

A readaptação ao trabalho dos tuberculosos curados

O problema do afastamento, readmissão e admissão, às funções públicas e particulares, dos pacientes com tuberculose

ANNIBAL NOGUEIRA JÚNIOR

Catedrático Interino de Patologia Geral da Faculdade Fluminense de Medicina

Livre Docente de Terapêutica Clínica da E. de Medicina e Cirurgia do Inst. Hahnemanniano

Assistente do Ambulatório de Tisiologia do Hospital São Francisco de Assis

ENTRE os problemas de maior relevância, em Tisiologia, o das relações do trabalho com a tuberculose avulta, pelas múltiplas questões que pode suscitar. Deixando de lado o seu aspecto médico-legal, ou seja, o estudo do trabalho como fator direto ou circunstancial da enfermidade, que já abordamos em publicação feita há anos (*), vamos considerar outra face do assunto, não menos importante, qual a ainda muito discutida questão da admissão ao trabalho, ou do retorno à atividade, dos antigos doentes, bem como a possibilidade de o tuberculoso trabalhar.

De um modo geral, para os leigos e mesmo para muitos médicos não especializados, tão difundida está a noção do *repouso* como elemento fundamental da terapêutica na tuberculose, que a idéia da possibilidade ou conveniência desses pacientes trabalharem se afigura um absurdo. Todavia, assim não é. Desde muitos anos vêm se defrontando os adeptos da *terapêutica ocupacional* e os do *repouso absoluto*, ambos com pontos marcados em seu favor e ambos com derrotas na batalha empenhada em torno da orientação que seguem. Desde muito, a noção do *repouso* como base do tratamento da tuberculose adquiriu reputação firme, o que se compreende atentando nas características evolutivas da moléstia, particularmente nas formas

tísicas tão do agrado das classificações antigas e de que nos dão idéia as figuras dos tuberculosos pálicos, dispnéicos em grau variável, febris, sempre com a sua tosse impertinente e repetida, como que a chamar a atenção de instante a instante para a doença e a frizar que esse paciente, cujas forças se consumiam, não tinha sobras de energia para quaisquer esforços, carecendo exclusivamente de repouso. Durante muito tempo assim foi, mas em certa época u'a mudança se processou, iniciada com as observações e os estudos de PATERSON em Frimley, no ano de 1908, embora meio século antes BREMER, em Detweiller (1856), e, depois, GOÜNDT na Noruega, PENDZOLT no Saxe e, mais tarde ainda, FLICK e ARMSTRONG na Pensilvânia, VANDREMER em França e VOS na Holanda tenham, entre outros, realizado tentativas para mostrar que o trabalho não era incompatível com a tuberculose e o seu tratamento, mas que, até pelo contrário, poderia a esse último servir (1). Todavia, só depois que PATERSON começou a propagar suas idéias foi o assunto adquirindo uma projeção maior, embora, a nosso ver, até hoje quando já decorreram 37 anos, seja o trabalho muito pouco reconhecido como útil aos doentes pulmonares e só nos últimos 12 a 15 anos um desenvolvimento maior se tenha obtido a respeito. PATERSON, baseado nas teorias imunitárias de WRIGHT, sustentou que o trabalho

(*) ANNIBAL NOGUEIRA JÚNIOR — Aspectos Médico-Legais da Tuberculose Pulmonar — Em "O Hospital" — 1938.

(1) V. referências bibliográficas no fim deste trabalho.

atuava benêficamente sobre a tuberculose, determinando u'a mobilização das toxinas que seriam absorvidas e iriam vacinar o organismo, aumentando sua resistência à moléstia. Então, instituiu um sistema baseado no treinamento dos pacientes pelo transporte de pesos, a uma certa distância e um número variável de vêzes, precedendo essa prática de um outro treinamento de marcha, em que as distâncias a percorrer eram progressivamente maiores. Os resultados foram muito interessantes e DUMAREST (2) iniciou a aplicação desse método em Hauteville, interrompendo-a com a superveniência da guerra de 1914. Muitos outros serviços especializados imitaram, posteriormente, os processos de PATERSON e a *terapêutica ocupacional* foi sendo empregada em numerosos Sanatórios na Inglaterra, com LIEBER, KÜSS e BRIEGER na Alemanha, em Hallendoor, BERG em Bosch, ZONNESTRAAL e MARIASERD na Holanda, em Marcinelli na Bélgica, nos santatórios de "Lake Tomahawk", Toudeau e Mont Alto nos Estados Unidos, em muitos outros serviços especializados de França, Suíça e Itália, até chegarmos aos nossos dias, em que algumas fundações como a Escola de Readaptação de Camerlata, do Prof. PARODI, podem ser encaradas como padrões de Organização. É, todavia, de interesse frizar que essa difusão da *terapêutica ocupacional* certamente não se fez em consequência da aceitação absoluta das idéias e conceitos de PATERSON, mas porque a grande modificação produzida nos últimos 30 anos em nossa maneira de encarar os problemas ligados à Tisiologia, dando cada vez mais importância à face social da questão, veio salientar o interesse em resolver a situação dos antigos doentes. Esses, após sua alta dos serviços em que se haviam tratado, passavam a constituir um "pêso morto" para a sociedade: uns, porque a moléstia lhes deixara diminuída em definitivo a capacidade funcional; outros, porque embora curados e capazes, não encontravam onde trabalhar, visto que sempre eram olhados como suspeitos e recusados como tal; ainda outros, porque não era possível, depois da cura, retomar o antigo trabalho muito pesado para a sua nova situação, faltando-lhes habilitações para executar outros misteres; e, finalmente, um último grupo em que o método da "cura de repouso" e o longo período de segregação de atividades que brantara as energias, amolentara a vontade e conduzira a uma situação de indolência e incapacidade

de trabalhar. Esses fatos vieram, todos, exigir uma solução para cada um dos problemas que eles originaram. Alguns, talvez muitos dos indivíduos com capacidade funcional diminuída, poderiam estar em condições melhores, se anteriormente houvessem passado por um período de treinamento e readaptação ao trabalho; os que antes de adoecer se dedicavam a trabalhos penosos poderiam ter aprendido, enquanto se tratavam, novos ofícios mais adequados a seu ulterior estado de saúde; o grupo dos que se deixaram entibiar, pela extensa prática do "repouso absoluto", não estaria com as suas capacidades produtivas tão inferiorizadas se viesse, aos poucos, submetendo-se a um treinamento para o trabalho. Por fim, atentou-se na absoluta necessidade de estabelecer um *departamento*, que fôsse como "ponte de passagem" para os tuberculosos curados, entre a sua antiga existência de doentes e a sociedade em que eles iam reentrar, departamento esse que se encarregaria de proporcionar colocação a todos esses pacientes inferiorizados, num ou noutro sentido, pela doença e recuperados ou readaptados e, também, dos clinicamente curados e aptos para o trabalho, mas que a sociedade repelia, atentando exclusivamente no seu passado de enfermos. Assim, hoje, a *terapêutica ocupacional* visa impedir que um prolongado "repouso absoluto" roube ao tuberculoso o hábito de empregar sua energia no trabalho; treina-o para retomar suas funções depois de curado, ou para exercer outras mais compatíveis com a sua capacidade funcional; e atua no sentido de melhorar, em outros, a capacidade funcional reduzida pela enfermidade. Como complemento lógico desse processo, uma organização especializada se encarrega da colocação desses pacientes recuperados e readaptados, transpondo-se assim o obstáculo que a situação de "antigos enfermos" para eles criava.

Exposta a questão, algumas perguntas de capital importância poderiam ser feitas; em primeiro lugar, se o tuberculoso pode e deve trabalhar e, no caso de resposta afirmativa, quando e como fazê-lo. Evidentemente, só a teoria de PATERSON — embora não aceita universalmente — já constituiria uma resposta à primeira parte dessas perguntas. Naturalmente, nem todos os tuberculosos podem trabalhar. Um paciente com um processo agudo, ou francamente evolutivo, com temperaturas elevadas, desnutrição acentuada e mau estado geral, sujeito a episódios hemorrágicos ou apresentando complicações outras, como localiza-

ções extrapulmonares graves, de modo geral não deve trabalhar. Ele, antes do mais, precisa de repouso e de um cuidadoso tratamento que lhe permita recuperar o estado geral. Todavia, numa fase ulterior mais favorável, esse mesmo paciente poderá, talvez, aos poucos ir-se exercitando, realizando pequenos trabalhos que efetuará mesmo deitado, mais tarde caminhando um pouco, depois exercendo pequenas funções ou realizando serviços de pouca monta, o que lhe permitirá não perder o hábito de empregar sua capacidade funcional. Os doentes de evolução crônica, com bom estado geral, sem febre ou com febre periódica e moderada, poderão com mais vantagem trabalhar e, mesmo, realizar serviços maiores, eventualmente ocupar-se de um serviço. Naturalmente, para esse fim, deve ele encontrar ao seu dispor instalações adequadas, que são os chamados centros de readaptação e treinamento, de que a já citada Escola de Camerlata, do Prof. PARODI (3), é um exemplo dos mais interessantes. Por outro lado, em certos países, em algumas usinas e fábricas há seções especiais para tuberculosos, em tratamento, que aí trabalham, — naturalmente sob regime especial; porém, o que se deve notar é que o rendimento desses operários não raro ultrapassa o dos "sãos", sem que isso produza consequências nocivas. Os próprios indivíduos ainda com expectoração bacilífera trabalham e os resultados são favoráveis: uma estatística de LANG e LEMBERSKY, a propósito de tuberculosos trabalhando numa fábrica de sapatos de borracha na U.R.S.S., mostra que 39% dos pacientes se tornaram bacilo-negativos durante o trabalho; na "Altwork Shop" de New York, 45 a 50 % do pessoal é bacilífero (1) e em Camerlata verifica-se que em numerosos pacientes os bacilos desaparecem da expectoração e 44,20 % dos doentes partem clinicamente curados, sem contar os 20,65 % de outros que vão consolidar alhures lesões inativas (2). Parece, assim, como decorrência dessa e de muitas outras estatísticas e observações a respeito, que o trabalho convenientemente dosado e adaptado aos pacientes que devem executá-lo, não é prejudicial à doença; antes, pelo contrário, sua prática se acompanha de melhoria acentuada em muitos enfermos, desaparecimento dos bacilos da expectoração, curas clínicas numerosas e, portanto, resultados que devem incitar a continuação da *terapia ocupacional*.

Todavia, quando se trata de autorizar o trabalho dos pacientes, um exame cuidadoso da situação em que eles se encontram deve preceder qualquer decisão. Evidentemente, os doentes sob pneumotórax com bom colapso livre de aderências, com ausência de manifestações funcionais e de sinais clínicos e com expectoração bacilo-negativa constituiriam, em princípio, os melhores casos a indicar para a *terapia ocupacional*. Quem trabalha em serviços de fisiologia, mormente nos Ambulatórios, tem ocasiões não poucas de verificar a tolerância surpreendente desses pacientes ao trabalho e ao exercício, — regra geral praticados sem consentimento médico.

Os pacientes das classes pobres, a quem as dificuldades econômicas obrigam a não interromper suas ocupações senão muito temporariamente, logo que melhoram sob a ação do pneumotórax voltam ao trabalho, freqüentemente pesado e em condições higiênicas deficientes e, não obstante, suportam bem a prova. Temos visto vários desses casos e ocorre-nos aqui citar um bastante ilustrativo (*):

"J.A.G., branco, espanhol, 25 anos, empregado numa tinturaria.

O paciente veio à consulta no Ambulatório de Fisiologia do Hospital S. Francisco de Assis (Serviço do Dr. Alexandre Stockler) em 17-VI-39, dizendo-se doente havia 3 meses, com dores torácicas, falta de apetite, tosse e escarros de sangue.

O exame radiológico mostrou lesões bilaterais extensas, com grande imagem cavitária cercada de sombras do tom subcostal no terço superior esquerdo e sombras de condensações difusas na metade superior direita, com uma imagem cavitária no seio do processo. O paciente que era franzino, de pequena estatura, com 1m50 de altura e 44 quilos de peso, apresentava-se anorético e tivera o exame direto de escarro positivo. Foi instalado pneumotórax à esquerda e cerca de 1 mês após, pneumotórax à direita, ficando o paciente sujeito a pneumotórax bilateral simultâneo, com o que melhoraram grandemente a tosse e a expectoração, o peso subiu de mais de dois quilos e o estado geral começou a progredir. Entretanto, sabíamos com certeza que o doente, entregador de roupa na tinturaria em que trabalhava, contrariando nossas recomendações expressas, continuava nos seus afazeres, andando de bicicleta (!) grande parte do dia e dando-se bem com esse esforço que fazia, não obstante a gravidade e extensão das suas lesões e o pneumotórax bilateral simultâneo que lhe estava sendo aplicado."

(*) Essa observação foi publicada em nossa tese de docência à cadeira de Terapêutica Clínica Alopata da Escola de Medicina e Cirurgia do I. H.

Evidentemente, casos que tais não servem de padrão, porém, mostram quão grande é a tolerância que podem ter esses pacientes para o trabalho e porque, antes de proibirmos em absoluto o trabalho desses doentes de ambulatório, sempre que a sua situação pareça bem estabilizada e os pacientes merecedores de confiança quanto ao acatamento que dispensarão às nossas prescrições, devemos lhes permitir uma atividade moderada, progressivamente maior, embora prudentemente dosada e que se constituirá, em muitas eventualidades, no único meio de impedir que o paciente vá trabalhar de qualquer maneira, sem obediência a normas ou proibições, o que lhe acarretará prejuízos maiores.

Os casos sujeitos a outros processos colapsotépicos, isto é, as toracoplastias e frenicectomias, serão considerados diferentemente. Os que sofreram toracoplastias levam a desvantagem da redução definitiva do campo respiratório, das modificações da estática torácica e da limitação possível dos movimentos por lesões musculares; em consequência, terão em muitos casos de ser readaptados a novos misteres e, por outro lado, qualquer sinal clínico suspeito que faça pensar ter-se produzido uma reativação do foco lesional subjacente ao plastrão toracomuscular, deve impor a suspensão do trabalho e uma pesquisa minuciosa para esclarecer a situação.

Os indivíduos que sofreram frenicectomias deverão ser julgados em função do tempo que tem a estabilização de suas lesões. Nos casos em que já decorreu um tempo suficientemente longo para creditar uma boa garantia de cura, será permitido o trabalho; igualmente, como para as toracoplastias, o menor sinal suspeito indicará a supressão da atividade e uma revisão completa, esclarecedora da situação.

Os pacientes não submetidos a qualquer forma de colapsoterapia, isto é, fazendo só tratamento higieno-dietético, crisoterapia ou tratamentos auxiliares outros, representam um grupo à parte e que deve ser analisado muito cautelosamente. Já vimos que os bacilíferos podem trabalhar e que, até em boa percentagem, esses doentes parecem receber do trabalho um influxo favorável traduzido na passagem do escarro a bacilo-negativo, o que seria um argumento em prol da teoria de PATERSON. Como quer que seja, esses pacientes só em casos particulares, contudo, quando uma

observação de longo tempo houvesse fornecido provas seguras da estabilização das lesões, seriam admitidos ao trabalho. Necessariamente, as cautelas seriam com eles maiores que com os pacientes cujas lesões estiveram sob o controle da colapsoterapia. Também, dentro do nosso ponto de vista, os doentes nessas condições só deveriam trabalhar quando em Sanatório. De fato, não se compreende que um paciente que não estivesse, por qualquer razão técnica, submetido à colapsoterapia, e por qualquer razão não estivesse em um Sanatório e, sim, apenas sujeito a tratamento higienodietético, crisoterapia, etc., em ambulatório, oferecesse garantias para uma *terapêutica ocupacional*. E' por isso que, entre nós, o problema atinge um grau de extraordinária complexidade porque o nosso ainda incipiente armamento anti-tuberculose é, nos seus 4/5 ou mais, constituído de ambulatórios, o que proporciona situações de muito mais delicada solução.

A volta ao trabalho, por outro lado, implica numa série de problemas que, muito por alto, desejamos aqui mencionar. Como o faz notar muito bem ANDRÉ FABRE (4), "essa retomada efetiva do trabalho deve ser preparada com grau de antecedência. No Sanatório, trabalhos fáceis como a fabricação de cestos e a costura, etc., não exigindo habilidade particular, ocupam os doentes. Cremos que esse tempo no Sanatório poderia ser aproveitado para desenvolvimento das qualidades intelectuais, penhor de futuro profissional melhor". E continua FABRE "o verdadeiro treinamento para o esforço pertence a uma organização concebida para o trabalho, como o foi o Sanatório para a cura de repouso. E' um lugar de recuperação econômica e social dos valores humanos aniquilados pela tuberculose" e "aparece como um intermediário entre o sanatório e o meio da vida ordinária, onde se faz um estágio antes de abandonar o doente às suas próprias forças". Essas organizações constituem-se dos "Centros de Readaptação" e dos "Escritórios de Colocação", de preferência articulados entre si, de maneira tal que os segundos se dedicam à colocação dos pacientes readaptados pelos primeiros.

O trabalho do "centro de readaptação" é complexo. Não só deve ele readaptar o paciente ao esforço, com um treinamento bem dosado de exercícios, como examinar cada caso pessoal, verificando que tal indivíduo exercia um ofício incompatível com a sua situação de antigo enfermo e que ne-

cessita ser reeducado para uma profissão diferente; que outro poderia melhorar as condições do seu trabalho se melhorasse a sua técnica, de forma a despende um esforço menor, porque "o que se visa principalmente não é só preparar o homem para o trabalho, mas buscar um trabalho conveniente ao homem". E' dentro dessa forma de considerar o assunto que a análise psicológica, por meio de testes, e o estudo das preferências ocupacionais dos enfermos podem representar um ponto muito importante em face do programa de reabilitação, como frizam IRVIN SHULTZ e HARVEY RUSH (5), porque "muitos pacientes ficaram internados tanto tempo, que perderam praticamente todo o contato com seu último trabalho. Outros se dedicaram a trabalhos impróprios a suas capacidades física e mental. Ainda outros seguiram uma variedade de ocupações antes de sua entrada na instituição" e por isso "é importante e valioso, do ponto de vista da direção e reabilitação, comparar os interesses ocupacionais de um grupo assim internado, com um grupo normal, de fora".

Não se completa, porém, o serviço de readaptação com o estágio dos pacientes no "Centro de Readaptação". Pelo contrário, é preciso ir mais adiante e não esquecer, segundo TERRY FOSTER (6), que a obra de readaptação do tuberculoso só termina quando se obteve a sua estabilização social, isto é, o ajustamento do paciente às novas condições de vida que ele passou a ter; sabendo-se que "muitos pacientes reativam porque voltaram a ambientes e habilitações desfavoráveis", torna-se claro que ainda seja necessário acompanhá-los durante algum tempo, depois de sua volta à sociedade.

A verdade, porém é que todo esse processo ainda está apenas no início. Basta atentar que E. L. SILTZBACH (7) nos revela que somente 1 a 4 % dos pacientes que deixam os Sanatórios recebem orientação profissional. Portanto, na melhor das hipóteses, mais de 90, em cada 100 tuberculosos que deixam os Sanatórios, voltam à sociedade sem saber como trabalhar adequadamente para manter a saúde, no que se relaciona com a espécie de trabalho que lhes convém.

A solução do problema, então, reside na multiplicação dos Centros de Readaptação, com os quais funcionariam articulados os "Escritórios de Colocações". Haveria sempre dificuldades em obter resultados 100 % satisfatórios, porque os "Escritórios de Colocações" não podem impor os antigos en-

fermos à aceitação no mercado do trabalho e, naturalmente, os empregadores dão preferência aos pacientes que não apresentem qualquer causa de inferiorização funcional, bem como temem sempre a doença de que foi vítima o indivíduo. Nessas condições, uma campanha que fizesse compreender a elevada importância social dessas organizações (os Centros de Readaptação e Escritórios de Colocações) e obtivesse uma boa vontade maior de parte dos empregadores, traduzida numa também maior cooperação com elas, seria sempre de máxima utilidade. Ou, então, recomendar-se-ia o artifício de reunir em uma só "organização" pacientes readaptados por outras enfermidades (cardíacos, reumáticos, amputados, estropiados diversos, etc), além dos tuberculosos; assim, o empregador ignoraria a causa da invalidez e não existiria com certeza a etiqueta de "tuberculose", sobre o paciente que se propõe a trabalhar (8).

Esses aspectos da questão, que revisamos sem maiores detalhes só para dar uma idéia panorâmica do seu vulto, permitem-nos agora passar à 2.^a parte de nossa exposição visando esclarecer a situação do tuberculoso, no Brasil, em face de sua admissão ou de sua volta ao trabalho, ou de seu afastamento dele quando adoece.

*

* *

Inicialmente, convém frisar de novo quão precário ainda é, entre nós, "o armamento antituberculoso". O tratamento da tuberculose no Brasil, em talvez 80 % dos casos, ou mais, faz-se em Ambulatórios dada a escassez dos leitos que, de acordo com BARROS BARRETO (9), em 1939, existiam em número de 3.915 nas diversas cidades capitais do país, enquanto na verdade precisariam de atingir ao mínimo de 13.703. Se levarmos em consideração as restantes cidades do litoral e interior, essa desproporção entre a exigência e a disponibilidade em leitos com segurança tende a aumentar; nessas condições, o problema da readaptação do tuberculoso, tão intimamente ligado aos Sanatórios, aos Centros de Readaptação e aos Escritórios de Colocações, torna-se mais grave porque é indiscutível que sobre pacientes em tratamento ambulatorio é muito mais difícil exercer uma vigilância que permita pôr em prática um sistema de readaptação, por meio de um treinamento adequado.

No Brasil, o problema da tuberculose em relação ao trabalho deve ser encarado separadamente, conforme se trata de pacientes que trabalham em serviços públicos ou em empregos particulares e, para os primeiros, ainda se deve estabelecer uma subdivisão, quanto aos serviços públicos federais, estaduais e municipais.

Os servidores públicos federais, em face da tuberculose, têm a sua situação regulada pelos artigos 158, 159, 168, 169 e seu parágrafo e 170 do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União. O primeiro desses artigos estabelece que as licenças para tratamento de saúde não podem ultrapassar de 24 meses consecutivos; esgotado esse prazo, de acordo com o artigo seguinte, o 159, será o funcionário submetido a inspeção e aposentado "se for considerado definitivamente inválido para o serviço público em geral". Ora, esse critério é, do ponto de vista técnico, impróprio para atender à situação dos pacientes que, nos termos do artigo 168, serão licenciados compulsoriamente por sofrerem de tuberculose, pois sabemos que o prazo de 24 meses na grande maioria dos casos é insuficiente para assegurar uma cura clínica da tuberculose pulmonar. Por isso, embora possa ser a mais perfeita a fiscalização que se exerça de acordo com o artigo 169 e seu parágrafo, sobre o tratamento a que fica obrigado o paciente licenciado, bem como seja perfeitamente justa e razoável a conversão da licença em aposentadoria como o estabelece o artigo 170, quando, mesmo antes de esgotado o prazo previsto no já referido artigo 158, for o funcionário em inspeção julgado definitivamente inválido, acreditamos que deveria ser modificado o prazo máximo de licença, para nos situarmos mais realmente em face da questão.

Com o atual critério, pelas razões que antes apontamos, o que certamente sucederá com frequência é o esgotamento do prazo máximo de 24 meses com o paciente ainda em tratamento e, a não ser numa percentagem bastante reduzida dos casos, não se poderá considerá-lo curado ou em condições de voltar ao serviço. Esse doente será definitivamente julgado inválido e aposentado, quando uma dilação do prazo de licença permitiria certamente encarar sobre outro prisma a sua situação; ou, se a junta médica ponderar essa possibilidade, só lhe restará o recurso, para impedir a aposentadoria de um paciente eventualmente válido, de julgá-lo curado clinicamente, com o que

se corre o risco de enviá-lo para o trabalho em condições inadequadas. Poder-se-ia argumentar que, em face à primeira hipótese — a aposentadoria — o funcionário não fica desamparado, visto que lhe são assegurados os vencimentos da atividade; todavia, esse argumento a nosso ver não procede: 1.º) porque a aposentadoria, nessas condições, não representa menos que a interrupção da carreira do funcionário e, portanto, um prejuízo efetivo para quem poderia melhorar a situação econômica com a ascensão natural que se processaria, sem contar com o dano moral resultante da etiqueta de *invalidade* aposta ao paciente; 2.º) porque mesmo que o paciente se julgasse compensado com a situação e não prejudicado com a interrupção da carreira, que poderia reencetar depois de curado, não é menos verdade que os lesados seriam o Estado e a Sociedade, que passariam a sustentar como inválido um indivíduo em condições de trabalhar. É, portanto, uma situação que merece revisão.

Em França, de acordo com G. POIX (10), os funcionários públicos atingidos por tuberculose podem beneficiar-se de licenças num total de 5 anos, antes que seja declarada a sua invalidez. Entre nós, os Institutos dos Industriários, Comerciais, Bancários, Marítimos e Empregados de Transportes e Cargas concedem aposentadoria por tuberculose, que é revisada anualmente, por 5 anos, revertendo o paciente se nalguma dessas revisões for julgado apto para trabalhar (11). No Instituto da Estiva essa revisão é feita bienalmente, por 6 anos. Esse critério parece-nos o mais acertado; a revisão periódica deveria, a nosso ver proceder-se a intervalos de 6 meses durante 5 anos; assim, um paciente aposentado, findo o prazo máximo de licença, seria compulsoriamente chamado à inspeção em períodos determinados e, mesmo, dever-se-ia permitir-lhe se apresentasse voluntariamente à inspeção, fora daqueles períodos, desde que se julgasse curado e instrísse o seu requerimento com atestados médicos adequados.

Essa a situação dos funcionários públicos federais; quanto aos funcionários estaduais, são as leis dos Estados que tracam a conduta a ser observada nesses casos. De acordo com DÉCIO Q. TELES (11), em S. Paulo, e no Maranhão os funcionários tinham licença por 4 anos com todos os vencimentos e, depois, aposentadoria nas mesmas condições. Em M. Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Piauí, Estado do Rio, Sergipe e Amazonas,

“o funcionário tuberculoso era aposentado com todos os vencimentos”. O Espírito Santo, Goiás, Pará e Pernambuco adotavam o disposto na Constituição de 1934 dando, em consequência, vencimentos integrais ao funcionário com tuberculose. O Rio Grande do Norte concedia licença com todos os vencimentos e, na Bahia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, as Constituições não tratavam do assunto. Nos municípios os critérios adotados eram, como regra, os estaduais respectivos. Confessamos que, hoje não sabemos qual a situação exata dos funcionalismos estaduais e municipais do Brasil no que tange a licenças e aposentadorias por tuberculose, não nos tendo sido possível conseguir, quando preparávamos este artigo, uma documentação esclarecedora a respeito. Todavia, o que julgamos de interesse é que todos os esforços sejam feitos para uniformizar a legislação sobre licenças e aposentadorias por tuberculose porque, seja no Rio, seja em S. Paulo, seja em Minas, Pará ou Amazonas, em qualquer lugar do Brasil, a tuberculose é a mesma doença e, exceto certas questões locais de ordem não geral, a situação do funcionário tuberculoso é a mesma quanto aos problemas oriundos da sua enfermidade, não havendo razão para que varie o tratamento que lhes é dispensado somente porque uns trabalham no Rio e outros em Santa Catarina ou Maranhão.

A situação dos empregados particulares em face das licenças e aposentadorias se rege pela regulamentação dos Institutos e Caixas de Aposentadorias a que pertençam. É, todavia, digno de nota que o amparo que esses organismos conferem não seja tão amplo quanto o concedido aos funcionários públicos, pois os contribuintes dos Institutos e Caixas não têm licença ou aposentadoria com vencimentos integrais, como aqueles.

A situação dos trabalhadores doentes (funcionários civis de qualquer categoria ou trabalhadores particulares) ainda precisaria ser considerada quanto à volta ao trabalho, em relação à readaptação. No Brasil, pelo menos que seja de nosso conhecimento, não existe qualquer organização visando a readaptação do trabalhador, ou sua colocação no trabalho após a cura; apenas o I.P.A.S.E. possui um sanatório para atender aos seus associados e alguns dos Institutos e Caixas de Aposenta-

dorias, que mantêm serviços de assistência médica, possuem ambulatórios de Tisiologia. Contudo, faltam por completo Sanatórios que possam funcionar articulados com Centros de Readaptação, e os Sanatórios existentes no país também não estão aparelhados para tal. Portanto, resta nesse particular tudo a fazer. Parece-nos que, dado o vulto dos seus patrimônios, sejam os Institutos de Aposentadorias (Comerciários, Industriários, etc.) os que poderiam organizar serviços mais adequados, compreendendo Sanatórios e Centros de Readaptação; naturalmente, tratando-se desses Institutos, nêles poderiam funcionar os próprios organismos visando a colocação dos pacientes readaptados, o que seria mais fácil pela vinculação do empregador e do empregado à Instituição.

Quando se trata da volta ao trabalho de funcionários tuberculosos curados, outra questão a examinar será a norma a seguir para considerar o paciente em condições. Evidentemente, essa questão é puramente de ordem técnica e não caberia aqui discuti-la em minúcias; já vimos, contudo, que mesmo os pacientes bacilíferos podem trabalhar sem que isso afete a sua enfermidade. Não se deve, porém, olvidar que o afastamento do tuberculoso é uma autêntica medida de defesa social e que não existindo ainda, entre nós, instituições do gênero das que descrevemos, o bacilífero nunca deverá trabalhar. Todavia há pacientes que, clinicamente curados, apresentam imagens radiológicas pulmonares que levantam dúvidas quanto à sua situação; esses casos limites são os mais difíceis de resolver, porque, sem dúvida, envolvem uma responsabilidade maior para quem os julga. Em consequência, ao lado da observação prolongada do paciente para verificar, ou não, a estabilidade das imagens radiológicas pulmonares, deve-se buscar na evolução da curva de sedimentação sanguínea, no aspecto do hemograma e, acessoriamente, nas reações serológicas as indicações para a decisão a tomar. RIST, num artigo (12) muito preciso e completo a respeito, lembra que não basta esteja um tuberculoso curado segundo tôdas as aparências; “é preciso que a cura seja sólida e tenha sofrido a prova do tempo e, também, a do trabalho”. Por isso, o tisiologista deveria, em certos casos que se apresentam como duvidosos, submeter o paciente à prova do trabalho, único meio de se capacitar da solidez da cura.

Já observamos desses casos, entre os quais parece-nos interessante citar, resumidamente, a seguinte observação de nossa clínica particular:

“V. P., brasileiro, branco, 27 anos.

O paciente já fizera, por cerca de 4 meses, pneumotórax bilateral simultâneo, por lesões fibro-ulcerosas da metade superior de ambos os pulmões e foi por nós enviado a um Sanatório porque, na ocasião, julgávamos inviável qualquer outro tratamento. No fim de 14 meses, durante os quais fez crisoterapia, regressou do sanatório muito melhorado, embora com uma caverna junto ao hilo direito e outra junto ao hilo esquerdo. No lado superior direito havia extenso processo fibroso, possivelmente residual das lesões anteriores. Instalamos pneumotórax à direita, em abril de 1939, e à esquerda, em junho do mesmo ano, que o paciente manteve até meados de 1943. Nessa ocasião, a fibrose do lobo superior direito se mantinha com o mesmo aspecto e as lesões cavitárias haviam sido substituídas por traves fibrosas extensas; a laringite específica de que era portador o doente cicatrizara por completo, o paciente não tinha mais expectoração e sentia-se bem. Todavia, faltava a “prova do trabalho”, pois temíamos que no seio da fibrose do lobo superior ficasse qualquer processo, capaz de se reativar com o retorno à atividade. O paciente foi trabalhar numa joalheria e hoje, passados 18 meses, continua em atividade, mais gordo e bem disposto e sem que a fibrose do lobo superior direito haja mostrado qualquer modificação, o que nos dá o direito de considerá-la uma cicatriz que já forneceu sua prova de solidez”

Relativamente ao afastamento do trabalho e à admissão, também, algumas considerações teriam cabimento, visto que muitos problemas a propósito surgem com frequência. Todo indivíduo julgado tuberculoso deve ser afastado do serviço, não devendo a ele retornar enquanto apresente perigo de contágio e as suas lesões não estejam estabilizadas. A nosso ver, dentro desse conceito, ficam perfeitamente limitadas as condições em que o paciente deverá ser afastado do serviço como tuberculoso; há, evidentemente, necessidade do teste baciloscópio. A lei francesa, por exemplo, o exige taxativamente; G. POIX (10), discutindo essa exigência, lembrou as controvérsias que ela suscitou nos Congressos de Tuberculose de Strasbourg e Lyon. Porém, como sublinha esse autor, ao menos para o primeiro exame a que o paciente se submeta, esse critério deve ser mantido. Hoje, com os recursos de que dispomos, particularmente de pesquisa do bacilo pela cultura e inoculação do conteúdo gástrico, dificilmente um tuberculoso deixará de fazer, mais cedo ou mais tarde, a sua prova bacteriológica. Adotando o teste baciloscópio

evita-se o erro de considerar como tuberculosos indivíduos com outras atecções pulmonares ou de não reconhecer como tais pacientes com lesões bacinares, com o prejuízo consequente para o próprio indivíduo e a coletividade. Todavia, em exames subseqüentes desses trabalhadores afastados da atividade, já não será lógico exigir a baciloscopia positiva, quando se trata de renovar a licença. O médico deve ter liberdade completa para fazê-lo, mesmo em ausência de bacilos, se ele julga que a cura clínica não foi alcançada ou que ela é muito recente e, portanto, ainda muito frágil.

A admissão às funções públicas e particulares dos pacientes curados, é outra questão fundamentalmente mal compreendida entre nós. Existe, no Brasil, uma verdadeira *tuberculofobia* que, de um modo geral, fecha tôdas as portas aos pacientes com *reliquats* de lesões. Para o serviço público federal, particularmente depois que os exames de admissão passaram a se fazer no Serviço de Biometria do I.N.E.P., uma acentuada modificação, oriunda de uma compreensão melhor do assunto, pode-se notar; felizmente, já não se observa, hoje, aquela investida quase sistemática, até há algum tempo atrás em vigor, contra os pacientes com fibroses pulmonares ou calcificações cicatriciais. Todavia, ainda não existe uma regulamentação a respeito, como a nosso ver se faz necessário. E' preciso o estabelecimento de “normas gerais”, nas quais se fixem o mais claramente possível as circunstâncias em que o candidato deve ser recusado e em que pode ser admitido. Ficará, assim, estabelecido que um paciente com *reliquats* de lesões desde que em bom estado geral, com ausência de manifestações funcionais e com testes bacteriológicos e hematológicos negativos, poderia ser admitido. Ainda poder-se-ia organizar uma lista de cargos ou funções para os antigos enfermos, no molde da lista organizada por LANGIER e BONNARDEL (*in* A. FABRE [1]), o que simplificaría bastante a solução das questões.

Uma tal orientação quanto à admissão às funções públicas encontraria, certamente, ressonância na admissão às funções particulares e, assim, talvez uma razoável conduta se estabelecesse em tempo não muito protraído. Se conseguíssemos, dessa forma, romper o isolamento que se produz em torno ao antigo doente, realizaríamos um passo fundamental em seu benefício. “Enquanto constituir um problema o grupo médio dos casos crô-

nicos", escreveu CLEMENTE FERREIRA (13), "o esquema para seu reemprego e post-assistência deverá ser considerado como um complemento de todo regimen de tratamento". Se, então, por absoluta incompreensão da capacidade de trabalho que tem um tuberculoso curado, fecharmos as portas do trabalho aos indivíduos com *reliquats* de lesões, estaremos agravando o problema e concorrendo para dificultar a solução dessas questões, para nós tão importantes.

No Brasil, todos os assuntos referentes à assistência aos tuberculosos ainda estão numa fase inicial. Começada a campanha com a organização de ambulatórios e dispensários, já existe delineada e em início de realização, a construção de uma rede de Sanatórios em várias regiões do país. Seria de desejar que, tanto quanto possível, uma organização paralela de readaptação dos antigos enfermos fôsse estudada, visando, como lembra HOMERO SILVEIRA (14), "ensaios de horticultura e jardinagem, o desenvolvimento crescente das atividades até atingirmos as pequenas oficinas", tudo isso ao lado da formação de pequenas bibliotecas selecionadas cuidadosamente na base de um critério técnico-profissional e da realização de cursos, que se destinariam a melhorar o nível cultural dos enfermos e preparar-lhes um melhor futuro profissional, com indiscutíveis benefícios para a sua reintegração na sociedade após a cura da moléstia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — ANDRÉ FABRE — *La reprise du travail et l'avenir social des tuberculeux* — G. Doin et Cie. Edit. — Paris, 1938.
- 2 — DUMAREST — *La vie hygienique du tuberculeux* — G. Doin et Cie. Edit. — Paris, 1932.
- 3 — PH. COUVE — *Travail et tuberculose — L'expérience de Camerlata* — Presse Médicale n.º 59 — 24-7-37.
- 4 — ANDRÉ FABRE — *La reprise du travail et l'avenir social des tuberculeux pulmonaires* — Presse Médicale n.º 78 — 28-9-38.
- 5 — IRVIN SHULTZ and HARVEY RUSH — *Psychological testing of tuberculous patients* — "The Amer. R. Tuberculosis" — Junho 1941.
- 6 — TERRY C. FOSTER — *Rehabilitation of the tuberculous* — "The Amer. Rev. Tuberculosis" — Fevereiro 1941.
- 7 — E. L. SILTZBACH — *Rehabilitation of tuberculous* — "The Amer. Rev. Tuberc." — Setembro 1941.
- 8 — ETIENNE BERNARD — *Tuberculose et Medicine Sociale* — Masson et Cie. Edit. — 1938.
- 9 — BARROS BARRETO — *Bases para a organização da luta antituberculosa em face do atual momento epidemiológico do Brasil* — Relatório ao 1.º Congresso Nacional de Tuberculose — Rio, S. Paulo — Maio 1939.
- 10 — G. POIX — *La tuberculose et les fonctionnaires de l'Etat* — Presse Médicale n.º 49 — 18-6-38.
- 11 — DÉCIO QUEIROZ TELES — *O tuberculoso em face da legislação* — Relatório Oficial ao 2.º Congresso Nacional de Tuberculose — S. Paulo — Maio 1941.
- 12 — E. RIST — *L'admission aux fonctions publiques des tuberculeux guéris* — Presse Médicale, n.º 36 — 13-5-37.
- 13 — CLEMENTE FERREIRA — *Influência, sobre a fatalidade dos casos de tuberculose, do tratamento médico-cirúrgico e da segregação em estabelecimentos institucionais. Post-assistência e reabilitação profissional* — Comunicação ao 1.º Congresso Nacional de Tuberculose — Rio, S. Paulo — 1939.
- 14 — HOMERO SILVEIRA — *Contribuição ao estudo da readaptação e reeducação profissional dos tuberculosos* — "Publicações Médicas" — Março-Abril 1942.