

COMPARANDO A TUBERCULOSE E A AIDS NO BRASIL

Dilene Raimundo do Nascimento *

RESUMO: Este artigo realiza uma análise comparada da tuberculose e da Aids no Brasil, no início e fins do século XX, respectivamente. Entende-se que essa análise comparativa possibilita uma nova compreensão dessas patologias, na medida em que se explicita não apenas o caráter de sua incidência, mas o modo como indivíduos e sociedades por elas atingidas a vivenciaram. Tomando a transmissibilidade e a incurabilidade como elementos comuns de ambas as doenças, a cada época, procurou-se investigar as repercussões sociais e as estratégias científicas e institucionais construídas para combatê-las. Nesse sentido, verificou-se que ambas as doenças produziram uma experiência coletiva marcada pela estigmatização do doente. Pela diferenciação do contexto político, social e científico, de cada época, a ação de combate às doenças coube, inicialmente, a grupos fora do Estado, sendo que, no caso da tuberculose, aos médicos que se organizaram na Liga Brasileira contra a Tuberculose, e, no caso da Aids, aos próprios doentes que criaram organizações não governamentais (Ongs). E tanto uma quanto outra organização pressionou o Estado a assumir a responsabilidade pelo combate às doenças que, por se tratar de doenças transmissíveis requeria uma ação estatal. Os relatórios da Liga Brasileira contra a Tuberculose, de 1900 a 1920, bem como os boletins da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids e do Grupo pela Vida, de 1988 a 1996, — Ongs tomadas como estudo de caso — foram fontes fundamentais utilizadas para essa análise. Palavras-chave: AIDS, Tuberculose, Brasil.

ABSTRACT: This article realizes a comparative analysis of tuberculosis and Aids in Brazil, early and late 20th century, respectively. It is understood that this comparative analysis enables a new understanding of these pathologies, in that it makes not only the character of its incidence, but the way individuals and societies as they hit the ground. Taking the transmissibility and the incurability as common elements of both diseases, each time, tried to investigate the social repercussions and scientific and institutional strategies built to combat them. In this sense, it was found that both diseases produced a collective experience marked by stigma of the sick. By differentiation of social, political and scientific context, each time, the action of combating disease was, initially, to groups outside of the State and that, in the case of tuberculosis, doctors who have organized in Liga Brasileira contra a Tuberculose, and in the case of Aids, to their own patients that have created non-

* Pesquisadora e docente na Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. E-mail: dilene@coc.fiocruz.br

governmental organizations (NGOs). And both organizations lobbied the State to take responsibility for combating diseases, communicable diseases required a State action. The reports of the Liga Brasileira contra a Tuberculose, from 1900 to 1920, as well as the bulletins of the Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, and the Grupo pela Vida, 1988 to 1996, — Ngos taken as case study — were fundamental sources used for this analysis.

Key-words: AIDS, Tuberculose, Brazil.

Uma análise comparada

O impulso tomado pelo método comparativo, na segunda metade do século XX, explica-se tanto pela percepção de que a generalização no estudo das sociedades implica o ato de comparar diferentes realidades, quanto pelo desenvolvimento de novas áreas de estudo. Mesmo no caso de pesquisas consideradas estritamente monográficas, o ato de comparar sempre está presente, ainda que de modo não explícito, pois a descrição de um fenômeno particular implica o confronto com outros fenômenos semelhantes ou díspares, o que acaba por contribuir para uma melhor apreensão de seus contornos essenciais e, portanto, de sua especificidade.

Para o campo de estudo de História das Doenças, uma análise comparada de duas doenças pode revelar sugestivas variações de sentidos das doenças, consoante os períodos de sua emergência, bem como sua importância, no âmbito da realidade histórica em que elas se desenvolvem. Nesse caso, um estudo comparativo das repercussões de duas doenças em uma mesma sociedade torna-se fértil para a reflexão sobre como a sociedade constrói as doenças e, a partir daí, estabelece estratégias científicas e institucionais para combatê-las.

Assim, uma análise comparativa da tuberculose do início do século XX e a Aids do final desse mesmo século possibilita uma nova compreensão dessas patologias, na medida em que se explicita não apenas o caráter de sua incidência, mas o modo como indivíduos e sociedades por elas atingidas as vivenciam.¹

Pela identificação de elementos comuns a ambas as doenças – transmissibilidade e incurabilidade –, o estudo comparado dessas patologias busca examinar suas repercussões no corpo social e nas estratégias científicas e institucionais construídas para combatê-las. Ambas, cada uma em sua época, mostram-se dotadas de grande relevância epidemiológica e social, descrevendo trajetórias, muitas vezes semelhantes, outras de diferenças relevantes.

No caso da tuberculose, o discurso médico-científico do início do século XX

aparece como um verdadeiro oráculo detentor do poder de apresentar formas capazes de exercer, pelo menos, algum controle sobre suas manifestações. Já em relação à Aids, assiste-se, nos anos 80, ao espetáculo do ludíbrico daquele discurso, pelas evoluções de uma doença refratária a toda tentativa de aprisionamento e capaz de embaracá-lo com as teias do imaginário social produzido a partir dela.

No caso das duas doenças, o contágio e a incurabilidade legitimam a comparação e propiciam tanto a análise da construção dessas doenças, sob a égide desses conceitos, partilhados por ambas no campo médico-científico, quanto de suas repercussões no campo político e social, com atenção, por outro lado às rupturas e permanências na relação da sociedade com tais enfermidades. Nessa medida, a comparação examina as respostas dadas pela sociedade a essas doenças percebidas como fenômenos sociais, levando-se em conta as três dimensões das doenças: a de suas manifestações no imaginário social, a do conhecimento científico e a das estratégias institucionais, consideradas as suas conexões e interpenetrações, quer como resultados, quer como geradoras das ações sociais nas suas relações com as moléstias.

Ao assumir a tuberculose e a Aids como objetos de uma História Social, a comparação busca levar em conta as diferenças sociais quando do aparecimento de cada uma delas, investigando similitudes e dissimilitudes em suas trajetórias. Em outras palavras, a comparação detecta elementos pertinentes a ambas, em seus respectivos contextos, o que permite tanto sua aproximação quanto sua distinção como fenômenos sociais. Por último, a comparação aponta para a análise das visões coletivas que determinam o debate e a formulação de políticas de combate a essas moléstias.

Da tísica à tuberculose – início do século XX

O conhecimento biomédico sobre a tuberculose como uma doença infecciosa, de evolução crônica, causada pelo bacilo de Koch, que o doente expele ao tossir, que acomete indivíduos já debilitados por condições de vida e trabalho precárias e atinge principalmente os pulmões, provocando fadiga, febre, emagrecimento, tosse e dor no peito, nem sempre foi esse. Até a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, atribuía-se à doença uma origem

hereditária. Em geral, quando uma pessoa adoecia, vários membros da família também eram acometidos pela doença, que, não raro, dizimava a todos, o que reforçava entre os médicos a crença na sua hereditariedade. Estes não percebiam que o confinamento familiar favorecia a propagação da doença na família.

No início do século XIX, o senso comum elaborou uma visão romântica da doença. A tísica seria a expressão física dos sentimentos, sendo reconhecida no campo artístico e literário como a doença da paixão. Sontag (1984:31) mostra que, na “mitologia da tuberculose, geralmente há alguns sentimentos de paixão que provocam o ataque da doença ou que se exprimem nesse ataque”. Tema recorrente para os escritores românticos, eram raras as obras literárias e artísticas que não incluíam tísicos entre seus personagens (Bertolli, 2001). A *facies tísica*² expressava a inexorabilidade da morte ante o acometimento da tuberculose, tanto pelo fatalismo da herança, como por falta de métodos terapêuticos eficazes, que o conhecimento científico só mais tarde traria.

A concepção de mal contagioso, com um agente transmissor específico, a partir da descoberta de Koch, foi se consolidando até assumir totalmente o lugar da hereditariedade. O avanço do conhecimento científico sobre a doença e a nova organização social trazida pela industrialização deslocaram claramente a incidência maior da tuberculose para as classes trabalhadoras. Assim, nos inícios do século XX, a concepção romântica da doença deu lugar à concepção da tuberculose como flagelo social, de ocorrência e propagação estreitamente ligadas às condições de vida e de trabalho.

No Rio de Janeiro, a tuberculose era a maior responsável pela mortalidade na cidade. Todos os anos ela eliminava grande contingente da população, só sendo sobrepujada por outra doença nos anos de epidemia.³ Aparentemente, essa mortalidade se distribuía indistintamente por toda a população, mas, na realidade, a ver mais de perto verifica-se que a sua intensidade se dava de maneira diferenciada. A população não se distribuía homogeneamente pela cidade quanto às condições de habitação; a inserção no trabalho não era a mesma para todos, os alimentos não estavam igualmente acessíveis, nem se tinha igual acesso aos recursos médico-sanitários. A maior frequência de mortalidade dava-se exatamente no período de vida produtiva em que o indivíduo está de uma forma ou

de outra vinculado a um tipo de atividade econômica e, portanto, duplamente exposto ao risco do contágio, isto é, na moradia e no trabalho (Barreto,1949:511). Em seu trabalho Salubridade das habitações coletivas no Rio de Janeiro, de 1918, Fontenelle apresenta dados que comprovam uma ocorrência de óbitos nas habitações coletivas quase três vezes maior que nas habitações comuns unifamiliares (Fontenelle e Barreto,1918:13).

Luiz Edmundo (1957:149), no capítulo intitulado Vida do cortiço, ilustra de forma bastante expressiva o agravo que a tuberculose causava aos moradores das habitações coletivas:

"[...] ruídos cavernosos, que acabam fazendo a ronda da estalagem e que lembram, ora um rouquenho e triste marulhar de ondas, ora um sinistro coaxar de rãs. São os tuberculosos que tosse, despedindo-se da vida, de olhos cercados por olheiras roxas, as faces encovadas, sobre esteiras podres ou sobre catres de palha pejados de molambos. São os pobres que esperam a morte, o rabecão da Santa Casa, de boca fria, trêmula, toda manchada de catarro e sangue... Não raro, uma dessas janelas abre-se de repente, para que uma voz entrecortada de soluços atire um brado angustioso, mas que se perde pela noite escura: — Morreu! Deus meu! Como eu sou desgraçada!"

Contudo, a tuberculose não fazia parte da pauta de preocupações do governo, ocupado com as doenças epidêmicas. O centro do Rio de Janeiro, pela forma como se desenvolveu, preservava condições materiais favoráveis ao aparecimento de epidemias, ocupando a febre amarela posição primordial na atenção do Estado. O descaso do Estado com a tuberculose estava na proporção inversa da sua preocupação com o saneamento do Rio, que, desde 1870, mobilizava as autoridades, confrontadas com uma situação sanitária alarmante a cada vez que a cidade era assolada por uma epidemia – e, nessa época, a frequência de violentos surtos de febre amarela e varíola foi bastante regular. Várias comissões foram constituídas e planos de reforma urbana elaborados desde então. Mas nenhuma dessas iniciativas, por motivos políticos ou técnicos, deu conta de alterar significativamente o quadro de epidemias (Fritsch, 1985).

O projeto de saneamento da cidade veio ocorrer, com a concorrência do governo federal, nos primeiros anos de 1900. A capital federal transformou-se e adquiriu feição civilizada, moderna e higiênica. Estavam removidos assim os obstáculos para as atividades comerciais, financeiras e políticas da capital e garantidos o fluxo imigratório e o comércio internacional.⁴

Com as doenças epidêmicas entrando em franca regressão, a tuberculose começou a ganhar espaço no discurso oficial, que reconhecia o caráter social da doença e admitia a necessidade de um programa sanitário para combatê-la. Aparecia em destaque a questão da habitação relacionada à incidência do mal. Porém, foram poucas as tentativas de enfrentamento da doença no âmbito governamental, e mesmo assim sem resultados práticos, nas duas primeiras décadas do século XX.

As elites médicas já consideravam necessário e urgente enfrentar o problema da tuberculose. Discutiam na Academia, nos congressos, na imprensa, ocupando o vazio deixado pelo Estado, que não tinha uma política que resultasse na diminuição da mortalidade e morbidade da doença. As discussões e publicações no meio médico, reclamando medidas sanitárias diante da propagação assustadora da tuberculose, tomaram vulto e passaram a circular também na imprensa leiga, com o apoio de escritores de idéias liberais sensibilizados com o problema, como Ernesto Senna e Alcindo Guanabara.⁵

Um movimento, alimentado pela própria Academia e por discussões e realizações no exterior, começou a ganhar organicidade no Rio de Janeiro, em 1899, quando Cypriano de Freitas (1900), professor de anatomia patológica da Faculdade de Medicina, conclamou a classe médica a criar um órgão específico para combater a tuberculose. Foi o início de um movimento orgânico que levou à fundação da Liga Brasileira contra a Tuberculose, cuja finalidade era implantar no país os meios de cura e profilaxia da tuberculose, pautados na ciência moderna, com a justificativa de que o Brasil não podia se furtar a seguir a "grande corrente científica e civilizadora da época" de combate à doença que causava tão alta mortalidade, principalmente na capital federal (LBCT,1901:5).

A direção e a execução do combate à tuberculose, até a década de 20, ficaram basicamente a cargo da Liga Brasileira contra a Tuberculose, instituição filantrópica, cujas

sucessivas diretorias e conselhos sempre tiveram figuras de prestígio. Os médicos eram, na maioria, militantes da clínica tradicional, que integravam ao mesmo tempo a Academia Nacional de Medicina e a Faculdade de Medicina, com vozes influentes nos congressos médicos, reivindicando essa influência na política em geral. Outros profissionais não médicos gozavam também de posição social e política privilegiada, ressaltando-se Ataulpho de Paiva, cujo reconhecimento como jurista era reforçado pelos seus trabalhos sobre assistência pública e privada.

Quando de sua fundação, a liga já estabelecia como um de seus propósitos o da propaganda maciça de combate à tuberculose, com o objetivo de mobilizar a opinião pública para o grave quadro de mortandade causada pela doença e a necessidade de medidas práticas para modificá-lo. Convencer o público de que a doença era curável e instruí-lo sobre os meios de evitar o contágio eram os dois princípios fundamentais da liga.

Como instituição filantrópica que agia em nome da ciência e movida por sentimentos humanitários e patrióticos, conforme o discurso de seus representantes, a liga acabava também por servir ideologicamente ao Estado liberal já que este não tinha um projeto de intervenção social, limitando-se ao papel de financiador das iniciativas da sociedade civil.

A criação da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública⁶, em 1920, mesmo de âmbito limitado, com poder de decisão restrito à Capital Federal, indicou o início da tomada de responsabilidade do Estado para com a tuberculose. A estruturação do órgão espelhou-se no plano de Plácido Barbosa (Barbosa, 1917), que privilegiava o dispensário como organismo de combate à tuberculose e ressaltava o papel da higiene como ordenadora e educativa, portanto fundamental na luta contra a doença.

Por outro lado, Plácido Barbosa reconhecia que:

"não basta, entretanto, a infecção para que exista a tuberculose-doença, alguma coisa mais é necessária [...] a predisposição individual, a resistência orgânica, a pobreza, a habitação insalubre, a imundície, o alcoolismo,

a vida encerrada etc, são fatores que contribuem para o adoecimento de tuberculose [...]" (Ibid., p.19).

Mas admitia a limitação de um órgão de saúde sobre os elementos sociais que influíam no acometimento e propagação da tuberculose, atribuindo-lhe como função básica a profilaxia direta, recomendando como medidas fundamentais a notificação, o isolamento e a desinfecção. Plácido Barbosa na direção da inspetoria tentou imprimir-lhe os propósitos do seu plano, que tinha como eixo central o combate ao bacilo.

A propaganda dos meios de evitar a tuberculose, intensivamente utilizada pela inspetoria, até onde os recursos financeiros permitiam, era feita por meio de folhetos e cartazes afixados pessoalmente pelos guardas-sanitários da inspetoria em todas as casas comerciais, estabelecimentos industriais e públicos. Segundo Ribeiro (1956), alguns cartazes eram fundidos em esmalte e colocados em locais de grande afluência pública. Os cartazes, de uma maneira geral, referiam-se à responsabilidade de cada um em evitar o contágio: "Não cuspa no chão", "Escarrar no chão é má ação", "Quando tossir ou espirrar ponha o lenço diante da boca" etc.

A inspetoria construiu dispensários, contando com 5 desses organismos em 1927. Esses dispensários funcionavam, articulados com os da liga. Embora devessem ter um papel preponderante no trabalho de profilaxia, estes dispensários acabaram por assumir também ações terapêuticas que caberiam aos hospitais e sanatórios, em função da carência de leitos, não só no Distrito Federal, mas no Brasil como um todo. Segundo Pitanga (1930:233):

"A profunda deficiência de meios de assistência entre nós obriga mesmo a que eles sejam principalmente órgãos de tratamento, como o demonstra a cota destinada, no orçamento da Inspetoria, ao serviço de medicamentos, drogas e material para farmácia, não compreendido o que se dispênde com o aparelhamento para a prática do pneumotórax".

No momento em que o Estado expande a sua ação no controle da tuberculose, criando novos dispensários, a liga passa por mudanças institucionais, tornando-se fundação em 1924. Seus estatutos são alterados somente no que se refere à manutenção, extinguindo-se a contribuição dos sócios. A fundação manteve seus propósitos no tocante à propaganda e educação sanitária, utilizando-se nesse momento, como já assinalado, dos almanaques que publicava.⁷

Nesse meio tempo, o conhecimento científico sobre a tuberculose também avançou. Calmette e Guérin descobrem a vacina BCG, comprovando-a, em 1918, e apresentando-a à Academia Francesa de Medicina, em 1924 (Guillaume, 1986). Esse recurso profilático foi logo introduzido no Brasil. Anos mais tarde, outra conquista tecnológica, dessa vez no campo da radiologia para fins de diagnóstico e controle da tuberculose, veio enriquecer a luta contra a doença. Manoel de Abreu, médico do setor de radiologia da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, desenvolveu, em 1936, uma técnica de simplificação do método radiológico que dispensava instalação especial para sua aplicação, largamente utilizada a partir de então (Abreu, 1938).

Se por um lado a atuação dos serviços de saúde pública teve uma eficácia relativa no controle da tuberculose, no início de sua intervenção, dada a magnitude da doença e os recursos disponíveis, por outro lado, a tuberculose não deixou mais de ser objeto de política estatal. E não só no âmbito do ministério responsável pela saúde pública. Mais tarde, tornou-se objeto de preocupação do próprio Ministério do Trabalho, responsável pela previdência social.

No final do século XX, quando a incidência da tuberculose volta a ser preocupante, seja pelo recrudescimento da miséria em um enorme contingente da população, seja pelo aumento da resistência bacilar, deparamo-nos com a emergência de uma doença que se constitui em mais um fator de influência nos índices da tuberculose.

Da peste *gay* à Aids: finais do século XX

Doença desconhecida que deixou perplexo tanto o meio científico quanto o social, a Aids surgiu no cenário público e rapidamente se disseminou, colocando em xeque o processo de construção de um modelo adequado de evolução da doença.

Pela forma como a Aids foi enunciada em seu início, tornou-se sinônimo de morte dos homossexuais masculinos, dos toxicômanos e dos hemofílicos. Mas eles resolveram não morrer em silêncio. Praticamente em todos os países do mundo criaram-se organizações não-governamentais para lidar com a epidemia de Aids. E se as primeiras a serem criadas foram apenas reações às necessidades específicas de cuidado, apoio, informação e educação quanto à doença, acabaram por dar origem a um movimento mundial que, de diversas formas, buscou desestigmatizar aqueles por ela afetados. Como assinalou Altman (1995), a epidemia de Aids deu um ímpeto extraordinário à organização de grupos até então amplamente marginalizados, seja em função do sexo, cor, classe social ou comportamento.

Particularmente no Brasil, num momento em que passava a vigorar uma Constituição que defendia a cidadania⁸ e estabelecia o direito de todos à saúde garantida pelo Estado, a Aids contribuiu para o avanço da luta pela qualidade do sangue dos centros hemoterápicos e para a mobilização dos doentes e infectados pelo vírus HIV, que criaram organizações não-governamentais em defesa do direito à informação e medidas concretas de controle da doença por parte dos poderes públicos (Castro Santos, 1994).

Desse modo, com vistas a enfrentar a Aids, abordando questões que extrapolavam a qualidade do sangue, foram fundadas ONGs/Aids. Dentre as ONGs já existentes, algumas passaram a se ocupar, também, de questões relacionadas à doença. A necessidade de enfrentar os graves problemas suscitados pela doença contribuiu para aumentar a visibilidade dessas organizações.

O impacto da Aids no Brasil veio no bojo dessa nova conjuntura, o que propiciou que, também aqui, fosse essa a forma encontrada para a defesa dos interesses dos grupos afetados pela doença. A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) e o Grupo pela Vida são dois grandes exemplos de grupos comprometidos com a discussão da Aids. ONGs constituídas por segmentos da sociedade civil, distintas nas suas linhas de atuação,

não foram as primeiras a serem criadas no Brasil,⁹ mas, no Rio de Janeiro, foram as de maior visibilidade pública desde sua fundação.

A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), criada no Rio de Janeiro em 1986, aglutinou cientistas, intelectuais de diversas áreas, autoridades civis e religiosas e militantes de vários grupos comunitários que, por entenderem a Aids como uma doença que envolve não somente a ciência médica, mas a sociedade como um todo, colocaram-se como meta tanto o monitoramento das políticas públicas relacionadas ao HIV/Aids, quanto a produção e disseminação de informação atualizada sobre a doença¹⁰.

Outro exemplo de ação não-governamental é a do Grupo pela Vida, criado também no Rio de Janeiro, em 1989, com o objetivo de lutar pela valorização, integração e dignidade do doente de Aids.¹¹ Seu fundador, o jornalista Herbert Daniel, combatia o que chamou de “morte civil”¹² – uma condenação imposta pela sociedade aos que são atingidos pela epidemia HIV/Aids. Ele próprio contaminado com o HIV, pôde experimentar o peso do estigma associado à doença (Daniel, 1989).

Mas Herbert Daniel, antes de fundar o Grupo pela Vida, participou, junto com Herbert de Souza, da Abia, ambos trazendo para a luta contra a Aids suas tradições oposicionistas, cunhadas numa militância política de esquerda. Acreditando que a exclusão e a vulnerabilidade sociais eram facilitadores e potencializadores da infecção pelo HIV, problematizaram a Aids no contexto maior das políticas públicas, situando a prevenção e assistência à Aids numa visão estratégica da democracia.

Essa foi a marca da Abia, que na verdade não nasceu de um movimento de base estritamente voluntária e comunitária, mas de um projeto elaborado, com identidade definida e profissionalizada, com alocação de recursos da Fundação Ford, que apostou no projeto¹³.

Havia consenso entre as ONGs/Aids de que caberia ao Estado a responsabilidade de estabelecer uma política pública de controle da Aids, que garantisse aos soropositivos e doentes o atendimento médico-hospitalar em todos os níveis de desenvolvimento da doença. Às ONGs/Aids caberia, no máximo, um papel complementar à ação

governamental. Um dos principais alvos das denúncias do Pela Vidda era exatamente o Estado que, além de não estabelecer uma política mais efetiva de controle da Aids, produzia campanhas de prevenção carregadas de preconceitos e oferecia um atendimento médico-hospitalar cada vez mais caótico. A epidemia crescia vertiginosamente e o estado não agia na mesma velocidade¹⁴.

A disseminação da Aids não bastou para que o Governo tomasse medidas efetivas de combate à epidemia, o que levou, segundo lideranças das ONGs, a um grave atraso nos programas oficiais de controle e prevenção da doença.¹⁵ Mas como irrefutável problema de saúde pública, era necessário que o governo assumisse a responsabilidade por um programa de controle da doença. Em agosto de 1985, o ministro Carlos Santana declarava em entrevista coletiva:

“A Aids é preocupante, mas não prioritária para o País. Somos 130 milhões de brasileiros e temos cinco milhões com doença de Chagas, cerca de oito milhões com esquistossomose, mais de quatrocentos mil com malária, 250 mil com tuberculose e trezentos mil com lepra. Com Aids, só temos confirmados quatrocentos casos.”¹⁶

Nessa mesma entrevista, o ministro afirmou que a mídia exagerava nas notícias sobre Aids e assim atemorizava as “pessoas que não têm a menor possibilidade de adquiri-la, por não pertencerem a quaisquer grupos de risco”, ressaltando que o grupo de maior risco de contágio era o dos homossexuais masculinos.¹⁷ Esse era o posicionamento da autoridade governamental máxima em saúde no país: preocupação, sim, mas poucas ações concretas para controle da doença e uma visão preconceituosa quanto à possibilidade de as pessoas se infectarem com o vírus HIV. Por isso o governo federal recebia duras críticas das ONGs. Sem dúvida, o ministro não estava sozinho, sua posição era a predominante no momento, inclusive nos meios científicos.

O aumento inegável do número de casos de Aids entre os brasileiros levou o governo federal a incluí-la, em 1986, no sistema de notificação compulsória¹⁸. Os dados epidemiológicos passaram a ser divulgados, em 1988, pela Divisão Nacional de

Dermatologia Sanitária, à qual ficou subordinado o PNDST/Aids, em boletins distribuídos nos órgãos de saúde dos estados e municípios. Tentou-se delinear as formas específicas de incidência da doença no país e garantir mais informações aos profissionais de saúde que lidavam com a Aids no dia a dia. Mesmo com sua confiabilidade questionada¹⁹, o sistema de notificação e divulgação dos casos de Aids constituiu uma primeira iniciativa do governo para acompanhar o desenvolvimento da epidemia no Brasil.

A intensificação das pressões nacionais e internacionais resultou em expressivas alterações na legislação de garantia dos direitos humanos no Brasil. Com relação à Aids, o mais significativo avanço foi o fim do comércio ilegal de sangue²⁰, com a criação do Programa Nacional de Sangue, que passou a controlar de forma mais rigorosa as transfusões de sangue, junto com o Serviço de Vigilância Sanitária. A Abia, representada por seu presidente, Herbert de Souza, entrou na cena política mais uma vez, agora para garantir o cumprimento da nova legislação e acompanhar o controle das transfusões de sangue com campanha sob o lema *Salve o sangue do povo brasileiro*²¹.

A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, criada em 1987, tinha a responsabilidade de coordenar o PNDST/Aids, com os objetivos de reduzir a morbimortalidade pelas doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/Aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV. Durante o governo José Sarney (1986-1990), o recém-criado PNDST/Aids foi dirigido por Lair Guerra de Macedo Rodrigues, microbiologista que vinha de um curso de especialização no CDC, em Atlanta, EUA, onde vira a Aids tornar-se o novo problema da saúde pública norte-americana. Lair Guerra conseguiu transformar o PNDST/Aids num dos maiores e mais controvertidos programas do Ministério da Saúde. Contribuiu para dotar o programa de uma verba de 30 milhões de dólares e três dezenas de funcionários, mas recebeu críticas contundentes por suas decisões verticais, que não levavam em conta a experiência e as demandas de parcelas da sociedade civil diretamente envolvidas com a questão da Aids²².

Consolidou-se um espaço de cooperação, isto é, uma parceria efetiva entre as ONGs e o governo federal, na medida em que se definiu um fórum de participação na formulação e fiscalização das políticas governamentais referentes à Aids, que incluíam todas as ações e

estratégias de combate à doença. Além disso, os recursos do convênio com o Banco Mundial possibilitaram o financiamento de inúmeros projetos de diversas ONGs/Aids²³.

Dessa forma, as ONGs, sem abandonar a posição crítica em relação às políticas governamentais de controle da Aids, mudaram a estratégia, substituindo o confronto por uma ação propositiva e co-responsável com o Ministério da Saúde. Por seu turno, o governo saiu de uma indiferença quase absoluta em relação à epidemia de Aids para um comprometimento real com as questões que envolvem a doença. Segundo Alexandre do Valle, no início as ONGs tinham que lutar por tudo, mas, reconhecendo a mudança, diz que agora “a gente não pode dizer que o governo é indiferente à Aids. Com um milhão de dólares só para comprar medicamentos, fica difícil dizer isso, fica difícil sustentar isso”²⁴.

Quadro comparativo: Tuberculose e Aids, início e fins do século XX

<u>Tuberculose</u> (início do século XX)	<u>Aids</u> (final do século XX)
<ul style="list-style-type: none">• Concepção romântica• Flagelo social• Conhecimento científico: transmissível e incurável• Liga Brasileira contra a Tuberculose (1900)• Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose (1920)	<ul style="list-style-type: none">• Doença de homossexuais• Doença viral• Conhecimento científico: transmissível e incurável• Ongs/Aids: Abia (1986) e Grupo pela Vidda (1989)• Programa Nacional DST/Aids (1987)

Comentários finais

O estudo comparado, na medida em que estabelece similitudes e dissimilaridades em relação à tuberculose e à Aids, reafirma a necessidade de se levar em conta a polifonia discursiva para lidarmos com o tema da doença, do ponto de vista da representação social. Examinando as formas de representação da tuberculose e da Aids identifica-se duas características que, comuns a ambas, determinaram todo o seu processo de construção social: o tema do contágio e a incurabilidade. A transmissibilidade e a incurabilidade, ao mesmo tempo em que demarcam os limites do conhecimento médico-científico, contribuem para a criação de uma experiência coletiva da doença marcada pela estigmatização do doente, pois este, como portador do agente infeccioso, passa a corporificar o próprio mal e conseqüentemente a morte.

A tuberculose e a Aids, como problemas coletivos, tornam-se questões de interesse público e passam a requerer uma intervenção do Estado. Este reage, em cada caso, consoante uma maior ou menor permeabilidade de sua agenda política às questões engendradas na sociedade, em função de cada uma dessas doenças. Os grupos que se organizam para combater a tuberculose e a Aids, distintos quanto aos seus projetos políticos, buscam envolver diferentes segmentos sociais e o Estado em um novo projeto de ação contra as doenças. Estabelecem como sua tarefa a recuperação da dimensão humana do doente, desconstruindo sua identificação com o fenômeno patológico, e atuarão decisivamente na construção de uma outra mentalidade na abordagem das doenças.

Buscou-se aqui chamar a atenção para a importância da comparação em história, como um método pelo qual se pode fazer dialogar o exame de formações históricas específicas com formulações teóricas referentes aos processos de constituição destas mesmas formações. Pela colocação de questões bem delimitadas, a comparação pode contribuir tanto para o rompimento com a abstração empobrecedora da pesquisa dos fenômenos históricos, quanto da descrição puramente monográfica. Por atentar para as peculiaridades estruturais, sem menosprezar a pesquisa dos fatos históricos, o método comparativo parece prestar-se especialmente bem ao objetivo da ciência histórica hoje: explicar e interpretar as trajetórias das sociedades humanas.

Fontes

Boletim Abia

Boletim Pela Vidua

LBCT, *Relatório da Liga Brasileira contra a Tuberculose, referente ao ano de 1900*, Rio de Janeiro, Typ. do Jornal do Commercio, 1901.

Folha de S. Paulo, 10/8/85

Entrevista de Alexandre do Valle à autora (fita 5, lado A). *A representação social da Aids*, Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, 1998.

Bibliografia

ABREU, Manoel, “Exame sistemático pela roentgenfotografia na profilaxia da tuberculose”, *Revista Brasileira de Tuberculose*, Rio de Janeiro, nº 56, ano 8, 1938.

ALTMAN, Dennis, *Poder e comunidade: Respostas organizacionais e culturais à Aids*, trad. Hugo S. Melo, Rio de Janeiro, Abia/IMS-Uerj/Relume Dumará, 1995, História Social da Aids nº 5.

BARBOSA, Plácido, *Um plano de combate à tuberculose na cidade do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, Typ. Besnard Frères, 1917.

BARRETO, J. Barros, *Tratado de higiene*, Rio de Janeiro, Departamento de Imprensa Nacional, 1949, vol.II.

Bertolli, 2001

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de et al., “Sangue, Aids e Constituinte. Senso e contra-senso”, em PARKER et al., *A Aids no Brasil*, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.

DANIEL, Herbert, *Vida antes da morte*, Rio de Janeiro, Jabuti, 1989.

FONTENELLE, J. P. e BARRETO, Barros, *Salubridade das habitações coletivas no Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, Revista dos Tribunais, 1918.

FREITAS, Cypriano de, "Liga Brasileira contra a Tuberculose", *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, nº 37, ano XIV, out. 1900, pp. 332-33.

FRITSCH, Lilian de Amorim, "Palavras ao vento: A urbanização do Rio Imperial", *Revista do Rio de Janeiro*, Niterói, nº 3, ano 1, mai.-ago. 1985, pp. 75-85.

GUILLAUME, Pierre, *Ou d'espérance ou de salut: Les tuberculeux aux 19^e et 20^e siècles*, Paris, Aubier, 1986, Collection Historique.

EDMUNDO, Luiz, *O Rio de Janeiro do meu tempo*, 2^a ed., Rio de Janeiro, Conquista, 1957.

NASCIMENTO, Dilene R. do. *As pestes do século XX. Tuberculose e Aids no Brasil: uma história comparada*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

PITANGA, Genésio, "A Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose (9 anos de trabalho)", *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, nº 2, ano IV, 1930, pp. 223-64.

RIBEIRO, Lourival, *A luta contra a tuberculose no Brasil: Apontamentos para sua história*, Rio de Janeiro, Sul-Americana, 1956.

SONTAG, Susan, *A doença como metáfora*, trad. Márcio Ramalho, Rio de Janeiro, Graal, 1984.

STÉPHANI, Jacques, *Guia do tuberculoso e do predisposto*, trad. Ribeiro Couto, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1933.

¹ NASCIMENTO, Dilene R. do. *As pestes do século XX. Tuberculose e Aids no Brasil: uma história comparada*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

² Ver: STÉPHANI, Jacques, *Guia do tuberculoso e do predisposto*, trad. Ribeiro Couto, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1933, p. 20.

³ Somente nos anos de epidemia de febre amarela e de varíola é que o coeficiente de mortalidade por essas doenças ultrapassava o índice de mortes por tuberculose.

⁴ Para mais detalhes sobre a execução do projeto de saneamento do Rio de Janeiro e suas repercussões políticas, ver BENCHIMOL, 1990, caps. 12, 13, 14; CASTRO SANTOS, 1987, cap. 2; CARVALHO, 1987, e COSTA, 1986, cap. III.

⁵ A preocupação com a questão da tuberculose também ocorria no meio médico de outros estados, destacando-se Clemente Ferreira e Victor Godinho, em São Paulo, Otávio de Freitas e Carneiro da Cunha, em Pernambuco, Alfredo Brito e Silva Lima, na Bahia e Felipe Caldas, no Rio Grande do Sul, que criaram ligas locais de combate à doença.

⁶ Ver decretos 14.189 de 16/05/1920 e 16.300 de 31/12/1923.

⁷ Os almanaques constituem importante documentação para análise da educação sanitária do período. Fazem parte do acervo da Fundação Ataulpho de Paiva.

⁸ Sobre cidadania como processo histórico, ver o artigo de NEVES, Lucília de Almeida, "Cidadania: dilemas e perspectivas na república brasileira", *Tempo*, vol. 4, Rio de Janeiro, UFF, 1997, pp. 80-102.

⁹ A primeira ONG/Aids a ser criada no Brasil foi o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (Gapa), de São Paulo, em 1985. Em 1996 foi premiada pelo Programa Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Justiça como pioneira na luta anti-Aids no país. Grupos organizados de homossexuais já haviam tomado iniciativas contra a Aids em 1983, entre eles o Grupo Outra Coisa, que, em São Paulo, distribuía folhetos com informações sobre a doença dirigidas a homossexuais, e o Grupo Gay da Bahia (GGB), que incluiu o combate à Aids na sua agenda de luta.

¹⁰ *Boletim Abia*, nº 1, jan. 1988.

¹¹ *Boletim pela Vidda*, 1994.

¹² “...assim se diz da morte fictícia que é imposta à pessoa em consequência de pena, privando-a da liberdade e do exercício pleno de todos os seus direitos de cidadão”. *Boletim Anti-AIDS*, nº 17: “Morte civil”, por Décio Manuel, advogado do Gapa/SP.

¹³ Ver Coordenação Nacional de DST e Aids, *Sobre valores e fatos: A experiência das ONGs que trabalham com Aids no Brasil*, Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

¹⁴ *Boletim pela Vidda*, nº 2, ano 1, fev. 1990, p. 1.

¹⁵ *Boletim Abia*, nº 6, fev. 1989.

¹⁶ *Folha de S. Paulo*, 10/8/85, p. 20. Dez dias depois, realizava-se no âmbito do Ministério da Saúde a 5ª Reunião Nacional sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Os dados estatísticos trabalhados nessa reunião registravam 415 casos confirmados e mais 201 óbitos por Aids no Brasil. O ministro não contabilizou os casos passados que foram a óbito. Ver *Relato dos Trabalhos*, Brasília, 19 a 21 de agosto de 1985.

¹⁷ Idem.

¹⁸ Portaria 542, de 22/12/86.

¹⁹ O dr. Álvaro Matida, do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, observou que, de 46 pacientes de Aids registrados numa enfermaria do Hospital Gafrée e Guinle, um dos hospitais de referência nacional no tratamento de Aids, apenas três tinham sido notificados à secretaria, o que deixa entrever a proporção geral da subnotificação. Ver *Boletim Abia*, nº 6, fev. 1989, p. 1.

²⁰ Constituição de 1988, art. 199, § 4º.

²¹ Ver *Boletim Abia*, nº 4, set. 1988, p. 1.

²² Em março de 1990, o Grupo pela Vidda pede a demissão sumária de Lair Guerra. Ver *Boletim Pela Vidda*, nº 3, ano 1, mar. 1990, p. 5.

²³ De 1994 até o primeiro semestre de 1996 havia 163 projetos de controle das DST/Aids, desenvolvidos por ONGs, financiados pelo PNDST/Aids.

²⁴ Entrevista de Alexandre do Valle à autora (fita 5, lado A). *A representação social da Aids*, Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, 1998.