

SÍFILIS E SAÚDE PÚBLICA NA BAHIA (1920-1930)

Ricardo dos Santos Batista¹

Resumo

Este trabalho tem como objetivo uma análise das condições de saúde na Bahia na década de 1920, no que diz respeito ao tratamento da Sífilis e doenças venéreas. Para tanto, serão analisados relatórios do Dispensário de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas Silva Lima e da Secretaria de Saúde e Assistência Pública, buscando perceber, nos mesmos, a forma como a saúde pública do Estado estava organizada para o tratamento da sífilis. Percebe-se que apesar de todo o movimento de ação que envolvia, inclusive, os estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia no combate à doença, muitos pacientes não conseguiam obter sucesso no tratamento por questões diversas, como a interrupção no mesmo. Refletir sobre a sífilis na Bahia é pensar sobre uma esfera de ação, mas também sobre a forma como ela era assimilada pelos sujeitos sociais.

Palavras-chave: Sífilis, Bahia, Saúde Pública.

Até a década de 1910 os problemas sanitários não eram considerados uma prioridade na agenda política do Brasil. Segundo Hochman,² um quadro catastrófico de endemias rurais como ancilostomose, malária e doença de chagas encontravam-se espalhadas pelo interior do país e na periferia dos centros urbanos, além das doenças infecto-contagiosas como a varíola, a tuberculose e as doenças venéreas.

Contudo, influenciado por fatores como: o caráter nacionalista Pós-primeira Guerra Mundial, que difundiu os “caminhos” para a fundação da nacionalidade através do desenvolvimento da educação e saúde; as ações da Liga Pró-Saneamento do Brasil, um movimento a favor da resolução dos problemas de saúde nos sertões e combate às endemias rurais; e, os efeitos da gripe espanhola, que trariam grandes impactos negativos para a sociedade,³ deu-se início a um processo complexo de centralização das ações sanitárias, visto que não era mais possível agir desarticuladamente. Percebia-se que a saúde pública era uma questão coletiva e, portanto, deveria ser combatida a partir de uma organização consistente para tal. Segundo Souza e Sanglard,⁴ as elites começavam a perceber que em um centro populoso como Salvador, por exemplo, que possuía um porto de complexas e diversificadas conexões, as doenças atingiam tanto os pobres como os ricos. Assim, segregar os pobres colocando-os em instituições de caridade ou relegando-os à periferia não solucionaria o problema. Era necessário

apresentar um leque de medidas que atingissem os percalços na saúde pública, de forma ampla, compulsória, permanente e coletiva.

O movimento sanitarista das décadas de 1910 e 1920 se diferenciaria daquele desenvolvido entre 1903 e 1909, que esteve voltado para ação de Oswaldo Cruz como dirigente dos serviços federais de saúde, pois, dentre outros aspectos, daria maior ênfase ao saneamento rural e, para isso, um órgão específico seria criado: “A agenda de combate às endemias rurais e de resgate sanitário dos sertões seria implementada pela Diretoria dos Serviços de Profilaxia Rural (DSPR), através de convênios voluntários com os estados para a introdução de serviços federais de saneamento e combate às endemias”.⁵

De fato, como fruto de todas as demandas existentes, no Diário Oficial da União, de 16 de setembro de 1920 era criado o Departamento Nacional de Saúde Pública – D.N.S.P., que dentre as muitas atribuições, tornava-se responsável pela execução dos serviços de higiene e saúde pública no país, ampliando o papel do Estado nos processos relacionados à saúde.⁶ E, no ano de 1922, por exemplo, 16 dos 21 estados da federação, mais o Distrito Federal, tinham feito acordos com a união para serviços de profilaxia e combate às endemias rurais.⁷ A criação de tal órgão permitiu que novas estruturas administrativas para o tratamento de inúmeras doenças fossem construídas.

Subordinado ao D. N. S. P. foi criada, ainda, a Inspeção de Profilaxia da Leprosia e Doenças Venéreas, que em muitos lugares, a exemplo de Salvador, viria a desempenhar um papel significativo no combate a doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis. Segundo Costa,⁸ esse órgão viria a ser alvo de inúmeras críticas, visto que o movimento em prol do “saneamento dos sertões” acusava o Estado de abandono completo dos ideais voltados ao melhoramento do interior do país, pela atuação voltada aos centros urbanos.

O Relatório de Assistência Pública do ano de 1927,⁹ elaborado por Antônio Luis C. A. de Barros Barreto, revela que o período entre 1917 e 1925 não foi de desenvolvimento significativo na saúde baiana, visto que a Diretoria de Higiene do Estado não melhorou sua aparelhagem técnica, não se orientou pelos princípios da nova administração sanitária, nem promoveu o aperfeiçoamento profissional, condição essencial para o êxito de uma organização sanitária moderna. Somente com a Lei 1.811 de 29 de julho de 1925, que criava a Sub-secretaria de Assistência Pública e, alguns meses depois, com o Código Sanitário da Bahia, uma transformação viria ocorrer. Segundo Santos:

o código sanitário da Bahia era em grande medida baseado na legislação federal. Esta aproximação, afirmava o governador baiano, permitia o fim de regulamentações municipais independentes, a maior parte delas "em completo desacordo" com leis estaduais e federais.¹⁰

As ações dos serviços de Saneamento Rural e Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas da Bahia passaram a ser desenvolvidas em convênio com a União, que também financiava integralmente a organização da Higiene infantil e da Profilaxia da Tuberculose.¹¹ A autonomia do Governo Federal se ampliava à medida que o acordo firmado entre o mesmo e o Estado dotava-o de poder para coordenar aspectos decisivos no combate às endemias, em um acordo que durava, inicialmente, três anos. Cláusulas como as observadas abaixo revelam tal autonomia:

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

(...)

Terceira – Os serviços sanitarios instituídos pelo presente termo additivo, serão executados durante três annos, a partir de mil novecentos e vinte e cinco, sem intervenção de qualquer autoridade estadual ou municipal, pelas comissões organizadas pelo Departamento Nacional de Saude. (...)¹²

O acordo com a União teria favorecido a criação de quatro novos dispensários profiláticos e entre 1924 e 1926, e o número de oito postos de saneamento rural se viu duplicado.¹³ Além das grandes endemias do campo (helmitose e paludismo), esses estabelecimentos deveriam cuidar da higiene das habitações, da profilaxia da sífilis e doenças venéreas, do cadastro e recenseamento de doenças contagiosas.

Os dispensários Pacífico Pereira e Gaspar Vianna foram transformados pela nova chefia em dispensários mistos, com a incumbência de combater as doenças venéreas e helmitoses na sede. Com a mesma função inaugurou-se os dispensários da Força Pública do Estado, e da Penitenciária em 1925; e o das Docas do Porto, em 1926,¹⁴ acrescentando-se aos dispensários Ramiro Azevedo e Silva Lima. Além desses, era responsabilidade federal no ano de 1927 o dispensário Santa Isabel.

Nas cidades do interior era possível observar a presença de dispensários que combatiam a Lepra e doenças venéreas nas cidades de Santo Amaro, São Félix, Cachoeira, Cruz das Almas, Alagoinhas, Bonfim, Juazeiro, Barra, Nazaré, Valença, Ilhéus, Itabuna, Belmonte, Canavieras, Jequié e Espalanada.

Assim, o que se percebe é que, aos poucos, o sistema de saúde começa a se organizar no sentido de combater, de forma padronizada, as doenças que ameaçavam o Estado. A sífilis teria sido um dos maiores problemas na Bahia nesse período. Segundo Carrara, “é em seu âmbito que a sífilis se transformou no problema venéreo, ou seja, em uma das mais graves doenças humanas e em uma das mais sérias ameaças à saúde pública.”¹⁵

O interesse social pela doença era perceptível, inclusive entre os profissionais da medicina. Segundo o relatório dos trabalhos realizados pelo posto de profilaxia Silva Lima, em 1926, os estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia tinham especial predileção por tal unidade de tratamento, no intuito de observar e aprender de forma prática sobre as especialidades ali tratadas.¹⁶ Muitas vezes, os futuros médicos pediam autorização para acompanhar os trabalhos do posto mesmo sem receber remuneração por isso, e cientes da impossibilidade de contratação efetiva após a formatura: “alegando somente o desejo de recolher ensinamentos que lhes sejam úteis na vida prática”.¹⁷

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

Essa relação permite a reflexão de como o conhecimento científico estava sendo realizado de uma forma prática, baseado em fatos empíricos e dialogando com a realidade das doenças sexualmente transmissíveis. Travava-se inclusive um diálogo entre os estudantes baianos e médicos estrangeiros, como foi o caso do suíço Bruno Rietmann, que em 1926 se encontrava no Brasil e frequentava diariamente o posto Silva Lima.¹⁸ Além disso, diálogos eram estabelecidos com profissionais de outros estados no tratamento de manifestações como o cranco venéreo simples, com material conseguido no Rio de Janeiro:

podendo-se desde logo afirmar, porém, que esse methodo de tratamento [aplicação de injeções de leite em bubões venéreos] é excelente, commodo, práctico, talvez econômico convido pois a serviço movimentado como é o do dispensário Silva Lima.¹⁹

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, a sífilis ocupava o primeiro plano do número de matriculados no dispensário. Dos 1362 pacientes registrados, 614 eram sífilíticos, 504 foram tinham neisserose – bactéria em forma de cocos, imóveis, causadora da blenorragia – , e 367 eram casos de cranco venéreo simples.²⁰ Apesar do alto índice de infectados e de toda a preocupação com a doença, muitos doentes não mantinham uma continuidade no tratamento, que era marcado por idas e voltas ao dispensário:

Considerando o fato de ser o meio altamente contaminado como é o nosso e onde os doentes em sua grande maioria se cuidam mal, raramente cumprindo a risca os tratamentos que lhes são traçados. Raro é o dia em que não voltam á consulta um doente que abandonou ha meses, ha um, a dois anos o tratamento ou não comparecem indivíduos que se infeccionaram ha mais tempos – ha quatro, seis e mais anos – (...)²¹

As autoridades buscavam estratégias para evitar essa inconstância no tratamento. Dentre elas, observa-se a solicitação de medicação suficiente para que o tratamento pudesse ser oferecido em diferentes dias da semana. Requisitava-se, por exemplo, vinte doses semanais a mais de neosalvasan para serem ministrados às segundas-feiras e não apenas nas quintas-feiras, dias de sua aplicação. O fornecimento desse medicamento evitaria que os pacientes que procurassem tratamento na segunda tivessem que esperar, sendo cuidados com outras medicações como o mercúrio, elemento que causava efeitos colaterais e induzia efeitos no sistema nervoso central.²²

A partir das reflexões traçadas acima, observa-se que a saúde pública na Bahia buscava se organizar na década de 1920, através de uma centralização das atividades desenvolvidas. Esse desejo seria impulsionado ainda mais entre 1937 e 1945, com o Estado Novo e as medidas adotadas por Getúlio Vargas.²³ Mesmo assim, algumas dificuldades ainda eram encontradas no tratamento da sífilis como, por exemplo, a falta de continuidade no tratamento por parte dos pacientes.

¹Mestre em História Social pela Universidade Federal da Bahia. kadobatista@hotmail.com

² HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*. vol. 6, n. 11, Rio de Janeiro, 1993, p. 47.

³ Idem, 47-50.

⁴ SOUZA, Christiane Maria Cruz de; SANGLARD, Gisele. *Saúde Pública e Assistência na Bahia da Primeira República* in SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO,

Maria Renilda Nery (orgs.) *História da Saúde na Bahia: Instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Minha Editora, 2011. p. 51.

⁵ HOCHMAN, Gilberto O.; FONSECA, Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde Pública e previdência, 1937-1945. In: PANDOLFI, Dulce. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 76.

⁶ BRASIL. *Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil*. Ano LIX, n. 215, Rio de Janeiro, 16 de setembro de 1920.

⁷ HOCHMAN, 1993, p. 51.

⁸ COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*. 410 f. 2007. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2007. P. 298

⁹ IGHB. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Social*. Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1927.

¹⁰ SANTOS, Luiz A. de Castro. As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia Durante a Primeira República. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, 41 (3), 1998.

¹¹ IGHB, 1927, p. 7.

¹² IGHB, 1927, p. 176

¹³ IGHB, 1927, p. 9.

¹⁴ IGHB, 1927, p. 182.

¹⁵ CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 25.

¹⁶ APEB. *Relatório do trabalho efetuado pelo Posto de Profilaxia Silva Lima, 1926*. p. 1.

¹⁷ idem.

¹⁸ idem, p. 2.

¹⁹ idem, p. 4.

²⁰ APEB, 1926, p. 3

²¹ APEB, 1926, p. 3

²² BATISTA, Ricardo dos Santos. *Lues Venerea e as Roseiras Decaídas: biopoder e convenções de gênero e sexualidade em Jacobina-BA (1930-1960)*. 117 f. 2010. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. p. 52.

²³ HOCHMAN, 1999.