

Tuberculosis en Rio de Janeiro: límites de la acción del estado y protagonismo de la liga brasileña contra la tuberculosis

Dilene Raimundo do Nascimento*
Ángela de Araújo Pôrto**

Este estudio examina las representaciones sociales de la tuberculosis en el pasaje del siglo XIX al XX, centrándose en cuestiones y eventos relacionados con sentimientos contradictorios despertados por la enfermedad. El estándar de la experiencia romántica de la enfermedad ha sido sustituido por una visión más naturalista.

A finales del siglo XIX los avances en los conocimientos científicos sobre la enfermedad y la industrialización contribuyen a la reconstrucción de la imagen de la tuberculosis, a partir de entonces considerada como deterioro social.

En este trabajo se analiza el papel de la Liga brasileña contra la Tuberculosis, organización filantrópica, líder del movimiento con la empresa de combatir la enfermedad y mitigar la acción del Estado, considerado muy limitado en los asuntos relacionados con la enfermedad. Las principales campañas iniciadas por la Liga se relacionaron con la consolidación de la comprensión del deber social del Estado con respecto a la reorganización y mejora de la vida y de trabajo de la población y abordar la cuestión del aislamiento de los pacientes de los sanatorios. Desde su creación en 1900, la Liga se encamina a poner en práctica los preceptos de la ciencia moderna para la prevención y la cura de la tuberculosis en Brasil.

Palabras clave: Tuberculosis, historia. Representación social de la enfermedad. Liga brasileña contra la Tuberculosis.

The social representations of tuberculosis at the turn of the 20th century, are analyzed, focusing on aspects related to the feelings and the contradictory manifestations evoked by the disease. The romanticized pattern of experience of this disease was then replaced by a more naturalistic vision, though the stigmas and prejudices were reinforced. Still today it is possible to detect aspects of the perception of tuberculosis, which marked its presence in the past. The persistence of the stigmatization of tuberculosis and of its patients remain a serious obstacle to its control.

At the end of the nineteenth century, industrialization and scientific advances on the disease contributed to the reconstruction of the image of tuberculosis, which is seen from then on as a contagious disease and a social problem.

The role of the Brazilian League Against Tuberculosis, the philanthropic organization which, as in other countries, leads society in the fight against the disease, is analysed. Its main campaigns were related to establishing the social duty of the State in relation to better sanitary and working conditions for the population. Since its creation in 1900, the League has aimed to applying modern scientific practices to the prophylaxy and cure of tuberculosis in Brazil.

Key words: Tuberculosis, history. Social representation of disease. Brazilian League Against Tuberculosis.

* Doctora en Historia, investigadora y docente del Programa de Postgrado en Historia de las Ciencias y de la Salud de la Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

**Doctora en Salud Colectiva, investigadora y docente del Programa de Postgrado en Historia de las Ciencias y de la Salud de la Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

1. Tuberculosis: de la concepción romántica a flagelo social

Hasta mediados del siglo XIX, el tuberculoso traía una áurea de excepcionalidad, que lo ponía en una posición de cierto refinamiento. La concepción de la tuberculosis sería propia de una sensibilidad notadamente romántica, difundida entre intelectuales y artistas. El espíritu romántico valorizaba todo lo que remitiese a una experiencia poco común. La enfermedad surge para los poetas como un atributo que los hacía interesantes (Sontag, 1984), y muchos llegaron a ansiar por ella, como es el caso de Casimiro de Abreu, una de las mayores expresiones de la poesía romántica brasileña.

Deseo una enfermedad grave, peligrosa, larga mismo (sic), pues ya me cansa esta monotonía de la buena salud. Pero quería la tísica con todas sus peripecias, quería ir deshaciéndome líricamente, soltando siempre los últimos cantos de la vida y después expirar (Montenegro, 1971:27).

La tísica expresaría físicamente una interioridad rica en sentimientos perturbados, siendo reconocida en el campo artístico y literario como enfermedad de la pasión. Dentro de esta visión romantizada de la enfermedad se explicaban el genio creativo y el afán por realizaciones (Bertolli, 2001: 78), mitos que se extendieron por todo el siglo XIX.

Sin embargo, la experiencia de la tuberculosis pasa también por grandes transformaciones, dada su extensión hacia las clases trabajadoras, de las estrategias elaboradas por la burguesía, desde fines del siglo XVIII, con vistas a la constitución del propio cuerpo. La burguesía valora su cuerpo en la medida que de él depende su proyecto de crecimiento y de hegemonía (Foucault, 1979: 117). De esa forma, todo lo que pudiese representar una amenaza a la hereditariad debería ser eliminado o, por lo menos, objeto de severo tratamiento. La tuberculosis emerge socialmente no más como manifestación física de una espiritualidad refinada; al contrario, su persistencia y diseminación, particularmente entre las poblaciones desfavorecidas, será motivo de preocupación por constituir un síntoma de desorden social.

Manuel Bandeira, que fue afectado por la tuberculosis en 1904, confirma este cambio de concepción sobre la enfermedad en uno de sus escritos:

Cuando, a los dieciocho años, enfermé de tuberculosis pulmonar, no fue a la manera romántica, con hastío y rosas en el rostro pálido. El mal que no perdona (en aquel tiempo no había antibióticos) cayó sobre mí como un hachazo de Brucutu. Estuve enseguida entre la vida y la muerte. Y quedé esperando la muerte. Pero ella no acudía. (...) (Apud: Pórto, 1997: 101).

Poco a poco, se abandonó totalmente la visión romántica del mal y la enfermedad de los pulmones pasó a representar, dolorosa y asustadoramente, la degradación del enfermo, punto de partida en dirección a la muerte.

En las primeras décadas del siglo XX, la tuberculosis se ocultaba de todos, y las familias difícilmente admitían tener un caso de tuberculosis, «aunque todas lo tuviesen»:

En mi familia había un verdadero pavor de tuberculosis a tal punto que, cuando me enfermé, tuve que esconderles que estaba enfermo. En aquella ocasión, fui tratado de *stress*...¹

Al mismo tiempo, el avance del conocimiento científico sobre la enfermedad – el descubrimiento del bacilo de Koch en 1882 – y la nueva organización social traída por la industrialización desplazaron, de forma definitiva, la concepción romántica de la tuberculosis hacia una concepción social. Según Herzlich y Pierret (1984), las estadísticas médicas europeas de fines del siglo XIX contribuyen a la reconstrucción de la imagen de la tuberculosis, ahora como «enfermedad obrera», un flagelo social, algo típico de las clases trabajadoras. Así, en los inicios del siglo XX, la tuberculosis se volvió indiscutiblemente una enfermedad social, o sea, de ocurrencia y propagación estrechamente ligada a las condiciones de vida y de trabajo.

En la Inglaterra de fines del siglo XVIII y, un poco después en otros países, los trabajadores, además de sometidos a fatigantes jornadas de trabajo, se aglomeraban en las ciudades, viviendo promiscuamente en viviendas mal iluminadas y poco ventiladas. Así, corrían mayor riesgo de enfermarse, agravado por la dificultad de acceso al tratamiento de la época². Los ricos disponían de habitaciones ventiladas, con buena iluminación natural y, cuando se enfermaban, se retiraban a un sanatorio donde eran sometidos a tratamiento higiénico-dietético y de reposo, evitando, así, la propagación de la enfermedad³.

El Congreso para la Lucha contra la Tuberculosis⁴, realizado en Berlín en 1899, presentó tesis que fueron muy importantes para consolidar el entendimiento de la «contagiosidad de la enfermedad y de la intensidad de su propagación entre las personas que viven y trabajan en común, en espacios cerrados, mal aseados, mal aireados y mal ventilados» (Fraenkel, 1899: 343). Esas tesis establecieron, como «un verdadero deber social del Estado», la lucha contra la enfermedad. Si en Europa, la responsabilidad del

¹ Testimonio del Dr. Raphael de Paula Souza (cinta 1, lado A), ver *Memória da tuberculose*, Archivo Sonoro, COC/Fiocruz, 1990.

² Sobre las consecuencias del inicio de la industrialización para las ciudades inglesas y sus poblaciones, ver ENGELS, F., *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, Lisboa, Presença, 1975.

³ Los sanatorios eran establecimientos en los que los enfermos quedaban internados, sometidos a una rígida disciplina higiénica, reposo, buena alimentación y vida al aire libre. La internación, en general, duraba varios años. Thomas Mann, en su novela *La montaña mágica*, retrató el cotidiano de la vida en el sanatorio de Davos, Suiza. En Brasil, esta concepción terapéutica perduró, con algunas alteraciones, hasta la década de 1960, cuando comenzó a ser superada por los quimioterápicos.

⁴ Las tesis e informes de ese congreso fueron publicados en *Brasil-Médico*, Río de Janeiro, 1899 (Año XIII), n.ºs 29, 30, 32, 33, 35, 38, 40, 45 y 48, y 1900 (Año XIV), n.ºs 1, 2, 5 e 6. Los nombres de los relatores están indicados como aparecen en el texto.

Estado en una política efectiva de combate a la tuberculosis se mostraba incipiente, en Brasil, la situación era mucho más grave, asumiendo contornos aún más expresivos.

2. La tuberculosis en la ciudad de Río de Janeiro

A fines del siglo XIX e inicios del XX, la tuberculosis eliminaba, todos los años, en la ciudad de Río de Janeiro, a grandes contingentes de población, siendo superada solamente por otra enfermedad en los años de epidemia de fiebre amarilla y viruela, cuyos coeficientes de mortalidad sobrepasaban el índice de muertes por tuberculosis.

Desde la segunda mitad del siglo XIX, se fue instalando en la ciudad un creciente contingente de inmigrantes extranjeros que llegaban con la expectativa de una vida mejor. Existía también otro flujo de inmigrantes: aquellos que aquí aportaban pero que seguían hacia otros estados, principalmente hacia São Paulo donde, al contrario que en Río, se expandía el sector cafetalero. Se constituía así un significativo contingente de población fluctuante en la ciudad. Hacia Río de Janeiro confluían también los ex esclavos, oriundos de las haciendas de café de la región fluminense del Valle del Paraíba. Algunos eran absorbidos por el mercado de trabajo, otros quedaban al margen del mercado (Mello, 1987) ⁵.

De esta forma, Río de Janeiro se volvió escenario de una población altamente diferenciada. Por un lado, una masa de trabajadores que no siempre estaba empleada y, cuando lo estaba, recibía un salario insuficiente para una vivienda y alimentación adecuadas. Por otro, la clase de los propietarios, del comercio o de la industria, y los altos representantes de la estructura político-jurídica, que tenían a su disposición los bienes necesarios para mantener una condición de vida privilegiada.

Así, a comienzos del siglo XX, la ciudad era un aglomerado de pequeñas vías insalubres, abarrotadas de conventillos, donde la masa heterogénea de trabajadores y miserables compartía el mismo espacio. Excepto para unos pocos, vivir en la ciudad de Río de Janeiro, constituía una verdadera prueba de resistencia física y moral, ya que la gran masa tenía que enfrentar la escasez de trabajo y las malas condiciones de vivienda y alimentación.

En el año de 1895, la mayor incidencia de óbitos por tuberculosis, según la circunscripción civil, fue en la parroquia de Santana (3,5 por 1.000 hab.) y en la de São José (3,3 por 1.000). Sobre la parroquia de Santana, se lee en el informe de ese mismo año, producido por la Dirección General de Salud Pública (DGSP):

Por su gran población, en general constituida por el proletariado y llena de villas y conventillos, algunos en pésimas condiciones higiénicas y otros insanables, no

⁵Sobre este flujo migratorio ver también: Furtado, Celso, *Formação econômica do Brasil*, São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1986, 21^a ed., y Silva, Sérgio, *Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil*, São Paulo, Alfa-Ômega, 1976.

sorprende que ofrezca todos los años un gran contingente de óbitos (Informe DGSP, 1896: 78).

La distribución de la prevalencia de tuberculosis se constituía, por lo tanto, comprobadamente, de manera diferenciada por extractos de población, según su condición de vida y trabajo. La mayor frecuencia de mortalidad por tuberculosis se daba exactamente en el período de vida productiva en que el individuo está de una u otra forma vinculado a un tipo de actividad económica y, por lo tanto, doblemente expuesto al riesgo de contagio, o sea, en la vivienda y en el trabajo (Barreto, 1949: 511).

La mayoría de los trabajadores de Río de Janeiro tenía una jornada de trabajo de 12 horas, en locales demasiado insalubres y se sometía a condiciones de vivienda que los predisponían al contagio y facilitaban la propagación de la enfermedad. Las viviendas colectivas ⁶ favorecían el contagio por la superpoblación (alta densidad domiciliaria), sumado a la deficiencia de acción de los agentes naturales de desinfección de los esputos (luz solar y ventilación, cuya falta deprime las defensas orgánicas de los individuos). Era, por lo tanto, en ese contingente de miserables, olvidados como ciudadanos, que más se diseminaba la tuberculosis.

El descuido del Estado con la tuberculosis se daba en proporción inversa a su preocupación por el saneamiento de Río de Janeiro. La ciudad, desde 1870, movilizaba a las autoridades, confrontadas con una situación sanitaria alarmante, cada vez que era asolada por una epidemia. Varias comisiones fueron constituidas y planes de reforma urbana elaborados desde entonces. En 1874, se constituyó la Comisión de Mejoramiento de la Ciudad de Río de Janeiro, para analizar las causas de los altos índices de fiebre amarilla y proponer medidas de saneamiento. También durante ese período, la comisión pasó a ser integrada por médicos, lo que significó la adopción de nuevos conocimientos de higiene que ponían al hombre como factor primordial de la difusión de las enfermedades transmisibles. Pero ninguna de estas iniciativas, por motivos políticos o técnicos, consiguió alterar significativamente el cuadro de epidemias (Fritsch, 1985).

La república nació asumiendo la tarea de sanear la ciudad de Río de Janeiro. Así, en lo que se refiere a la salud pública, los gobiernos republicanos, sucesivamente, se preocuparon por el saneamiento de la capital federal, motivados por los intereses del comercio internacional. Pero su intervención estaba limitada por las dificultades políticas de la descentralización del poder, definida por la Constitución de 1891 ⁷. Por otro lado, la economía del municipio no permitía la realización de un proyecto de tan alto costo financiero, como reconocía el propio gobierno federal.

⁶ Viviendas colectivas, según Fontenelle y Barreto (1918:6), eran «las viviendas comunes a varias familias que, no teniendo bienes para la vida en un hogar aislado, buscaban economizar compartiendo entre sí los gastos [...]». Los más comunes en esa época eran los conventillos.

⁷ La Constitución del 24 de febrero de 1891 estableció el régimen federativo con completa autonomía para los estados. (Fontenelle, 1922: 428).

Fue en el gobierno de Rodrigues Alves que el proyecto político de saneamiento de la capital, considerado «primordial para el re-erguimiento de la vida económica del país», vino a concretarse (Brasil, Cámara dos Deputados, 1978:311). Se removieron los obstáculos al desarrollo de las actividades comerciales, financieras y políticas de la capital y se garantizaron tanto el flujo inmigratorio como el comercio internacional. La capital federal se transformó y adquirió aspecto civilizado, moderno e higiénico.

Sin embargo, el beneficiario de esa ‘nueva capital’ no fue la población como un todo. La modernización de la ciudad no implicó una modificación de las condiciones sociales vigentes; al contrario, sólo profundizó las diferencias entre aquellos que disfrutaban de condiciones de vida privilegiadas y los que luchaban cotidianamente por la supervivencia.

Las dificultades cada vez mayores de fijación en el centro de la ciudad empujaron a los trabajadores, víctimas al mismo tiempo del desinterés privado y estatal, hacia áreas que pasaron a concentrar la pobreza: los suburbios y las *favelas*. El movimiento en dirección a los suburbios se dio en función del bajo valor de los terrenos y de la expansión de la red ferroviaria que facilitaba el transporte hacia el trabajo. Las *favelas*, surgidas en los cerros cuyos terrenos nada costaban, se formaron y crecieron sin los equipamientos urbanos mínimos necesarios, como abastecimiento de agua, red de cloacas y energía eléctrica. De la misma forma que las viviendas colectivas, eran focos de insalubridad, compañera de la tuberculosis.

Con la franca regresión de las enfermedades epidémicas, la tuberculosis comenzó a ganar espacio en el discurso oficial, que reconocía el carácter social de la enfermedad y admitía la necesidad de un programa sanitario para combatirla. La cuestión de la vivienda relacionada a la incidencia del mal es destacada, en las palabras de Bulhões de Carvalho, médico-demógrafo de la Dirección General de Salud Pública (DGSP):

La distribución geográfica de la tuberculosis en la ciudad acompaña paralelamente la densidad de la población y las precarias condiciones de vivienda. Donde es más densa la población y donde más abunda el proletariado es también donde más aparece el obituario de la tuberculosis (Carvalho, 1904:15).

Aunque la tuberculosis pasase a ocupar un lugar en el discurso oficial, fueron pocas las tentativas de enfrentamiento de la enfermedad, en el ámbito gubernamental, durante las dos primeras décadas del siglo XX, y de inexpresivos resultados prácticos.

3. Límites en la acción del Estado contra la tuberculosis

En las instrucciones de la DGSP, de 1902, la tuberculosis aparece como enfermedad de notificación obligatoria, junto con otras enfermedades transmisibles. La medida es mantenida en el Reglamento Sanitario de 1904 que, entre otras determinaciones referidas a la tuberculosis, establece que los enfermos no pueden residir en vivien-

das colectivas ni trabajar en casas comerciales, determina el uso de escupideras en lugares públicos y la prueba tuberculínica para los animales de establo (Decreto 5.156). Este decreto trata también del aislamiento en los hospitales.

Tales medidas legales fueron inocuas. Por un lado, debido a la falta de acción concreta del poder público, que no consideraba a la tuberculosis como blanco prioritario de intervención; por otro, en función de la precariedad socioeconómica del grupo de población más afectado por la enfermedad.

La DGSP usó también los *Consejos al pueblo* [*Conselhos ao povo*], publicados en la prensa y en folletos sueltos distribuidos por la ciudad, con orientaciones sobre los medios de evitar la tuberculosis. Los *Consejos* no tomaban en cuenta las condiciones de vida de la población a la que se dirigía. Precarias condiciones de vida y de trabajo eran la realidad de la parcela de la población más intensamente afectada por la tuberculosis. La contradicción queda explícita en el ítem 32 de los *Consejos al pueblo*:

Los remedios para la cura de la tísica son dos: uno es el aire libre y puro y otro la buena alimentación, debiendo ambos ser ayudados por el reposo. El enfermo del pecho debe vivir al aire libre todo el día... (DGSP, 1903:26).

En 1906, Rodrigues Alves, basado en un informe del Ministerio de Justicia y Asuntos Internos, solicita al Congreso medidas legales y presupuestarias para la hospitalización de los tuberculosos indigentes (Almeida, 1978:236-7). El informe indicaba, como solución para el problema del aislamiento de tuberculosos indigentes, la propuesta de la Santa Casa de la Misericordia de construcción de un hospital, con los costos de edificación y mantenimiento compartidos con el gobierno. La propuesta sólo se concretó en 1914.

Después de la sensible disminución de la incidencia de las otras enfermedades infecciosas en la ciudad, Oswaldo Cruz comprendió que era hora de combatir la tuberculosis. Figura de proa en el programa de saneamiento de la ciudad de Río de Janeiro y director general de salud pública de la capital federal, elaboró un plan con la intención de enfrentar el problema de la tuberculosis en el ámbito del Estado, en 1907 (Cruz, 1907). El plan, actualizado técnicamente, era de realización bastante problemática pues, como iniciativa del Estado, todo estaba por hacerse en relación con la tuberculosis. Comenzando por la notificación obligatoria, que no era realizada sistemáticamente por los médicos. En una época en que la simple molestia estigmatizaba al enfermo, muchos se sentían avergonzados de hacerla, por sentir que traicionaban la confianza del enfermo (Nascimento, 1902:5-6).

La realización del plan dependía de varias instancias de los poderes Ejecutivo y Legislativo, que deberían estar absolutamente orientados hacia el control de la tuberculosis como una cuestión prioritaria, tal como sucediera con el saneamiento de la ciudad de Río de Janeiro. En realidad, el plan, entendido como un «conjunto de iniciativas e intervenciones concretas del Estado con el objetivo de alterar un determinado patrón sanitario», no se realizó, por no ser prioridad del Estado (Bodstein, 1984:XI).

La respuesta del Presidente de la República a Oswaldo Cruz, divulgada en la prensa, indicaba que, aunque la tuberculosis fuera en ese tiempo una cuestión pública, no era todavía una cuestión política de peso, que mereciese la intervención de las instancias decisorias de los poderes Ejecutivo y Legislativo para la realización de un plan de combate. Así, la tuberculosis no consiguió instalarse como una cuestión emergente para el Estado, en la primera década del siglo XX.

Sin embargo, la tuberculosis, al volverse un problema de interés público que requería de una intervención estatal, comienza a ser discutida como objeto de responsabilidad del Estado. Pero el Estado reacciona de acuerdo con sus propios intereses, o sea, su acción es determinada por la permeabilidad mayor o menor de su agenda política a las cuestiones relacionadas con la enfermedad, engendradas en la sociedad. La acción del Estado contra la tuberculosis como cuestión social se mostró bastante limitada, ya sea por problemas institucionales o por su propia función de representante de los intereses de las clases dominantes. Creada en 1900, la Liga Brasileña contra la Tuberculosis, vino a ocuparse de esa cuestión, con la intención de superar los propios límites de la acción del Estado.

4. Liga Brasileña contra la Tuberculosis: filantropía más allá de los límites del Estado

Un movimiento comenzó a ganar organicidad, en la ciudad de Río de Janeiro, en 1899: inicialmente desarticulado, alimentado por la propia Academia y por discusiones realizadas en el exterior, fue estimulado por Cypriano de Freitas, profesor de anatomía patológica de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, que convocó a la clase médica a crear un órgano específico para combatir la tuberculosis. En ese mismo año, el 4° Congreso de Medicina y Cirugía, realizado en Río de Janeiro, señaló la necesidad de crear sanatorios para tuberculosos, considerándolos una medida eficaz para impedir la difusión de la enfermedad (Nascimento, 2002).

Así se inició la fundación de la Liga Brasileña contra la Tuberculosis, cuyas bases fueron establecidas por la comisión compuesta por Cypriano de Freitas, Ismael da Rocha, Carlos Seidl, Guedes de Mello y Azevedo Lima. De acuerdo con ese grupo, la Liga tendría por finalidad implantar en el país los medios de cura y profilaxis de la tuberculosis. Se pautaría en la ciencia moderna, con la justificación de que Brasil no podía rehuir a seguir la «gran corriente científica y civilizadora de la época» de combate a la enfermedad que causaba tan alta mortalidad, principalmente en la capital federal (LBCT, Relatório, 1901:5-6).

Tal objetivo debería cumplirse a partir de la propaganda masiva en la prensa y en conferencias, para esclarecimiento público sobre el carácter curable de la enfermedad y la forma de evitar el contagio. Paralelamente, se incentivaría el cumplimiento de posturas municipales referidas a la enfermedad y a la construcción de sanatorios, donde el tuberculoso pudiese encontrar la cura por la alimentación, ventilación y reposo. Expre-

saban la necesidad de asegurar el apoyo de los poderes públicos a la iniciativa particular contra la «peste de las civilizaciones» pues, sólo así, la Liga vería realizados «en beneficio de la humanidad, los medios de cura y las medidas locales de defensa» (LBCT, Relatório, 1901:5-6).

Creada con un discurso en el cual predominaba el sentido humanitario y patriótico como móvil y la ciencia como medio para su práctica de combate a la tuberculosis, la Liga Brasileña contra la Tuberculosis se caracterizó como una institución de «acción solidaria entre la iniciativa particular y la intervención oficial». Para todas las cuestiones discutidas por ella o incluso enfrentadas de modo que resultase una acción concreta, demandó la intervención del gobierno. Siendo así, al definir los límites de la asistencia privada, por entender que varias de las cuestiones concernientes al problema de la tuberculosis dependían, para su resolución, no sólo de medidas legales como de grandes sumas de dinero, la Liga apela al gobierno y espera de él un concurso eficaz y práctico (*Idem*, p. 52).

Un mes después de su instalación solemne, la Liga Brasileña contra la Tuberculosis publicó su primer Estatuto, que hacía explícita su finalidad en el capítulo I, art. 1º: «La Liga Brasileña contra la Tuberculosis es una institución que tiene por fin implantar en Brasil los medios aconsejados y puestos en práctica por la ciencia moderna para la profilaxis y cura de este flagelo» (LBCT, *Estatuto*, 1900).

A seguir, el art. 2º aclara la manera como se ejecutaría tal finalidad. En ese artículo se encuentran las referencias a la propaganda sobre la cura del mal, a la fiscalización del cumplimiento de posturas municipales, a la construcción y mantenimiento de uno o más sanatorios y hospitales especiales, entre otras.

Entre los propósitos de su fundación, la Liga ya establecía como de fundamental importancia la propaganda masiva de la tuberculosis con la intención de movilizar a la opinión pública sobre el grave cuadro de mortalidad causado por la enfermedad y la necesidad de medidas prácticas para modificarlo. Convencer al público sobre la posibilidad de cura de la enfermedad e instruirlo sobre los medios de evitar el contagio eran dos aspectos considerados por la Liga como principales (Relatório, 1903), y para ello, contaba con la colaboración de los periódicos de la ciudad. Participaban de su dirección periodistas que tenían influencia en la política editorial del periódico. Además, algunos médicos de la Liga también colaboraban con la prensa, que se presentó, de hecho, como un poderoso auxiliar en ese trabajo de propaganda de la Liga, publicando sistemáticamente los consejos e instrucciones dirigidas al pueblo, en el sentido de esclarecer sobre la profilaxis de la tuberculosis. Las revistas médicas como *Brasil-Médico*, *Revista Médico-Cirúrgica* y *Syniatria* también frecuentemente publicaban los artículos científicos elaborados por la Liga e informaban a la clase médica sus puntos de vista.

Las conferencias populares se realizaron en fábricas, escuelas, cuarteles y clubes profesionales. En general, el conferencista presentaba la Liga, hacía un breve resumen sobre la historia de la enfermedad, esclareciendo sobre el conocimiento que existía hasta el momento, sobre su etiología, sintomatología, tratamiento y, principalmente, su profilaxis. Varias conferencias se realizaron, siendo posteriormente impresas y distri-

buidas ampliamente, además de ser publicadas integralmente, en las revistas médicas principalmente⁸.

En 1907, la Liga decidió la publicación de una revista mensual que sirviese de instrumento de propaganda popular. Por razones financieras, su primer número sólo fue editado en 1913, siguiendo regularmente hasta 1920 y siendo substituida en 1921 por un «Almanak». El papel de esa publicación era «despertar cuidados, enseñar higiene, vulgarizar consejos y colaborar con los clínicos en la defensa social, «por medio de la distribución gratuita de sus ejemplares a los dispensarios de la Liga, a las escuelas, a las fábricas, a los consultorios médicos, a las farmacias y a diversas asociaciones» (Ribeiro, 1985:173).

Debe resaltarse el capítulo VII, que trata de los hospitales y sanatorios, desde el artículo 26 al 33. En el art. 26 se afirma que «la Liga fundará, ni bien reúna los recursos necesarios, uno o más hospitales y sanatorios». El art. 28 define la alternativa de pabellones especiales para los que quieran pagar alojamiento, resaltando, en el art. 29, que sólo serán recibidos en los sanatorios aquellos enfermos en condiciones de cura. Esa era, en realidad, una práctica común en esa época: el enfermo de tuberculosis en estadio terminal, o sea, aquel sin condiciones de curarse, era mantenido en casa o buscaba internación en la Santa Casa de la Misericordia de Río de Janeiro. (LBCT, Estatuto, 1900).

Reconocido como el gran instrumento de cura del tuberculoso, propagado en los congresos médicos internacionales, el sanatorio desempeñaba también un importante papel para la práctica médica liberal. Tanto es así que el tratamiento sanatorial no era recomendado a cualquier tuberculoso, sino a aquellos que se encontraban aún en condiciones de cura, evaluada en función del estadio clínico de la enfermedad. El médico tendría al enfermo «cautivo» por algunos años, desarrollando de forma estrecha la relación médico-paciente, pudiendo acompañar la evolución de la enfermedad, con posibilidades de éxito. Esta propuesta es coherente con la Liga pues, como fue visto, los médicos que asumieron su dirección eran, en su mayoría, de la clínica tradicional.

Así, la Liga orientó sus esfuerzos desde su fundación hacia la búsqueda de recursos materiales para la construcción de su propio sanatorio (LBCT, Relatório, 1901). Objetivo perseguido por la Liga, a lo largo de muchos años, la construcción de un sanatorio propio se vio frustrada por dificultades financieras. Varias tentativas fueron realizadas, a partir de posibles donaciones de terrenos y contribuciones financieras de toda suerte pero, al final, ese proyecto terminó siendo abandonado.

La Liga también se ocupó de la cuestión del aislamiento del tuberculoso en hospitales. Pero a pesar de constar en su Estatuto, en el mismo capítulo de los sanatorios, el objetivo de fundar uno o más hospitales, no aparece en sus informes que asumiría para sí esa tarea⁹. Sus propuestas estaban dirigidas a los hospitales generales de la

⁸ Ver: *Revista Médico-Cirúrgica* Vol. XX, año 1912, Río de Janeiro, Typ. Bernard Frères, 1912 pp.77-94 y 401-498.

⁹ La distinción entre sanatorios y hospitales es que en éstos se internaba el enfermo considerado

ciudad, principalmente al de la Santa Casa, por el mayor número de tuberculosos en sus salas, recomendando el aislamiento de los mismos¹⁰; o dirigidas al gobierno. Pero es en 1914, que se inaugura el Hospital de Cascadura para tuberculosos, resultado de un convenio entre la Santa Casa y el gobierno federal, y el Hospital São Senastião, de la DGSP, crea cuatro pabellones de aislamiento para tuberculosos.

La inclusión de los dispensarios¹¹ en los propósitos de la Liga se debió, por un lado, al hecho de demandar menos recursos que los sanatorios y, por otro, por ser el dispensario considerado pieza fundamental en el esquema anti-tuberculosis en Europa. Los dispensarios, que no aparecen como finalidad de la Liga en su primer estatuto, se tornan alternativas de más corto plazo, dado el costo más bajo que el sanatorio.

Realmente la concretización de ese organismo fue bastante más fácil: el 26 de enero de 1902 estaba creado el primer dispensario de la Liga. Inicialmente funcionó en instalaciones precarias, en un edificio alquilado. En mayo de 1907 se inauguró la sede propia, donde funcionaban la administración de la Liga y las dependencias del dispensario, que tomó el nombre de Dispensario Azevedo Lima. A pesar de que la principal función del dispensario era la profilaxis de la tuberculosis, su actuación se extendía al tratamiento de la enfermedad; el servicio prestado era básicamente la educación higiénica y la asistencia médica, incluyendo atención domiciliaria, en el caso que el enfermo no estuviese en condiciones de trasladarse hasta el dispensario.

Durante el primer año de funcionamiento el dispensario realizó 2.301 consultas a 691 individuos, computados solamente aquellos que tuvieron un diagnóstico de tuberculosis confirmado. Este número se muestra insignificante comparándolo con los datos estadísticos de Bulhões de Carvalho, que registra 2.744 óbitos por tuberculosis para el año 1902 (Carvalho, 1904:235). Al mismo tiempo, el propio informe de la Liga resalta no garantizar que entre los atendidos en el dispensario haya habido algún caso de «cura anatómica» de las lesiones, sino solamente «cura económica», o sea, del paciente que retoma sus condiciones para el trabajo (LBCT, Relatório, 1902).

El proceso de tratamiento aplicado en el dispensario era de lo más variado. Ante la inexistencia de un medicamento específico para la tuberculosis, una gama de ellos era utilizada, por vía hipodérmica o por vía oral. Por ejemplo, se empleaban, conforme el caso, guaiacol, fosfatal, tiocol, cacodilato de sodio, arrenal, yodoformo, ictiol, tanino, ergotina, terpinol, opio y sus derivados, vanadina, aceite de hígado de bacalao, incluso varias especialidades farmacéuticas que contenían sales de oro, particularmente des-

incurable y, por lo tanto, el objetivo era solamente aislarlo para evitar la propagación de la enfermedad. Otra diferencia se refería a la gratuidad de los servicios ofrecidos por los hospitales.

¹⁰ Carlos Seidl, director del Hospital São Sebastião, a pedido de la Liga y basado en informes de los directores de los hospitales de la ciudad, describe las condiciones que los mismos poseen, en lo relativo al aislamiento de los tuberculosos. Ver LBCT, Relatório, 1905.

¹¹ El dispensario fue señalado como pieza fundamental en el esquema anti-tuberculosis creado por Robert Philip en Edimburgo, en 1887. En esta concepción, el dispensario es simple, de bajo costo y tiene como funciones: el tratamiento de los tuberculosos, el descubrimiento de los focos de contagio, la vigilancia y la educación sanitaria.

pués que Koch demostró que sales de oro impedían el crecimiento de los bacilos de la enfermedad *in vitro* (Waksman, 1964). Algunos eran manipulados en el propio dispensario.

El Dispensario Azevedo Lima, único organismo en Río de Janeiro especializado en el tratamiento y profilaxis de la tuberculosis hasta 1911, cuando la Liga creó su segundo dispensario en São Cristóvão, desempeñó un papel fundamental en la formación de tisiólogos y permitió algunos ensayos terapéuticos. El neumotórax también fue sistemáticamente aplicado en los pacientes del dispensario, por el tisiólogo Edgar Arranches¹².

El segundo dispensario, que se denominó Viscondessa de Moraes, vino a atender una preocupación de la Liga de instalar unidades en los barrios obreros. Pero, en realidad, este dispensario no recibió atención equivalente a la que fuera dispensada al primero. En 1916, fue transferido a la Salud Pública del municipio, retornando a la dirección de la Liga en 1918. A partir de allí, se instaló en varios locales diferentes y su edificio original, en la actual Avenida Pedro II, se transformó en el Instituto Viscondessa de Moraes, unidad de producción de la BCG perteneciente a la Liga.

La Liga, conciente de la dificultad de fundar sanatorios, resuelve ampliar el trabajo del dispensario y crea la función de Agente para la búsqueda activa de casos y acompañamiento de los enfermos con visitas domiciliarias. Este fue el embrión del Servicio de Asistencia Domiciliaria, creado por Ataulpho de Paiva, en el ejercicio de la presidencia de la Liga, en 1913. La Asistencia Domiciliaria tuvo como finalidad dar asistencia médica a los tuberculosos que no podían trasladarse hasta el dispensario; descubrir los focos de contagio tuberculoso; distribuir remedios y auxilio alimentario, así como remover enfermos tuberculosos hacia los hospitales y solicitar a la Dirección General de Salud Pública la desinfección de los edificios en los que residían o fallecían los enfermos. Las visitas médicas domiciliarias abarcaban inicialmente la región del vecindario de Santana, por el alto índice de mortalidad por tuberculosis que presentaba, pero dos años después fue anunciada su ampliación hacia todo el Distrito Federal. Ese servicio existió hasta 1928.

No hay dudas que, tal vez, la gran tarea de la Liga haya sido la propaganda contra la tuberculosis. Por su intermedio, se enfatizaba la responsabilidad individual sobre las medidas higiénicas necesarias a la profilaxis de la tuberculosis, al mismo tiempo en que se señalaba al Estado reconocer los elementos sociales involucrados en su propagación. Pero eso no fue suficiente.

Cupo a las elites médicas e intelectuales el avance a partir del punto en que la acción de la Liga se limitaba: el de exigir que el Estado se reestructurase para asumir de frente el combate al flagelo social. Y fue por la presión de esos sectores más esclarecidos, sobre la importancia de una reforma profunda en el sector público de la salud, que

¹²Neumotórax artificial es una técnica quirúrgica creada por Forlanini, en Italia, a fines del siglo XIX. Fue introducida en Brasil sólo en la segunda década del siglo XX. Significa la inyección de aire entre las pleuras con el objetivo de dar reposo mecánico al pulmón, provocando la muerte del bacilo.

esa reforma se realizaría, por lo menos en parte. En 1920, luego de una dura negociación en la Cámara de Diputados (Hochman, 1998), se amplió la iniciativa pública de enfrentamiento a los problemas de salud, con la creación del Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP), entregado a la dirección de Carlos Chagas.

Resumiendo, el siglo XX se inicia con un flagrante proceso de desmitificación de la tuberculosis y de la figura del tuberculoso. Ya no como expresión de una mórbida elegancia, la tuberculosis gana contornos más dramáticos justamente por caracterizar los síntomas evidentes de la miseria social. El tuberculoso es el hombre común, desprovisto de recursos, que vive en los centros urbanos e industrializados. La migración de la tuberculosis hacia las camadas más pobres de la población la vuelve un problema colectivo que requiere la intervención del Estado. Frente a la limitación del Estado en el combate a la enfermedad por no contemplarla como prioridad en su agenda política, hasta 1920, la Liga Brasileña contra la Tuberculosis, creada en 1900, se ocupa de la cuestión y actúa tanto en la difusión del concepto de cura de la enfermedad como en la asistencia al tuberculoso.

Brasil ocupa hoy el 15º lugar en el Ranking de los 22 países que concentran más del 80% de la mortalidad mundial por tuberculosis, contribuyendo a las estadísticas con 6.000 óbitos anuales. La tuberculosis es una enfermedad que tiene cura, no habría razones para que continúe siendo una enfermedad estigmatizada hasta los días de hoy. Sin embargo, analistas de esa enfermedad observan que hablar del asunto aún provoca incomodidad, sobre todo, en los sectores más pobres.

Bibliografía

- ALMEIDA, Felix Gaspar de B. (1978) «Exposição de motivos em 1906», en BARBOSA, Plácido, *Os serviços de saúde pública: 1808-1907*, FALCÃO, Edgar Cerqueira (org.), *Oswaldo Cruz Monumenta Historica*, São Paulo, (Serie Brasileira Documenta, vol. 6, t. IV, parte I).
- BARRETO, J. Barros (1949), *Tratado de Higiene.*, vol.II Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional.
- BENCHIMOL, Jaime (1990), *Pereira Passos, um Haussman Tropical – a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural.
- BERTOLLI Fº, Cláudio (2001), *História social da tuberculose e do tuberculoso*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BODSTEIN, Regina Cele de A. (1984), *Condições de saúde e prática sanitária no Rio de Janeiro: 1890-1934*. Disertación de maestría. Niterói: UFF.
- BRASIL, Câmara dos Deputados (1978), *Mensagens presidenciais (1890-1930)*. Brasília, DF: Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicações, Documentos Parlamentares.

- CARVALHO, Bulhões (1904), *Mortalidade da tuberculose no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio.
- CARVALHO, Bulhões (1904), «O Estado Sanitário do Rio de Janeiro em 1903». *Brasil-Médico*, 23, 18:235.
- CRUZ, Oswaldo (1907), «Representação ao presidente da República acerca da tuberculose em 08 de abril de 1907», en Barbosa, Plácido, «Os serviços de saúde pública: 1808-1907». FALCÃO, Edgar Cerqueira (org.) *Oswaldo Cruz Monumenta Histórica*. São Paulo, 1978 (Serie Brasileira Documenta, vol. 6, parte 1).
- DGSP (Diretoria Geral de Saúde Pública) (1903), *Conselhos ao Povo: Meios de evitar a tuberculose*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.
- DGSP (1896), *Relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1895*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.
- FOUCAULT, Michel (1979), *História da Sexualidade I. A Vontade de Saber*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal Ltda.
- FRAENKEL (1899), «Relatório do Congresso para a Luta contra a Tuberculose» en *Brasil-Médico*, 35, 13:342-43.
- FRITSCH, Lilian de Amorim (1985), «Palavras ao vento: A urbanização do Rio Imperial» en *Revista do Rio de Janeiro*, 3, 1: 75-85.
- HERZLICH, Claudine e PIERRET, Janine (1984), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot.
- HOCHMAN, Gilberto (1998), *A era do saneamento*. São Paulo: Hucitec/Anpocs.
- LBCT (1900), *Estatuto da Liga Brasileira contra a Tuberculose*. Rio de Janeiro: Typographia do Instituto Profissional.
- LBCT (1901), *Relatório da Liga Brasileira contra a Tuberculose*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio.
- LBCT (1905), *Relatório da Liga Brasileira contra a Tuberculose*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio.
- MELLO, João M. Cardoso de (1978), *O capitalismo tardio*. 6ª ed., São Paulo: Brasiliense.
- Memória da tuberculose: acervo de depoimentos* (1990), Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz.
- MONTENEGRO, Tulo Hostílio (1971), *Tuberculose e Literatura: notas de pesquisa*. 2. ed. Rio de Janeiro: A Casa do Livro.
- NASCIMENTO, Alfredo (1902), «A propósito da notificação dos casos de moléstias contagiosas», *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, 1, 16:5-6.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo do (2002), *Fundação Ataulpho de Paiva – Liga Brasileira contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro: Quadratim.
- PÔRTO, Ângela (1997), *A vida inteira que podia ter sido e que não foi*. Tesis de doctorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

- RIBEIRO, Lorival (1985), *Fundação Ataulpho de Paiva – Liga Brasileira contra a Tuberculose: notas e documentos para a sua história*. Rio de Janeiro: s/n.
- SONTAG, Susan (1984), *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal.
- WAKSMAN, Selman (1964), *A vitória sobre a tuberculose – de Hipócrates à streptomicina*. São Paulo: Cultrix.