

Mortalidade por Tuberculose e Condições de Vida: o Caso Rio de Janeiro

Antonio Ruffino Netto*
José Carlos Pereira**



RESUMO

Os autores analisam os dados de mortalidade por tuberculose na cidade do Rio de Janeiro no período de 1860 a 1977. Através de uma metodologia específica evidenciam que a curva de velocidade de declínio da mortalidade se ajusta a 3 regressões distintas, equivalentes aos períodos 1860-1885; 1885-1945 e após 1945.

Efetando um estudo da formação econômico-social da cidade, região (e mesmo do Brasil) destacam alguns fatores (econômicos, demográficos, sociais, político-sanitários) que apresentam como hipóteses explicativas para as diferentes velocidades de declínio.

Concluem que apesar de ser marcante o impacto determinado pelos métodos específicos de controle da tuberculose, não menos significativo é o efeito dos métodos inespecíficos de controle (melhoria de condições de vida).

* Epidemiologista e ** Sociólogo do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

I - INTRODUÇÃO: O PROBLEMA

Voltou-se hoje, como num passado não muito remoto da história da Medicina, a enfatizar a importância de fatores não-biológicos determinantes da morbidade e da mortalidade. Em algumas enfermidades a influência de tais fatores é mais nítida. Entre elas a tuberculose. Nesta, já ficou patente que sua causa necessária é menos significativa do que as condições suficientes. A simples presença do Bacilo de Kock não basta para causá-la. Frequentemente, os fatores de ordem social, econômica e cultural têm que estar presentes para que a moléstia se desenvolva. Assim sendo, muitas vezes, alterações nas condições de vida das pessoas são fundamentais para explicar modificações em sua incidência e prevalência.

Entendemos que os dados de mortalidade por tuberculose (coeficiente/100.000 habitantes), no antigo Distrito Federal (hoje, município do Rio de Janeiro), no período de 1860 a 1977, apresentados na figura 1 (8, 12, 13)*, poderiam exemplificar o que estamos afirmando. A impressão geral é de que se trata de uma doença cuja mortalidade está declinando progressivamente, com velocidades aparentemente diferentes de acordo com períodos históricos.

Uma vez que estes dados estão apresentados em escala aritmética, qualquer conclusão seria um tanto precipitada podendo levar a inferências descabidas. Projetando-se, contudo, estas informações numa escala semi-logarítmica (apresentada na figura 2) é possível perceber que a "curva total" é composta por 3 retas, que traduzem a tendência de mortalidade por Tb, a declinar com velocidades desiguais, de acordo com diferentes períodos. Assim é que para o período que antecede a 1885, encontrou-se:

$$\log y = 24,7611 - 0,0117X,$$

para o período que medeia entre 1885 e 1945, encontrou-se:

$$\log y = 11,4965 - 0,0046X;$$

após 1945 encontrou-se:

$$\log y = 75,9634 - 0,0378X$$

onde:

y = coeficiente de mortalidade/100.000

X = ano calendário.

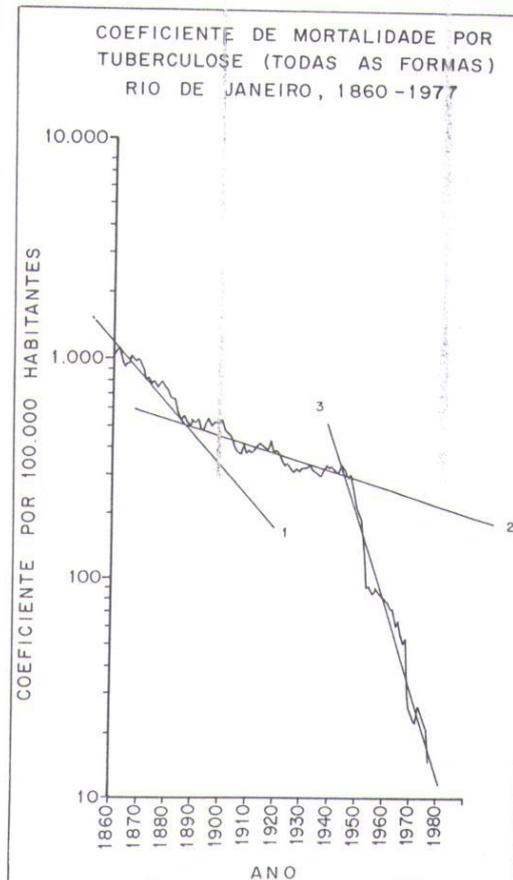
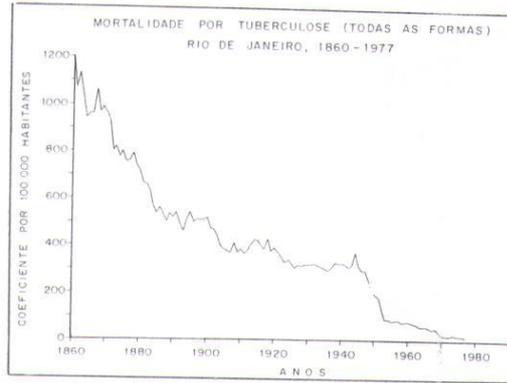
Apesar de se tratar de dados de qualidade discutível, sendo em parte, inclusive, recuperados a partir de um gráfico, é inequívoco que houve decréscimo nos coeficientes de mortalidade por Tb em períodos em que, praticamente, não havia ocorrido nenhum avanço significativo no tratamento da enfermidade por tuberculostáticos.

Dado que a tendência do fenômeno (mortalidade) se apresenta sob forma de 3 retas**, sendo 2 "relativamente"

* Deve-se assinalar que os dados referentes ao período de 1860 a 1940 foram recuperados a partir da referência 12, pág. 48.

** Se se tentasse ajustar uma única regressão para o período de 1860 a 1945, a reta seria dada por: $\log y = 15,7622 - 0,0069X$, onde se observou um coeficiente de declínio (0,0069) que é cerca de 1,7 vezes menor do que o observado no período 1860-1885 (0,0117), ou seja $0,0117 \div 0,0069 = 1,7$; por outro lado, seria 1,5 vezes maior do que o observado no período 1885-1945 (0,0046), ou seja, $0,0069 \div 0,0046 = 1,5$. Estas considerações reafirmam a conveniência de se tratar o problema da tendência como constituído por 3 retas separadamente.

*** Atribui-se ao Pe. Manuel da Nóbrega, chegado em 1549, o ter sido a primeira fonte conhecida de infecção neste país (12, p. 17).



I
V
E
F
C
T
[
d
r
v
r
n
n
c
b
n
d
d
ci
re
se
II
cr
da
çã
ci
da
Ge
fas
18
pe
coi

paralelas, imediatamente nos perguntamos: "que fatores teriam condicionado tal comportamento?". Formulamos um conjunto de hipóteses tentando explicar as diferentes velocidades de declínio expressas pelas 3 retas.

Uma primeira hipótese poderia ser a busca de uma interpretação que analisasse o fenômeno de um ponto de vista estritamente biológico. Assim é que, quando se pensa nas relações hospedeiro-parasita, alguns epidemiologistas⁽¹⁾ assinalam que haveria diferentes períodos: numa primeira etapa, das relações entre hospedeiros e parasita, resultariam a doença e a morte. Existiria, contudo, um imperativo biológico que levaria ambas as espécies a sobreviverem e alcançarem uma condição de equilíbrio depois de muitas ondas epidêmicas que, gradualmente, iriam se amortecendo, passando-se assim de uma situação epidêmica para uma endêmica. Haveria, desta forma, uma modificação marcante (quantitativa e qualitativa), na relação hospedeiro-parasita, passando por períodos de flutuações epidêmicas, períodos de flutuações decrescentes (ondas amortecidas) e período de endemia.

Para comprovar tais colocações, ARMIJO⁽¹⁾, pp. 6-9) lança mão de 3 tipos de argumentos: a) história da medicina (mostrando estatísticas de mortalidade por escarlatina em Liverpool no período de 1849 a 1925, bem como as variações ocorridas na mortalidade por sarampo e difteria); b) epidemiologia experimental; c) epidemias geradas teoricamente.

Assim, para a tuberculose (biologicamente falando), seria de se esperar que após sua introdução no Brasil***, tivéssemos desde muito antes de 1860, numa etapa de ondas epidêmicas decrescentes.

Muita contra a aceitação desta teoria o fato de que ela poderia ser válida para uma população relativamente fechada, com movimentos migratórios desprezíveis, especialmente externos, o que, absolutamente, não se aplica ao caso em tela. De fato, nele, as relações hospedeiro-parasita não ocorreram dentro da situação teórica, hipotética, descrita, e sim no interior de uma sociedade cuja estrutura populacional (qualitativa e quantitativamente) estava apresentando mudanças tão rápidas que poderiam alterar completamente o comportamento de tendência da doença.

Em face disso é que entendemos que as variações assinaladas devem ser atribuídas, fundamentalmente, a modificações nas condições de existência da população carioca, sobretudo das classes sociais desafortunadas. Esta constatação nos encaminha ao exame de possíveis transformações ocorridas na formação econômico-social, representada pela região do Rio de Janeiro, ou mesmo pelo Brasil, no período em discussão. Serão algumas destas modificações, que reputamos terem sido expressivas, que apontaremos e discutiremos a seguir.

II — PRIMEIRO PERÍODO: 1860-1885

Em relação ao primeiro período e parte do segundo, cremos que as modificações observadas na curva de mortalidade, possivelmente, estão bastante vinculadas com alterações ocorridas na economia cafeeira. Esta se desenvolveu inicialmente, como se sabe, no Vale do Paraíba, tanto em terras da província do Rio de Janeiro, como em regiões de Minas Gerais e São Paulo ligadas à capital do Império. O período de fastígio do café, no Vale, segundo STEIN⁽¹⁷⁾, ocorreu entre 1850 e 1864, sendo o período de decadência o representado pelo último quartel do século passado. Isto está de acordo com as indicações de CELSO FURTADO⁽⁶⁾, pp. 137-138),

que mostra como os anos 30 e 40 do século XIX foram de preços declinantes para o café, ao passo que a partir de 1850 as cotações passaram a apresentar-se em alta. Disso se poderia concluir que a maior parte do terceiro quartel do século passado se constituiu num período de prosperidade para toda a região cafeeira do Vale do Paraíba voltada para o Rio de Janeiro. Quanto à própria cidade, é de supor-se que as modificações das condições de vida nela imperantes se tenham processado no sentido de favorecer uma existência mais saudável.

Presumimos, igualmente, que a prosperidade proporcionada pelo café repercutiu na composição demográfica da cidade. Em primeiro lugar, essa prosperidade teria atraído imigrantes europeus desejosos de se aproveitarem do crescimento econômico gerado pela cultura do café, seja como prestadores de serviços, seja como elementos vinculados ao seu comércio. É preciso que se diga que a expansão econômica do Vale do Paraíba foi possível, em grande parte, graças a capitais e créditos fornecidos pelo capital financeiro internacional da época. No Rio de Janeiro estabeleceram-se casas exportadoras (e importadoras) e outros intermediários. Não seria descabido conjecturar que os estrangeiros atraídos pelas possibilidades econômicas abertas por essa expansão fossem mais saudáveis do que os habitantes nativos. Em segundo lugar, a criação de empregos em maior número e mais rendosos, aliada ao fato de que a cidade era o centro do Império, proporcionando aos seus moradores, com condições de se acercarem do poder, possibilidades de maior ascensão social e política, exerceria atração sobre pessoas de condição sócio-econômica elevada residentes em outras partes do Brasil. Esse movimento migratório, por ter atraído pessoas com menores possibilidades de serem portadoras de tuberculose ou de a contraírem, repercutiria no decréscimo do coeficiente de mortalidade por essa enfermidade.

Esse processo de europeização e de embranquecimento da cidade, indicado acima, vinha já desde a vinda da família real para o Brasil. No entanto, um outro fenômeno migratório que teria contribuído para isso, a diminuição do número relativo de negros e mulatos escravos poderia ter sido determinado por uma utilização crescente pela lavoura cafeeira, de seres humanos vivendo em condição servil antes utilizados em serviços domésticos e outros afazeres urbanos. Julgamos que se teria passado algo semelhante ao que ocorreria posteriormente na cidade de São Paulo: quando o chamado "oste paulista" ultrapassou o vale do Paraíba como principal região produtora de café do Brasil, houve deslocamento da mão-de-obra escrava da capital para o interior, afluxo de libertos para a capital e acréscimo da população branca graças à fixação de imigrantes⁽⁴⁾, pp. 9/10). Dado que a condição de vida do escravo sujeitava-o a um muito maior risco de se infectar pelo BK, qualquer redução relativa de seu número contribuiria para o decréscimo dos coeficientes de mortalidade por Tb.

A intensificação das influências sócio-culturais européias, que se estava operando desde há muito, como se disse atrás, manifestou-se numa série de alterações na forma de viver do povo brasileiro. Elas abrangeram o tipo de habitação, hábitos alimentares, vestimentas, vida familiar etc. Gilberto Freire entende ter havido uma "reuropeização" da sociedade brasileira, com importantes mudanças nos hábitos coloniais. A progressiva ocidentalização teria restringido as velhas influências orientais^(2, 5).

Vale a pena destacar alguns dos aspectos anteriores que passaram a ser criticados. No caso da habitação, a alcova, lo-

cal do sono, na casa colonial estava situada no centro da residência. Ela "não dispunha de aeração, iluminação ou qualquer outra comunicação com o exterior" (2:100; 5:419). Calçado em Freire e F.P. Candido, afirma J.F. Costa que, "do ponto de vista da higiene, a habitação antiga prestava-se a todo tipo de crítica. Sua arquitetura fechada, impermeável ao exterior, elaborada para responder ao medo dos 'maus ares', ventos e miasmas foi cruamente atacada pelos médicos como insalubre e doentia". Em seus "Relatórios sobre as medidas de salubridade reclamadas pela cidade do Rio de Janeiro", Francisco de Paula Candido afirmaria: "As casas do Rio de Janeiro parecem destinadas antes à Lapônia ou à Groenlândia do que à latitude tropical... uma fatal alcova, dormitório predileto, escura e modesta sala com um corredor escuro; uma sala de jantar, de costurar, de tudo, exceto de saúde, pouco mais escura do que a sala da frente, mas munida de infalível alcova, mediante ou não outro corredor, a cozinha térrea" (2, p. 110; 5, pp. 433-4).

Com a "reuropeização" da cidade, estimulada pela imigração de maior número de europeus, facilitada pela melhoria das condições econômicas e ativada pela ação dos médicos, a casa vai se tornando mais higiênica. Já durante a estadia da família real, haviam sido abolidas as rótulas ou gelosias. Faulatinamente, as casas, até então escuras e úmidas, passam a apresentar outras características, com janelas e portas mais amplas. Ganham outra aparência, com modificações no seu interior. Concomitantemente, há mudanças nas roupas e nos hábitos higiênicos; desenvolvem-se novos gestos, rituais e atitudes (2, pp. 123-150).

De qualquer forma, as alterações na arquitetura levaram à construção de casas com melhores condições de aeração e de insolação. As casas do período anterior, bastante fechadas e escuras visando proteger seus moradores dos "miasmas", provavelmente seriam, ao mesmo tempo, excelentes ambientes à manutenção do BK e sua transmissão. Trabalhos bem recentes no campo da Tisiologia têm mostrado a preocupação e o interesse dos pesquisadores em relação a essas condições de manutenção e transmissão do BK (14, 18), assinalando o quanto a ventilação e insolação são elementos importantes no controle da tuberculose. Tal ocorrência, por si só, possivelmente, teve grande efeito nas condições de transmissão da doença e, portanto, na epidemiologia da enfermidade no período assinalado.

Importantes para a compreensão do fenômeno que estamos discutindo serão também as mudanças operadas nos costumes, hábitos familiares e valores. As mulheres, por exemplo, são incitadas a sair mais de dentro de suas casas. O mais significativo, talvez, tenha sido, contudo, a transformação ocorrida no papel representado pelo escravo doméstico. Ele passou a significar uma ameaça à saúde, principalmente para as crianças, tendo sido "alinhado junto com os miasmas, insetos e maus ares" (2, p. 122). Entendemos que o fator fundamental nessa exclusão dos escravos do serviço doméstico esteja relacionada com sua crescente utilização na lavoura cafeeira, onde o capital por ele representado seria muito mais rentável. Não se deve ignorar, entretanto, o efeito de demonstração constituído por aristocratas portuguesas e burgueses estrangeiros que acorriam ao Rio de Janeiro, que raramente admitiam negros ao seu serviço. De qualquer forma, também os brasileiros começaram a dispensá-los.

Outro estímulo nesse sentido foi dado pelos médicos, que passaram a responsabilizar os negros pela perpetuação de

hábitos incultos, de maneiras grosseiras e rudes e de serem fonte de variados males, constituindo uma ameaça para a saúde (2, pp. 125-6). Uma das conseqüências da exclusão dos escravos do ambiente familiar, em termos de processo de transmissão do BK, foi de que, com ela, diminuiu bastante a excessiva aglomeração de pessoas sob o mesmo teto, existente no começo do século XIX. Luccock, por exemplo, "calculava

que o número de pessoas numa casa do Rio, em 1808, era de 15", enquanto Gendrin estimava que "numa família comum havia 7 ou 8 negros" (2, p. 84). A par disso, os médicos da época passaram a apontar, cada vez mais, a inconveniência de muitas pessoas dormirem no mesmo quarto. Mais ainda fizeram os médicos. O Dr. Paula Candido, presidindo a Junta Central de Higiene da capital do Império, conseguiu, junto ao Parlamento, que fossem adotadas novas medidas sanitárias para início de controle da tuberculose. "Assim é que, pelo Decreto nº 6.387, de 15 de novembro de 1876, os serviços sanitários, em diversas cidades do Império, foram reorganizados" (12, pp. 43-44). Muitas das leis baixadas a partir de 1870 estavam relacionadas com as condições de habitação. Tanto assim que, "de 1876 a 1886 foram baixados cinco decretos e um aviso ministerial, além de várias instruções, relativamente à polícia sanitária domiciliar. Preocupava-lhes muito o problema das condições higiênicas das habitações coletivas, chamadas 'cortiços' e as epidemias de varíola, febre amarela, dienterias, visitantes habituais da cidade" (12, p. 45).

Em suma, percebe-se que uma série de fatores interatuantes poderiam estar, no período em causa, interferindo na epidemiologia da tuberculose e, conseqüentemente, na mortalidade pela mesma.

III - SEGUNDO PERÍODO: 1885-1945

No segundo período continuou a decrescer a taxa de mortalidade por tuberculose, ainda que o ritmo da queda tenha declinado, passando de 0,0117 para 0,0046 (ou seja 2,5 vezes menor). Este declínio não significou uma piora das condições de vida. Teria sido como se, nesse intervalo de tempo, os fatores positivos e negativos tendessem a um certo equilíbrio, ainda que com predomínio dos primeiros. Muitos daqueles a que nos referiremos a seguir propiciaram antes melhores condições de vida do que as atuais, ainda que às vezes, possam ter atuado, durante algum tempo na segunda direção. Isto explicaria a queda do ritmo. Lancemos mão de um exemplo: a expansão do processo de industrialização no antigo Município Neutro. Geralmente, este processo, em seus primórdios, é visto como tendo contribuído para a piora daquelas condições, sobretudo porque tendemos a compará-lo com o acontecido na Inglaterra.

Nesta, no entanto, o avanço do capitalismo industrial significou a transformação do artesão e do camponês em assalariados. Isto implicou seu despojamento da propriedade dos meios de produção de que gozavam. No Brasil as coisas não se passaram do mesmo modo. As condições de trabalho na indústria eram igualmente péssimas. Ocorre que as condições de vida anteriores eram também desumanas. O trabalhador industrial brasileiro, no início do processo, geralmente, ou tinha sido escravo ou um homem livre que não encontrava lugar num sistema econômico-social em que se era escravo ou senhor. Disso decorreu a existência de uma população marginal nas cidades (11) inclusive, e talvez principalmente, no Rio de Janeiro.

Do mesmo modo que usamos a industrialização para exemplificar nosso raciocínio, poderíamos ter usado outros processos, como os de migração e de urbanização. Enfim, cremos que, no conjunto, a partir da década de 1880, os fatores e condições intervenientes melhoraram menos significativamente as condições de existência, quando as comparamos com tempos anteriores.

Julgamos que, também neste período, as variações observadas na taxa de mortalidade por Tb estão grandemente relacionadas, pelo menos nas primeiras décadas do mesmo, com a economia cafeeira. Ao contrário do que ocorreria nas décadas anteriores, o último quartel do século passado foi de decadência dessa economia no Vale do Paraíba. Na década de 80, a produção dos planaltos paulistas ultrapassa a do Vale, sendo o café escoado cada vez mais pelo porto de Santos em vez de através do Rio de Janeiro (15, 19). Para essa decadência concorre a crise de 1893 nos Estados Unidos, produzindo uma acentuada queda de preços entre essa data e 1899 (6, pp. 208-9).

Uma das repercussões graves dessa situação teria sido a queda do poder aquisitivo dos grupos ligados à economia cafeeira, com conseqüências negativas sobre a atividade comercial e de serviços em geral, agravada pela tendência desses grupos de minimizarem suas perdas através do conhecido processo de socialização dos prejuízos, mediante a depreciação externa da moeda. Tal processo acabava encarecendo excessivamente o preço dos produtos importados, os quais constituíam parcela importante dos bens consumidos por uma população como a do Rio de Janeiro. Isto teria produzido uma piora do padrão de vida da população da cidade.

A queda de produção e de preços do café, aliada ao definitivo solapamento do regime escravocrata em 1888, determinou um movimento migratório de ex-escravos para o Rio de Janeiro. Se permanecessem nas zonas cafeeiras decadentes do Vale, teriam que se submeter a condições de trabalho "substancialmente análogas às anteriores" ou teriam de se integrar na economia de subsistência (4, p. 5). Entre estas duas opções teriam optado, em grande parte, pela migração para o Rio de Janeiro.

Nesta cidade, possivelmente, viveram em condições precárias de vida. De um lado, por não estarem preparados para compenetrar por posições estratégicas no sistema econômico, couberam os setores residuais da economia (4, pp. 5-6). De outro, porque teriam resistência a venderem sua força de trabalho, tendendo a identificar liberdade com o não-trabalho, "com o direito de não fazer nada" (4, p. 56; 3). Ora, para que alguém venda sua força de trabalho é preciso não somente que seja despossuído de meios de produção, mas também que esteja ideologicamente disposto a vendê-la, não preferindo "à condição de assalariado, a miséria e mendicância" (15, p. 45). Em vista disso, possivelmente, suas condições de vida, mormente em termos de alimentação e de moradia, deviam ser precárias. Conseqüentemente, é de se supor que sua saúde também o fosse, tornando-se pessoas mais predispostas a desenvolverem a tuberculose doença.

Se os antigos escravos resistiam à sua transformação em trabalhadores assalariados, submetendo-se com dificuldade "à disciplina própria à produção capitalista", também uma parcela de brasileiros brancos despossuídos tendiam à mesma resistência. Isto porque, no Brasil, era máximo o preconceito contra o trabalho braçal por estar identificado com uma atividade exercida por escravos. Em conseqüência, qualquer de-

pressão dos setores de serviço poderia fazer com que piorassem as condições de vida, inclusive sob este aspecto.

A decadência da economia cafeeira do Vale do Paraíba teria ainda contribuído para o grande crescimento demográfico da cidade. Tinha ela, conforme os dados dos Censos gerais, 274.972 habitantes em 1872, 522.651 em 1890, 811.443 em 1900, 1.157.873 em 1920 e 1.764.141 em 1940, do que se depreende que o grande salto, em termos demográficos, ocorreu no último quartel do século passado. É que, sabidamente, com a crise do café, há um refluxo dos colonos para as cidades (7, pp. 45), em busca de empregos na burocracia, nos serviços e mesmo na indústria em expansão. A cidade "Incha" em termos populacionais e, dadas suas condições geográficas, que dificultam a ocupação do espaço, as habitações "sobem" os morros. Cortiços e favelas tornam-se locais de moradia. Estamos diante de uma urbanização sociopática que facilita a disseminação da enfermidade.

Inversamente, a crise cafeeira no Vale do Paraíba induz a um abandono do mesmo por parte de grandes plantadores, que são atraídos pelo oeste paulista. Da mesma forma, ela leva a um déficit imigratório, com muitos dos melhores elementos estrangeiros buscando outros países, como a Argentina e os Estados Unidos. De fato, em 1900, pela primeira vez, o número de emigrados do país superou o de imigrantes para ele, sendo que em 1903 o excesso de saídas sobre o de entradas superou 18.000 pessoas (11, p. 219). De modo geral, as pessoas que migram são as mais competentes, ativas e esforçadas. É claro que se poderia dizer o mesmo dos migrantes internos que procuraram o Rio de Janeiro. No entanto, é de se presumir que os que saíram eram mais saudáveis do que os que chegavam. Além do mais, estes vão enfrentar condições de vida mais precárias pelo próprio excesso de pessoas vivendo na cidade.

A migração é facilitada pelas estradas de ferro. A que se dirigia a São Paulo, a D. Pedro II, alcançou seu ponto terminal em Cachoeira, em 1874 (9, p. 74), quando a lavoura cafeeira entrava em decadência. Destacaremos aqui não tanto o fator de prosperidade por ela representado, e sim o fato de que sua existência não só facilitou a procura do Rio de Janeiro pelos migrantes, como a expulsão de seus problemas sociais pelas cidades menores do Vale do Paraíba. Realmente, muitas vezes, as pequenas cidades se deparam com um menor número desses problemas, em relação às metrópoles, em decorrência de tenderem a repeli-los para estas últimas. Entre tais problemas, poderíamos incluir todos os socialmente indesejáveis, que são pressionados a abandoná-los, inclusive os tuberculosos, vítimas, especialmente no século passado, de sério estigma social. Dentro dessa mesma linha de raciocínio é possível levantar outra hipótese. A de que a diminuição do ritmo de queda dos coeficientes de mortalidade por Tb decorreria, parcialmente, do fato de que essa facilidade de comunicação permitiria às pessoas doentes demandarem em maior número o centro de assistência médica que era o Rio de Janeiro.

Entre os fatores negativos que poderiam contribuir para essa diminuição poderíamos, talvez, incluir também a migração estimulada pela grande seca de 1877-80 que despoçou o interior nordestino. Ainda que a maior parte dos migrantes se tenha dirigido para o vale amazônico, uma parcela dos mesmos, habitantes dos Estados mais ao sul da região, se dirigiram tanto para São Paulo como para o Rio. Tratando-se de pessoas geralmente subnutridas, com resistências orgânicas reduzidas, pode-se conjecturar que se tenham constituído presa mais fácil para a moléstia. Acrescentaríamos

igualmente a esse conjunto de fatores negativos a expansão da burocracia com a instauração da República. A incorporação aos quadros da organização burocrática, pressupomos, freqüentemente significou vida sedentária, trabalho em ambientes fechados, pouco insalubres e arejados, com roupas inadequadas ao clima da cidade.

Julgamos, contudo, que o processo social mais importante ocorrido no período e ao qual se poderia atribuir boa parte da explicação pelo acontecido com a curva de mortalidade por Tb, teria sido, ao lado do de urbanização, o de industrialização. A indústria em expansão no Brasil, desde o final do Império e nas primeiras décadas do período republicano, concentrou-se no Distrito Federal. Evidentemente, as condições de trabalho vigentes nos primeiros estabelecimentos industriais deviam ser bastante insalubres, especialmente se considerarmos que mais da metade dessa atividade ocorria no setor têxtil. Assim é que, em 1889, 60% do total do capital industrial estava aplicado nesse setor (16, p. 16), no qual, reconhecidamente, as condições de trabalho são geralmente piores.

Em relação à primazia do Distrito Federal no parque industrial brasileiro, isso fica claro quando nos utilizamos dos dados do Censo Industrial de 1907. Nessa data, nos 3.250 estabelecimentos industriais brasileiros trabalhavam 150.841 operários, sendo que, à capital de República, cabiam 30% da produção total, 24% do operariado e 20% dos estabelecimentos (16, p. 17), ou, mais precisamente, 670 empresas e 35.243 operários (15, p. 84). Nessa época, São Paulo contribuía com 16% da produção total. Já pelo Censo de 1920 existiam no Distrito Federal 1.541 estabelecimentos industriais, nos quais trabalhavam 56.229 operários.

Nas primeiras décadas, esse desenvolvimento industrial ou mão-de-obra que não encontrava lugar na economia cafeeira e que se fora concentrando no Rio de Janeiro. É claro que a remuneração era baixa, tendo sido este, inclusive, um dos principais fatores da prosperidade dessa indústria. De fato, essa "população marginal, sem ocupação fixa e meio regular de vida, era numerosa", encontrando dificuldade em se "entrosar normalmente no organismo econômico e social do país. Isto (...) resultava em contingentes relativamente grandes de indivíduos mais ou menos desocupados, de vida incerta e aleatória e que davam, nos casos extremos, nestes estados patológicos da vida social, a vadiagem criminoso e a prostituição (...). A indústria nascente (...) encontrará naqueles setores da população um largo, fácil e barato suprimento de mão-de-obra" (11, p. 203).

As novas condições de vida proporcionadas pelo trabalho industrial, mal remunerado e ao mesmo tempo insalubre, poderiam ter contribuído para manter relativamente elevada a incidência de tuberculose entre os trabalhadores industriais. É de se supor, contudo, que o grosso das vítimas da enfermidade estivesse concentrada nessa população marginal, sem ocupação fixa, a que se refere Caio Prado Jr., pois o desenvolvimento industrial carioca não é de molde a ocupar toda ela. Além do mais, estava essa população em constante crescimento, devido à atração exercida pela cidade grande, capital do Império e da República, sobre pessoas de todo o Brasil mas, principalmente, sobre as que antes habitavam o Vale do Paraíba e que não encontravam, nas pequenas "cidades mortas" da região, possibilidades de subsistência.

Vários acontecimentos, como a Primeira Guerra Mundial, as constantes crises do café, o "crack" do capitalismo

mundial de 1929/30, a Revolução de 1930 e a Segunda Guerra Mundial, não foram de molde a alterar significativamente para melhor a situação que expusemos.

IV – TERCEIRO PERÍODO: APÓS 1945

No período posterior ao término da Segunda Guerra Mundial, aumenta a velocidade de declínio da curva por Tb. Ela passa agora a 0,0378. Entendemos que esse aumento de velocidade foi devido ao fato de que convergiram condições e fatores de natureza sócio-econômica, que melhoraram o padrão de vida de grande parte da população vivendo exclusivamente no Rio de Janeiro, e fatores de ordem estritamente médica, como a utilização extensiva e intensiva de tuberculostáticos.

A industrialização se intensificou no período subsequente ao final da guerra, mercê de um processo de substituição de importações grandemente estimulado pela deterioração das relações de troca. De fato, com a queda acentuada dos preços dos produtos primários no mercado internacional, tivemos cada vez menos capacidade de continuar importando produtos industrializados e, portanto, fomos obrigados a produzi-los internamente. Com isso, houve possibilidade de absorver uma porção razoável de mão-de-obra pelo setor industrial e por setores comerciais e de serviços altamente beneficiados pela expansão da indústria. Os salários reais até mesmo subiram, principalmente a partir da segunda presidência de Vargas e até 1958 pelo menos.

Mesmo quando estes começaram a cair, com a política salarial posta em prática a partir da segunda metade da década de 60, o fato de as indústrias continuarem a se concentrar no município, mas não grandes parcelas da população trabalhadora, poderia explicar aquela continuada curva de mortalidade. De fato, é possível que a população moradora das cidades-dormitórios não contribua para a mortalidade geral e específica da cidade do Rio de Janeiro. Assim, assumimos a hipótese de que grande parte da população moradora nesta é beneficiária do processo de industrialização, da expansão do turismo, do desenvolvimento dos serviços públicos etc. e que, ao mesmo tempo, parte ponderável da população trabalhadora, que poderia ser a mais prejudicada, em vista de morar na Baixada Fluminense, não contribui para a elevação de suas taxas de morbidade e mortalidade. Da mesma forma que a descentralização de atendimento dos tuberculosos (como se verá adiante) retirou grande número deles da cidade, a impossibilidade de muitos trabalhadores viverem na mesma, diminuiria a mortalidade por Tb.

É possível também que o Rio de Janeiro se tenha beneficiado com a transferência da capital para Brasília. Tornando-se menos atrativa, em termos de migração interna, diminuiu seu ritmo de crescimento demográfico, com repercussões positivas naquelas taxas. Talvez até mesmo atraia, em proporção igual ou até maior do que no passado, pessoas de elevada posição sócio-econômica, que nela passam a residir.

Sendo, além do mais, uma cidade que concentra parte razoável das classes possuidoras e dominantes, a prosperidade geral do país repercute sobre ela. Mais ainda. É sabido que há uma tendência de os governos aplicarem mais recursos materiais nas regiões próximas ao poder. Especialmente depois da redemocratização do país em 1945, quando os chefes do poder executivo dependiam do voto das grandes cidades, o Rio de Janeiro pode ter atraído benefícios para si, com a ele-

vação da arrecadação de impostos e taxas federais, por ser, ao mesmo tempo, grande cidade e capital do país.

Quanto a medidas de caráter médico-preventivo desenvolvidas no período, é preciso que consideremos que muitas delas só alcançam certa repercussão depois de alguns anos, de modo que incluímos aqui algumas tomadas durante a Grande Guerra. É de 1940, por exemplo, o Plano Federal de Construção de Instalação de Sanatórios que previu o término do Sanatório do Distrito Federal que fora iniciado em 1937 (12, pp. 127 a 138). Em 1941 foi criado pelo Departamento Nacional de Saúde o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), ao qual caberia dedicar-se, especificamente, ao estudo dos problemas relativos à tuberculose e ao desenvolvimento de meios de ação profilática e assistencial (12, pp. 144-152). No ano seguinte criaram-se, naquele Departamento, cursos de aperfeiçoamento e especialização em Tisiologia (12, pp. 141-2). De 1942 a 1945 o SNT instalou e inaugurou vários sanatórios por todo o Brasil, estendendo a assistência aos tuberculosos do interior do país, procurando evitar seu afluxo para as capitais. Outras atividades desenvolvidas pelo SNT, a partir de 1942, poderiam modificar a epidemiologia da doença, entre as quais um censo torácico-tuberculínico em todo o país (tentando vacinar os analérgicos, orientar os já infectados e isolar os bacilíferos). Tal censo foi efetuado através de núcleos fixos e móveis. Núcleos fixos foram instalados no próprio Distrito Federal e, no Estado do Rio de Janeiro, em Volta Redonda e Petrópolis, enquanto um móvel, fazendo pião em Campos, foi instalado num vagão da Estrada de Ferro Leopoldina, servindo a zona norte fluminense.

Em 1946 foi criada a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) (12, pp. 169-192), que passou a coordenar todas as atividades de controle da doença, dando-lhes uniformidade de orientação e de comando, ainda que sugerindo a descentralização dos serviços. As atividades da CNCT aumentaram, sem dúvida, a eficiência do programa de controle da enfermidade, alterando, dessa forma, seu quadro de mortalidade, não só no Rio de Janeiro como em todo o país.

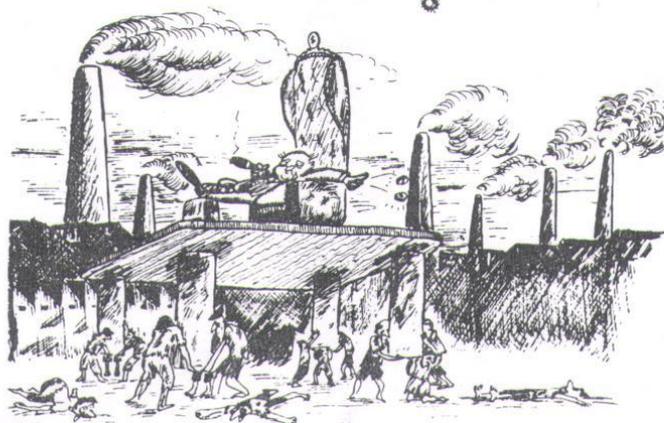
Por fim, devemos ressaltar a grande contribuição para o declínio das taxas de mortalidade determinada pela utilização dos tuberculostáticos: estreptomomicina a partir de 1948; ácido para-amiho-salicílico (PAS) a partir de 1949; hidrazida a partir de 1952 (12, p. 48).

V — COMENTÁRIOS FINAIS E CONCLUSÕES

Ainda que a qualidade dos dados trabalhados seja discutível, como já foi assinalado na "Introdução", parece-nos ser inquestionável uma alteração significativa na tendência secular de mortalidade por tuberculose no Rio de Janeiro. Resalte-se, além do mais, a adequação do uso de dados de mortalidade para se estudar a epidemiologia dessa enfermidade. Afirma A. Pio a respeito: "a mortalidade é o indicador mais apropriado para a descrição epidemiológica do problema e a objetivação do propósito de mudança. Sua escolha se justifica porque a mortalidade, além de ser o indicador de que se dispõe de melhor informação, é ainda de alta magnitude na maior parte da população" da América Latina (20).

O conjunto de hipóteses levantadas neste trabalho procurou destacar a importância dos fatores inespecíficos para explicar a alteração da tendência. De fato, os métodos de controle da tuberculose (entendidos como ações de saúde que interferem no ciclo natural de transmissão da doença) podem ser classificados em específicos e inespecíficos. Entre estes, tem-se enfatizado a relevância do desenvolvimento sócio-econômico que "determina, entre outras coisas, uma melhoria nas condições de alimentação, aumentando as defesas naturais inespecíficas e, portanto, diminuindo o risco de morbidade dos infectados; de habitação, diminuindo o grau de contato entre o caso bacilífero e o grupo humano que o rodeia; e de atenção médica, diminuindo o tempo entre a aparição da doença e o tratamento". Quanto aos métodos específicos (vacinação, quimioprofilaxia, diagnóstico e tratamento), têm eles "um efeito direto sobre a transmissão da infecção, o risco de ficar doente, e morrer por tuberculose" (10).

Mesmo sem ter esgotado todas as possíveis hipóteses explicativas das tendências periódicas observadas, julgamos poder concluir que, apesar de ser marcante o impacto determinado pelos métodos específicos de controle da tuberculose, não menos significativo é o efeito dos métodos inespecíficos. Acrescente-se que a repercussão destes é muito mais abrangente, em termos de saúde, dado que a melhoria das condições de vida reduz a morbi-mortalidade de grande número de doenças e não apenas da tuberculose.



SUMMARY

The authors analysed the tuberculosis death rates in the city of Rio de Janeiro from 1860 to 1977. They show (by specific methodology) that the decline speed in death rates fits three regressions (linear models) equivalents the periods 1860-1885; 1885-1945; and after 1945.

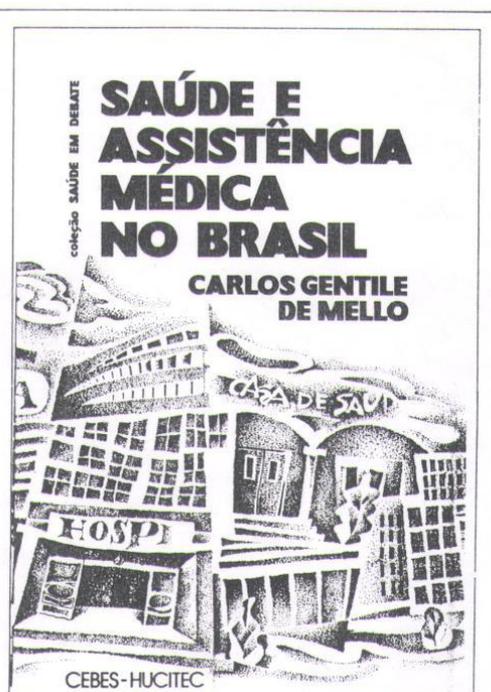
They studied the social-economic formation of the region of Rio de Janeiro and emphasized same factors (economic, demography, social, policy-sanitary) that shock like explicative hypothesis to the different decline speeds.

They stressed that inespecific methods of control of tuberculosis ("best conditions of life") have a substantial influence in the speed of decline of death rate by the disease.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARMIJO ROJAS, R. — *Epidemiologia*, tomo I, Editorial Inter-Médica, Buenos Aires, 1974.
2. COSTA, JURANDIR FREIRE, *Ordem Médica e Norma Familiar*, Edições Graal Ltda., Rio de Janeiro, 1979.
3. COUTY, LOUIS, *L'Esclavage au Brésil*, Librairie de Guillaumin & Cie., Paris, 1881, *apud* Fernandes, Florestan, *A Integração do Negro à Sociedade de Classes*, São Paulo, 1964.
4. FERNANDES, FLORESTAN, *A Integração do Negro à Sociedade de Classes*, Fac. de Filosofia, Ciências e Letras da USP, São Paulo, 1964.
5. FREIRE, GILBERTO, *Sobrados e Mocambos*, 2ª ed., Livraria José Olympio Editora, Rio de Janeiro, 1951, *apud* Costa, Jurandir Freire, *op. cit.*
6. FUJITADO, CELSO, *Formação Econômica do Brasil*, 2ª ed., Editora Fundo de Cultura S.A., Rio de Janeiro, 1959.
7. LIMA, HEITOR FERREIRA, *Maué e Roberto Simonsen*, Editora Edajlit, São Paulo, 1963.
8. LIMA, R. de L., "A mortalidade por tuberculose no Rio de Janeiro (1940-1977)", Comunicação pessoal, 1980.
9. MOTA SOBÓ, ALVES, *A Civilização do Café (1820-1920)*, Editora Brasiliense, São Paulo, s/d.
10. Organización Panamericana de la Salud, *Control de Tuberculosis en América Latina* — Manual de normas y procedimientos para programas integrados, Publicación Científica nº 376, 1979.
11. PRADO JR., CAIO, *História Econômica do Brasil*, 4ª edição, Editora Brasiliense, São Paulo, 1956.
12. RIBEIRO, LOURIVAL, *A Luta Contra a Tuberculose no Brasil*, Editorial Sul Americana S/A, Rio de Janeiro, 1956.
13. ROCHA, E.P. da, "A mortalidade por tuberculose no Estado da Guanabara", *Rev. do Serv. Nac. de Tuberc.*, 12(45): 26-40, 1968.
14. ROJILLON, A.; PERDIZES, S. & PARROT, R., "La transmisión del bacilo tuberculoso: el efecto de la quimioterapia", *OPAS, Publicación Científica nº 346*, pp. 1 a 30, 1977.
15. SILVA, SÉRGIO, *Expansão Cafeeira e Origens da Indústria no Brasil*, Editora Alfa Ômega, São Paulo, 1976.
16. SIMONSEN, ROBERTO, *Evolução Industrial do Brasil e Outros Estudos*, Cia. Editora Nacional/EDUSP, Brasileira, vol. 349, 1973.
17. STEIN, STANLEY J., *Grandeza e Decadência do Café no Vale do Paraíba*, Editora Brasiliense, São Paulo, 1961.
18. STYBLO, K.; MEIJER, J. & SUTHERLAND, J. — *The Transmission of Tubercle Bacilli*, Selected Papers, vol. 13, The Royal Netherlands Tuberculosis Association, The Hays, 1971.
19. TALUNAY, A. d'E., *História do Café no Brasil*, D.N.C., Rio de Janeiro, 1939-1943, *apud* Silva, Sérgio, *op. cit.*
20. PIO, A., "Normas técnicas y administrativas para elaborar e implementar programas de tuberculosis", *OPAS, Referência CD/TB/5*, 1975.

34



Os recursos da Previdência Social estão sendo utilizados para produzir lucros. Os beneficiados: empresas médicas, cooperativas médicas, a indústria farmacêutica. Os prejudicados: dezenas de milhões de contribuintes.

SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL, de Carlos Gentile de Mello, é a candente denúncia desta situação.

A inautenticidade da livre escolha, A morte de um segurado, O drama do estudante, A mercantilização da medicina, Os empresários do setor saúde e O destino do INAMPS, fazem parte do livro inaugural da

COLEÇÃO SAÚDE EM DEBATE • CEBES/HUCITEC

saúde

EM DEBATE

12

Editorial

- 4 Saúde para todos
- 6 A pastoral da saúde e a campanha da fraternidade
- 8 A saúde e a participação popular na Nicarágua
- 9 A revolução popular sandinista e a saúde do povo nicaraguense
- 11 Os organismos internacionais e o internacionalismo na Nicarágua
- 13 O planejamento de saúde em uma sociedade em transição
- 18 Participação comunitária nos programas de saúde
- 21 Prev-saúde
- 25 Prev-saúde: Vida, paixão e morte
- 27 Mortalidade por tuberculose e condições de vida: O caso Rio de Janeiro
- 35 Instituições de saúde e o planejamento familiar
- 40 Controle de natalidade: Contribuição para um debate
- 43 Trabalho e doença dos trabalhadores
- 50 Pro-sangue em debate
- 52 Democratização da odontologia
- 53 Formação de pessoal de nível médio na área de saúde
- 56 A luta pela reforma curricular
- 60 Profissionais de nutrição: Dilemas de uma prática

DIAGRAMAÇÃO: Bia Rondon e Binder

REVISÃO: Vilna Homero

MONTAGEM: Mário Roberto

Revista trimestral, nº 12, 1981

Edição Muro
(Ilha Livraria e Editora Ltda.)
Rua do Russel, 450/202
Glória - RJ

DIRETORIA NACIONAL DO CEBES

Presidente (licenciado): Eleutério Rodriguez Neto
1º Vice (Presidente em exercício): José Gomes Temporão
2º Vice: Paulo Duarte de Carvalho Amaranter

1º Secretário: Maria Eliana Labra
2º Secretário: Jaime Antônio de Araújo Oliveira

Tesoureiro: Maria Inês Souza Bravo
1º Diretor Suplente: Dalmo Herrera Feitoza

2º Diretor Suplente: Francisco Campos Braga Neto

Secretário Executivo da Revista Saúde em Debate: Paulo Duarte de Carvalho Amaranter

O CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE — CEBES — é uma entidade civil sem fins lucrativos, cuja finalidade é criar e aglutinar opiniões que pretendam a defesa da saúde coletiva. Como Centro de Estudos seu espaço está assegurado enquanto produtor de conhecimentos sobre a saúde da população, e enquanto articulador destes conhecimentos, e demais produções científicas da área, com uma prática política concreta. Ou seja, o CEBES propõe-se a ser uma instância de organização do saber sobre a saúde e sua aplicabilidade efetiva, na formulação de contra-políticas e construção de novos modelos de atuação.

Uma importante característica do CEBES é o fato de ser composto por profissionais e estudantes, não apenas da área da saúde, como qualquer outra pessoa interessada pela questão da saúde da população brasileira. Isto faz com que sua produção e seu trabalho sejam iminentemente diversificados, democráticos e coletivos.

Por estes motivos acima expostos é que o CEBES passa a ter uma posição sem igual no quadro atual da saúde. Por um lado, por sua participação constante e efetiva em todos os eventos nacionais e regionais relativos à saúde (Simpósio Sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados, Encontro Popular Saúde Para Todos, ECEM, SESAC, ENEMEC, SBPC, etc.), onde apresenta documentos, promove mesas redondas, debates e outras atividades. Por outro lado, por sua articulação com entidades da sociedade civil, preocupados também com as questões populares (CNBB, OAB, Centro Brasil Mulher, Centro Brasil Democrático, CBA, Sindicatos, Partidos Políticos, Universidades, Associações Estudantis, Associações Comunitárias, etc.).

O papel de um Centro de Estudos de âmbito verdadeiramente nacional é ainda reafirmado pelo fato de que o CEBES organiza-se em núcleos estaduais e/ou municipais, permitindo assim ampla participação dos interessados, e enorme informação sobre os problemas de saúde de todas as regiões do país.

Os Núcleos do CEBES funcionam basicamente calcados em comissões de trabalho, desenvolvidas em torno dos aspectos mais relevantes no quadro geral da saúde. Assim, os Núcleos têm Comissões de Políticas de Saúde, Política Demográfica, Saúde Ambiental e do Trabalho, Saúde Mental, Nutrição e Alimentação, Medicina Comunitária, entre outras.

O CEBES mantém ainda uma linha editorial, publicando títulos nacionais e estrangeiros de grande importância para o estudo da saúde.

QUALQUER PESSOA INTERESSADA PODE ASSOCIAR-SE AO CEBES. SE VOCÊ ESTIVER INTERESSADO BASTA PROCURAR O NÚCLEO DE SUA CIDADE OU ESTADO OU ENTÃO A DIRETORIA NACIONAL.

DIRETORIA NACIONAL DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE:

Av. Churchill, nº 97 — 12º andar
20.020 — Rio de Janeiro — RJ