

A DOENÇA E O PODER PÚBLICO OU O PODER DAS DOENÇAS

Elementos para uma análise em torno do Estado no combate à tuberculose

DILENE RAIMUNDO DO NASCIMENTO¹

RESUMO

Este trabalho focaliza a cidade do Rio de Janeiro na virada do século XIX para o século XX. Aqui é analisado o problema da tuberculose que, apesar de sua alta prevalência, a ação do Estado, nas duas primeiras décadas deste século, foi reduzida a leis sanitárias, subvenções à filantropia e planos que não tiveram sua prática efetivada. Aponta os fatores emergentes que, ao final, levaram o Estado a assumir, em 1920, a questão da tuberculose, criando a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose.

Palavras chave: doença, cidade, ação estatal, tuberculose

Introdução

Em o **Rio de Janeiro do Meu Tempo**, Luiz Edmundo, cronista da cidade, escrevendo sobre a rua da Misericórdia da pretoria de São José do início do século, observa:

As ruelas que se multiplicam para os lados da Misericórdia, estreitas, com pouco mais de metro e meio de largura, são sulcos tenebrosos que

¹ Pesquisadora associada da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; doutoranda em História Social na Universidade Federal Fluminense.

cheiram mal. Cheiram a mofo, a pau-de-galinheiro, a sardinha frita e suor humano (...). Casas onde a gente advinha, em fundos apodrecidos, pela umidade e pelos anos, gatos hercúleos e cães violentos, todos em fúria, a despedaçar ratazanas colossais, quase tão grandes como carneiros! (EDMUNDO, 1957 p.175)

No que tange às condições de vida no Rio de Janeiro, este fragmento traduz bem a imagem da cidade experienciada cotidianamente por sua população menos favorecida. Na virada do século XIX para o século XX, a capital do país nada mais é do que um aglomerado de pequenas vias insalubres, atonetadas de cortiços onde pulula a massa heterogênea de trabalhadores e miseráveis dividindo o mesmo espaço.

Enquanto que os membros das classes privilegiadas contavam com a possibilidade de viver em locais mais arejados (muitas vezes em chácaras mais afastadas da área de maior concentração populacional), a maior parte dos habitantes da cidade era obrigada a uma convivência estreita com todo tipo de insalubridade, o que não raro contribuía para a disseminação de moléstias que à época minavam ainda mais as forças daqueles que quase já não as tinham para ganhar seu sustento diário.

Exceto para poucos, viver na cidade do Rio de Janeiro constituía-se, assim, uma verdadeira prova de resistência física e moral, pois que a grande massa da população aqui concentrada tinha de se defrontar tanto com as escassas oportunidades de trabalho decente, quanto com as más condições de habitação e alimentação. Disso resulta um verdadeiro círculo vicioso definido por uma tautológica relação de causa e efeito entre miserabilidade e doenças. Adoecia-se porque as más condições de vida assim determinavam e a doença, ou mais propriamente a convivência promíscua com a doença, só fazia agravar o quadro de miséria social².

A alta incidência da tuberculose entre a população pobre do Rio de Janeiro aparece, portanto, como expressão necessária tanto da configuração de um espaço urbano deteriorado quanto do baixo nível das condições de vida da população condenada a viver nesse espaço.

Considerando os óbitos por tuberculose, por circunscrição civil, para o ano de 1895, constata-se que a incidência maior foi na pretoria de Santana (3,5/1000 hab.) e na pretoria de São José (3,3/100 hab.). Sobre a

² .Ver situação dos trabalhadores brasileiros no início do século, em Dias, 1977 p.45.

pretoria de Santana, dizia o relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) deste mesmo ano, que:

Pela sua grande população, em geral constituída pelo proletariado e cheia de estalagens e cortiços, alguns em péssimas condições higiênicas e outros insaneáveis, não admira que forneça todos os anos um grande contingente de óbitos (BRASIL, DGSP, 1896 p.78),

reafirmando o que está dito acerca do espaço urbano.

Em 1902, Pereira Passos, prefeito da capital, e Oswaldo Cruz, diretor da DGSP, executaram o projeto político de Rodrigues Alves implementando uma estratégia de modernização e saneamento da capital. Largas avenidas foram construídas, prédios demolidos, os cortiços foram afastados da área central, ambulantes retirados das ruas e a saúde pública, organizada militarmente, dizimou os mosquitos da febre amarela, exterminou os ratos, vacinou contra a varíola, procedeu a milhares de inspeções e desinfecções domiciliares, interditou casas comerciais, cortiços etc.³

Com isso, as doenças epidêmicas que assolavam a cidade entram em franca regressão e a tuberculose começa a ganhar espaço nos discursos oficiais, sentindo-se a crescente necessidade de um programa sanitário para combatê-la.

Ao contrário da febre amarela, varíola e peste que, segundo os sanitaristas, expressavam atraso nacional, a tuberculose era vista como doença própria da civilização. Mas é claro que não pela civilização em si, mas por um processo de crescimento desordenado e discriminatório.

Ao se perceber o deslocamento da classe trabalhadora, expulsa da área central da cidade, para os distritos suburbanos, observa-se que este movimento é acompanhado pela tuberculose⁴ que, apesar de passar a ter lugar nos discursos oficiais, sofreu poucas tentativas de enfrentamento no âmbito do governo, as quais não resultaram em conseqüências práticas nas primeiras décadas do século.

³ Mais detalhes sobre o saneamento do Rio de Janeiro e suas repercussões políticas, ver: BENCHIMOL, 1990, cap. 12,13,14; CASTRO SANTOS, 1987, cap. 2; CARVALHO, 1987 e COSTA, 1986, cap. 3.

⁴ Ver confirmação em Recenseamento do Rio de Janeiro, 1906 p. XXIII; Recenseamento do Brasil, 1920 p. XXVI e a mortalidade por tuberculose pulmonar por circunscrição civil in Anuário Estatístico Demógrafo-Sanitário, 1920-1921.

Tentativas frustradas de combate à doença

Nas Instruções da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) de 1902, a "tuberculose aberta" aparece como doença de notificação compulsória, junto a outras moléstias transmissíveis. Esta medida é mantida no Regulamento Sanitário de 1904, que traz outros pontos referentes à tuberculose: estabelece que os tuberculosos não podem residir em habitações coletivas, nem trabalhar em casas comerciais; ressalta a necessidade do uso de escarradeiras em lugares públicos e que os animais estabulados sejam submetidos à prova tuberculínica. (cf. Decreto 5156, 1904)

Este decreto trata ainda do isolamento nos hospitais. No seu artigo 225 diz:

os tuberculosos não poderão ficar em comum com os demais doentes da mesma enfermaria. A Diretoria Geral de Saúde Pública entender-se-á com as administrações dos referidos hospitais a fim de obter o isolamento tão completo quanto possível, dos tuberculosos hospitalizados. (DECRETO 5156, 1904)

Estas medidas legais foram inócuas. Por um lado, pela falta de ação concreta do poder público que não tinha a tuberculose como alvo prioritário de seu interesse e, por outro, pela precária condição sócio-econômica do grupo populacional mais atingido pela tuberculose.

A DGSP lançou mão também de meios persuasivos, através dos "Conselhos ao Povo", publicados na imprensa e em folhetos avulsos distribuídos pela cidade, sobre os meios de evitar a doença. Estes "Conselhos" não levavam em conta as condições de vida do seu público alvo, quando ressaltavam a importância de habitações amplas e arejadas, boa alimentação e trabalho adequado na profilaxia da doença.

Ora, já foram vistas as condições a que estava submetida a parcela da população mais intensamente atingida pela tuberculose. Tal contradição fica explícita no item 32 do "Conselhos ao Povo":

Os remédios para a cura da tísica são dois: um é o ar livre e puro, o outro é a boa alimentação, devendo ambos serem ajudados pelo repouso. O doente do peito deve viver ao ar livre todo o dia...(BRASIL, DGSP, 1903 p.26)

Em 1906, Rodrigues Alves solicita ao Congresso Nacional medidas legais e orçamentárias para a hospitalização dos tuberculosos indigentes, baseado em relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Esse relatório usa o estado sanitário do Rio de Janeiro, no ano de 1905, como justificativa para que agora se dê mais atenção à tuberculose. Afirma que "se alguns dos meios de luta devem ser deixados à iniciativa particular ou à ação das coletividades sociais de beneficência", a hospitalização é dever do Estado, caracterizando este dever como "obra de solidariedade humana e de defesa social". (ALMEIDA, 1906 pp. 236-237)

A proposta da Santa Casa de Misericórdia de construir um hospital de isolamento para tuberculosos, dividindo o custo da edificação e da manutenção com o Governo é apontada como solução. Esta proposta teve parecer favorável da Comissão de Saúde Pública da Câmara dos Deputados, resultando em projeto de lei, concretizado somente em 1914.

O plano de Oswaldo Cruz, diretor geral de saúde pública, em 1907, representou outra tentativa de enfrentar o problema da tuberculose no âmbito do Estado. Ele também como justificativa para o fato de só se ocupar com o combate à tuberculose naquele momento usou a sensível diminuição da incidência das outras moléstias infecciosas.(cf. CRUZ, 1907 p.238)

Na fundamentação de seu plano, Oswaldo Cruz divide as causas produtoras da tuberculose em "determinantes" e "predisponentes". Define como causa determinante o bacilo específico e como predisponente, as condições que levam a uma diminuição das resistências naturais do organismo, como

A falta de arejamento e iluminação do domicílio, condensação de população nas habitações, oscilação da atmosfera domiciliária, deficiência de alimentação, esgotamento físico e moral, predisposição hereditária (CRUZ, 1907 pp. 238/239).

Nesta medida, defende que o combate à doença deve se dar pelos dois lados da questão: luta ao bacilo e fortalecimento da defesa orgânica. O conjunto de medidas que, segundo ele, dariam conta da luta ao bacilo, tem na notificação compulsória de todos os casos de tuberculose (e não somente a tuberculose aberta) sua base fundamental.

A partir dessa notificação, seria detectado o indivíduo tuberculoso, infectante e "válido", isto é, o doente que elimina bacilos e ainda é passível de receber tratamento. O doente, assim considerado, seria tratado e educado no sanatório ou em seu domicílio, sob a imediata e contínua fiscalização das autoridades sanitárias. A cidade teria que ser dotada de sanatórios, colônias sanitárias agrícolas, localizadas fora do centro e que permitissem ao doente manter uma atividade laboral, além de casas de pensão - estas últimas, para os doentes sem domicílio próprio.

Quanto às causas predisponentes, os fatores individuais, como vícios e herança física, seriam corrigidos pela educação higiênica. Os fatores gerais, segundo o plano, basicamente as questões do domicílio e de alimentação, teriam na construção de casas higiênicas, em número suficiente para os trabalhadores, e na fiscalização dos alimentos, a sua resolução.(cf. CRUZ, 1907)

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

O plano, atualizado tecnicamente, era de realização bastante problemática, pois, como iniciativa do Estado, tudo estava por fazer. A começar pela notificação compulsória que não era feita sistematicamente pelo próprio médico, que se sentia constrangido em fazê-la, por despertar em si um sentimento de traição para com o doente que o chamara em confiança. (NASCIMENTO, 1902 p.5-6)

A viabilização do plano dependia das várias instâncias do poder executivo e legislativo, os quais teriam que estar absolutamente voltados para o controle da tuberculose como uma questão política, tal qual se deu com o saneamento do Rio de Janeiro.

O plano de Oswaldo Cruz não se traduziu numa prática sanitária, isto é, "um conjunto de iniciativas e intervenções concretas do Estado com o objetivo de alterar um dado padrão sanitário" (BODSTEIN, 1984 p. XI). A prática da saúde pública determinada por interesses nacionais de ordem econômica, parecia não visar, necessariamente, a melhoria das condições de saúde da população em geral.

Uma expectativa ressurgue

Apesar da campanha da Liga Brasileira Contra a Tuberculose⁵, no sentido de tornar a tuberculose uma questão pública, e das tentativas encaminhadas por sanitaristas do governo, especialmente Oswaldo Cruz, a tuberculose não logrou receber do Estado medidas práticas para o seu combate, na primeira década deste século.

Aparentemente, o início dos anos 10 configura-se como uma possibilidade de reversão desse quadro. Nilo Peçanha, falando ao Congresso em 1910 (já ao final de seu mandato), indicava a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde visando, especialmente, a tuberculose:

Cumpre-me recomendar especialmente ao vosso zelo e solicitude a reorganização dos serviços sanitários a cargo da União, compreendidos aí os serviços referentes ao importante e momentoso problema da profilaxia da tuberculose. (BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1978 p.697)

O fato de Carlos Seidl assumir a DGSP, em 1912 (já no período governamental de Hermes da Fonseca), criou uma nova expectativa no sentido de a tuberculose vir a tornar-se, em curto prazo, uma questão emergente para o Estado. Diferentemente de seus antecessores, Carlos Seidl tinha características que faziam pensar que seria ele o pioneiro na implementação de uma política estatal de combate à doença. Se por um lado, ele não tinha a visibilidade política de Oswaldo Cruz, por outro, era um médico atuante na luta contra a tuberculose, participando de fóruns de discussão na Academia Nacional de Medicina, na Faculdade de Medicina e em congressos médicos. Além disso, era membro fundador da Liga⁶.

Mas, na realidade, esse período foi de grande apatia para a Saúde Pública, como bem ressalta Bodstein (1984). Em parte devido à 1ª

Guerra Mundial, houve um corte orçamentário para a Saúde e Carlos Seidl à frente da DGSP pouco ou nada realizou.

⁵ A Liga Brasileira contra a Tuberculose foi criada por médicos e intelectuais no Rio de Janeiro, em 1900, como instituição filantrópica. Ver: NASCIMENTO, 1992.

⁶ Carlos Seidl não só foi sócio-fundador da Liga, como tomou parte da comissão que estabeleceu seus propósitos. Publicou: "Do tratamento dos tísicos nos Hospitais e Casas de Saúde do Rio de Janeiro"(1905), "Profilaxia da Tuberculose"(1910), "Luta anti-tuberculosa"(1912).

Apesar de, em outros momentos, ter defendido a luta contra a tuberculose com um plano global de ações e colocá-la como uma das prioridades de sua gestão na DGSP, limitou-se a propor medidas profiláticas isoladas que coubessem dentro do orçamento reduzido da Saúde.

Dizia, em relatório ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, que "pela minha parte, vou fazendo o que posso, dentro das forças orçamentárias da minha repartição". No mesmo relatório ele ainda definia como diretrizes da sua administração no tocante à tuberculose:

No momento presente esta diretoria procura e deseja: educar a opinião pública; difundir os ensinamentos oriundos da higiene moderna; melhorar e desinfetar todas as habitações que possam ter sido inquinadas pelo tuberculoso; dar-lhe a esperança de cura e a certeza de um bom tratamento; isolar os tuberculosos adiantados que se tornarem perigosos e aos quais faleçam recursos para tratamento conveniente a domicílio. (BRASIL, DGSP, 1913 p.12)

Mas nem o bom tratamento, nem o isolamento dos tuberculosos adiantados tornaram-se realidade. Mesmo com a reativação do Hospital Paula Cândido e a construção de 4 pavilhões de isolamento no Hospital São Sebastião, o número de leitos não era suficiente para atender a demanda. O próprio diretor da Saúde Pública registra para o ano de 1912, 10.23 óbitos de tuberculose, por dia, na cidade do Rio de Janeiro.(cf. *ibid*: 13)

A administração de Carlos Seidl foi bastante criticada pelos sanitaristas, para os quais a tuberculose se constituía em motivo de preocupação, pela ausência de medidas efetivas de combate à doença. Entre esses, ressalta-se Plácido Barbosa que já havia publicado um plano de luta contra a tuberculose⁷.

Bodstein (1984) assinala que provavelmente esta postura de Carlos Seidl de pautar sua administração sem exigência de verbas complementares e, portanto, sem se indispor com o governo, teria sido o motivo de sua manutenção no cargo por período tão longo.

Carlos Seidl só deixou a Diretoria Geral de Saúde Pública em 1918, quando eclodiu a epidemia de gripe espanhola e ficou patente que a Saúde Pública não possuía estrutura suficiente para dar conta de problemas emergentes.

⁷ Ver: BARBOSA, Plácido (1917) Um plano de combate à tuberculose na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typ. Bernard Frères. 1917.

A essa época, já estava instaurado um debate cívico pela melhoria das condições de saúde da população brasileira, debate este inserido em um movimento político e ideológico de construção da nação, que trazia em seu interior a necessidade da atuação do Estado na área da saúde de uma forma global e permanente.

A saúde pública como questão nacional

Diferentemente do que a Liga demandava ao Estado, que se traduzia em compartilhar as responsabilidades no tocante às tarefas de combate à tuberculose, sem que isso implicasse necessariamente numa reestruturação do Estado, a discussão no âmbito das elites médicas e intelectuais, no final da década de 10, exigia explicitamente uma reforma profunda no setor público da saúde.

A divulgação, em 1916, do relatório de uma expedição científica do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Nordeste e Goiás, sob chefia de Artur Neiva e Belisário Pena⁸, bem como a publicação, em 1918, do livro **Saneamento do Brasil**, deste último, recolocam a questão do saneamento, mas agora em novo patamar.

Pretendia-se algo mais que um serviço de emergência, e com a abrangência estreita, como foi a política de saneamento implementada por Rodrigues Alves, em 1902. Tratava-se de fazer com que a saúde entrasse pelos sertões, sob a responsabilidade do Estado, o qual deveria criar estruturas permanentes para dar combate às doenças que grassavam entre o povo do interior, pois só um povo forte e saudável poderia construir uma nação⁹.

A luta pelo saneamento dos sertões não incluía a tuberculose como problema principal de saúde no interior, o que era justificável, pois a tuberculose, pelo seu caráter infecto-contagioso, propagava-se mais

intensamente entre populações aglomeradas, realidade própria dos centros urbanos. Esse movimento, que inclusive garantiu a criação do Serviço de

⁸ O relatório denuncia as péssimas condições de vida e saúde em que viviam as populações do interior do Brasil. Aponta índices altíssimos de infestação por ancilostomose, malária, doença de Chagas e tracoma.

⁹ Ver discussão do movimento ideológico e político pela "salvação do país" pela higiene, em CASTRO SANTOS, 1987.

Profilaxia Rural, segundo Castro Santos (1987), foi fundamental para colocar a saúde pública no cenário político brasileiro.

Entretanto, não só as publicações dos cientistas chamaram atenção para a questão da saúde. A mesma Guerra Mundial, que justificou o corte orçamentário da Saúde, na gestão Carlos Seidl, denunciou a insuficiência da defesa nacional pelas precárias condições de saúde da população jovem brasileira. Fortaleceu-se com isso o debate eugênico ao nível das elites sociais e políticas do país, que exigiam um controle mais efetivo das doenças, visando a melhoria da "raça"(cf. SKIDMORE, 1974 cap. 5).

Ao mesmo tempo, a população trabalhadora urbana, necessária ao crescimento industrial¹⁰ e que, nesse momento, começa a aparecer como força organizada¹¹, também apresenta condições físicas depauperadas pelas doenças e, aí sim, altamente comprometidas pela tuberculose.

Venceslau Brás, em mensagem ao Congresso Nacional em 1918, reconhece que a tuberculose, "agravada pela carestia da vida e outros males resultantes da guerra e da crise econômica mundial", aumentou de intensidade no Distrito Federal.

Essa carestia de vida e a intensa exploração no trabalho foram motivos de grandes movimentos operários grevistas, no período de 1917-1919. Esses movimentos, se não trouxeram benefícios imediatos para os trabalhadores, apontaram para a emergência da questão social no Brasil.

Em 16/1/1919 mais um fato agrega-se a esse contexto: a gripe espanhola atinge mortalmente o presidente Rodrigues Alves e coloca em xeque os serviços sanitários, não deixando dúvidas sobre necessidade de mudanças na área da saúde pública.

O diagnóstico da situação calamitosa da saúde, tanto da população dos "sertões" quanto das áreas urbanas, tornou-se público e colocou para o Estado a premência de assumir a saúde como uma questão social, favorecendo um movimento no sentido da reestruturação dos seus serviços, de forma que pudesse dar conta dos problemas de saúde apontados como mais relevantes.

O Estado assume a questão da tuberculose

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, entregue à direção de Carlos Chagas, foi uma resposta a essa

¹⁰ Ver CARONE, 1975 p.81.

¹¹ Ver CARONE, 1978 p.108.

situação emergente e caracterizou a ampliação da iniciativa pública no enfrentamento dos problemas de saúde.

Hochman (1991) analisa a discussão na Câmara Federal (1918-1919) que resultou no DNSP. Havia um projeto de criação de um Ministério da Saúde encaminhado por Azevedo Sodré, o qual significava a centralização das políticas de saúde no âmbito da União. Esse projeto recebeu forte oposição dos representantes das oligarquias estaduais, contrários à interferência do Estado nas suas áreas de poder. O Departamento Nacional de Saúde subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, segundo Hochman, foi o resultado de uma negociação entre os dois grupos para saírem do impasse criado com o veto ao Ministério da Saúde, num momento em que a questão saúde tornara-se nacional.(HOCHMAN, 1991 p.47)

Não era possível àquela altura simplesmente vetar o projeto do Ministério da Saúde, sem que houvesse, em contrapartida, alguma proposta concreta de reestruturação dos serviços de saúde pública. Os serviços de Saúde Pública foram centralizados na esfera da União, que assumiu todos aqueles que estavam sob a responsabilidade do Município do Distrito Federal. Novos órgãos foram criados, na tentativa de enfrentar os problemas de saúde diagnosticados como mais relevantes, subordinados ao Departamento Nacional de Saúde Pública, incluindo, a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose (cf. DECRETOS 14189 de 1920 e 16300 de 1923).

A criação da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, mesmo de âmbito limitado, com poder de decisão restrito à Capital Federal, indicou o início da tomada de responsabilidade do Estado para com a questão da tuberculose, o que é observado por Epiácio Pessoa, em 1921:

A profilaxia da tuberculose, por exemplo, permanecia em completo abandono, e prejuízos de toda ordem espalhados, entre nós, por essa doença, não haviam conseguido ainda estimular a ação administrativa no sentido de salvaguardar, nesse terreno, os mais respeitáveis interesses nacionais. As dificuldades de ordem técnica e administrativa, as exigências financeiras do problema, desalentavam os mais decididos e protelavam indefinidamente a ação oficial.

Entretanto, não era justo que, na impossibilidade de realizarmos quanto se havia de mistér, cruzássemos os braços ante essa hecatombe de todos os dias, ocasionada pela terrível doença.

A reforma da Saúde Pública procurou organizar uma profilaxia especial de tuberculose baseada em todos os elementos possíveis de ação,

principalmente no combate ao contágio, que constitui o fator preponderante da difusão da moléstia, e contra o qual se devem dirigir de preferência as medidas sanitárias. (BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1978 p.307)

A Inspetoria tinha como atribuição o registro dos casos de tuberculose notificados; o exame bacteriológico gratuito dos escarros; a visita de educação profilática e proteção higiênica dos tuberculosos; a instrução higiênica do povo; o isolamento hospitalar ou domiciliar dos tuberculosos; a desinfecção de casas e objetos; a visita e inspeção aos estabelecimentos hospitalares, fábricas e escolas (cf. DECRETO 16300).

Os esforços empreendidos pela Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, na busca de casos e tratamento dos doentes, resultaram no declínio, ainda que pequeno, da mortalidade na zona urbana do Rio de Janeiro. Entretanto, Eli Baia, médico tisiologista, referindo-se à assistência aos tuberculosos, na década de 30, diz:

o número de doentes era tão grande, que aquilo nos apavorava ... pelo abandono geral ... sem nenhuma assistência, a não ser esta do Centro de Saúde¹².

Podemos pensar, portanto, que a política estatal de controle da tuberculose alcançou, em relação ao contingente de doentes, um resultado bem aquém do necessário. Mas se a atuação dos serviços de saúde pública teve uma eficácia apenas relativa no controle da doença, por outro lado, a partir daí, a tuberculose não deixou de ser objeto da política estatal. E não só no âmbito do ministério responsável pela saúde pública, já que, mais tarde, tornar-se-á objeto de preocupação do Ministério do Trabalho. Este último, responsável pela previdência social, atuará a partir de motivações claramente econômicas.

ABSTRACT

This paper focus the city of Rio de Janeiro during the end of the XIX century and the beginning of the XX century. We analyse the problem of tuberculosis in relation to the State action which, during the

¹² Depoimento prestado à Casa de Oswaldo Cruz, em 1980, por Eli Baia para o projeto "Assistência Médica da Previdência".

first two decades of the XX century., was reduced to sanitary laws, subventions to philanthropy and plans which led the State to assume, in 1920, the tuberculosis matter creating the Tuberculosis Prophylaxis Inspectorate.

Key words: illness; city; state action; tuberculosis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, Felix Gaspar de B. "Exposição de Motivos em 1906". In: Barbosa, Plácido. Os Serviços de Saúde Pública: 1808-1907. Org. Edgar Cerqueira São Paulo: Falcão, 1978.
2. BODSTEIN, Regina Cele de A. Condições de Saúde e Prática Sanitária no Rio de Janeiro: 1890-1934. Dissertação de Mestrado em História apresentada ao Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da UFF. Niterói. 1984.
3. CARONE, Edgar. A República Velha I: instituições e classes sociais (1889-1930). São Paulo: Difel, 1975, 3ª ed.
4. _____. O Centro Industrial do Rio de Janeiro (1827-1977). Rio de Janeiro: Ed. Cátedra, 1978.
5. CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Power, Ideology and Public Health: 1889-1930. Tese de Doutorado. Cambridge: Harvard University, 1987, mimeo.
6. CRUZ, Oswaldo. "Representação ao Presidente da República acerca da Tuberculose em 08 de abril de 1907". In: BARBOSA, Plácido. Os Serviços de Saúde Pública: 1808-1907, op. cit.
7. DIAS, Everardo. História das Lutas Sociais no Brasil. São Paulo: Alfa Omega, 1977, 2ª ed.
8. EDMUNDO, Luiz. O Rio de Janeiro do Meu Tempo. Rio de Janeiro: Ed. Conquista, 1957, 2ª ed.
9. HOCHMAN, Gilberto. Veto e Negociação: A Centralização da Política de Saúde em debate na Câmara dos Deputados (1918-1919). Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1991. digit.
10. NASCIMENTO, Alfredo. "A propósito da notificação dos casos de moléstias contagiosas". In: Brasil-Médico, 16(1), 1902.
11. NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. Tuberculose: de questão pública a questão de Estado. A Liga Brasileira contra a Tuberculose. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1992.

12. SKIDMORE, Thomas. Preto no Branco. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

DOCUMENTOS OFICIAIS

1. BRASIL-Câmara dos Deputados. Mensagens Presidenciais (1890-1930). Brasília: Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicações, 1978.
2. BRASIL-DGSP. Conselhos ao Povo: Meios de Evitar a Tuberculose. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1903.
3. _____. Relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1912. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1913.

REVISTA DE HISTÓRIA REGIONAL 2(1): 173-186, 1997.