

A sífilis na Bahia: considerações sobre saúde pública, medicina e eugenia

RICARDO DOS SANTOS BATISTA¹

1 Introdução

Esse texto tem como objetivo analisar resultados iniciais da pesquisa sobre a Sífilis e Saúde Pública na Bahia entre os anos de 1920 e 1950, que vem sendo desenvolvida no doutorado em História Social da Universidade do Estado da Bahia, assim como problematizar algumas questões norteadoras que proporcionarão a continuidade do trabalho.

Ao tratar da descoberta e utilização da penicilina nas primeiras décadas do século XX, Roy Porter (2006, p. 2), observa que “no desencadear da Segunda Grande Guerra Mundial, a penicilina ainda estava latente nos laboratórios e continuou racionada por muitos anos. Antes do advento dessa ‘arma mortal mágica’ antibiótica, a pneumonia, a meningite e as infecções similares eram frequentemente fatais”. A propagação do uso deste medicamento, como se sabe, foi responsável pela cura das doenças causadas por bactérias. Dentre elas, destaca-se a sífilis, que esteve presente em grande parte do território brasileiro nas últimas décadas do século XIX e início do século XX, e que mobilizou a sociedade em torno do seu combate, como uma das mais importantes questões da medicina pública.² (CARRARA, 1996, p. 67)

Na década de 1910, o Governo de J. J. Seabra propunha um processo de modernização e desenvolvimento para a cidade de Salvador. Os ideais importados da Europa conseguiram se realizar apenas na efetivação de algumas mudanças urbanísticas como o alargamento de ruas, a

¹ Doutorando em História Social pela Universidade Federal da Bahia. Bolsista CNPQ.

² A doença é causada pela bactéria *Treponema Pallidum* e transmitida por via sexual. É composta por três fases, intercaladas por intervalos assintomáticos, e de tempo variável em cada organismo. A primeira delas é caracterizada pelo cancro, que pode aparecer na região genital, entre as pernas, língua, lábios, ânus ou outras partes do corpo. Depois de alguns meses, inicia-se a segunda fase, em que podem aparecer erupções na pele, feridas e úlceras nas amídalas, boca e órgãos genitais. Após meses, ou até anos, surge a fase terciária, que afeta órgãos vitais como o cérebro, o pulmão, o coração, o fígado e os rins.

construção de avenidas e edificações em estética moderna, mas muitos serviços urbanos como o saneamento, água, limpeza pública permaneceram precários como no século XIX, caracterizando-se pela má qualidade na forma como eram oferecidos à população. (LEITE, 1996, 141-145). Inúmeros problemas sanitários fizeram da cidade, então, um portal para a proliferação de doenças que precisavam ser combatidas, com destaque para as epidêmicas, a exemplo da gripe espanhola, que assolou o estado entre 1918 e 1919³, da febre amarela, peste e malária. Outros males, que não dependiam diretamente das condições de higiene, também passaram a integrar o grupo de enfermidades a serem erradicadas. Destacaram-se, nesse cenário, as sexualmente transmissíveis – mais intensamente a gonorreia e a sífilis.

Para combatê-las, a partir de 1920, mas principalmente com o advento do Estado Novo, observou-se esforços no sentido de padronizar o modo como as atividades sanitárias eram desenvolvidas nas diferentes cidades baianas. O Governo do Estado da Bahia e o Governo Federal se articularam com foco no combate às endemias e, além disso, criaram um órgão específico para o combate à lepra e às doenças venéreas na capital e no interior. Getúlio Vargas implementava uma reforma administrativa que buscava “fortalecer a organização administrativa federal e introduzir medidas de racionalização administrativa.” (HOCHMAN; FONSECA, 1999, p. 81)

A relevância da sífilis no estado e as constantes reclamações médicas em prol do seu combate incitaram a necessidade de uma investigação mais profunda sobre as relações sociais nas quais estava envolta. A continuidade desse trabalho de pesquisa tem como objetivo responder perguntas como “Em que direção caminhavam o pensamento e as práticas médicas em relação à doença?”, “Como ocorreram os processos de organização sanitária para o seu combate?”, “Qual era o perfil das pessoas contaminadas?”, “A que crenças e valores se associavam as representações dos contaminados?”. Por ora, deter-se-á em uma análise sobre aspectos da saúde pública baiana, com ênfase na sífilis e sua relação com a eugenia

³ SOUZA, Christiane Maria Cruz de. **A gripe espanhola na Bahia**: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Rio de Janeiro/Salvador. FIOCRUZ/EDUFBA, 2009.

2 Analisando a doença...

Ao longo do século XIX, a Faculdade de Medicina da Bahia passou por momentos significativos de transformação no que diz respeito à forma de ensino que lá teve lugar. A busca por uma profissionalização da prática médica contribuiu para o desencadeamento de discussões, que englobavam diferentes problemas como a divisão das cadeiras, os concursos para professores, a falta de material didático, a inexistência de laboratórios, o acesso à Santa Casa de Misericórdia e, principalmente, a efetivação de um ensino que privilegiasse a prática, para que os graduandos em medicina pudessem aplicar o que aprendiam teoricamente em sala de aula. (SILVA, 2011, p. 20)

As reformas de 1880 e o advento da República trouxeram maior autonomia à instituição, que anteriormente mantinha-se dependente das decisões imperiais. O decreto de 1879 teria aberto um longo período de reforma que só terminaria em meados da década de 80, com a criação de novos estatutos. A cadeira de “Moléstias cutâneas e sifilíticas” foi instituída junto às cadeiras clínicas de Psiquiatria, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, através do decreto de 30 de outubro de 1882. Entretanto, em análise sobre as reformas médicas, Caroline Santos Silva evidencia as queixas dos médicos baianos em relação ao descompasso da efetivação de tais modificações na Bahia, em comparação com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, visto que os esculápios baianos não recebiam investimentos para tal. (idem, p. 22)

É interessante observar que a cadeira, também chamada de “Dermatologia e sifilografia” foi a única que, no período, possuía de forma explícita em seu título o nome da doença que se propunha tratar. Isto é indicativo da importância adquirida pela sífilis na sociedade baiana e brasileira desde fins do século XIX. Na busca por compreender o trabalho desenvolvido pelos sifilógrafos no combate à moléstia venérea, Sérgio Carrara (1996, p. 16) remontou o surgimento da especialidade ao Rio de Janeiro e enfatizou que, da passagem do século até a década de 1940, a sífilis tornou-se um ponto de convergência das preocupações e de interesses múltiplos no Brasil.

Além dos médicos e formuladores de políticas públicas, atraiu a atenção de diversos setores sociais, a exemplo da polícia, que tentava implementar um projeto de normatização do espaço público; de feministas, que rediscutiam a condição feminina e os papéis sociais; e de padres e pastores, preocupados com a salvação das almas dos fiéis e com a conservação da sua pureza moral.

Até a primeira metade do século XIX, a sífilis havia sido confundida com dermatoses diversas e, mais intensamente, com a lepra. A diferenciação das doenças foi fruto de intensas disputas teóricas no meio médico brasileiro, em um processo de refinamento conceitual ocorrido até o início do século XX. (CABRAL, 2004) A sífilis foi considerada o elemento mais relacionado à causalidade da lepra por muito tempo. A ideia dessa relação causal não era um dado novo: o pensamento de que a lepra era transmitida por meios venéreos e que possuía caráter de hereditariedade foram hipóteses complementares no pensamento médico desde a Idade Média. Para alguns médicos havia na lepra um princípio sífilítico; para outros, o que existia era um “vírus sífilítico”; e, por fim, acreditava-se, ainda, que a sífilis era um elemento predisponente para a doença. (idem, p. 157-158) Dessa forma, não é estranho que a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, que seria criada nas primeiras décadas do século XX, ainda articulasse em sua nomenclatura tais doenças, mesmo com uma elucidação das linhas gerais de compreensão de tais enfermidades, especificamente com o surgimento dos discursos especializados sobre a sífilis na década de 1930, deslocando-a em relação à dermatologia. (CARRARA, 1996, p. 96)

Até a década de 1910, os problemas sanitários não eram considerados uma prioridade na agenda política do Brasil. Um quadro catastrófico de endemias rurais, como ancilostomose, malária e doença de chagas, encontrava-se espalhado pelo interior do país e na periferia dos centros urbanos, além das doenças infectocontagiosas como a varíola, a tuberculose e as doenças venéreas. (HOCHMAN, 1993, p. 47)

A partir dessa década, teve início um processo complexo de centralização das ações sanitárias, influenciado por fatores como o caráter nacionalista pós-Primeira Guerra Mundial, que difundiu os “caminhos” para a consolidação da nacionalidade através do desenvolvimento da educação e saúde; as ações da Liga Pró-Saneamento do Brasil, um movimento a favor da

resolução dos problemas de saúde nos sertões e combate às endemias rurais; e os efeitos da gripe espanhola, que trariam grandes impactos negativos para a sociedade.(idem, p. 47-50) Percebia-se que a saúde pública era uma questão coletiva e, portanto, deveria ser combatida a partir de uma organização consistente para tal. As elites começavam a perceber que, em um centro populoso como Salvador, que possuía um porto com complexas e diversificadas conexões, as doenças atingiam tanto os pobres quanto os ricos. Assim, segregar os pobres colocando-os em instituições de caridade ou relegando-os à periferia não solucionaria o problema. (SOUZA; SANGLARD, 2011, p. 51) Era necessário apresentar um leque de medidas que atingissem os percalços na saúde pública, de forma ampla, compulsória, permanente e coletiva.

O movimento sanitarista das décadas de 1910 e 1920 se diferenciaria daquele desenvolvido entre 1903 e 1909, vinculado à atuação de Oswaldo Cruz como dirigente dos serviços federais de saúde, pois, dentre outros aspectos, daria maior ênfase ao saneamento rural e, para isso, um órgão específico seria criado. De acordo com Hochman e Fonseca (1999, p. 76), “A agenda de combate às endemias rurais e de resgate sanitário dos sertões seria implementada pela Diretoria dos Serviços de Profilaxia Rural (DSPR), através de convênios voluntários com os estados para a introdução de serviços federais de saneamento e combate às endemias.” Percebia-se que a doença caracterizava a sociedade brasileira, desafiava suas elites e instituições políticas, exigindo um aumento da responsabilidade do poder público ao nível federal uma vez que a maioria dos estados não tinha condições técnicas e financeiras para implementar políticas de saneamento e saúde pública. Para Hochman (1998, p. 218), esse movimento foi bem sucedido por forjar uma “consciência sanitária” entre as elites brasileiras, o que possibilitou o surgimento das primeiras políticas de saúde e saneamento nacional.

De fato, como fruto de todas as demandas existentes, no *Diário Oficial da União* de 16 de setembro de 1920, era criado o Departamento Nacional de Saúde Pública – D.N.S.P. que, entre muitas atribuições, tornava-se responsável pela execução dos serviços de higiene e saúde pública

no país, ampliando o papel do Estado nos processos relacionados à saúde.⁴ E, no ano de 1922, por exemplo, 16 dos 21 estados da federação, mais o Distrito Federal, tinham feito acordos com a União para serviços de profilaxia e combate às endemias rurais. (HOCHMAN, 1993, p. 51) A criação de tal órgão permitiu que fossem constituídas novas estruturas administrativas para o tratamento de inúmeras doenças.

Subordinada ao D.N.S.P. foi criada, ainda, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas que, em muitos lugares, a exemplo de Salvador, viria a desempenhar um papel significativo no combate a doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis. Esse órgão viria a ser alvo de inúmeras críticas, visto que o movimento em prol do “saneamento dos sertões” acusava o Estado de abandono completo dos ideais voltados ao melhoramento do interior do país, pela atuação voltada aos centros urbanos. (COSTA, 2007, p. 298.)

O Relatório de Assistência Pública do ano de 1927, elaborado por Antônio Luis C. A. de Barros Barreto, revela que o período entre 1917 e 1925 não foi de desenvolvimento significativo na saúde baiana, visto que a Diretoria de Higiene do Estado não melhorou sua aparelhagem técnica, não se orientou pelos princípios da nova administração sanitária, nem promoveu o aperfeiçoamento profissional, condição essencial para o êxito de uma organização sanitária moderna.⁵ Somente com a Lei 1.811 de 29 de julho de 1925, que criava a Sub-secretaria de Assistência Pública e, alguns meses depois, com o Código Sanitário da Bahia, uma transformação viria ocorrer. Segundo Santos:

O código sanitário da Bahia era em grande medida baseado na legislação federal. Esta aproximação, afirmava o governador baiano, permitia o fim de regulamentações municipais independentes, a maior parte delas "em completo desacordo" com leis estaduais e federais. (SANTOS, 1998)

As ações dos serviços de Saneamento Rural e Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas da

⁴ BRASIL, 1920

⁵ IGHB, 1927.

Bahia passaram a ser desenvolvidas em convênio com a União, que também financiava integralmente a organização da Higiene infantil e da Profilaxia da Tuberculose.⁶ A autoridade e autonomia do Governo Federal se ampliavam à medida que o acordo firmado entre o mesmo e o estado dotava-o de poder para coordenar aspectos decisivos no combate às endemias, em um acordo que durava, inicialmente, três anos. Cláusulas como as observadas abaixo são reveladoras quanto a isto:

Primeira – O Governo do Estado da Bahia aceita e obriga-se a promover a aceitação pelos municípios de todas as leis sanitarias, instruções técnicas e administrativas e demais disposições do Departamento Nacional de Saúde Pública, referentes aos serviços sanitários federais que forem executados no Estado.

(...)

Terceira – Os serviços sanitários instituídos pelo presente termo aditivo, serão executados durante três anos, a partir de mil novecentos e vinte e cinco, sem intervenção de qualquer autoridade estadual ou municipal, pelas comissões organizadas pelo Departamento Nacional de Saúde. (...)⁷

O acordo com a União teria favorecido a criação de quatro novos dispensários profiláticos e, entre 1924 e 1926, o número de oito postos de saneamento rural se viu duplicado.⁸ Além das grandes endemias do campo (helminose e paludismo), esses estabelecimentos deveriam cuidar da higiene das habitações, da profilaxia da sífilis e doenças venéreas, do cadastro e recenseamento de doenças contagiosas. O pensamento médico do período acreditava que a característica “vergonhosa” das doenças venéreas fazia com que as pessoas só compartilhassem em confiança que eram portadoras das doenças. O papel dos centros era, portanto, o acolhimento dessas pessoas, além de tratamento, principalmente para as doenças que ainda não tinham cura.⁹ Os centros de saúde deveriam funcionar, ainda, como meio de educação sanitária, alertando os pais de que as crianças precisavam ter orientação para a vida sexual futura que, para

⁶ IGHB, 1927, p. 7

⁷ IGHB, 1927, p. 176.

⁸ IGHB, 1927, p. 9

⁹ VALENTE, Jorge. **Os centros de Saúde**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1927.

muitos, atentava contra a decência.

Os dispensários Pacífico Pereira e Gaspar Vianna foram transformados pela nova chefia em dispensários mistos, com a incumbência de combater as doenças venéreas e helmintos na sede. Com a mesma função inaugurou-se os dispensários da Força Pública do Estado, e da Penitenciária em 1925; e o das Docas do Porto, em 1926,¹⁰ acrescentando-se aos dispensários Ramiro Azevedo e Silva Lima. Além desses, era responsabilidade federal, no ano de 1927, o dispensário Santa Isabel.

Nas cidades do interior há registros de dispensários que tratavam a Lepra e doenças venéreas nas cidades de Santo Amaro, São Félix, Cachoeira, Cruz das Almas, Alagoinhas, Bonfim, Juazeiro, Barra, Nazaré, Valença, Ilhéus, Itabuna, Belmonte, Canavieiras, Jequié e Esplanada. Assim, o que se percebe é que, aos poucos, o sistema de saúde começa a se organizar no sentido de tentar combater as doenças que ameaçavam o Estado. Em 19 de junho de 1942, já sob o regime do Estado Novo e com as medidas adotadas por Vargas para a centralização das atividades sanitárias, o secretário de Educação e Saúde Isaías Alves recebia uma proposta do Diretor Geral do Departamento de Saúde para uma redistribuição dos postos de higiene, em 10 regiões sanitárias, e uma padronização da oferta dos serviços médicos.¹¹

O interesse social pela sífilis era perceptível na Bahia, principalmente entre os profissionais da medicina. Segundo o relatório dos trabalhos realizados pelo posto de profilaxia Silva Lima, em 1926, os estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia tinham especial predileção por tal unidade de tratamento, no intuito de observar e aprender de forma prática sobre as especialidades ali tratadas.¹² Muitas vezes, os futuros médicos pediam autorização para acompanhar os trabalhos do posto mesmo sem receber remuneração por isso, e cientes da impossibilidade de contratação efetiva após a formatura: “alegando somente o desejo de recolher

¹⁰ IGHB, 1927, p. 182.

¹¹ APB. Secretaria de Educação e Saúde. **Processo sugerindo padronização do serviço de saúde do Interior do Estado.** Caixa 4032. Maço 25.

¹² APB, 1926, p. 1

ensinamentos que lhes sejam úteis na vida prática”.¹³

O Diretor do centro Silva Lima afirmava que facilitava o ingresso e permanência desses médicos no estabelecimento, visando contribuir com a legislação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que visava difundir conhecimentos relativos à sifilografia e venerologia entre os futuros esculápios. A utilização de tal dispensário como campo de observação já havia proporcionado a escrita de teses de doutoramento como “Do emprego das injeções de leite no tratamento dos bubões venéreos”, do médico Benigno de Araújo, e “Doenças de Nicolas”, do doutor Antônio Firmato.

Essa relação permite inferir como o conhecimento científico estava sendo realizado de uma forma prática, baseado em fatos empíricos e dialogando com a realidade das doenças sexualmente transmissíveis. Travava-se inclusive um diálogo entre os estudantes baianos e médicos estrangeiros, como foi o caso do suíço Bruno Rietmann, que em 1926 se encontrava no Brasil e frequentava diariamente o posto Silva Lima.¹⁴ Além disso, diálogos eram estabelecidos com profissionais de outros estados no tratamento de manifestações como o cranco venéreo simples, com material conseguido no Rio de Janeiro:

podendo-se desde logo afirmar, porém, que esse methodo de tratamento [aplicação de injeções de leite em bubões venéreos] é excelente, commodo, pratico, talvez econômico convindo pois a serviço movimentado como é o do dispensário Silva Lima.¹⁵

Algumas interpretações como a de Castro Santos (2004, 249-294) vêem o processo de reforma médica na Bahia da primeira república como um processo negativo, no qual o estado não conseguiu realizar uma experiência positiva como teria ocorrido em São Paulo. Para ele, as oligarquias encontravam-se fragmentadas e impediam o surgimento de uma sólida organização partidária, e mesmo os governos que propunham novas políticas de saúde não tiveram o apoio dos legisladores para assegurar a aprovação de leis. Além disso, haveria uma classe médica

¹³ Idem.

¹⁴ Idem, p. 2.

¹⁵ Idem, p. 4.

conservadora que teria se oposto às ideias de bacteriologia e imunologia predominantes em São Paulo e Rio de Janeiro. As observações acima, relacionadas ao dispensário Silva Lima, auxiliam na contestação desse argumento, já que havia um diálogo entre Salvador e a Capital. Souza alerta para os riscos de se atribuir as dificuldades na realização de ações sanitárias na Bahia, nas primeiras décadas do século XX, exclusivamente a questões associadas às oligarquias. A autora argumenta que o processo ocorreu de uma forma complexa, com entraves nos mais variados níveis, inclusive no que concerne à distância entre a capital e as diversas cidades do interior. Faltavam recursos financeiros para a implementação de políticas de saúde realmente eficazes no estado, diferente da realidade de outras capitais. (SOUZA, 2009)

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, a sífilis ocupava o primeiro lugar no número de matriculados no dispensário Silva Lima. Dos 1362 pacientes registrados, 614 eram sífilíticos, 504 tinham gonorreia – doença causada por uma bactéria (*Neisseria gonorrhoeae*) em forma de cocos, imóveis–, e 367 eram casos de cancro venéreo simples (levando-se em consideração que uma pessoa poderia ter mais de uma doença).¹⁶ Apesar do alto índice de infectados e de toda a preocupação com a doença, muitos pacientes não mantinham uma continuidade no tratamento, que era marcado por idas e voltas ao dispensário.

As autoridades buscavam estratégias para evitar essa inconstância no tratamento. Dentre elas, observa-se a solicitação de medicação suficiente para que o tratamento pudesse ser oferecido em diferentes dias da semana. Requisitava-se, por exemplo, vinte doses semanais a mais de Neosalvasan para serem ministradas às segundas-feiras e não apenas nas quintas-feiras, dias em que, em geral, era feita sua aplicação. O fornecimento desse medicamento evitaria que os pacientes que procurassem tratamento na segunda tivessem que esperar, sendo cuidados com outras medicações como o mercúrio, elemento que causava efeitos colaterais e induzia efeitos no sistema nervoso central. (BATISTA, 2011, p. 52)

A saúde na Bahia encontrava uma série de empecilhos para o seu aprimoramento. O

¹⁶ APB, 1926, p. 3.

sanitarista Almicar Barca Pellon, que seria responsável pela implantação de uma estrutura distrital na “revolução” administrativa da saúde pública estadual do Ceará de 1933, (CEARÁ, 2006) escrevia que muitos casos de sífilis primária estavam sendo confirmados sem o auxílio da ultramicroscopia. Assim, em boletins referentes ao mês de maio, no 1º centro foram registrados 17 casos, no 2º centro também 17 casos e, no 3º centro, 6 casos de sífilis primária, mas haviam sido feitas apenas no 1º e 2º centros 3 e 9 pesquisas em “campo escuro”, enquanto no 3º centro não se fez nenhuma.¹⁷ Além disso, esperava-se a ampliação das atividades no sentido de registrar os inquéritos epidemiológicos e contatos entre sífilíticos e pessoas “sãs”, um dos principais objetivos da campanha antivenérea. Poucas enfermeiras estavam desenvolvendo a visitação a gestantes sífilíticas, o que Pellon considerava ser uma falha a ser corrigida “com maior brevidade”.¹⁸

Não se sabe ainda, ao certo, quais motivos teriam levado à não realização dos exames de sorologia. É possível que a falta de recursos físicos nos laboratórios possa ser apontada como causa, apesar de que, na capital, havia uma facilidade de acesso aos instrumentos de trabalho, não tão observada no interior. Em relatório ao Diretor do Saneamento Rural da Bahia, ainda em 1926, o doutor Gil Guimarães, que seguia as orientações do experiente médico Aloysio Leone, fundador do posto de saúde de Ilhéus, solicitava um microscópio e o material necessário para a identificação da doença, já que o diagnóstico era feito a partir de sinais clínicos da doença, o que para ele era falho.¹⁹

A sífilis foi estudada por médicos baianos ilustres, conhecidos em todo o país. O médico Juliano Moreira, antes de se transferir para a capital federal, em 1903 ofereceu grandes contribuições para o periódico *Gazeta Médica da Bahia*,²⁰ escrevendo, dentre outros, seis artigos

¹⁷ APB. Secretaria de Educação e Saúde. **Boletim estatístico de doenças venéreas do 1º, 2º e 3º centros de saúde – 1948**. Caixa 4032. Maço 24.

¹⁸ Idem.

¹⁹ APB. Secretaria de Educação e Saúde. **Relatório dos serviços efectuados pelo posto de saneamento rural de Ilhéus – 1926**. p. 18.

²⁰ Cf. JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; GELMAN, Ester Aínda. Juliano Moreira e a *Gazeta Médica da Bahia*. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 15. n. 4, out-dez. Rio de Janeiro, 2008. p. 1078.

específicos sobre sifilografia e dermatologia.²¹ Em setembro de 1899, ele alertava para o perigo que doenças como o cólera, a febre amarela, a difteria e a peste bubônica traziam para a população, e como a sífilis e outros males de análoga nocividade eram tratados com menos importância.²² Moreira alertava para questões como a da relação entre hereditariedade e sífilis, antecipando a participação no movimento eugênico, que se tornaria mais visível a partir dos trabalhos sobre psiquiatria, desenvolvidos quando não mais se encontrava na Bahia. O tema seria recorrente ainda em diversas teses de doutoramento da Faculdade de Medicina da Bahia e em notícias publicadas em jornais.²³

A eugenia, ou “ciência do aprimoramento racial” foi um conceito utilizado, primeiramente, por Francis Galton, fisiologista e matemático que teria se inspirado na *Origem das espécies*, de Charles Darwin e seus pressupostos da seleção natural. A partir daí, Galton desenvolveu uma doutrina do aperfeiçoamento da raça humana. (MARQUES, 1994, p. 48-52) No Brasil, as ideias teriam encontrado terreno fértil, uma vez que os intelectuais brasileiros preocupavam-se com a definição de povo brasileiro e de nação. Exemplo disso é observado em Gilberto Freire que, na obra “Casa grande e Senzala”, realizou uma interpretação social harmônica, a partir da contribuição das raças, propondo a ideia de democracia racial e promovendo um reelogio da colonização brasileira, que havia sido promovida por Varnhagen. (REIS, 2001) É interessante destacar que Freire faz referências à sífilis em seu trabalho e chegou a considerar a miscigenação brasileira como um processo de sifilização. O país

²¹Cita-se aqui os trabalhos sobre sífilis: MOREIRA, Juliano. Saturnismo e sífilis. *Gazeta Médica da Bahia*. n. 26, 1895, p. 249-254; MOREIRA, Juliano. A sífilis no período de evolução senil. *Gazeta Médica da Bahia*. n. 27, 1895: p. 82-94, 123-127; MOREIRA, Juliano. Caso de tifoze sífilítica, cura por injeções de calo-melanos, cefalea tardia. *Gazeta Médica da Bahia*. n. 27, 1896. p. 323-325. Juliano Moreira. Sifilografia, a sífilis como fator de degeneração. *Gazeta Médica da Bahia*. n. 31, 1899. p. 112-125. Além desses trabalhos, Juliano Moreira escreveu a tese doutoral intitulada “Etiologia da sífilis maligna precoce”, na Faculdade de Medicina na Bahia, no ano de 1891.

²²MOREIRA, 1899, p. 11.

²³ OLIVEIRA, Luiz Fabricio de. Da Eugenia e o exame prenupcial obrigatório. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1928; MANGIERI, José. Contribuição ao conhecimento da syphilis sob seu aspecto pathológico e social. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1930; SOUZA, João Prudêncio de. *Syphilis e Eugenia*. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1923; A MANHÃ. **O factor Maximo da degenerescencia no Brazil**. Salvador, 25 de abril de 1920; A MANHÃ. **O Brasil não é tão feio como se pinta**. Salvador, 3 de maio de 1920.

teria sido antes sifilizado e somente depois civilizado, em virtude da ação dos primeiros povoadores, que teriam contaminado grande parte da população. (FREIRE, 1995, p. 47)

Em estudo sobre eugenia no Brasil, Stepan identificou a existência de um movimento eugênico específico na América Latina, diferente do europeu. (STEPAN, 2004, p. 331-383) Nesse contexto, o Brasil se destacava, pois possuía características que foram classificadas como disgênicas: um clima tropical e uma população mestiça. Cientistas, como Buckle, Kidd, Le Bon e Gobineau, além de outros darwinistas sociais acreditavam que os cruzamentos ‘promíscuos’ que tinham ocorrido no Brasil desde os tempos coloniais até aquele momento, haviam produzindo um povo degenerado, incapaz de desenvolvimento progressivo. (idem, p. 338) A ideia da eugenia empolgava, portanto, enquanto uma possibilidade de regeneração da raça, atraindo uma classe médica em expansão.

Os médicos baianos tanto acreditavam na importância da eugenia que atraíam para si a responsabilidade do pioneirismo na discussão brasileira sobre o tema. Oliveira, por exemplo, demonstrava a insatisfação porque as obras do médico Alfredo de Magalhães não eram citadas nos demais livros sobre eugenia, e reivindicava “para a Bahia um direito que lhe é devido”:

No nosso paiz, o primeiro grito partiu da Bahia, onde o ilustre Prof da Faculdade de medicina, Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães teve a honra de ser o pioneiro da Eugenia, quando a 27 de novembro de 1912, num dos estabelecimentos de ensino, lera a sua bella conferencia, sob o titulo de “Pró-Eugenismo”. No anno seguinte, ao tempo em que era proposto por Manouvrier e Houssay para membro associado da Societé Français d’Eugenique, publicava elle o livro “Orthophilia – Escriptos de Eugenia”, primeira publicação brasileira sobre o assunto.”²⁴

A eugenia esteve estreitamente relacionada à sífilis. Como uma doença hereditária, a sífilis, junto ao alcoolismo e à tuberculose era um alvo a ser erradicado. A ideia de um excesso sexual que caracterizava o brasileiro determinava, para os médicos, a enorme disseminação da sífilis no país. O medo da destruição da sociedade, da prole, da nação, instigava os médicos a

²⁴ OLIVEIRA, 1928, p. 22.

propor medidas de prevenção ao perigo social que se estabelecia.

Um dos grandes debates sobre o tema esteve relacionado à instituição de um exame pré-nupcial. Muitos médicos defendiam a realização de tal exame, que “garantiria” a aptidão dos nubentes para o casamento e perpetuação da raça humana. Em análise sobre os novos métodos para o tratamento da sífilis, Souza afirmou que já não se vivia mais um momento de incertezas sobre a doença, e era necessário que os médicos assumissem o dever de “zelar por uma seleção tão evidentemente necessária na sociedade”.²⁵

6 Bibliografia

- BATISTA, Ricardo dos Santos. **Lues Venerea e as Roseiras Decaídas: biopoder e convenções de gênero e sexualidade em Jacobina-BA (1930-1960)**. 117 f. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- CABRAL, Dilma. A lepra e os novos referenciais da medicina brasileira no final do século XIX: o laboratório bacteriológico do Hospital dos Lázaros. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (orgs). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004.
- CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- CASTRO SANTOS, Luiz A. de. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira república in HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 249-294.
- CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **A história da Secretaria da Saúde no Estado do Ceará 1961-2006**. Fortaleza: SESC, 2006.
- CHARTIER, Roger. **A história cultural: entre práticas e representações**. 2. ed. Lisboa/Rio de Janeiro: Difel, 2002.
- COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. **Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)**. 410 f. 2007. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2007.
- FREYRE, Gilberto. **Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 30. ed. Rio de Janeiro: Record, 1995. p. 47.
- HOCHMAN, Gilberto O.; FONSECA, Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-1945. In: PANDOLFI, Dulce. **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

²⁵ SOUZA, 1923, p. 26.

- HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: *Os sertões* redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. 1998, v. 5, 1998.
- HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**. vol. 6, n. 11. Rio de Janeiro, 1993.
- LE GOFF, Jacques. **As doenças tem história**. Lisboa: Terramar, 1985. p. 7-8.
- LEITE, Rinaldo César Nascimento. **E a Bahia civiliza-se**: idéias de civilização e cenas de anticivilidade em um contexto de modernização urbana (Salvador, 1912-1916). Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Salvador: UFBA, 1996.
- MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça**: médicos, educadores e discurso eugênico. Campinas: UNICAM, 1994. p. 48-52
- PORTER, Roy. **Cambridge: História da Medicina**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- REIS, José Carlos. **As identidades do Brasil**: de Varnhagen a FHC. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.
- SILVA, Caroline Santos. **Com um fórceps na mão, há de se parir uma nação**: ensino e prática da Obstetrícia e Ginecologia em Salvador (1876-1894). Dissertação (Mestrado). 134 f. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Salvador: UFBA, 2011.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. **A gripe espanhola na Bahia**: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Rio de Janeiro/Salvador. FIOCRUZ/EDUFBA, 2009.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de; SALGLARD, Gisele. Saúde Pública e Assistência na Bahia da Primeira República. In SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (orgs.) **História da Saúde na Bahia**: Instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Barueri: Minha Editora, 2011. p. 51.
- STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.