimento de novos dispensários e melhoramento dos já existentes e criação de preventórios.

A criação da Inspeção representou a primeira grande investida pública do governo estadual no combate à tuberculose. Em 1942 foi inaugurado o Hospital Santa Terezinha, instituição pública voltada especificamente para o atendimento de pacientes tuberculosos.

Em todas essas instituições o médico César de Araújo ocupou papel de destaque. Foi o

primeiro Inspetor Técnico de Tuberculose, primeiro diretor médico da Fundação Anti-Tuberculose Santa Terezinha, e primeiro diretor do hospital.

O médico José Silveira, de certa forma, não encontrou espaço para atuação como tisiologista seja nas instituições filantrópicas ou estatais. Em 1937, criou o Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose – IBIT, uma instituição privada, anunciando-a como um empreendimento pioneiro, voltado para a pesquisa científica da tuberculose.

Assim, em Salvador, é possível afirmar que no final da década de 1930 se constituíram principalmente dois grupos que atuavam na área de tisiologia: o grupo ligado à Liga, ao Dispensário Ramiro de Azevedo e ao Hospital Santa Terezinha, o qual tinha o médico César de Araújo como um profissional destacado, e o grupo ligado ao médico José Silveira e ao IBIT.

Os profissionais que atuavam nessas instituições empreendiam discursos e práticas sobre a tuberculose que coincidiam em muitos aspectos. Seus discursos, veiculadores dos elementos sustentadores da medicina moderna, apresentavam-se como “verdades” daqueles que concebem a doença como um processo patológico, identificada a partir dos seus sinais biológicos.

Havia de certa forma concordância quanto à fragilidade das políticas de saúde e assistência pública, da necessidade de criação de instituições a exemplo de hospitais e dispensários. Ou mesmo da necessidade intensificar a pesquisa nos domínios da tisiologia. Afinal, para eles, o combate à tuberculose era um empreendimento em prol do “progresso e da civilização”.

No entanto, revelavam também polêmicas e controvérsias acerca das medidas terapêuticas e profiláticas mais eficientes para o enfrentamento da tuberculose. O que estava em jogo nos discursos e práticas desses tisiólogos era a aquisição de “competência científica”: a capacidade de agir e de falar legitimamente, dentro do seu campo de atuação. De todo modo, eles buscavam preservar uma unidade mínima necessária para intervir na sociedade e consolidar o prestígio da tisiologia enquanto especialidade.

Referências

APEB, Lei 54, de 25 de julho de 1936, cria a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose.

ARAÚJO, César. *Infelizes irmãos nossos!* Discurso proferido em 30 de abril de 1936, ao ser instalada a Fundação Santa Terezinha. In: Discursos de César de Araújo. Salvador: Academia de Letras da Bahia. Secretaria da Cultura e Turismo. EGBA, 1998.

BERTOLLI Filho, Claudio. *História social da tuberculose e do tuberculoso 1900-1950*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BRITTO, Alfredo. Relatório enviado ao Sr. Sebastião Barroso, chefe do Serviço de Saneamento Rural da Bahia, relativo ao serviço realizado no Dispensário Ramiro de Azevedo no ano de 1923. APEB. Caixa 3697, maço 1031.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato. *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983, p. 122-155.

NASCIMENTO, D. R. do. *As Pestes do Século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. *Fundação Ataulpho de Paiva: (Liga Brasileira contra a Tuberculose): um século de luta*. Rio de Janeiro: Quadratim, 2002.

NUNES, Fábio de Carvalho. *A mortalidade por tuberculose na cidade do Salvador*. Salvador: Secretaria de Educação e Saúde, 1949.

SAMPAIO, Consuelo Novais. *Poder & representação: o Legislativo da Bahia na Segunda República, 1930-1937*. Salvador: Assembléia Legislativa, 1992.

SANTOS, Mario Augusto Silva. Crescimento urbano e habitação em Salvador. *RUA - Revista de Arquitetura e Urbanismo*, n. 4/5, p. 20-29, jun/dez. 1990.

SILVA, Otávio Torres da. *A cidade do Salvador perante a higiene*. 1908. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1908.

SILVEIRA, José. *Plano de ação anti-tuberculose*. 1935. Mimeo.

SILVEIRA, José. *Uma doença esquecida: a história da tuberculose na Bahia*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.

SONTAG, Susan. *A Aids e suas metáforas*. Tradução de Paulo Henrique Britto. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.

SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

REVISTA FISCAL DA BAHIA. *Quatro séculos de história da Bahia*. Álbum comemorativo do 4º Centenário.