

Associação Nacional de História – ANPUH
XXIV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA - 2007

**Relatos sobre uma doença e os seus enfermos:
a tuberculose e os tuberculosos em Pelotas (RS) 1930-1960**

Lorena Almeida Gill*

Resumo: Entre 1930 e 1960 a tuberculose, sob todas as suas formas, era a enfermidade que mais vítimas fazia em Pelotas, chegando a acometer 1/3 de sua população. Embora este tenha sido um período extremamente importante para o tratamento da moléstia, com um grande avanço na terapêutica, a maioria dos doentes não conseguiu se beneficiar dos resultados trazidos pelas novas pesquisas e pela expansão do atendimento hospitalar. Este trabalho, ainda em fase inicial, pretende caracterizar o indivíduo tuberculoso, investigar as diferentes formas de tratamento propostas aos enfermos e analisar relatos de pessoas que tiveram algum envolvimento com a doença: portadores, familiares e médicos. Neste sentido, além da pesquisa documental, o projeto trabalha com a metodologia da história oral temática, a qual será aqui priorizada.

Palavras-chave: Tuberculose - História Oral - Pelotas.

Abstract: Between 1930 and 1960 the tuberculosis, under all its forms, was the disease who more victims made in Pelotas, arriving to acometer 1/3 of its population. Although this has been an extremely important period for the treatment of the disease, with a great advance in the therapeutical one, the majority of the sick people did not obtain to benefit itself of the results brought for the new research and the expansion of the hospital treatment. This work, still in initial phase, intends to characterize the tuberculous individual, to investigate the different forms of treatment proposals to the patients and to analyze people who had some involvement with the illness: porters, familiar and medical. In this direction, beyond the documentary research, the project works with the methodology of the thematic oral history, which here will be prioritized.

Keywords: Tuberculosis - Oral History - Pelotas.

A tuberculose é considerada uma doença tão antiga quanto a própria humanidade (Bertolli Filho, 1993). No Brasil, foi trazida pelos colonizadores europeus e acabou matando um importante contingente da população indígena.

Foi no decorrer do século XIX, no entanto, que se firmou como a endemia que mais mortes provocou no decorrer dos tempos, ainda que fosse nesse mesmo século que três cientistas fizeram importantes descobertas, a fim de atenuar ou acabar com os efeitos da devastação que provocava. O primeiro foi o médico francês Laennec (1781-1826) que conseguiu perceber a nosologia completa da enfermidade; o segundo foi Jean Antoine Villemin (1827-1892), médico militar, também francês, que estabeleceu o caráter contagioso

* Professora da Universidade Federal de Pelotas. Doutora em História. O projeto tem financiamento da FAPERGS e conta com o auxílio dos bolsistas Ângela Beatriz Pomatti e Maurício Duarte.

da tuberculose e o terceiro, o bacteriologista Robert Koch (1843-1910), que em 1882, descobriu o bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, posteriormente denominado de Bacilo de Koch, em sua homenagem.

A tuberculose, além de toda a devastação física, trouxe consigo várias representações, que foram reelaboradas continuamente.

A partir de diferentes concepções acerca do corpo e da doença, a primeira representação existente “[...] definia a tuberculose, como uma doença da constituição, ou seja, nascia-se com o organismo predisposto ou com a moléstia” (Gonçalves, 1998:17). A idéia de que a hereditariedade era fator determinante para a aquisição da doença permaneceu durante muito tempo, fazendo com que fosse dado como certo o fato de que o filho de um tuberculoso, necessariamente sofreria do mesmo mal.

Uma outra imagem, importada da Europa, relacionava a doença ao amor, às artes, ao refinamento. Foi denominada de visão romântica. “De acordo com a mitologia da tuberculose, geralmente há alguns sentimentos de paixão que provocam o ataque da doença ou que se exprimem nesse ataque. Mas as paixões devem ser contrariadas e as esperanças, frustradas”(Sontag, 1984: 131).

Somente no início do século XX, a percepção de que a tuberculose tratava-se de um mal social começou a se solidificar. Isto não quer dizer que necessariamente caberia ao poder público modificar a situação precária de infra-estrutura vivida pela maior parte da população, a fim de evitar o adoecimento. No mais das vezes o culpado aparecia como sendo o indivíduo, que, no final das contas, não dispunha de recursos financeiros que propiciasse a ele e a sua família melhores condições de moradia, higiene e trabalho.

É por isso que, junto à visão de doença das civilizações que remetia às condições sociais – nas quais o enfermo estava inserido – aparecia sua representação como uma doença individual.

Em Pelotas, a mortalidade causada pela tuberculose, em fins do século XIX e primeiras décadas do século XX, apresentou números impressionantes.

Entre 1890 e 1930, a situação do doente era desesperadora. Como se tratava de uma enfermidade incurável, havia duas possibilidades de se diminuir um contágio ainda maior: melhorar as condições de habitação dos cidadãos e construir locais adequados, dentro dos hospitais para abrigar os enfermos. Através de pesquisa realizada para fins de doutorado pude comprovar que nem uma coisa ou outra foi feita pelos governos, em suas diferentes esferas (Gill, 2004).

No que diz respeito ao cuidado com os doentes, apenas no ano de 1925 foi inaugurada junto à Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, uma área de isolamento que não conseguiu atender à demanda, já que a sua capacidade era a de receber entre 40 e 60 enfermos. Se tomarmos como exemplo o mesmo ano, 1925, houve 3.263 internações gerais, sendo 158 por tuberculose. Essa incidência ultrapassa em muito o acolhimento da nova enfermaria.

O projeto que está sendo executado propõe-se a estudar a tuberculose no período imediatamente posterior aquele analisado durante o doutorado, ou seja, 1930 a 1960. Esta foi uma época extremamente importante para o tratamento da enfermidade, com um grande avanço na terapêutica. Ainda na década de 1920 iniciou-se a vacinação pela BCG (Bacilo de Calmette-Guérin); nos anos de 1930 foi desenvolvida a técnica da abreugrafia e a partir de 1944, quando Selman Waksman (1888-1973), descobriu a estreptomicina, foi possível iniciar o combate a vários tipos de infecções, dentre elas a tuberculose.

Portanto, nos trinta anos abrangidos pela pesquisa houve uma considerável alteração no tratamento da doença, o que permitiu muitas vezes um prolongamento da vida do enfermo.

Neste texto serão trabalhados fundamentalmente os depoimentos já colhidos de médicos e parentes de enfermos. Foram entrevistados os médicos Naum Keiserman, nascido em 1917, em Porto Alegre, que atuou durante décadas no Departamento de Tisiologia do Centro de Saúde do Estado, em Pelotas; Saul Sokolovsky, nascido em 1927, que trabalhou nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia e Beneficência Portuguesa e Carlos Karam, também nascido em 1927, que apesar de se dedicar a outra especialidade, conviveu com a moléstia durante toda a sua extensa trajetória profissional.

Com relação aos familiares de pessoas acometidas por tuberculose a busca tem sido mais difícil, tendo em vista que muitos daqueles envolvidos com a enfermidade não se dispõem a falar, colocando como obstáculo a dificuldade em rememorar histórias de tanto sofrimento e também o fato da presença ainda viva do estigma.

Para Goffman (1980:14) podem-se mencionar três tipos diferentes de estigmas. O primeiro se relaciona às deformidades físicas; o segundo, às culpas construídas em virtude de atos individuais “percebidos como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade [...], vício, alcoolismo”. O terceiro vincula-se a traços transmitidos em face de uma mesma linhagem, capazes de “contaminar por igual todos os membros de uma família”. Note-se que a tuberculose pode ser pensada através das três formas de estigmas propostas pelo autor: o corpo de um tuberculoso revela marcas perceptíveis com o

desenvolvimento da doença; ao mesmo tempo, no século XX fundamentalmente, a tísica tanto foi vista como fruto de hábitos impróprios, como causada pela hereditariedade familiar.

Até o momento foram obtidos dois depoimentos de pessoas que tiveram algum tipo de ligação com a doença. O primeiro depoente Luís Carlos André Pereira, nascido em 22 de agosto de 1911 e falecido recentemente, no dia 24 de abril, teve quatro familiares com tuberculose pulmonar: o pai, chamado Antônio André Pereira e três irmãos, Aires, Otávio e Cássio André Pereira. Todos foram cuidados por um médico humanitário, que também faleceu por tuberculose pulmonar, após passar quatro anos em tratamento num Sanatório de Minas Gerais. Seu nome era Armando Fagundes e, em jornais da época, aparece a dedicação integral deste profissional em minimizar o sofrimento daqueles que possuíam a tísica.

A segunda entrevista aconteceu com Maria Araújo, nascida no dia 16 de março de 1940, que desvenda minuciosamente o universo familiar em que estava inserida, referindo-se prioritariamente a história do pai.

Maria contou que vários de seus familiares viviam todos juntos em uma casa com poucos cômodos e que ninguém, além do pai, se contaminou. Para ela isto se deu em função de que:

O meu pai era muito cuidadoso, ele tinha o prato dele marcado, tinha uma colher, ele como era ferreiro, marcou praticamente a ferro e fogo, com uma cruz ali, que aquilo ali era dele e ele tinha a própria caneca, tudo o que era dele não se tocava. Ele era muito bom, não brigava com a gente por nada, só se mexesse nas coisas dele. Inclusive naquele tempo se usava muito lavar louça com bacia porque não tinha água encanada e ele tinha a bacia própria dele. A roupa dele, toalha, nada, nada se podia usar.

Em sua fala aparecem também práticas para manter o ambiente mais saudável:

Lá na casa da minha avó eles usavam muito de queimar eucalipto. Eles ferviam umas panelas de eucalipto e a gente sentia aquele cheiro forte que ficava dentro de casa. Botavam um fogareiro com água para ferver porque diziam que aquilo ali desinfetava ou ajudava a desinfetar. Eles ferviam e ficava aquele cheirinho dentro de casa, era coisa que a gente criança achava tudo engraçado, não é? Eu achava aquilo tão estranho. Por que estão fervendo essas ervas aí?

Embora em sua casa não tenha havido outra contaminação, uma tia e um primo também foram vítimas da doença.

Tanto na fala do senhor Luís quanto na de dona Maria, a hospitalização aparece como o último recurso.

Luís afirma que o pai “não chegou a ir para o hospital, porque sabia que a vida estava no fim. Não queria ir para o hospital. Ele queria morrer em casa”. Maria revela que a tia, após realizar uma intervenção cirúrgica, teve que permanecer internada, mas que “durou só um dia lá porque em casa era tudo feito com muito cuidado, tudo era muito agasalhado, aí ela chegou lá naquela enfermaria muito grande e sentiu muito a diferença e longe da família, naquela mesma noite, ela faleceu”.

Note-se que o número de falecimentos em casa era altíssimo, em termos de doenças em geral. No ano de 1920, por exemplo, foram 91,73% para o estado do Rio Grande do Sul¹. Em se tratando de tuberculose, a internação era ainda mais rara, pois servia apenas para propiciar repouso ao enfermo e uma alimentação saudável e, por outro lado poderia trazer graves conseqüências para a vida do paciente, uma vez que estar no hospital significaria não ter mais como esconder a doença.

Os três médicos entrevistados concentraram o seu olhar, como se esperava, nos processos de tratamento para a enfermidade.

Saul Sokolovsky e Carlos Karam não se dedicaram exclusivamente à doença, embora tenham convivido com ela, por estarem inseridos na rotina diária de hospitais, que recebiam pessoas com as mais diferentes necessidades.

Já Naum Keiserman, que realizou estágios em Porto Alegre, Montevideu e Córdoba, na Argentina, dedicou parte de sua vida profissional à tisiologia, especialidade existente e importante segundo ele, até o aparecimento dos antibióticos. “Com os antibióticos o tratamento da tuberculose passou para os clínicos gerais, não se ia mais aos especialistas, o clínico receitava o antibiótico e pronto”.

Antes desse período, no entanto, o médico Naum relata de forma pormenorizada quais os processos utilizados em hospitais para buscar o prolongamento da vida do enfermo.

Um dos procedimentos mais utilizados por ele foi o pneumotórax, o qual descreve da seguinte maneira:

O pulmão é revestido por um tecido chamado pleura, então são duas pleuras, a parietal que forra o tórax e a pleura visceral que encobre o pulmão. Quanto o pulmão respira essas duas pleuras deslizam uma na outra, enche o tórax, se faz o vácuo entre as duas pleuras e esse vácuo, auxiliado pela expiração, expande o pulmão. Quando se introduziu o pneumotórax a idéia era fazer com que as lesões, principalmente as cavernas, sofressem um colapso. A tendência normal do pulmão é retrair, não retrai porque tem o vácuo entre as pleuras, então se introduzir ar entre a pleura parietal e a pleura visceral, essa camada de ar faz com que o pulmão tenha um colapso, e a idéia é fazer com que com esse colapso, a caverna, que é uma

¹ Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A. A. Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior, em 30 de agosto de 1920, II Volume, 1920. Porto Alegre, Oficinas Gráficas d'A Federação, p. 532.

escavação, tenda a se fechar e fazer a cicatrização de uma parede para outra, então se fazia a injeção de ar entre as duas pleuras, isso era o que eu fazia.

Como se tratava de um tratamento controverso, o médico não negou os riscos do procedimento, ao abordar a enorme precisão necessária para introduzir a agulha exatamente no espaço entre as duas pleuras. Outras questões seriam: “na hora da realização da prática a injeção pegar alguma veia, alguma artéria do tecido. Outro problema é que às vezes com a irritação da pleura acontecia um derrame pleural, formando um líquido dentro da cavidade torácica. [...] Eu tive casos de estar no consultório fazendo isso e de repente dar uma embolia no paciente”.

Keiserman conta também sobre a ressecção de costelas aprendida por ele em um grande centro de tratamento da tuberculose na Argentina, em Córdoba e sobre o que chamavam de “pneumotórax extra pleural cirúrgico”, que consistia em se retirar uma costela e fazer o descolamento da pleura parietal, “de maneira a descolar a pleura da parede e abrir um espaço e depois injetar ar nesse espaço. Era uma terapêutica que se fazia em último caso, porque era difícil manter essa camada de ar”.

Um outro tratamento aplicado eram as injeções de ar no abdômen, utilizado quando a lesão do pulmão era em sua base. O ar elevava o diafragma e produzia uma espécie de colapso pulmonar.

Questionado sobre uma prática, a plumbagem, sobre a qual os dois outros médicos haviam comentado, fala também sobre ela dizendo nunca tê-la executado, mas que existia. “Para se fazer o deslocamento do pulmão, em vez de se fazer o pneumotórax, se colocava bolinhas de ping-pong, no espaço entre a pleura visceral e o tórax”.

Saul Sokolovsky comenta sobre esta técnica afirmando que os médicos colocavam bolinhas de ping-pong simplesmente esterilizadas e colabavam o pulmão. “Eu me lembro que depois até nós víamos as bolinhas nas radiografias, dependendo do tamanho da lesão”.

É interessante o fato de que Naum Keiserman veio para Pelotas a fim de acompanhar sua esposa, recém nomeada pelo Estado como visitadora sanitária.

A profissão delas era visitar os pacientes e ensinar a fazer o isolamento, como cuidar para não transmitir a doença, tinha que ter seus talheres, copos, pratos, tudo separado. [...] Todo o médico que atende a doentes com doenças contagiosas é obrigado a notificar a Secretaria de Saúde, para a mesma tomar conhecimento de quantos doentes tinha e providenciar o que era necessário. A visitadora tomava conhecimento de cada doente que era tuberculoso e ia a casa desse doente ensinar como fazer o isolamento domiciliar. Outra função importante da visitadora era aplicar a vacinação BCG, nos recém nascidos.

O casal esteve, portanto, completamente envolvido com a trajetória da moléstia na cidade. É por isso que praticamente todas as pessoas com as quais conversamos sobre a tuberculose lembram dos nomes de Armando Fagundes, em um período bastante recuado, já que ele faleceu na década de 1930; de Naum Keiserman, que atuou nos anos de 1940 e de Fuad Selaimen, falecido, que fez um trabalho neste campo, para uma época mais próxima.

Considerações finais

Este é um trabalho que está no início, já que as fontes que iremos pesquisar trazem muitas informações.

A equipe está envolvida em recolher dados em jornais da época, em Relatórios de Internamento e Enterramento da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, além de outros arquivos documentais e de ao mesmo tempo, buscar depoimentos que possam esclarecer elementos que as fontes escritas não conseguem abarcar e que se identificam com trajetórias individuais.

Pelo que se pode perceber até o momento, nas décadas de 1930 a 1960 não foi alterado o perfil do tuberculoso que continuava fazendo parte de um grupo de pessoas que, predominantemente eram brasileiros, do sexo masculino, solteiros, jornaleiros, negros ou pardos, com idades entre 21 a 35 anos, residentes na zona urbana, sendo a pobreza a condição agravante para a propagação da doença.

O que muda neste período são as formas de tratamento construídas para a doença. Procedimentos novos são tentados, outros são reciclados. A BCG e os antibióticos aparecem, no entanto, como um motivo de alento e esperança na vida de milhares de pessoas que de uma forma ou de outra, tiveram algum contato com o sofrimento causado pela enfermidade.

Fontes:

- Entrevista realizada com a senhora Maria Araújo, no dia 2 de março de 2007. Acervo do Núcleo de Documentação Histórica da UFPel (NDH).
- Entrevista realizada com o senhor Luís Carlos André Pereira, no dia 27 de novembro de 2006. Acervo do NDH.
- Entrevista realizada com o senhor Saul Sokolovsky, no dia 22 e fevereiro de 2007. Acervo do NDH.
- Entrevista realizada com o senhor Carlos Karam, no dia 27 de fevereiro de 2007. Acervo do NDH.

- Entrevista realizada com o senhor Naum Keiserman, no dia 2 de abril de 2007. Acervo do NDH.

- Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A. A. Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior, em 30 de agosto de 1920, II Volume, 1920. Porto Alegre, Oficinas Gráficas d'A Federação, p. 532. Acervo da Biblioteca Pública Pelotense.

Referências bibliográficas:

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso**. 1900-1950. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado em História Social), Universidade de São Paulo.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

FERNANDES, Tânia (coord.). **Memória da Tuberculose: acervo de depoimentos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga: Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, 1993.

GILL, Lorena Almeida. **Um mal de século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930**. Porto Alegre, 2004. Tese (Doutorado em História). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

GONÇALVES, Helen. **A visão do paciente**. Além da “Adesão” ao tratamento da tuberculose. Porto Alegre, 1998. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Universidade do Rio Grande do Sul.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

REVEL, Jacques e PETER, Jean-Pierre. *O corpo: o homem doente e sua história*. IN: LE GOFF, Jacques e NORA, Pierre. **História: Novos Objetos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da UNESP; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOURNIA, Jean- Charles e RUFFIE, Jacques. **As epidemias na História do Homem**. Porto: Edições 70, 1986.

WEBER, Beatriz. **As artes de curar**: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928. Santa Maria: Editora da UFSM. Bauru: EDUSC- Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999.