

O INÍCIO DA LUTA CONTRA A TUBERCULOSE NA BAHIA

Antonio Carlos Peçanha Martins
Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA

Os primeiros dados concretos referentes à luta contra a tuberculose na Bahia se iniciaram na década de 1920, consolidando-se efetivamente a partir de 1930. Justifica-se, porque naquela época não existia uma campanha ou até mesmo uma mobilização que tivesse um mínimo de eficiência que pudesse se opor ao flagelo conhecido como a peste branca, e, nem sequer uma enfermaria que pudesse abrigá-los. Era o confronto entre o bacilo e o hospedeiro, com nítida vantagem do primeiro e sem qualquer interferência. Assim, é que os dados revelavam em Salvador, mais de 1.000 óbitos por ano em cifras cada vez mais crescentes como em 1924 (n=1.029), 1925 (n=1.020), 1926 (n=1.106) e 1933 (n=1.455). Levando-se em conta que em 1933 havia 7.275 doentes em Salvador, a estimativa era de um óbito para cada cinco doentes. Em resumo, diante desse quadro, assim se expressou o então Secretário de Saúde na época, em relação ao armamento tuberculoso: "quase tudo está por fazer".

Com referência à disponibilidade de leitos, só havia 50 no Hospital Santa Isabel, alcançando o alarmante dado de um leito para cada óbito. Que triste realidade, e pior não poderia ser. Para expressar toda essa situação, assim se manifestou o professor César de Araújo no seu discurso "Infelizes irmãos nossos", na instalação da Fundação Santa Terezinha proferido em 30 de Abril de 1936, "Fator de sofrimento e de pobreza, de dor e de morte, a tuberculose é a nossa maior doença. Maior pela sua mortalidade, maior pelo seu contágio, maior pela degeneração do povo, maior na sua duração de doença infecto-contagiosa crônica, maior em ser causa de incapacidade para o trabalho, de invalidismo e de pobreza, maior no prejuízo econômico, maior como causa favorecedora de outras afecções, maior no sofrimento que acarreta em vida dos doentes, a maior doença social, maior e pior que a sífilis, maior que todas as outras doenças infecto-contagiosas juntas". E como bem ponderou o professor Clementino Fraga "a grande moléstia social, cuja constante endêmica, só não apavora, porque já nos familiarizou com o mal, no hábito de lidar com o perigo, que de indivíduo a indivíduo, despovoou os lares, aniquilou famílias inteiras, atinge a comunhão e desfibra a raça".

Essa dramática situação revelava ainda que as armas terapêuticas eram escassas, paliativas e de pouco benefício. Em 1935, a cifra de mortalidade em Salvador era das mais elevadas do Brasil e do mundo, cerca de 400 óbitos por 100.000

Recebido em 03/08/2007

Aceito em 04/10/2007

Endereço para correspondência: Prof. Antonio Carlos Peçanha Martins. LEME: Rua Cônego José de Loreto, 9, Canela. 40110-190. Salvador, Bahia – Brasil. E-mail: pecanhamartins@yahoo.com.br.

habitantes. Contra esse estado de coisas, nada se fazia, como referia o professor José Silveira. Foi nesse quadro sombrio que surgiu a primeira providência com a promoção do 1º Congresso Regional de Medicina da Bahia que incluiu a campanha contra a tuberculose como um dos seus temas oficiais. Disto resultou a instalação do armamento antituberculoso cujas principais ações de início imediato, eram a reforma do dispensário Ramiro de Azevedo, das enfermarias do Hospital Santa Isabel, dos consultórios de tuberculose nos centros de saúde com a vacinação BCG e a construção de um hospital sanatório com uma maternidade anexa, que viria a ser, o Hospital Santa Terezinha. Em seguida, criou-se a inspetoria de tuberculose e senhoras da sociedade baiana, movidas pelo mesmo sentimento de solidariedade, organizaram a Fundação antituberculosa Santa Terezinha. Concomitantemente, nesse mesmo ano, em Agosto de 1936, o professor José Silveira anunciava uma palestra na rádio de Berlim feita para o Brasil, a idéia do professor Ludolf Brauer, o grande mestre de Hamburgo, de criar na Bahia um Instituto de Investigação de Tuberculose, cuja finalidade consistia em incentivar o estudo da tuberculose e de tentar achar soluções para os tão complexos problemas em que, infelizmente, ainda hoje, se envolve essa terrível doença. Coube a difícil tarefa da implantação na Bahia, ao professor José Silveira, que após enfrentar muitas e grandes dificuldades, conseguiu um modesto lugar nos fundos do sub-solo do ambulatório Augusto Viana da Faculdade de Medicina da Bahia, onde durante nove anos permaneceu a monumental obra do Instituto Brasileiro de Investigação da Tuberculose, o nosso glorioso IBIT, ainda em plena atividade.

Estávamos ainda na década de 30, onde os fatores sócio-econômicos eram as únicas armas que influenciavam positivamente na luta contra a tuberculose. O exemplo mais significativo ocorreu na Inglaterra, onde tuberculosos passaram a ser pensionista do estado que se encarregava dos enfermos, e de todos os problemas que o cercavam. Com essa medida, a mortalidade por tuberculose caiu 50%, sendo esse país, o primeiro em que a tuberculose começou a declinar, principalmente em razão da sua política de habitação iniciada a partir de 1838. Em suma, uma habitação higiênica, a moradia saudável e o alojamento arejado eram considerados valiosos auxílios na profilaxia da tuberculose. Infelizmente, essas condições não existiam no nosso país, em que as moradias eram degradadas, ou verdadeiros pardieiros. Outro fator de importância fundamental era a alimentação, sobre isso, o exemplo de então era a observação na Dinamarca, onde a mortalidade por tuberculose estava em decréscimo e voltou a ressurgir após a I Guerra Mundial. Esse era o panorama daquela época, sendo a moradia e a boa alimentação os alicerces da boa

Tabela 1. Indicadores da tuberculose na cidade do Salvador (Bahia), no decênio 1928-1937, distribuídos por área da cidade.

Ano	Área da Cidade do Salvador (Bahia)													
	Urbana + Suburbana					Urbana				Suburbana				Relação de casos de tuberculose-urbana: suburbana e parasitárias
Total de óbitos por tuberculose	Média diária	Coefficiente por mil habitantes	Relação para os óbitos gerais	Relação para as doenças infecciosas e parasitárias	Total de óbitos por tuberculose	Média diária	Relação para os óbitos gerais	Relação para as doenças infecciosas e parasitárias	Total de óbitos por tuberculose	Média diária	Relação para os óbitos gerais	Relação para as doenças infecciosas e parasitárias		
1928	1.114	3,04	3,43	17,00	47,42	1.053	2,88	18,20	51,14	61	0,17	7,95	21,03	5,79
1929	1.155	3,16	3,50	16,98	49,78	1.100	3,01	18,34	53,45	55	0,15	6,82	20,99	5,00
1930	1.238	3,39	3,68	18,06	54,04	1.185	3,25	19,60	58,00	53	0,15	6,57	21,37	4,47
1931	1.103	3,02	3,23	17,21	51,71	1.046	2,87	18,60	55,55	57	0,16	7,26	22,80	5,45
1932	1.284	3,51	3,70	20,67	54,80	1.208	3,30	22,34	58,73	76	0,21	9,43	26,57	6,29
1933	1.455	3,99	4,09	20,26	52,95	1.353	3,71	22,17	57,23	102	0,28	9,45	26,56	7,54
1934	1.296	3,55	3,58	18,69	52,85	1.232	3,38	21,28	58,44	64	0,18	5,59	18,60	5,19
1935	1.346	3,69	3,66	18,20	38,33	1.273	3,49	20,59	56,45	73	0,20	6,03	17,76	5,73
1936	1.305	3,57	3,49	19,42	53,62	1.226	3,35	22,00	60,07	79	0,22	6,83	20,10	6,44
1937	1.383	3,79	3,64	19,27	53,21	1.283	3,51	21,14	57,38	100	0,27	9,02	27,55	7,79
Total	12.679	3,47	3,60	18,58	50,44	11.959	3,27	20,42	56,67	720	0,20	7,45	22,28	6,02

Tabela 2. Distribuição dos casos de óbito por tuberculose segundo a faixa etária, de 1928 a 1937, na cidade do Salvador (Bahia).

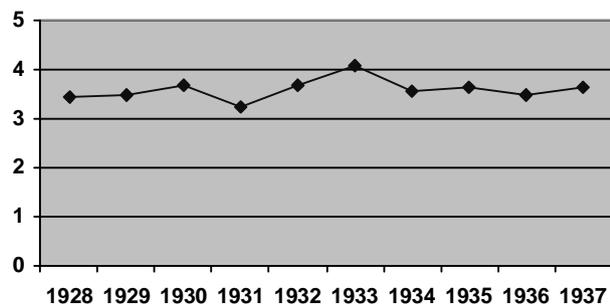
Faixas etárias (anos)	Número (%)
<1	169 (1,3)
1 — 2	321 (2,5)
3 — 4	138 (1,1)
5 — 9	193 (1,5)
10 — 14	242 (1,9)
15 — 19	997 (7,9)
20 — 29	3.887 (30,7)
30 — 39	2.936 (23,2)
40 — 49	1.924 (15,7)
50 — 59	1.013 (8)
60 — 69	421 (3,3)
70 — 79	141 (1,1)
80 — 89	53 (0,4)
90 — 99	9 (<0,1)
≥100	2 (<0,5)
Ignorada	233 (1,8)
Total	12.679(100)

resistência individual. “Organismo bem nutrido é organismo bem defendido”, ensinava Soares Martins.

Nessa era pré-terapêutica contra o bacilo da tuberculose, no Brasil o povo se alimentava muito mal, não só em função da miséria, como também por conta de seus hábitos regionais, daí a disseminação da tuberculose nas classes desprotegidas como afirmou Restema “a mortalidade por tuberculose reflete o grau de bem estar de uma região”. Outro fator que complementava, ou determinava, a importância da moradia e da alimentação era a carência da educação; infelizmente em um país com a grande quantidade de analfabetos, como o nosso, era necessário uma cruzada contra o analfabetismo. Como bem ponderou Plácido Barbosa, “a enorme difusão da tuberculose é o resultado da ignorância do povo sobre os meios de evitar o contágio e fortalecer o terreno”. Finalmente, o recenseamento epidemiológico, que na época era muito limitado, mas de capital importância como afirmou Brunet “o primeiro recurso a lançar mão por qualquer governo resolvido a lutar contra a tuberculose é a de ver claro, isto é, a de conhecer a situação da tuberculose no país”.

Buscando recuperar essas informações da era pré-quimioterapia, pesquisamos os casos de tuberculose da cidade do Salvador do período de 1928 a 1937, tendo como fonte os Arquivos Brasileiros de Tuberculose e Doenças do Tórax e a Gazeta Médica da Bahia. Nesse decênio, a tuberculose matou

Gráfico 1. Coeficientes de mortalidade por tuberculose/1.000 habitantes da cidade do Salvador nos anos de 1928 a 1937.



12.679 pessoas na cidade da Bahia (Tabela 1) e com coeficientes de mortalidade sempre superior a mais de 3 casos/1.000 habitantes (Gráfico 1). Também na Tabela 1, estão referidos outros indicadores da tuberculose nesse mesmo período, comparando o número de casos registrados na cidade do Salvador, segundo a procedência urbana ou suburbana; nessa última área, o número de casos foi menor (720 ou 5,7%), do total de 12.679 de Salvador com essa informação; porém; nesse decênio, a população nessa área da cidade era mais rarefeita. Por outro lado, a Tabela 1 mostra o maior impacto da tuberculose na área urbana da cidade do Salvador, e Tabela 2 evidencia que mais da metade dos casos (53,9%) era da faixa etária (20 a 39 anos de idade) mais economicamente ativa. Não obstante, por não dispor dos dados demográficos da população de Salvador, desse mesmo período de estudo, essas e as seguintes inferências devem ser avaliadas com cautela. Desse modo, os dados sobre o estado civil dos casos de óbito (Tabela 3), são coerentes com as faixas etárias mais acometidas (Tabela 2).

No período estudado da pré-quimioterapia (1928-1937), do total de casos de óbitos por tuberculose levantados ($n=12.679$), a proporção sexual era semelhante (48,2% vs. 51,8%) ou com muito discreto aumento do número de casos no sexo feminino (51,8%; $n=6.373$). Por sua vez, era até esperado número muito maior de mulheres acometidas, considerando que do total de casos de óbito por tuberculose ($n=12.679$) o setor da economia mais afetado era a de trabalhadores de serviços domésticos (42,2%; $n=5.351$ casos), como mostra a Tabela 5, ou aproximadamente 50% dos casos de óbito ($5.351/10.707$) quando são excluídos os menores de 1 ano e aqueles sem ocupação declarada.

Nesse mesmo levantamento, do total de casos estudados quanto a nacionalidade ($n=12.491$ óbitos), só uma pequena minoria (1,5%) era estrangeira ($n=188$). Desse modo, e também supondo que a quase totalidade dos casos de óbito era natural de Salvador ou da região do Recôncavo, pois na época (1928-1937) os meios de transporte eram bastante precários, chama atenção que a frequência observada (22,1%) de pessoas do grupo racial branco (Tabela 4) seja semelhante à descrita pela Professora Eliane Azevêdo, nos anos 80, na população geral da cidade do Salvador e adjacências. Isso tudo evidencia que naquela época a tuberculose afetava a todos, sendo igualmente distribuída, apesar da influencia dos fatores sócio-econômicos, entre brancos, mulatos e negros.

Com essa concepção formada da importância dos fatores sócio-econômicos, foram criadas as bases de uma luta contra a tuberculose na Bahia, investindo em projetos essenciais de acordo com as prioridades que se resumiram em meios de ordem técnica e social. Os primeiros consistiam de um instituto de fisiologia, dispensários como centro de tratamento ambulatorial, sanatórios, obras de assistência, prevenção, material e pessoal sanitário destinado a higienização. Os meios sociais eram de ajuda econômica, seguros, legislação para os tuberculosos e outros auxílios de qualquer espécie. Vale aqui o registro da contribuição do professor Armando Sampaio Tavares na sua proposta de criação de um seguro social na campanha antituberculosa, quando assim se expressou "um seguro social contra a doença e invalidez, constitui pois o essencial fundamento de um largo plano de campanha". Esse tinha por finalidade, a exclusão do contagiante e a proteção à família desse mesmo paciente, por conta do corte abrupto da sua fonte de renda. Estabelecida assim as bases de uma campanha ampla na luta antituberculosa na Bahia no sentido preventivo, já que contávamos apenas no plano terapêutico da colapsoterapia, usando a técnica do pneumotórax artificial e procedimentos cirúrgicos auxiliares, porque ainda nos anos 40 do século XX não dispúnhamos de quimioterapia eficaz.

Nesse cenário, pode-se considerar como a principal providência da época a inauguração do Dispensário Ramiro de Azevedo (no Campo da Pólvora, bairro de Nazaré), reconstruído, ampliado e equipado com novas instalações em 29 de Maio de 1937. Ao lado, também se instalava um novo pavilhão para o controle clínico e biológico de crianças vacinadas com o BCG, dirigido pelo professor Eduardo Araújo. Concomitantemente, também se instalava Fundação Anti-Tuberculosa Santa Terezinha promovida por senhoras da sociedade baiana em uma cruzada de solidariedade com o objetivo de promover o amparo e socorro ao tuberculoso com a destinação de camas, cobertores e alimentos, roupas e várias outras utilidades.

Complementando o armamento antituberculoso do Estado, surgiu o IBIT, tendo à frente o professor José Silveira, os centros de saúde, a ampliação de leitos hospitalares ainda muito escassos, e, por último, o lançamento da pedra fundamental para a construção do hospital Sanatório Santa Terezinha, inaugurado em 1941. Com essas medidas, os resultados começaram a aparecer com a conscientização da necessidade de uma profilaxia eficiente, mesmo sem o recurso da quimioterapia, que só surgiu em 1945 com a descoberta da streptomina por Waxmann e ficou mais consolidada pela descoberta da isoniazida em 1951. Portanto, só nos anos 50 tem início, mais propriamente, a era da quimioterapia, firmando-se a cura definitiva e, longamente, tão esperada. Proclamava-se assim, "definitivamente", o fim da peste branca com todas as suas trágicas conseqüências.

A partir dessa fase, mudaram-se completamente as bases da luta contra a tuberculose, deu início a quimioprofilaxia, bem como a reestruturação e a padronização através da criação do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), a Campanha Nacional Contra Tuberculose (CNCT) e as Divisões Estaduais de

Tabela 3. Distribuição por estado civil dos casos de óbito por tuberculose, de 1928 a 1937, na cidade do Salvador (Bahia).

Estado civil	Total (%)
Solteiro	9.182 (72,4)
Casado	2.409 (19)
Viúvo	754 (5,9)
Ignorado	334 (2,6)
Total	12.679 (100)

Tabela 4. Casos de óbito por tuberculose, na cidade do Salvador (Bahia) de 1928 a 1937, distribuídos pelo grupo racial.

Grupo racial	Total (%)
Branco	2.805 (22,1)
Negro	3.283 (25,9)
Pardo ou Mulato	6.591 (52)
Total	12.679 (100)

Tabela 5. Casos de óbito por tuberculose, conforme o setor da ocupação principal de cada caso (Salvador, 1928- 1937).

Setor vinculado à ocupação principal	Total (%)
Exploração do solo e subsolo	572 (4,5)
Indústria	1.896 (15)
Comércio	1.025 (8,1)
Transporte	932 (7,4)
Força Pública	209 (1,6)
Administração Pública	202 (1,6)
Profissões Liberais	338 (2,7)
Serviço doméstico	5.351 (42,2)
Outras ocupações e ou setores	182 (1,4)
Não declarada	848 (6,7)
Menores de 1 ano de idade	1.124 (8,9)
Total	12.679

Tuberculose. O serviço nacional (SNT) e as divisões eram órgãos normativos, enquanto que a campanha (CNCT), se encarregava da liberação de verbas e de apoio às várias instituições e incentivos a congressos nacionais, desenvolvendo um trabalho dos mais profícuos. Foi a época de ouro da luta antituberculosa. Como tudo que acontece nesse país, o que é bom dura pouco. Infelizmente, tanto o SNT, a CNCT e as divisões foram extintos e substituídos por uma simples coordenação, de nível nacional e as estaduais, perdendo a sua força e autonomia. Como consequência, hoje a tuberculose recrudescer com outras aparências, tendo como foco a resistência às drogas e de interação com doenças imunossupressoras, constituindo-se uma nova etapa e exigindo das autoridades sanitárias do país uma reflexão e nova reestruturação de luta contra a enfermidade que não se extinguiu, apresentando-se de “cara nova”, mas com o mesmo vigor. Daqui fica o alerta.