

ARTIGO

**MEMÓRIAS SOBRE A TUBERCULOSE:
NARRATIVAS DE FAMILIARES E DE CURADORES**

RESUMO: Entre 1930 e 1960 a tuberculose, sob todas as suas formas, era a enfermidade que mais vítimas fazia em Pelotas (RS), chegando a acometer 1/3 de sua população. Esta situação não era específica da cidade, ocorrendo em várias outras regiões do Brasil e do mundo. Embora 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. O presente artigo pretende analisar depoimentos de pessoas que tiveram envolvimento com a doença: familiares, médicos e uma visitadora sanitária. Neste sentido, além da pesquisa documental, trabalha-se com a metodologia da história oral temática, a qual será aqui priorizada.

Palavras-chave: Tuberculose. História Oral. Memória.

No ano de 2004 defendi, junto à PUCRS, tese que enfocou a história da tuberculose em Pelotas¹ e tinha como uma de suas preocupações verificar as transformações pelas quais a cidade havia passado, em fins do século XIX e início do XX, para combater a doença, tendo em vista o expressivo número de mortos por ela ocasionados.

^{*} Professora Doutora do Mestrado em Ciências Sociais da UFPel

¹ Segundo dados do Ministério da Saúde, atualmente a cidade de Pelotas continua sendo uma zona de alta incidência de tuberculose, constando na lista dos 315 municípios brasileiros que concentram 70% dos casos do país. Para maiores informações ver <http://portal.saude.gov.br>, último acesso em 30 de junho de 2008.

A tese, publicada em 2007, com o nome “O mal do século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930” apontou para o fato de que pouquíssimas modificações haviam se dado no espaço urbano, fruto das necessidades impostas pela moléstia. As alterações sanitárias efetuadas ocorreram em função de epidemias, como a febre tifóide, a varíola, a gripe espanhola, a peste bubônica, a difteria, já que estas causavam imensa preocupação junto à comunidade, mais amedrontada por aquilo que efetivamente desconhecia e não pela chamada “filha da casa”², a tuberculose.

Outras preocupações apareceram durante o trabalho, representadas na busca por uma espécie de caracterização do tuberculoso: idade, etnia, sexo, local de residência; uma discussão sobre os espaços de cuidado; um debate vinculado à conformação da cidade, que apontava para uma oposição entre vilas operárias e cortiços, além de uma análise sobre os vários processos de cura, publicizados pela imprensa local, que propagandeavam desde xaropes e elixires, até banhos de luz azul e vôos em aeroplanos³.

Quanto à caracterização do enfermo, através da análise de 4.512 registros hospitalares, que constavam nos Relatórios de Internamento da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, chegou-se à conclusão de que a doença infectou predominantemente homens brasileiros, naturais da zona urbana, jornaleiros, negros ou pardos, solteiros, que estavam justamente em sua fase mais produtiva, ou seja, possuíam entre 21 e 35 anos. A maior parte destas pessoas tinha em comum o fato de viver com escassos recursos financeiros, estando praticamente à margem da sociedade.

Como uma moléstia contagiosa, a tuberculose poderia atingir qualquer pessoa que tivesse contato com o bacilo, mas em fábricas insalubres e em casas deletérias, sua disseminação dava-se com maior facilidade.

² Como a tuberculose era a doença que causava os maiores índices de mortalidade, nos Relatórios sobre a saúde, apareciam expressões que, para atestar um bom estado sanitário na cidade, procuravam minimizar a importância da doença, como: “a tuberculose aqui, como em toda a parte”, “afora a tuberculose”, “a filha da casa”.

³ Arnaldo Jabor (2004, p. 46) no livro “Grandes amigos: pais e filhos”, conta que quando pegou coqueluche, seus pais o levaram para uma viagem em um avião bimotor a quatro mil metros de altura, “pois diziam que isso curava a tosse renitente”. É provável que a terapêutica estivesse assim relacionada a um dos sintomas da tuberculose, a tosse.

No que diz respeito aos espaços de cuidado, embora os hospitais tenham construído pavilhões específicos (como se verá adiante) durante o período analisado, a maioria dos adoentados permaneceu em enfermarias sem nenhum isolamento, não dispondo, na cidade, de alternativas ambulatoriais.

Ainda que tenha existido um debate sobre cortiços versus vilas proletárias, as administrações da cidade atuaram, sobretudo, através de demolições de casebres e da aplicação de multas àqueles que não dispunham de um lugar considerado esteticamente salubre. Muito mais do que preocupação com a construção de alternativas habitacionais à população mais pobre, a polícia sanitária⁴ atuava no que chamava de desmantelamento dos cortiços.

Com relação às terapêuticas e aos remédios que deveriam ser consumidos, os doentes não sabiam como proceder, até mesmo porque o acesso às novas propostas, muitas delas vindas do exterior, ficavam restritas a quem tinha condições de pagar por um tratamento alternativo, e esses eram muito poucos. A maioria tomava apenas xaropes e elixires, causadores de um alívio e de uma sensação de bem-estar imediatos.

O debate realizado na banca, no momento da defesa do trabalho, no entanto, expressou que seria interessante agregar depoimentos de pessoas envolvidas com a história da enfermidade, ainda que tivesse trabalhado com uma grande quantidade de fontes, existentes tanto em Pelotas quanto em Porto Alegre.

Pelo recuo de tempo da tese (1890-1930), optei por não analisar depoimentos de segunda, terceira ou quarta geração, mesmo que a história oral faça parte de minha trajetória, em trabalhos sobre os mais diferentes assuntos, como a imigração judaica e a discussão de gênero, por exemplo.

Instigada pelo tema, que certamente ainda tinha muito a oferecer, e também pela possibilidade metodológica, resolvi estudar as três décadas posteriores - 1930 a 1960 - período importantíssimo na conformação de um novo tipo de tratamento, que traria a cura a milhares de pessoas, através do

⁴ A Polícia Sanitária estava vinculada à Diretoria de Higiene do Estado, tendo por objetivo fundamental “[...] a prevenção e repressão dos abusos que possam comprometer a saúde pública ou individual”. *Jornal A Opinião Pública* de 18 de março de 1908, p. 1.

início da vacinação pela BCG (ainda na década de 1920), do desenvolvimento da técnica da abreugrafia e também pela descoberta da estreptomicina, a partir de 1944, por Selman Waksman, o que permitiu o combate a vários tipos de infecções, dentre elas a tuberculose. As novidades em termos de atos clínicos surgiram com a intensificação do uso do pneumotórax artificial⁵ e a cirurgia para a retirada de costelas, entre outros.

Nas décadas anteriores a 1930, na maior parte das vezes, aos doentes restava apenas esperar a morte, depois de descoberta a contaminação.

Surgia, assim, um novo projeto, em andamento desde o ano de 2006, no qual, além da análise das fontes escritas existentes em arquivos locais, priorizou-se a história oral temática (MEIHY; HOLANDA, 2007), a qual permitiu incorporar as memórias dos envolvidos com a enfermidade.

[...] Memória no sentido de fonte do passado no presente, como busca daquele tempo no agora, transcendendo a mera cronologia, mas como nas palavras de Walter Benjamin, 'como musa da narratividade, que se constrói na experiência de vida', possibilitando, assim, revisitar o passado no presente, 'restabelecer uma ligação com o passado, e que este possa ser salvo naquilo que tem de fundamental' (BORELLI, 1992: 81).

Até este momento foram entrevistadas seis pessoas: dois familiares, três médicos e uma visitadora sanitária.

Os médicos foram 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 extensa trajetória. Por ter toda uma vida profissional dedicada à tuberculose, Naum foi aquele que mais dissertou sobre o tema.

Tanto a Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, quanto a Beneficência Portuguesa, tiveram alas específicas para os tuberculosos.

⁵O método, proposto pelo italiano Carlo Forlanini, consistia na introdução de gás azoto na pleura, do que resultaria a produção do pneumotórax artificial. Sua aplicação deveria ser absolutamente precisa.

Na Santa Casa o prédio, um misto de alvenaria, de pedra, tijolos e concreto armado, teve sua inauguração oficial no dia 8 de outubro de 1925, sendo composto de dois andares. O debate sobre a obra se iniciou, no entanto, em fins do século XIX.

Ainda que a maior parte dos enfermos, a partir desta data tenha passado a ser tratada em uma das salas da nova enfermaria, muitos doentes continuaram em enfermarias nas quais havia portadores de diferentes moléstias, tendo em vista que o número de leitos era muito inferior à demanda.

Na Beneficência Portuguesa de Pelotas, a discussão sobre a construção de uma ala de isolamento apareceu desde o ano de 1944. A obra foi inaugurada em 16 de setembro de 1951, na comemoração do 94º aniversário do Hospital, embora tenha começado a funcionar ainda no ano de 1946.

O prédio ficava em face à rua Uruguai, entre a casa de máquinas e o necrotério, recebendo o nome de Ala São Roque. No ano de 1967 foi inaugurado um outro setor denominado de Salão de Seção de Tisiologia.

Durante pesquisa em jornais apareceram referências também à Construção de um Sanatório em Pelotas, localizado nas Três Vendas, estrada do Retiro, chamado “Alice Velloso”. Embora não se destinasse de modo específico aos tuberculosos, possuía um pavilhão de isolamento, que segundo anúncio publicitário “[...] apresenta todas as condições que requer a higiene moderna para instalações desta natureza, tais como luz direta, ventilação, água ligada diretamente ao encanamento geral, revestimento adequado, piso de tijoleta” (*Jornal A Opinião Pública* de 5 de outubro de 1925, p 1).

Em 1934 foi criado o Sanatório Belém, em Porto Alegre, que iniciou suas atividades em 1940. A partir daquele ano, muitos pacientes do interior foram deslocados para a capital, a fim de se tratar.

Com relação aos familiares de pessoas acometidas por tuberculose, a busca tem sido mais difícil, tendo em vista que muitos 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, como se disse, 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 de 2007, 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 pulmonar.

A segunda entrevista aconteceu com Maria Araújo, nascida no dia 16 de março de 1940, que desvendou minuciosamente o universo familiar em que estava inserida, referindo-se prioritariamente à 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 Sul (Relatório de 1920, p. 532). Em se tratando de tuberculose, nas primeiras décadas do século XX, 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 os seus olhares nos processos de tratamento para a enfermidade. Suas memórias vincularam-se prioritariamente aos seus ambientes de trabalho, ressaltando o caráter social da reconstrução das lembranças (HALBWACHS, 2004).

Suas narrativas estiveram ligadas mais fortemente à História de experiências, na medida em que mostraram “como pessoas ou grupos

efetuaram e elaboraram experiências, incluindo situações de aprendizado e decisões estratégicas” (ALBERTI, 2004, p. 26).

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 dedicou grande 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”.

O médico, ao relatar como iniciou a sua atividade profissional, assim diz:

Formei-me em 1939. Em 1941 fui contratado pelo então Departamento Estadual de Saúde e designado para o setor de Tisiologia, no Centro de Saúde de Rio Grande. Recém casado, minha esposa era “visitadora sanitária”, e exercia sua atividade em Porto Alegre. Não havendo vaga em Rio Grande, foi ela transferida para Pelotas. Nos fins de semana eu ia à Pelotas. Esta situação durou pouco tempo. Ocorre que o tisiologista que atuava em Pelotas, Dr. Assunção Osório, transferiu residência para o Rio de Janeiro, proporcionando minha transferência para Pelotas. Exerci minha atividade nessa cidade até 1966 quando fui aposentado. Houve um intervalo de 1943 a 1945, quando fui convocado no período da 2ª Guerra Mundial.

Sobre a sua formação acadêmica, Naum explicita como esta se deu:

Para trabalhar em tisiologia eu me preparei com alguns cursos: fiz um curso oferecido pelo próprio Departamento Estadual de Saúde, fiz um estágio no Hospital Sanatório Belém, na época destinado a pacientes com tuberculose. Lá trabalhavam os professores Cezar Ávila e Eliseu Paglioli, entre outros. Em Montevidéu fiz curso de broncoscopia com o Dr. Chevalier Jackson, americano que lá se encontrava para este fim. Em Córdoba, Argentina, fiz curso de Cirurgia Torácica. No Rio de Janeiro, acompanhei cirurgia de tórax com Jesse Teixeira.

Em sua entrevista, o que mais se acentuam são os procedimentos realizados por ele e seus colegas, na Beneficência Portuguesa de Pelotas, com o objetivo de oferecer algum tratamento à tuberculose.

Um das práticas mais utilizadas 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 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 o tratamento era 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. Várias complicações poderiam acontecer, como ele mesmo lembra: “[...] 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”.

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 à casa desse doente ensinar como fazer o isolamento domiciliar. Outra função importante da visitadora era aplicar a vacinação BCG, nos recém nascidos.

Clara, nascida em 24 de novembro de 1916 em Cruz Alta, fez parte de um grupo de pessoas preparadas, a partir da década de 1920 no Brasil, para visitar os pacientes mais necessitados, repassando-lhes, principalmente, conselhos higiênicos.

Nos cursos para visitadoras eram abordados temas como anatomia e fisiologia, microbiologia, higiene individual, princípios de Medicina, cirurgia, obstetrícia, pediatria, matéria médica dietética e ética profissional, como relatou Clara.

Segundo PEREIRA NETTO (1997:125) “[...] o cuidado com os doentes remonta à Antigüidade, quando a atividade da enfermeira estava vinculada às obrigações domésticas e femininas”, assim vamos encontrar cuidadoras em todos os períodos da História, ainda que a chamada enfermagem moderna tenha como marco o ano de 1860, quando Florence Nightingale criou uma escola de enfermeiras em Londres.

Em Pelotas, as mulheres que cuidaram de doentes, as assistentes dos médicos, como eram chamadas, são encontradas com frequência quando

estudamos a história da Santa Casa de Misericórdia, e eram, quase em sua totalidade, vinculadas a ordens religiosas.

No Brasil, somente a partir do século XX⁶, se começaria a exigir uma formação maior para as enfermeiras e as visitadoras⁷, do que aquela considerada inata a todas as mulheres, ou seja, o ato de cuidar, de se preocupar com o outro, de ser solidária.

Clara conta que fez um curso ministrado pela professora Isaura Barbosa Lima, vinda do Rio de Janeiro:

O serviço era feito assim: as parteiras eram obrigadas a notificar os nascimentos. Pelotas foi dividida em cinco zonas, cada uma tinha que cuidar de uma delas (éramos em cinco), então quando a parteira notificava o nascimento, a educadora ia até a casa oferecer a vacina BCG. Nós introduzimos em Pelotas a vacina BCG, de modo que era assim, uma campanha de informação e às vezes até de insistência, porque em seguida dizíamos que era para imunizar contra a tuberculose e tinha aceitação.

As visitadoras tinham que realizar todas as vacinas: contra a varíola, a difteria, a tuberculose e dar conselhos de higiene infantil. Clara revela ter atendido casos de doenças crônicas e contagiosas, inclusive situações de lepra. Com relação à tuberculose, diz que as principais medidas ensinadas eram:

Dávamos conselhos sobre a higiene que deveriam ter, encaminhávamos a exames, os comunicantes, como se chamavam as pessoas da casa. Eram todos encaminhados para bater raio X. E falávamos sobre a separação. Não dormir na mesma cama, separar os objetos e o tuberculoso nunca escarrar dentro de casa ou fora de casa, mas sim no banheiro e não falar muito perto das outras pessoas. Os objetos também, tudo era separado.

⁶ Em 27 de setembro de 1890 foi criada, pelo decreto n. 791, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras na cidade do Rio de Janeiro, no Hospital de Alienados. Foi somente em fins de 1921 e início de 1922, que chegou ao Brasil um grupo de enfermeiras norte-americanas e canadenses, chefiadas por Ethel Parsons, que pretendeu mudar o perfil destes profissionais (Reinaldo e Rocha, 2002:37).

⁷ Rosen (1994, p. 291) faz uma distinção entre o trabalho das enfermeiras e das visitadoras, dizendo que em algumas vezes suas funções se equivaliam, mas que foram buscados modelos diversos para a formação das visitadoras, como preparar pessoas da própria comunidade ou treinar mulheres com um nível de instrução maior, como o projeto realizado no Brasil, na maioria das grandes cidades.

Em seu depoimento aparece que o acesso aos adoentados estava restrito aos mais pobres.

Só os doentes que se tratavam no Centro de Saúde eram visitados, porque os médicos não notificavam os casos que eles atendiam nos consultórios. Muitos doentes negavam que tivessem a doença e a visitadora indo até a casa, ficava conhecido o fato dele ter a tuberculose.

As visitas geralmente eram feitas uma vez por mês (com exceção da difteria ou tifo), nestes encontros se conversava sobre procedimentos cotidianos.

A maioria era pobre, não se podia dizer que comessem o que era próprio para eles, não é? Eram muito pobres... Mas a cozinha dietética tinha uma mamadeira que se fazia e se entregava para a mãe. A mãe não podia alimentar a criança no peito, ela era fichada no Centro de Saúde e ia uma vez por mês consultar com o pediatra e, conforme a idade, iria mudando a alimentação. [...] Com um ano elas já tinham o leite engrossado com maisena, era a área da nossa dietética onde tinha muita criança. Quando eram muito pobres nem se falava em alimentação. Não dava para falar, não é?

Fica clara a contradição existente entre o discurso médico e dietético e a dura realidade econômica vivida pela maioria da população, que fazia com que os profissionais aconselhassem preceitos que dificilmente as pessoas poderiam seguir, já que eram muito pobres.

Quando foi perguntada sobre se teria medo de ser contaminada por alguma doença, assim respondeu:

Não, nós usávamos uniforme e quando chegávamos em casa a primeira coisa era tirar o uniforme no banheiro. O uniforme era um vestido azul marinho de seda, manga comprida, punhos brancos e gola branca. De longe as pessoas já sabiam que a educadora vinha vindo. E usávamos uma maleta na qual havia álcool, a vacina BCG, outras vacinas e uma toalhinha e sabonete, porque se a gente quisesse licença para lavar as mãos não tinha problema, a gente podia.

Note-se que para ela, o uniforme funcionava como uma espécie de escudo protetor contra as enfermidades, assim como um sinal de distinção, reconhecido pela sociedade.

Clara, ao final da entrevista, avalia o seu trabalho como muito gratificante. A sua única preocupação era quando devia convencer⁸ alguma pessoa a se recolher em um leprosário ou um sanatório, afastando-se de sua família. “Até hoje eu tenho remorso porque eu não sei como é que foram tratados. Quando eu encaminhava alguém, tuberculosos também, eu ficava depois com um remorso tremendo”, conclui.

A visitadora sanitária, ainda que demonstre conhecer vários procedimentos adotados em hospitais e dispensários, não parece muito segura sobre o resultado que estes poderiam ter com relação à cura do enfermo ou ao prolongamento de sua vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa, que foi iniciada em 2006, tem ainda caminhos a percorrer, haja vista o grande volume de fontes escritas disponíveis, além das fontes orais, buscadas, sobretudo, junto aos familiares envolvidos com a tuberculose.

Neste artigo, no entanto, optei por apresentar as narrativas de dois familiares de enfermos, cujos relatos vinculam-se ao cotidiano, além de destacar as histórias do casal Keiserman, que permitem analisar algumas questões importantes, na conformação da trajetória da tuberculose-doença e, por que não dizer, da saúde como um todo.

Em primeiro lugar, chama a atenção o respeito e a complementaridade que os dois percebem em suas profissões, que tinham e ainda têm status bastante diferenciados. É importante salientar que a imprensa da época era pródiga em discussões sobre quais seriam os papéis dos médicos e de seus auxiliares, dentre eles as enfermeiras, que para a maioria deveria se submeter ao conhecimento mais qualificado dos “doutores” (PEREIRA NETTO, 1997:131).

⁸ Os positivistas criticavam o que chamavam neste momento de despotismo sanitário e que era entendido por eles, entre outras coisas, como uma perseguição aos mais pobres com relação ao cuidado que estes deveriam ter com relação aos seus corpos. Neste sentido, foram contrários à utilização de mulheres para a função de visitadoras sanitárias. As mulheres eram consideradas por eles como anjos protetores dos homens, sendo a salvaguarda moral da espécie (PEZAT, 2007), assim os positivistas afirmavam que “uma inquisição tão bem disposta não poderia dispensar espionagem. Não é estranhável, mas é doloroso, que eles se tenham lembrado da mulher para esse ofício” (Folheto da Capela Positivista, O Código Negro, 1921, p. 7).

Hoje este tipo de discussão em periódicos é presente em momentos bem demarcados, contudo sabemos que enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde são tratados de forma bastante diferenciada, no que diz respeito ao poder que cada um possui, dentro de seu espaço de trabalho. Um destes momentos de debate se relacionou a uma polêmica recente, que envolveu a definição do Ato Médico, através do PLS nº 25/2002⁹. Enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais se insurgiram contra o que definiram como uma reserva de mercado oferecida corporativamente aos médicos.

Um outro ponto que merece ser evidenciado se relaciona ao modo como as entrevistas foram realizadas. Quando colhemos o depoimento de Naum, ele procurava afirmar seu testemunho a partir das lembranças da companheira, o mesmo acontecendo quando dona Clara ofereceu-nos o seu depoimento.

Nestes encontros, era ressaltada a importância dos quadros sociais da memória, através, sobretudo, das relações familiares (HALBWACHS, 2004), embora também a idéia desenvolvida por CANDAU (2002: 64), que parte do pressuposto de que aquilo que os membros de um grupo mais compartilham é justamente o que esqueceram. “Sin dudas, la memoria colectiva es más la suma de los olvidos que la suma de los recuerdos pues, ante todo y esencialmente, éstos son el resultado de una elaboración individual, en tanto que aquéllos tienen en común, precisamente, el haber sido olvidados”.

Pode-se dizer isto tendo em vista que nas entrevistas do casal, tanto a afirmação de informações entre ambos, como também perguntas sobre nomes de pessoas ou procedimentos que eram adotados foram muitas vezes precedidas por frases como “o Naum pode explicar isto”, “a Clara talvez lembre do fato”.

O casal Keiserman, portanto, esteve completamente envolvido com a trajetória da moléstia na cidade, que matava em sua maioria os mais pobres. Aqueles que possuíam condições econômicas favoráveis iam para sanatórios em locais altos, nos quais imperava o descanso e a boa alimentação. Os

⁹ O PLS 25/2002 em seu artigo 1º assim diz: Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para: I a promoção primária definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia; II a prevenção secundária definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e III a prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos.

trabalhadores menos aquinhoados experimentavam práticas terapêuticas, cujo sucesso não tinha comprovação ou buscavam de todas as formas ocultar o mal que os consumia, mesmo que para isso tivessem que abreviar ainda mais as suas vidas.

Clara e Naum em suas décadas de atividade profissional e convivência diária em comum colecionam memórias, que contribuem para pensar em uma doença, que longe de ser apenas “um mal de século”, permanece viva na história de milhões de pessoas, em todo o mundo.

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.
- Jornal *A Opinião Pública* de 18 de março de 1908, p. 1.
- Jornal *A Opinião Pública* de 5 de outubro de 1925, p. 1.
- Folheto da Capela Positivista do Brasil. *O Código Negro: Alguns dados sobre os males da confusão dos dois poderes oferecidos ao Governo e ao Público.* Autoria Joaquim Bagueira Leal, 1921. 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

- ALBERTI, Verena. *Ouvir Contar*. Textos em História Oral. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2004.
- ERTOLLI FILHO, Cláudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso*. 1900-1950. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado em História Social), Universidade de São Paulo.
- BORELLI, Sílvia. *Memória e Temporalidade*. Diálogo entre Walter Benjamin e Henri Bérgson. São Paulo: EDUC, 1992.
- CANAU, Joël. *Antropología de la memoria*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.
- 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. *O mal de século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930*. Pelotas: EDUCAT, 2007.
- 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 da Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- HALBAWACHS, Maurice. *A Memória Coletiva*. São Paulo: Centauro, 2004.
- JABOR, Arnaldo. Meu pai foi um mistério em minha vida. In: CAMPOS, Carmen e SILVA, Nilson. *Grandes Amigos: Pais e Filhos*. São Paulo: Editora Panda, 2004, p. 44-48.
- MEIHY, José e HOLANDA, Fabíola. *História Oral: como fazer, como pensar*. São Paulo: Contexto, 2007.
- PEZAT, P. Carlos Torres Gonçalves e o sexo altruísta: a conversão feminina à Religião da Humanidade em Porto Alegre no início do século XX. Anos 90, Porto Alegre, v. 14, n. 25, p. 99-138, jul. 2007.
- PEREIRA NETO, André de Faria. *Palavras, gestos e intenções*. Os interesses

profissionais da elite médica. Congresso Nacional dos Práticos (1922). Rio de Janeiro, 1997. Tese (Doutorado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social.

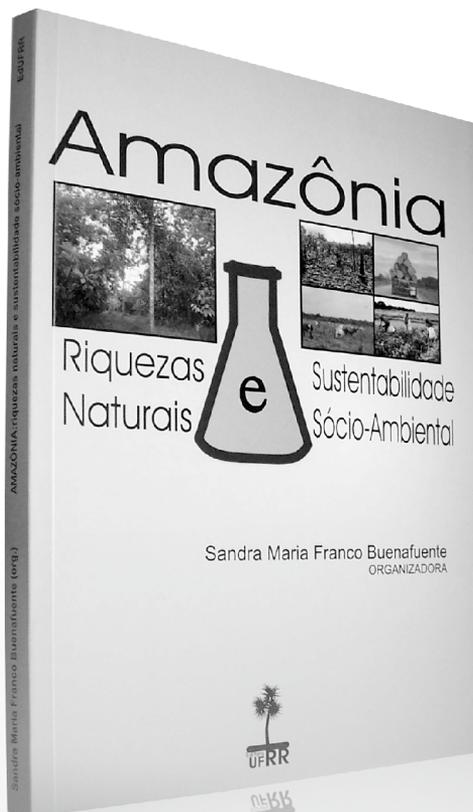
REVEL, Jacques e PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. IN: LE GOFF, Jacques e NORA, Pierre. *História: Novos Objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

REINALDO, A. M.S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Pública: idéias para hoje e amanhã. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 4, n. 2, p. 36-41, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em 12 de janeiro de 2008.

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.



AMAZÔNIA: RIQUEZAS NATURAIS E SUSTENTABILIDADE SÓCIO-AMBIENTAL

Organizado por Sandra Maria Buenafuente

