CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA MENINGITE TUBERCULOSA NA GRANDE SÃO PAULO, 1982-1983

Ø

STELLA MARIA COSTA NARDY

Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
Departamento de Epidemiologia, para a obtenção de
Título de Doutor em Saúde Pública

Orientador: Prof. ROBERTO BRÓLIO

São Paulo - 1986

DEDICATÓRIA

À Stellinha, minha afilhada e muito
querida sobrevivente de meningite
tuberculosa.

AGRADECIMENTOS

A participação de inúmeras pessoas, na concretização de um trabalho científico faz necessária para o aprimoramento do mesmo.

Agradeço:

- Particularmente, ao Prof. Roberto Brólio, meu orientador e amigo, a quem devo grande parte de minha formação profissional, pelos ensinamentos, estímulo e interesse dedicados à elaboração do presente estudo.
- Especialmente, às minhas amigas doutoras Maria Helena Prado de Mello Jorge e Marília Belluomini, pela assessoria e incentivo prestados em todas as fases deste trabalho.
- À todos os colegas pela colaboração dada, principalmente, à Sabina Lea Gotlieb e Péricles Alves Nogueira.
- À Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde, na pessoa de seu diretor Pro. Germano Gerhardt e Dra. Thereza Saldanha Martins, pela oportunidade que me foi proporcionada de participar na pesquisa sobre meningite tuberculosa, a nível nacional.
- Aos diversos setores da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, que na figura de seus diretores e funcionários, facilitaram e permitiram meu livre acesso a seus arquivos e forneceram informações valiosas para a localização dos casos: Centro de Informações de Saúde, Hospital Emílio Ribas, Parque Hospitalar do Mandaqui, Hospi-

tal das Clínicas, Centros de Saúde, Distritos Sanitários e Grupo de Tisio Pneumologia Sanitária.

- Às bibliotecárias e demais funcionárias da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública, pela delicadeza e prontidão com que sempre atenderam às minhas solicitações.
- À CAPES (Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior) pela bolsa de estudos para a pesquisa bibliográfica.
- Aos motoristas da Faculdade de Saúde Pública pela dedicação demonstrada nas atividades de campo.
- À Luciana Medeiros da Silva, nossa eficiente secretária, pela incansável colaboração nos serviços de datilografia.
- Ao meu amigo Diogenes D'Amico de Bittencourt e a Cornelia Frota Ferreira pela elaboração dos detalhes finais da apresentação deste trabalho.
- À todos aqueles amigos que, direta ou indiretamente, de alguma forma contribuíram e finalmente, ao meu pai, Enéas e Galeno que comigo sofreram e com quem divido os méritos desta realização.

INDICE

I N D I C E

	<u>PÁG.</u>
RESUMO	xxiii
SUMMARY	xxv
 1 - INTRODUÇÃO	 1
 2 - OBJETIVOS	 14
 3 - MATERIAL E MÉTODOS	 16
3.1 Preliminares	17
3.2 Variáveis do estudo	17
3.2.1 Da região de residência	17
3.2.2 Individuais	18
3.2.3 Do núcleo familiar	18
3.2.4 Da história da doença	18
3.2.5 De hospitalização	18
3.2.6 De tratamento subsequente à hospita- lização	 19
3.2.7 De conhecimento sobre a doença	19
3.3 Levantamento dos casos	19
3.4 Levantamento de dados	21
3.5 Visitação domiciliária	22
3.6 Codificação dos dados	25
3.7 Apresentação e análise dos dados	28
 4 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS	 31
4.1 Fontes de pesquisa	31
4.2 Visitação domiciliária	35
4.3 Característica do estudo	37

	<u>PÁG.</u>
4.3.1 Da região de residência	37
4.3.2 Individuais	51
4.3.3 Do núcleo familiar	55
4.3.3.1 Condições ambientais	56
4.3.3.2 Condições econômicas	64
4.3.4 Da história da doença	69
4.3.4.1 Fonte de contágio	69
4.3.4.2 Vacinação BCG	76
4.3.4.3 Sintomatologia	83
4.3.4.4 Recursos institucionais pro- curados	86
4.3.4.5 Tempo decorrido entre os sintomas e a internação ...	88
4.3.5 De hospitalização	90
4.3.5.1 Hospital	90
4.3.5.2 Ano e mês de internação ...	92
4.3.5.3 Diagnóstico firmado	95
4.3.5.4 Tempo de internação	99
4.3.5.5 Tipo de alta hospitalar ...	102
4.3.6 Do tratamento subsequente à hospita- lização	108
4.3.6.1 Seqüência de tratamento ...	108
4.3.6.2 Tempo de tratamento	112
4.3.6.3 Seqüelas	114
4.3.6.4 Avaliação da evolução dos casos	117
4.3.7 Do conhecimento sobre a doença	121
4.3.7.1 Nome da doença	122
4.3.7.2 Causa da origem	124
4.3.7.3 Orientação recebida	128
4.3.7.4 Relatos sobre o evento	131

	<u>PÁG.</u>
5 - CONCLUSÕES	146
5.1 Levantamento de casos	147
5.2 Visitação domiciliária	147
5.3 Região de residência	147
5.4 Individuais	148
5.5 Núcleo familiar	149
5.6 História da doença	150
5.7 Hospitalização	151
5.8 Tratamento subsequente a internação	152
5.9 Conhecimento sobre a doença	152
 6 - ANOTAÇÕES FINAIS	 154
 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 159
 ANEXOS	 169

INDICE DAS TABELAS

ÍNDICE DAS TABELAS

PÁG.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT NOTIFICADOS PARA O ESP, NOS ANOS DE 1982 E 1983 SEGUN DO GRUPO ETÁRIO	32
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT LEVANTADOS PARA O ESP, DIAGNOSTICADOS EM 1982 E 1983, SEGUNDO FONTE DE PESQUISA E REGIÃO DE RESIDÊNCIA	33
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT LEVANTADOS PARA O ESP, NOS ANOS DE 1982 E 1983, SE- GUNDO GRUPO ETÁRIO	34
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA, 1982-1983 (Nº E %)	35
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS NA GSP, SEGUNDO PESSOA INFORMANTE, 1982- 1983 (Nº E %)	36
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E REGIÃO DE RESIDÊNCIA, 1982-1983 (Nº, % E COEFICIENTE)	38
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT RESIDENTES NO MSP, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E SUB-	

DISTRITO E DISTRITO DE RESIDÊNCIA, 1982-1983 (Nº, % E COEFICIENTE)	41
--	----

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT RESIDENTES NA REGIÃO DMGSP, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA, 1982-1983 (Nº, % E COEFICIENTE)	43
--	----

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT RESIDENTES NO MSP, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº, % E COEFICIENTE	48
---	----

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT RESIDENTES NA REGIÃO DMGSP, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº, % E COEFICIENTE)	49
---	----

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº, % E COEFICIENTE)	51
--	----

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº, % E FREQUÊNCIAS ACUMULADAS)	52
--	----

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº E %)	54
---	----

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO ALTERNATIVA DE HABITAÇÃO E TIPO DE CONSTRUÇÃO DA MORADIA,	
--	--

1982-1983 (Nº E %)	57
--------------------	----

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO ALTERNATIVA DE HABITAÇÃO E CONDIÇÃO DE HABITABILIDADE, 1982-1983 (Nº E %)	59
--	----

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR, 1982-1983 (Nº E %)	60
--	----

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO Nº DE CÔMODOS HABITÁVEIS E Nº DE PESSOAS RESIDENTES NA MORADIA, 1982-1983 (Nº, % E MÉDIA DE PESSOAS POR CÔMODO)	62
--	----

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO RESPONSABILIDADE PELA CHEFIA DO NÚCLEO FAMILIAR, 1982-1983 (Nº E %)	65
---	----

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL, 1982-1983 (Nº E %)	66
---	----

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO NÍVEL OCUPACIONAL DO CHEFE OU RESPONSÁVEL PELO NÚCLEO FAMILIAR, 1982-1983 (Nº E %)	68
--	----

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO	
---	--

INFORMAÇÕES SOBRE FONTE DE CONTÁGIO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº E %)	71
---	----

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT QUE REFE- RIRAM CONTACTO ATUAL COM FONTE DE CON- TÁGIO, SEGUNDO Nº DE FONTES E PROCEDEN- CIA DAS MESMAS, 1982-1983 (Nº E %)	73
---	----

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE CONTÁGIO, SUA SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À SEQUÊNCIA DE TRATAMENTO E RELACIONAMENTO SOCIAL COM CASOS DE MT, 1982-1983 (Nº E %)	75
---	----

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANTECEDENTE VACINAL POR BCG E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº E %)	79
--	----

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT COMPROVA- DAMENTE VACINADOS, SEGUNDO TEMPO DECOR- RIDO ENTRE A VACINAÇÃO E A INTERNAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %)	81
---	----

TABELA 26 - NÚMERO E PORCENTAGEM DOS CASOS DE MT, SEGUNDO SINTOMA APRESENTADO, 1982-1983	85
---	----

TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO Nº DE ENTIDADES PROCURADAS ATÉ ESCLARECIMENTO DO DIAGNÓSTICO, 1982-1983 (Nº E %)	87
---	----

TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS,	
---	--

PÁG.

SEGUNDO TEMPO DECORRIDO ENTRE O INÍCIO DOS SINTOMAS E A INTERNAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %)	89
--	----

TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E HOSPITAL DE INTER NAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %)	91
--	----

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E MÊS DE INTERNAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %)	93
--	----

TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO DIAGNÓSTICO FIRMADO E SEXO, 1982-1983 (Nº E %)	96
--	----

TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO DIAGNÓSTICO FIRMADO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº E %).....	98
---	----

TABELA 33 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO DIAGNÓSTICO FIRMADO E TEMPO DE INTERNA ÇÃO, 1982-1983 (Nº E %)	100
--	-----

TABELA 34 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E TIPO DE ALTA HOS- PITALAR, 1982-1983 (Nº E %)	102
--	-----

TABELA 35 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO TIPO DE ALTA HOSPITALAR E TEMPO DE IN- TERNAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %)	105
---	-----

TABELA 36 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E TIPO DE ALTA HOSPITALAR, 1982-1983 (Nº E %)	107
TABELA 37 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT QUE OBTIVERAM ALTA HOSPITALAR, SEGUNDO EVENTOS OCORRIDOS NA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO, 1982-1983 (Nº E %)	110
TABELA 38 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT COM INFORMAÇÃO DE ALTA (CURA E ABANDONO), SEGUNDO TIPO DE ALTA E TEMPO DE TRATAMENTO ESPECÍFICO A QUE SE SUBMETERAM, 1982-1983 (Nº E %)	113
TABELA 39 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT QUE OBTIVERAM ALTA HOSPITALAR, SEGUNDO PRESENÇA OU NÃO DE SEQUELAS E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº E %)	115
TABELA 40 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO EVENTO OCORRIDO NA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº E %)	118
TABELA 41 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO EVENTO OCORRIDO NA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO E ANO DE DIAGNÓSTICO, 1982-1983 (Nº E %)	120

PÁG.

TABELA 42 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO NOME DA DOENÇA, 1982-1983 (Nº E %).....	123
---	-----

TABELA 43 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO CAUSA DA ORIGEM DA DOENÇA, 1982- 1983 (Nº E %)	125
--	-----

TABELA 44 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS QUE RECEBERAM ORIENTAÇÃO PARA REALIZA- ÇÃO DE EXAMES NOS FAMILIARES, SEGUNDO EXAMES SOLICITADOS, 1982-1983	130
--	-----

INDICE DE FIGURAS E QUADRO

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROPÁG.

FIGURA 1 - CASOS DE MT DIAGNOSTICADOS NO MSP, SEGUNDO REGIÃO DE RESIDÊNCIA, 1982-1983 (MAPA MSP)	44
FIGURA 2 - CASOS DE MT DIAGNOSTICADOS NA REGIÃO DMGSP, SEGUNDO REGIÃO DE RESIDÊNCIA, 1982-1983 (MAPA GSP)	46
FIGURA 3 - CASOS DE MT, SEGUNDO MÊS DE DIAGNÓSTICO, 1982-1983 (GRÁFICO)	94
QUADRO 1 - RESULTADOS DE INVESTIGAÇÕES RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE O MODO DE CONTÁGIO DA TUBERCULOSE, SEGUNDO VÁRIOS AUTORES	127

INDICE DE SIGLAS

ÍNDICE DE SIGLAS

- AT - Arquivo de tuberculose - CIS
- AVE - Arquivo de Vigilância Epidemiológica - CIS
- BCG - Bacilo Calmet e Guérin (vacina)
- CAH 101 - Boletim nº 101 da Coordenadoria de Assistência Hospitalar
- CIS - Centro de Informações de Saúde
- CS - Centro de Saúde
- DMGSP - Demais Municípios da Grande São Paulo
- DNPS - Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
- ESP - Estado de São Paulo
- FSEADE - Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados
- FSP - Faculdade de Saúde Pública
- GSP - Grande São Paulo
- GT-PS - Grupo de Tisio-pneumologia Sanitária
- HC - Hospital das Clínicas
- HEP - Departamento de Epidemiologia
- HER - Hospital Emílio Ribas
- IC - Instituto da Criança (HC)
- INH - Hidrazida
- IUAT - União internacional de luta contra a tuberculose
- MI - Ambulatório de moléstias infecciosas (HC)
- MSP - Município de São Paulo
- MT - Meningite tuberculosa
- OMESP - Outros municípios do Estado de São Paulo
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PAS - Ácido paramino-salicílico
- PHM - Parque Hospitalar do Mandaqui
- PS - Pronto Socorro

SAME - Serviços de Arquivo Médico e Estatístico

SP - São Paulo

SS - Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo

VD - Visita (s) domiciliária (s)

RESUMO

R E S U M O

O presente trabalho estuda algumas características epidemiológicas de 241 casos de Meningite tuberculosa de pessoas residentes na Grande São Paulo, nos anos de 1982 e 1983. O levantamento de casos foi realizado no Centro de Investigações de Saúde e outras fontes oficiais de informação e complementado pela visita domiciliar que representou um recurso inestimável para o esclarecimento dos dados. Os casos foram analisados por região de residência, aspectos individuais, núcleos familiares, história da doença, hospitalização, seqüência de tratamento e conhecimento sobre a doença. Os resultados identificam condições insatisfatórias de vida na maioria da população, demora no diagnóstico por falhas assistenciais, alta letalidade hospitalar e desconhecimento do modo de transmissão e prevenção da tuberculose pela maioria das pessoas entrevistadas. O grupo de menores de 5 anos de idade foi o mais comprometido pela ocorrência de seqüelas e, a maior letalidade foi na faixa de 7 — 12 meses. Ao final do estudo, houve 45,7% de cura, 27,8% de óbito, 13,3% de abandono. Em 13,2% dos casos, alguns permaneciam em observação e outros desconhecidos pelo sistema de controle de notificações.

SUMMARY

S U M M A R Y

The present paper studies some epidemiological characteristics of 241 cases of tuberculous meningitis in persons living in the Great São Paulo, State of São Paulo, Brazil, in 1982 and 1983. The survey of cases was worked out at the Center of Health Investigation; other official sources have been consulted, too, being work complemented by domiciliary visitings which represented an invaluable resource for data enlightenment. The cases were analysed taking into account region of dwelling, individual aspects, familiar nucleus, disease history, hospitalization, treatment follow-up and knowledge about the disease. Results identify unsatisfactory life conditions for the majority of the population under study; delay in diagnosing the disease due to failures in assistance; high rate of hospital lethality and lack of knowledge on how tuberculosis is transmitted and prevented by the majority of the persons interviewed with. The age group of children below five years was the one most implicated in as to the occurrence of sequels; the highest rate of lethality was presented by children aged 7 — 12 months. At the end of the study, there were 45.7% of healings; 27.8% of deaths; 13.3% of treatment abandonment. In 13.2% of the cases, some persons continued under observation and others remained unknown by the Health System of notifications.

1 - INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

A história da tuberculose é tão longa como a das civilizações e é comprovada por descobertas arqueológicas de lesões tuberculosas localizadas em colunas vertebrais que datam de épocas anteriores à Idade da Pedra.

Foi reconhecido seu caráter infeccioso somente após a segunda metade do século XIX, com os notáveis trabalhos de Villemain (1865) provando sua transmissibilidade, e de Robert Koch (1882), descobrindo seu agente etiológico.

O mundo comemorou em 1982 o centenário dessa última descoberta, homenageando o seu autor, mas em que pese o valor desse evento, a tuberculose é ainda um problema insólido mundialmente, apesar dos avanços técnicos terem propiciado meios para controlá-la ou até mesmo erradicá-la³⁰.

BULLA⁽⁹⁾ em 1977, citando as pesquisas gerais da Saúde no mundo, no período de 1969-1972, afirma que a tuberculose ocupa uma posição importante entre as 21 enfermidades transmissíveis, consideradas como problemas prioritários nas 6 regiões sob controle da Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja: 2º lugar na região Pacífico Ocidental; 3º na Mediterrâneo Oriental; 4º na Sudeste Asiático; 6º nas Américas; 7º na da Europa e 13º na região da África.

Em recente publicação da OMS⁽³⁶⁾, resumindo relatórios técnicos elaborados pelas diversas comissões que a integram para o estudo da tuberculose, sob o tít

tulo "Magnitude do problema da tuberculose no mundo" a conclusão foi a de que: "Apesar de ter havido uma significativa mudança em relação ao problema da tuberculose em quase todos os países ou áreas das Regiões durante os últimos 30 anos, existem ainda muitos países onde ela é considerada um problema de Saúde Pública, havendo inúmeras barreiras que impedem o completo desenvolvimento dos programas de controle".

GRIZYBOWSKI⁽²³⁾ analisando as estimativas dos estudos apresentados por grupos da OMS e da União Internacional contra a Tuberculose (IUAT), em Genebra, 1981, conclui que no mundo morrem de tuberculose por ano, 3 milhões de pessoas e em cada ano se desenvolvem entre 4 e 5 milhões de casos novos com escarro positivo, infectando outros a seu redor. Esta conclusão, é compatível com a de STYBLO e ROUILLON⁽⁶²⁾ que calculam em 3.700.000 o número de casos positivos de tuberculose pulmonar, somados a 4 milhões de casos de tuberculose extra pulmonar e de tuberculose com bacteriologia negativa (principalmente em crianças), por ano.

Entretanto, é nos países em desenvolvimento que a prevalência da tuberculose é mais acentuada, sendo maior do que a dos países desenvolvidos. Nestes, está havendo uma tendência para a tuberculose se tornar uma doença de idades avançadas, o que é considerado pelos peritos da OMS³⁶ não só como uma diminuição do problema em si, mas representando também um decréscimo considerável, em termos de custos para a sociedade.

SHIMAO⁽⁶⁰⁾ em 1983, analisando a situação epidemiológica da tuberculose no mundo, conclui que os países estão divididos em dois grupos: de alta e de baixa pre

valência. As razões apontadas, pela elevada prevalência da tuberculose nos países do primeiro grupo, são os baixos padrões de vida existentes e os obstáculos na implementação de medidas de controle da doença.

Em 1966, CASTELLS⁽¹²⁾, no XV Congresso Panamericano de Tuberculose diz que "os objetivos de um plano de controle da tuberculose são os de reduzir os riscos de infectar-se, adoecer e morrer desta enfermidade, mediante a interrupção da cadeia de transmissão. Para tanto é necessário localizar, o mais cedo possível, os casos infecciosos e converte-los em não infecciosos, aumentar a resistência biológica da população e prevenir a doença em pessoas expostas a riscos especiais".

Sustenta ainda o autor, que o meio técnico para interromper a cadeia de transmissão é o tratamento com a quimioterapia específica, a vacinação BCG para aumentar a resistência biológica e a quimioprofilaxia com hidrazida (INH) para prevenir a doença nas pessoas sujeitas a riscos especiais.

BLEIKER⁽⁶⁾ do Centro Internacional de Pesquisas sobre Tuberculose, em 1982, afirma que o objetivo dos programas de controle da tuberculose não mudaram desde que começaram as campanhas contra a doença no início deste século. Continua sendo o de aliviar o sofrimento causado pelo bacilo de Koch e eliminar a doença o mais depressa possível. Em um eficiente programa de controle da doença os dois recursos máximos, segundo o autor, são a procura de casos seguida de imediata aplicação da quimioterapia, e vacinação BCG. Refere ainda haver uma concordância geral de que a vacinação prévia de pessoas não infectadas, com uma vacina potente, é altamente eficaz para prevenir a tuberculose em al

guns grupos populacionais. Recomenda que, em países em desenvolvimento, as campanhas de vacinação de crianças sejam desenvolvidas o mais amplamente possível ainda por várias décadas.

Para STYBLO e col.⁽⁶¹⁾, o efeito direto da vacinação pode ser medido, na prática, em termos da proporção de casos de tuberculose prevenidos no grupo etário em que a vacinação foi feita.

Segundo BRÖLIO⁽⁷⁾, nos países em desenvolvimento, onde a tuberculose constitui um problema de Saúde Pública, a vacinação de 100% dos suscetíveis é uma meta almejada, embora se reconheça as dificuldades decorrentes da falta de recursos técnicos e humanos para a cobertura satisfatória da vacinação de suas populações.

PIO⁽⁵⁵⁾, afirma que antes da introdução da quimioterapia específica, uma fonte de contágio, vivendo dois anos produzia 20 novas infecções. Se uma fonte de infecção produzir menos infecções por interferência da quimioterapia, ou menos casos surgirem na população devido ao BCG e quioprofilaxia, o problema estará decrescendo.

Tendo em vista essas considerações e as afirmações feitas por PASCUAL⁽⁵¹⁾ e DELAGE e col.⁽¹⁵⁾ de que a meningite tuberculosa (MT) é a complicação mais severa de todas as formas da tuberculose, as medidas preventivas para o controle da tuberculose como um problema global devem causar impacto também sobre aquela complicação.

Há 150 anos, a MT não era conhecida sob essa denominação, sendo aceitos como sinônimos para definir esse mal: aracnite, meningite, encefalite infantil e mais comumente hidrocefalia aguda. Após muitas controvérsias em 1836, Green citado por MEINDL⁽⁴²⁾ introduziu o termo

Meningite tuberculosa, por expressar mais fidedignamente as características patológicas da doença.

Segundo DEENY e col.⁽¹⁴⁾, diferentemente da tuberculose pulmonar, com sua variada história natural e se veridade, a MT é sempre uma enfermidade grave e necessita de internação hospitalar. É virtualmente impossível um paciente recuperar-se espontaneamente, sem tratamento.

No conceito de TARANTINO e col.⁽⁶⁴⁾ a MT pode apresentar-se, na prática, sob dois aspectos fundamentais: meningite tuberculosa precoce e meningite tuberculosa tardia. A primeira surge como complicação grave, geralmente após 3 meses do decurso da tuberculose primária, quase sempre em crianças. A tardia, mais difícil de identificar, surge quando a infecção primária regrediu e os pulmões não apre sentam mais sinais indicativos de lesões ativas. Resulta, quase sempre, da rutura de um tubérculo isolado no espaço sub aracnoideo. Segundo esses autores, a MT excede em nũmero todas as outras formas de meningite, exceto a meningocócica.

LUCENA⁽³⁵⁾ em 1953, na revisão de literatura por ele realizada, conclui que "a participação da mortalidade por MT no obituário geral da tuberculose varia com o momento epidemiológico de cada país e ainda com a fidedignidade dos dados estatísticos disponíveis e compõe a quase totalidade dos óbitos por tuberculose no lactente".

Para ALVAREZ⁽¹⁾, quando a prevalência da tuberculose é alta, a primo infecção e a meningite tuberculosa são freqüentes em idades mais baixas. A tuberculose primária desenvolvendo tarde na vida, pode alterar a idade de incidência da MT, de sua costumeira ocorrência em crianças, para uma maior incidência em adultos.

A MT foi durante muito tempo uma enfermidade de prognóstico fatal, apresentando letalidade de 100% dos casos, em todo o mundo.

LINCOLN⁽³³⁾ em 1947, apresenta a análise de 167 casos fatais de meningite tuberculosa, no Hospital Bellevue de Nova York, diagnosticados antes da era quimioterápica. Desses, 92 já possuíam na entrada um diagnóstico estabelecido de tuberculose primária. Dos 75 pertencentes ao grupo restante, onde se desconhecia na admissão qualquer passado de tuberculose, o diagnóstico de MT em 61% dos casos, foi estabelecido em 24 horas, pela história de contágio familiar e ou exames laboratoriais. A duração da doença, desde o aparecimento dos primeiros sintomas até a morte, variou de 1 a 63 dias, com a média de 19,5 dias.

AUERBACH⁽³⁾ referindo-se também a era pré-quimioterápica, revela que entre o ano de 1932 e 1947 foram feitas 2.333 autopsias em pacientes que morreram de alguma forma de tuberculose no Sea View Hospital de Nova York. Desses pacientes 108 (4,6%) haviam falecido de MT.

Mc Cracker, citado por LUCENA⁽³⁵⁾, analisando em 1935 o fator idade, reviu atestados de óbitos de 6.006 indivíduos mortos por MT, no condado de Glasgow e concluiu ser uma doença nessa época, característica da infância, porquanto 90% dos óbitos foram registrados no grupo menor de 15 anos, sendo que 65% do total foi abaixo de 5 anos de idade.

É de consenso geral, entre os autores, que o declínio da mortalidade ocasionada pela doença começou com o emprego da estreptomicina (SM), em 1945.

Para FITZSIMONS e col⁽¹⁹⁾ os primeiros resultados com o emprego da SM não foram bons, e os fatores

determinantes do seu sucesso, foram aprendidos somente com os experimentos com diferentes regimes de tratamento. Segundo esses autores os relatórios do Medical Research Council de 1948, apoiando a administração por via sistêmica e prolongada da quimioterapia, com a associação da administração endocraniana desse medicamento, propiciaram uma uniformidade de tratamento na Inglaterra, mas a introdução do ácido paramino-salicílico (PAS) e posteriormente da INH, foi a responsável pelo aumento das taxas de sobrevivência e pela maior variação de métodos de tratamento.

HIRMAN⁽²⁸⁾ afirma que, após a introdução da INH na terapia da tuberculose, em 1952, as taxas de mortalidade por MT decresceram de 20 a 50%, mas continuou sendo uma severa enfermidade.

Em 1951, DEBRE⁽¹³⁾ revela que a MT pode ser curada com a SM, e que o prognóstico do tratamento varia muito de acordo com a idade do paciente. Apresenta o estudo de 262 casos de MT admitidos entre 1947 e 1949 na Clinique des Enfants Malades, com mortalidade de 37,5% em 128 casos com idade de 6 a 20 anos, 58,0% em 118 casos do grupo etário 1 a 5 anos e 75,0% em 16 casos no grupo menor de 1 ano. Conclui, o autor, ser esta alta mortalidade devido a atraso no diagnóstico, pois nesse grupo é difícil reconhecer os primeiros sintomas.

Em 1958, VOLJAVEC e col⁽⁷³⁾, analisando a situação do tratamento da MT dizem que a mesma, anteriormente de prognóstico inevitavelmente fatal, pode agora ser curada, se tratada a tempo, uma vez que já contam com medicamentos específicos como SM, INH e PAS usados em diferentes regimes. Os autores concluem que os principais fatores que afetam desfavoravelmente o prognóstico da MT são: a infância, a velhice, as fases avançadas da doença e a duração da

enfermidade antes do início do tratamento.

PAULA⁽⁵²⁾, analisando em 1973 a situação da MT na época, afirma que a partir da descoberta dos quimioterápicos antituberculosos o prognóstico para a doença sofreu uma total inversão, podendo ser considerada, curável, quando diagnosticada precocemente.

Essa mesma afirmação já havia sido e vem sendo formulada por outros autores, segundo a qual os recursos disponíveis atualmente para o diagnóstico e tratamento da doença possibilitam a cura de elevada porcentagem de casos^{15,35,54,64,67,75}.

PERFEITO⁽⁵⁴⁾ salienta que a precocidade do tratamento reduz não somente a mortalidade como também a incidência de seqüelas neurológicas graves, afirmação que corresponde à expressão de Tarantino e col⁶⁴ segundo a qual "atualmente, todos os insucessos com o tratamento correto da MT, decorrem da identificação tardia da mesma".

ESCOBAR e col⁽¹⁶⁾ em análise feita em 1975 sobre mortalidade por MT, alegam ser a letalidade menor para os países desenvolvidos, apresentando a doença, graves problemas em áreas em desenvolvimento, decorrentes de má nutrição, subpadrões de condições de vida e abandonos de tratamento.

Confirmando essa afirmação do declínio da mortalidade por MT em países desenvolvidos, TRAUB e col⁽⁶⁸⁾ declaram em 1983, baseados na própria experiência em hospital de Londres, que a MT é atualmente em seu país, uma doença de adultos, apesar de ter sido no início do século, doença da infância. Essa mudança na incidência por idade, pensam os autores estar associada à aquisição da primo-infecção na idade adulta, podendo ser parcialmente atribuída aos progra

mas de imunização pelo BCG.

HAAS e col⁽²⁷⁾, são da mesma opinião quando afirmam em 1976, nos EEUU, ser a MT na época, uma doença de adultos e não mais uma doença de cunho pediátrico, e alertam os médicos e residentes que tratam de pacientes adultos, para atentar logo para a MT no diagnóstico diferencial de doenças do sistema nervoso.

Em editorial, publicado no British Medical Journal em 1971, há o consenso de que a MT vem se tornando relativamente rara, em países com elevados padrões médicos e sociais. Com os modernos tratamentos pode ser encontrada 100% de recuperação nos casos, sem seqüelas se o tratamento for iniciado antes da pessoa tornar-se inconsciente. Para atestar a maior gravidade existente em países em desenvolvimento, cita um trabalho realizado no Sul da África, quando Freimon e Geefhuysen trataram 131 crianças africanas, das quais 2/3 estavam inconscientes no início do tratamento. Cerca de 40% dos pacientes morreram antes de 1 ano de quimioterapia e mais da metade dos sobreviventes ficaram com severas seqüelas⁽⁷⁰⁾.

No Brasil, em 1981, a incidência notificada de MT em menores de 5 anos de idade apresentada por GERHARDT⁽²¹⁾ foi de 1,3 por 100.000 habitantes, 23,6% do esperado que era 5,5 por 100.000 habitantes. Justifica o autor, como sendo devido à alta cobertura de vacinação BCG em nosso meio. E, acrescenta que o subregistro e a dificuldade para o diagnóstico podem influenciar neste resultado.

O Ministério da Saúde, em documento não publicado, estima que a letalidade no país por essa enfermidade, esteja em torno de 50%, havendo "forte correlação entre o estágio da doença quando do início do tratamento e o

prognóstico do paciente, sendo possível, entretanto, a diminuição da letalidade através do diagnóstico mais precoce".

TIRIBA e cols⁽⁶⁷⁾ em estudo realizado no Hospital Emílio Ribas (HER), de São Paulo, destaca as causas que condicionam o agravamento da situação da MT. Comenta o autor, que o doente, raramente é assistido por uma única instituição. É transferido, em sucessão, para vários hospitais sendo que essas remoções, responsáveis muitas vezes pelo agravo da doença, são ocasionadas por: insuficiência de diagnóstico clínico e laboratorial, falta de pronta resposta terapêutica, esgotamento de recursos econômicos da família e receio de contágio.

Dados obtidos junto à diretoria do HER, em 1984, mostram que a letalidade pela doença, nesse nosocômio, no decurso de 1979 a 1983, variou de 30,2% em 1979 para 28,9% em 1983, com menor taxa em 1982 (19,7%), e média de 27,0% no período.

Preocupados com a situação da MT no Brasil, a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde (DNPS) elaborou um plano de pesquisa para ser desenvolvido em 1983, em 6 capitais brasileiras, objetivando avaliar as condições operacionais das atividades relativas à assistência dos casos de MT.

A colaboração dada pelo Estado de São Paulo a essa pesquisa, foi coordenada por elementos do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública (HEP-FSP), levantando inicialmente dados no Centro de Informações de Saúde (CIS), para detectar onde se efetuavam os diagnósticos de MT no Estado de São Paulo. Esse processo evidenciou que nos anos de 1981 e 1982 as maiores porcentagens de casos notificados provêm do HER, respectivamente

62,4% e 59,6%. Outra instituição que presta assistência médico hospitalar, no Estado de São Paulo (ESP), a casos de tuberculose é o Parque Hospitalar do Mandaqui (PHM), onde foram constatadas inúmeras internações por MT nos anos supracitados.

Tendo-se em vista essa situação e a premência de tempo exigida para o levantamento de dados solicitados, optou-se pelo estudo dos casos diagnosticados apenas nesses dois nosocômios.

A pesquisa foi realizada conforme exigências do protocolo, tendo a autora do presente trabalho, participado ativamente do levantamento de dados para o ESP. Foi publicada em 1985 pelos coordenadores da DNPS⁽⁴⁰⁾ sob o título Meningite Tuberculosa - resultados de uma pesquisa operacional.

Dos 351 casos levantados para o ano de 1983, nas 6 capitais brasileiras, 199 (56,7%) ocorreram em crianças menores de 5 anos de idade. Os autores da publicação alegam que o coeficiente notificado de casos para o Brasil foi inferior ao coeficiente teórico de incidência de MT prevista, respectivamente 2,0 e 6,1 por 100.000 habitantes. Também para o ESP, os valores foram inferiores, visto que foram notificados 0,8 quando o esperado seria de 3,8 por 100.000 habitantes. Concluem, pelos dados obtidos que o diagnóstico da MT é quase sempre incompleto, o tratamento é iniciado em fase adiantada da doença, a letalidade é alta, 38,5%, sendo mais elevada no grupo de menores de 5 anos.

A participação na pesquisa mencionada e a aceitação das considerações de FORATTINI⁽²⁰⁾ sobre os problemas de Saúde Pública, onde a MT se inclui como um impor-

tante agravo em nosso meio, foram os elementos propulsores que estimularam a apresentação deste trabalho. Nele procura-se estudar a situação da totalidade dos casos diagnosticados e residentes na Grande São Paulo (GSP), nos anos de 1982 e 1983, levantando os fatores que contribuem para a manutenção dessa enfermidade como um problema de Saúde Pública, em uma região de um país em desenvolvimento.

2 - OBJETIVOS

2 - OBJETIVOS

GERAL:

- Estudar aspectos epidemiológicos da MT na Grande São Paulo, nos anos de 1982 e 1983, e oferecer subsídios para o programa de controle da tuberculose.

ESPECÍFICOS:

- Estudar os casos de MT segundo região de residência, sexo e idade
- Levantar as condições ambientais e econômicas do núcleo familiar dos casos em estudo
- Investigar a história da doença
- Averiguar a situação de hospitalização
- Pesquisar a seqüência do tratamento pós hospitalar
- Analisar o conhecimento do doente ou responsável em relacionar a ocorrência da MT com fontes de contágio
- Descrever relatos significativos quanto às dificuldades encontradas para o diagnóstico e atendimento dos casos.

3 - MATERIAL E MÉTODOS

3 - MATERIAL E MÉTODOS

3.1 PRELIMINARES

A população alvo desta pesquisa constituiu-se de todas as pessoas com diagnóstico de MT, residentes nos municípios da GSP, nos anos de 1982 e 1983.

Os casos foram obtidos por meio de um levantamento realizado nos fichários do CIS da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SS) e nos Serviços de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) de hospitais de São Paulo que internam o maior número de casos de MT no ESP, quais sejam: HER e o PHM.

A coleta de dados e informações sobre os casos foi realizada nesses locais, nos Centros de Saúde (CS) notificantes e em visitas domiciliárias (VD) feitas a todos os pacientes e ou seus responsáveis.

3.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Essas atividades permitiram identificar as variáveis que, de acordo com os objetivos propostos, foram estudadas segundo as seguintes características:

3.2.1 Da região de residência

- Distritos e Sub distritos do Município de São Paulo (MSP).
- Demais municípios integrantes da Grande São Paulo (DMGSP).

3.2.2 Individuais

- Sexo
- Idade

3.2.3 Do núcleo familiar

- Condições ambientais
- Condições econômicas

3.2.4 Da história da doença

- Fonte de contágio
- Vacinação BCG
- Sintomatologia
- Recursos institucionais procurados
- Tempo decorrido entre sintomas e internação

3.2.5 De hospitalização

- Hospital
- Ano e mês de hospitalização
- Diagnóstico firmado
- Tempo de internação
- Tipo de alta hospitalar

3.2.6 De tratamento subsequente à hospitalização

- Seqüência de tratamento
- Tempo de tratamento
- Seqüelas
- Avaliação da evolução dos casos

3.2.7 De conhecimento sobre a doença

- Nome
- Causa da origem
- Orientação recebida
- Relatos sobre o evento

3.3 LEVANTAMENTO DOS CASOS

O CIS fornece ao Grupo de Tisio-Pneumologia Sanitária (GT-PS) da SS, entre outros dados, a distribuição do número de casos de MT notificados para o ESP.

Em uma primeira etapa, foi consultada essa fonte fornecedora de dados onde foram obtidos todos os casos notificados nos anos de 1982 e 1983, para o ESP. Posteriormente, foram selecionados os referentes à GSP, de acordo com os objetivos propostos.

O CIS possui dois sistemas de arquivos onde se pode encontrar os casos de MT: Arquivo de Tuberculose (AT) e Arquivo de Vigilância Epidemiológica (AVE).

O AT é composto de fichas de notificação e controle da tuberculose - Ficha Amarela - modelo da

DNPS oficial para todo o país (Anexo 1). Estão dispostas em rigorosa ordem alfabética, em gavetas separadas por ano de ingresso do caso no sistema. Na ocasião que foi pesquisado, início de 1984, essas fichas estavam sendo preparadas para serem projetadas no computador. Antes que tal fato sucedesse, foi consultada ficha por ficha desse arquivo, dos anos de 1982 e 1983, separando aquelas que possuíam diagnóstico de MT. Os dados nelas contidos e de interesse para o estudo foram transcritos em fichas previamente planejadas para esse fim, independentemente do local de ocorrência e atendimento do caso (Anexo 2).

O AVE foi consultado na mesma época. Este é composto de gavetas com fichas de Investigação Epidemiológica onde devem constar todos os dados referentes às internações de casos de etiologia diversas, de doenças de notificação compulsória, inclusive de meningite (Anexo 3). Essas fichas são dispostas em ordem numérica, atendendo cronologicamente à chegada da notificação desses casos durante o ano. Dos fichários referentes aos anos em questão foram separadas e xerocopiadas todas que possuíam diagnóstico firmado de MT.

Concomitantemente a esses levantamentos foram consultados o SAME do HER e o do PHM, o que foi possível mediante solicitação e exposição dos objetivos da presente pesquisa aos diretores dos referidos hospitais.

Esses hospitais colaboraram, oferecendo para consulta o Boletim nº 101 da Coordenadoria de Assistência Hospitalar dos anos de 1982 e 1983 (CAH-101)*. Esse boletim é utilizado em toda a rede hospitalar de São Paulo,

* Esse Boletim a partir do 2º semestre de 1984 foi substituído pelo CAH-106.

apresentado sob a forma de listagem e contém algumas informações sobre os doentes submetidos a tratamento hospitalar¹¹.

Por essa via foram obtidos os casos de MT diagnosticados naqueles hospitais. A verificação dos respectivos prontuários forneceu informações complementares, tais como: nome dos pais, endereços com indicações de referências, principalmente dos casos que haviam obtido alta por óbito e locais para onde foram transferidos os que obtiveram alta para sequência de tratamento.

Todos os casos de MT localizados nessas três fontes foram fichados (Anexo 2) e colocados em ordem alfabética, para abolir possibilidade de duplicatas.

3.4 LEVANTAMENTO DE DADOS

Imediatamente, após a obtenção dos casos a serem estudados, partiu-se para outra etapa que foi a de complementação de dados referentes às variáveis que caracterizariam os mesmos quanto à região de residência, aspectos de identificação, de hospitalização, de tratamento e eventualmente de história da doença (presença de fonte de contágio e vacinação BCG). Isto foi necessário, uma vez que em muitas fichas levantadas pelos processos anteriormente citados, havia falhas no preenchimento relativas principalmente ao tempo de tratamento para obtenção de alta, tipo de alta final e referências para localização do caso no endereço dado.

Foram feitos contactos com os CS da SS para localizar todos os casos que haviam obtido alta hospitalar e foram para eles transferidos a fim de se submeterem à sequência de tratamento. Os casos foram agrupados por CS, aos quais foram feitas visitas e ouvidas as enfermeiras-che

fes, que deram esclarecimentos e colocaram os arquivos dos prontuários à disposição. Outras vezes, quando era pequeno o número de casos no CS (1 ou 2), essas consultas para complementação de dados foram feitas por telefone.

Paralelamente a essas atividades, procurou-se localizar prontuários nos ambulatórios do HER, do PHM, no de Moléstias infecciosas (MI) e do Instituto da Criança (IC), estes dois últimos do Hospital das Clínicas (HC). Essa procura foi necessária porque muitas vezes a sequência de tratamento dos casos diagnosticados e internados naqueles hospitais, era realizada nos respectivos ambulatórios, segundo o interesse do médico que o acompanhou na internação. Para esses casos, não constava no CIS ou nos CS notificantes nenhuma informação sobre o prosseguimento do tratamento.

Nesta última fase da busca de dados para estudo das características das variáveis já citadas, foram obtidos esclarecimentos de diagnóstico de casos que haviam sido indevidamente notificados ao CIS como sendo MT. Tal fato ocorreu em decorrência de falha no preenchimento da ficha amarela de notificação (Anexo 1), quando foram registrados no quadrado referente a MT, casos de tuberculose extra pulmonar. Outras vezes, o caso inicialmente notificado ao CIS, pelos hospitais como sendo MT, revelou posteriormente por resultados de exames laboratoriais e ou autópsia realizada, ser meningite por outra etiologia que não a da tuberculose.

3.5 VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

De posse das fichas (Anexo 2) preenchi-

das e separadas de acordo com os procedimentos já mencionados, foi feita a VD onde foi entrevistado, pela autora, o próprio paciente ou pessoa com possibilidade de responder às questões contidas em um formulário elaborado para essa finalidade (Anexo 4).

Esse formulário, antes de ser aplicado na população alvo, foi pré testado em visitas realizadas a 8 casos de MT, ocorridos nos anos de 1982 e 1983 no interior do ESP, quando foi constatada a sua viabilidade. Além de questões fechadas, contêm perguntas abertas que permitiram obter o maior número de dados quanto ao conhecimento da doença, a fonte de contágio, a condição ambiental e econômica, a história da doença e da vacinação BCG.

Em síntese, as questões foram calcadas nos seguintes itens:

- 1) Primeiros sintomas da doença;
- 2) Tempo decorrido entre os primeiros sintomas e a internação;
- 3) Referências a dificuldades sentidas para o atendimento do caso;
- 4) Conhecimentos sobre o modo de adquirir a doença;
- 5) Relacionamento da doença com alguma fonte de contágio;
- 6) Situação vacinal do caso com relação ao BCG;
- 7) Condição ambiental e econômica da família;
- 8) Referências sobre orientação recebida pela família, para a descoberta da fonte de contágio por meio de exames específicos;
- 9) Sequência e local de tratamento após alta hospitalar.

A atividade de VD foi bastante árdua devido a dificuldades de localização e acesso aos endereços,

mas bastante gratificante quanto à receptividade, pois não houve sequer uma recusa para receber a entrevistadora, prestando-lhe sempre as informações solicitadas.

Para facilitar o acesso aos endereços constantes das fichas de cada caso, estes foram localizados em "O Guia" de São Paulo de 1983 e 1984^{24,25}, e em seguida agrupados de acordo com a proximidade, por distritos, sub-distrititos ou por municípios. Para todos os dias programados para as atividades de VD foi traçado, anteriormente, um roteiro para as mesmas. Os casos para os quais não se havia obtido maiores referências quanto à localização e em que a rua indicada não havia sido de forma alguma encontrada em "O Guia", eram incluídos no roteiro do bairro ou município, para serem procurados "in loco".

Para a execução da VD, contou-se com a colaboração de um motorista experiente que nos dias úteis conduzia viatura cedida pela FSP, e nos fins de semana, veículo de propriedade particular.

Essa fase não pôde ter uma continuidade lógica, dentro de um período limitado, devido às dificuldades na disponibilidade da viatura ou interferências de outras atividades executadas, paralelamente, pela autora da pesquisa. A demora havida entre o levantamento dos casos e a VD, talvez tenha sido a responsável pelo fato de que, muitas vezes, o caso ou sua família, no momento da visita, já tivesse trocado de moradia. Quando tal fato sucedia, por meio de informações de vizinhos, procurou-se localizar o novo endereço e proceder à visitação.

Para todas as visitas realizadas, a entrevistadora apresentou-se como sendo uma professora da FSP, realizando um estudo sobre todas as pessoas que haviam sido

internadas nos anos de 1982 e 1983. Imediatamente perguntava sobre o caso em questão e iniciava a entrevista. A duração das mesmas foi em média de 40 minutos, uma vez que a entrevistadora procurava, após obter todas as informações, esclarecer as pessoas nas questões relativas à doença.

Terminada esta fase, em fins de 1985, procurou-se ainda esclarecer dados de alguns casos que haviam ficado incompletos, principalmente relativos a seqüência de tratamento. Foi mais uma vez consultado o CIS que, nesse momento já havia projetado todas as fichas no computador. Nessa pesquisa o mesmo não conseguiu elucidar as dúvidas, concluindo-se daí que alguns casos estavam perdidos no Sistema, não sendo possível mais colher dados sobre eles. Estes no decorrer do capítulo referente a discussão e comentários do trabalho serão citados com as devidas explicações.

3.6 CODIFICAÇÃO DOS DADOS

Terminados os levantamentos de todas as informações propostas nos objetivos, foi feita a codificação dos dados, utilizando-se um "Guia de Codificação" previamente planejado para essa finalidade, com assessoria de docentes da FSP (Anexo 5). Neste foram codificadas 50 variáveis procurando-se fechar as perguntas abertas utilizadas no formulário das entrevistas (Anexo 4).

Para maior clareza, objetividade e entendimento da exposição que será realizada no capítulo referente a Resultados e Comentários, devem ser feitas as seguintes ressalvas:

3.6.1 A variável - região de residência-em sua divi-

são em subdistritos, distritos de SP e municípios da GSP, foi estudada conforme relação oficial da Divisão Administrativa do ESP⁽²⁾. Para efeito de análise das tabelas e redação do texto, foi adotada para designar o município de São Paulo a sigla MSP, os demais municípios também integrantes da GSP, a sigla DMGSP e para os outros municípios do ESP, OMESP.

- 3.6.2 Para a variável - diagnóstico firmado - foi codificado aquele que constava nas fichas, sem a preocupação dos critérios utilizados para firmá-lo, uma vez que não é proposta dos objetivos deste estudo, analisá-los.
- 3.6.3 A denominação-núcleo familiar-foi utilizada para designar, genericamente, a família do doente ou as pessoas que compunham o grupo de convivência familiar, independentemente do vínculo de parentesco e do número de pessoas.
- 3.6.4 O estudo da variável referente a - alternativa de moradia - foi feita seguindo uma adaptação da classificação utilizada por TASCHNER⁽⁶⁵⁾.
- 3.6.5 A classificação da - ocupação do chefe da família - obedeceu uma adaptação feita à elaborada por GUIDI & DUARTE⁽²⁶⁾.
- 3.6.6 A variável relativa à-renda familiar - foi calculada segundo o salário mínimo vigente na oca-

sião da VD.

- 3.6.7 Os-relatos sobre o evento - são sūmulas das respostas à 1.^a questão formulada na entrevista, escolhidas de acordo com a representatividade e o impacto causado, devido aos problemas apresentados.
- 3.6.8 A observação sobre o estado do domicílio foi obtida pela impressão causada à entrevistadora em termos de limpeza e conservação, tomando como referência a utilizada por MC MILLAN⁽⁴¹⁾.
- 3.6.9 Para o estudo das características relativas à região de residência foi utilizada a estimativa de população dos anos de 1982 e 1983 apresentada pela Fundação SEADE⁽²⁾.
- 3.6.10 Para o estudo relativo às faixas etárias - cálculo de coeficientes específicos - estimou-se a população segundo esses grupos a partir da seguinte metodologia: contava-se com uma estimativa global do número de residentes, para 1982 e 1983². Foi necessário:
- 1º) admitir que a distribuição segundo idades nesses anos se manteve igual à apresentada no censo de 1980.
 - 2º) a partir disso, aplicar as proporções da distribuição obtida no mesmo, às estimativas citadas.
- Note-se que o cálculo das proporções de pessoas

em cada grupo foi sempre realizado com relação ao total de pessoas com idades conhecidas, isto é, o procedimento utilizado, automaticamente, redistribuiu a população de idade ignorada, proporcionalmente ao contingente de cada grupo de idade.

Foi preenchido segundo os códigos, um "Guia de Codificação" para cada caso. Os dados constantes nestes foram transcritos posteriormente para planilhas que entregues ao técnico de computação da FSP as projetou em cartões IBM. Após perfuração e classificação eletrônica forneceu elementos para o estudo proposto.

3.7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O estudo referiu-se a 241 casos de MT diagnosticados e residentes na GSP, nos anos de 1982 e 1983.

Os casos foram agrupados e apresentados em tabelas, relacionando as variáveis selecionadas.

Para facilidade de interpretação, os títulos dessas tabelas sempre que se referiram a esse total, foram simplificados, suprimindo-se a especificação diagnosticados e residentes na GSP.

Para as questões relativas às características da história da doença, de conhecimento, e algumas da condição ambiental e econômica foram feitas tabelas simples.

Os resultados foram relatados em porcentagens com uma casa decimal, tendo sido calculado para algumas variáveis: médias, coeficientes de morbidade e de le

talidade. Para melhor apresentação de algumas variáveis foram montados gráficos e mapas.

Não foram realizados testes estatísticos por se tratar de um universo populacional.

4 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS

4 - RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A população de estudo desta pesquisa é constituída de 241 casos de MT diagnosticados nos anos de 1982 e 1983, residentes nos municípios da GSP.

4.1 Fontes de pesquisa

Os procedimentos para o levantamento dos casos de MT, já descritos no capítulo referente a material e métodos, justificam-se pelo fato de terem sido notificados para o ESP, nos anos de 1982 e 1983, o total de 300 casos e, pelo processo adotado, esse número ter passado a ser de 377, corrigido posteriormente para 362.

Na tabela 1 é apresentada a distribuição dos dados globais notificados pelo CIS ao GT-PS da SS para o ESP, nos anos de 1982 e 1983, segundo grupos etários.

Entretanto, pela metodologia adotada, foram obtidos para o ESP os casos apresentados na tabela 2, distribuídos de acordo com a fonte de pesquisa e região de residência.

Nessa tabela os casos identificados concomitantemente no AT e no AVE do CIS foram anotados separadamente daqueles registrados somente no AT, no AVE e SAME do HER e do PHM. Se o levantamento tivesse sido realizado apenas no AT, abrangeria 89,4% dos casos (183 + 154); se houvesse sido creditado apenas os do AVE 56,3% (183 + 29).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT NOTIFICADOS PARA O ESP, NOS ANOS DE 1982 e 1983, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO.

ANO GRUPO ETÁRIO	1982	1983	TOTAL
0 — 5	57	52	109
5 — 10	10	15	25
10 — 15	6	9	15
15 — 20	6	10	16
20 — 40	51	41	92
40 e +	20	21	41
IGNORADO	-	2	2
T O T A L	150	150	300

FONTE: GT-PS DA SS.

Houve concordância de achados de casos notificados nesses dois arquivos em 48,6%, o que significa que somente 183 foram encontrados concomitantemente no AT e no AVE, 154 (40,8%) constavam apenas no AVE. Devido a essas disparidades encontradas, logo no início da pesquisa, foi consultado o SAME dos hospitais citados. Essa procura garantiria um maior número de casos diagnosticados, o que de fato sucedeu, acresceu de 11 casos (2,9%) o total levantado para o ESP.

Ainda por essa tabela, a soma dos totais para cada ano, perfaz 188 e 189 casos para o ESP, respectivamente nos anos de 1982 e 1983.

Quando se restringe aos casos notificados para a GSP (MSP + DMGSP), obtem-se o total de 256 que

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT LEVANTADOS PARA O ESP, DIAGNOSTICADOS EM 1982 E 1983, SEGUNDO FONTE DE PESQUISA E REGIÃO DE RESIDÊNCIA.

ANO REGIÃO FONTE DE PESQUISA	1982			1983			TOTAL PARCIAL			TOTAL GERAL	
	MSP	DMGSP	OMESP	MSP	DMGSP	OMESP	MSP	DMGSP	OMESP		
AT + AVE	41	25	36	46	18	17	87	43	53	183	48,6
AT	30	18	23	39	19	25	69	37	48	154	40,8
AVE	-	2	7	6	2	12	6	4	19	29	7,7
SAME	3	3	-	2	2	1	5	5	1	11	2,9
T O T A L	74	48	66	93	41	55	167	89	121	377	100,0

FONTE: LEVANTAMENTO REALIZADO NO CIS E NO SAME DO HER E DO PHM.

constituíram, inicialmente, a população alvo desta pesquisa, 122 casos ocorridos em 1982 e 134 em 1983.

Eliminando desses totais 15 casos que, como já foi citado, foram indevidamente notificados ao CIS como sendo MT, passou a ser de 241 o número de pessoas internadas com MT nos anos em questão na GSP e de 362 para o ESP.

A tabela 3 mostra a distribuição dos dados globais para o ESP obtidos através deste levantamento e podem ser confrontados com os da tabela 1 onde constam os dados oficiais para a mesma região. Nessa comparação percebe-se, para todas as faixas etárias um aumento no número de casos encontrados pelo processo adotado. Isso sugere que o sistema de notificação de casos de MT para o ESP, carece ainda de uma melhor organização e divulgação. Os esforços que o CIS vem realizando, nesse sentido, são patentes, mas as vias de comunicação necessitam de uma reformulação e maior motivação por parte dos órgãos notificantes.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT LEVANTADOS PARA O ESP, NOS ANOS DE 1982 E 1983, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO.

ANO GRUPO ETÁRIO	1982	1983	TOTAL
0 — 5	69	65	134
5 — 10	11	16	27
10 — 15	6	9	15
15 — 20	6	13	19
20 — 40	60	55	115
40 e +	30	22	52
T O T A L	182	180	362

FONTE: LEVANTAMENTO REALIZADO NO CIS E NO SAME DO HER E DO PHM.

4.2 Visitação domiciliária

O processo de VD para os 241 casos residentes na GSP, foi efetuado imediatamente após o término do levantamento de casos.

Na tabela 4 encontram-se o número de VD realizadas e não realizadas, de acordo com o ano que foi firmado o diagnóstico, havendo para o segundo grupo a discriminação dos motivos pelos quais não pode ser efetuada.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA, 1982-1983 (Nº E %).

ANO \ VD	1982		1983		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
REALIZADA	93	80,2	103	82,4	196	81,3
NÃO REALIZADA	23	19,8	22	17,6	45	18,7
END. NÃO ENCONTRADO	(6)	(5,2)	(6)	(4,8)	(12)	(5,0)
MUD. END. IGN	(10)	(8,6)	(6)	(4,8)	(16)	(6,6)
MUD. OUTRA CIDADE	(5)	(4,3)	(7)	(5,6)	(12)	(5,0)
NÃO LOCALIZADO NO ENDEREÇO	(2)	(1,7)	(3)	(2,4)	(5)	(2,1)
T O T A L	116	100,0	125	100,0	241	100,0

A tabela mostra, na discriminação dos motivos da não realização da VD que, realmente não foram localizados os endereços de 12 casos (5%). Para os outros foi

possível encontrar o local indicado mas o doente ou seus familiares não o foram, por motivo de mudança ou por não ser sequer conhecido no endereço dado. Isto aconteceu, principalmente para os casos de óbito, quando talvez para facilidade de atendimento de formalidades legais, a família deve ter fornecido endereço fictício ou de pessoas conhecidas, e neste caso, no momento da visita, o informante não se lembrava do fato.

Analisando-a por ano, verifica-se que, de um modo geral, o tempo decorrido entre o diagnóstico e a VD não influenciou no sucesso da mesma, com exceção do item-mudança para endereço ignorado - onde para 1982 foi encontrada uma porcentagem maior em relação a 1983, respectivamente 8,6% e 4,8%.

Tomando por base o doente de MT, a tabela 5 mostra quem foi o responsável pelas informações obtidas nas 196 VD realizadas (81,3% do total previsto).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS NA GSP, SEGUNDO PESSOA INFORMANTE, 1982-1983 (Nº E %).

INFORMANTE	Nº	%
MÃE	86	43,9
PAI	9	4,6
CÔNJUGE	10	5,1
O PRÓPRIO	38	19,4
PARENTE	44	22,4
VIZINHO	8	4,1
OUTRO	1	0,5
T O T A L	196	100,0

Essa tabela demonstra a fidedignidade das informações obtidas para este trabalho, uma vez que as perguntas foram dirigidas, na grande maioria das vezes, a pessoas muito chegadas ao paciente, ou a ele próprio. Para fim deste trabalho - parente - deve ser entendido como uma pessoa da família que coabitou com o paciente quando este foi acometido pela doença, isto é, um filho, nora, tio, etc.

Quando não foi localizado de forma alguma o paciente ou seu familiar, apelou-se para vizinhos(4,1%), capacitados a prestar as informações desejadas. Por - outro - entende-se, na mesma tabela, o responsável por um orfanato onde residia um paciente menor.

4.3 Características do estudo

4.3.1 Da região de residência

As informações obtidas para a caracterização desta variável foram levantadas nas fontes de pesquisa citadas e confirmadas na grande maioria das vezes, pela VD.

A tabela 6 mostra a população em estudo distribuída segundo ano de diagnóstico e região de localização da residência do caso.

Esta tabela indica que a população em estudo, para o ano de 1982 foi constituída globalmente de 116 casos de MT (48,1%) e para o ano de 1983 de 125 (51,9%). Segundo as regiões de localização da residência, os mesmos foram distribuídos da seguinte forma: 160 (66,4%) para a região MSP e 81 (33,6%) para DMGSP.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E REGIÃO DE RESIDÊNCIA, 1982-1983 (Nº, % E COEFICIENTE*).

REGIÃO \ ANO	1982			1983			TOTAL	
	Nº	%	COEF	Nº	%	COEF	Nº	%
MSP	71	61,2	0,79	89	71,2	0,95	160	66,4
DMGSP	45	38,8	0,98	36	28,8	0,77	81	33,6
T O T A L	116	100,0	0,85	125	100,0	0,89	241	100,0

* POR 100.000 HABITANTES (DADOS BRUTOS POPULACIONAIS OBTIDOS NA FSEADE).

A diferença encontrada pode talvez, ser atribuída à densidade demográfica das duas regiões.

Quando é feita a análise comparativa, por ano, da distribuição desses casos, houve um ligeiro aumento na porcentagem para o MSP, com uma diminuição equitativa para o mesmo ano, na DMGSP.

Entretanto, quando a mesma tabela é analisada em face aos coeficientes de morbidade, calculados por 100.000 habitantes, essas diferenças se diluem, apresentando no final, para os totais dos anos em estudo, um aumento quase que inexpressivo.

Para melhor visualizar esses dados foram elaboradas as tabelas 7 e 8 onde podem ser analisadas a incidência da MT nos dois anos em questão, desdobradas em locais de residência dos casos, nas duas regiões.

A tabela 7 referente ao MSP foi subdividida, segundo critérios oficiais, em subdistritos e distri-

tos e a tabela 8, da região DMGSP, em municípios.

Em termos percentuais, a tabela 7 revela que em 1982 a maior porcentagem de casos de MT encontrada foi no subdistrito de Santo Amaro 11,3%, seguida pelas dos distritos de Itaquera (8,5%) e São Miguel (8,5%). Para 1983, a maior porcentagem foi encontrada no subdistrito de Butantã (11,2%), seguida pelas dos subdistritos de Santo Amaro (10,1%), Nossa Senhora do Ó (9,0%) e Tucuruvi (9,0%).

Na região DMGSP, seguindo o mesmo critério, na tabela 8, em primeiro lugar tem-se o município de Guarulhos, em 1982, com 15,7% seguido do de Mauã (11,1%) e Osasco (11,1%). No ano de 1983, o município que contou com o maior percentual de incidência de MT foi o de Osasco (19,5%), seguido do de Guarulhos (13,9%) e Diadema (8,4%).

Entretanto, essa exposição percentual tem um significado relativo, uma vez que é necessário para estudar o problema, que haja uma medida uniforme que possa comparar os dados em termos populacionais. Assim, analisando as mesmas tabelas, com os respectivos coeficientes de morbidade por 100.000 habitantes, verifica-se uma situação totalmente diversa. Tomando como parâmetro o coeficiente $4/100.000$, preconizado teoricamente pela DNPS⁽⁶⁹⁾ para o ano de 1981 em menores de 5 anos de idade, no ESP, embora a população estudada nessas tabelas englobe todos os grupos etários, os locais que o ultrapassaram no ano de 1982, na tabela 7, foram, em ordem decrescente, os seguintes:

Distrito de Parelheiros (6,43); subdistrito do Brás (6,40) e Vila Nova Cachoeirinha (5,24). No ano de 1983, nessa mesma tabela, aparece em primeiro lugar o subdistrito de Nossa Senhora do Ó com 4,39; continua o do Brás, em 2º lugar, com um índice menor (4,30) seguido do de

Penha de França com 4,22 (todos por 100.000 habitantes).

Na tabela 8, o maior coeficiente encontrado, no ano de 1982, foi para o município de Juquitiba (7,29) seguido do de Arujá com 5,16; Rio Grande da Serra 4,27 e Cotia 4,18.

Para o ano de 1983 também em ordem decrescente, apareceu o município de Salesópolis com 9,70 seguido do de Santana do Parnaíba (8,80) e Santa Isabel 6,32.

Os dados numéricos dessas tabelas, que exprimem a incidência da MT por ano e região de residência dos casos, podem ser melhor visualizados nos mapas 1 e 2, referentes, respectivamente às regiões MSP e DMGSP.

Os maiores coeficientes de morbidade por MT, mostrados nas mesmas, foram encontrados em sua maioria em regiões periféricas, onde as condições de vida são precárias. Houve exceção, para o subdistrito do Brás, zona central do MSP, com altos coeficientes nos dois anos, o que pode ser justificado talvez, pelo grande número de cortiços e pensões lá existentes, propiciando promiscuidade e um baixo padrão de vida, o que favorece o aparecimento de doenças infecto-contagiosas.

NOGUEIRA⁽⁴⁸⁾, em estudo realizado em 1980 sobre Tuberculose como causa de óbito no MSP, mostrou coeficientes de mortalidade mais elevados, igualmente, em zonas periféricas e no subdistrito do Brás.

Para melhor estudar a distribuição demonstrada nas tabelas 7 e 8, foram elaboradas as tabelas 9 e 10 onde é possível analisar as duas regiões separadamente, nos anos de 1982 e 1983, segundo faixas etárias. Para tanto, foram calculados os coeficientes por 100.000 habitantes, estimando as populações de acordo com o método apre

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT RESIDENTES NO MSP,
SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E SUBDISTRITO E DIS-
TRITO DE RESIDÊNCIA, 1982-1983 (Nº, % e COEFICI-
ENTE*).

ANO SUBDIS- TRITO E DISTRITO	1982			1983			TOTAL	
	Nº	%	COEF	Nº	%	COEF	Nº	%
ACLIAMAÇÃO	1	1,4	1,79	-	-	-	1	0,6
ALTO DA MÓOCA	3	4,2	2,23	-	-	-	3	1,9
BELA VISTA	-	-	-	2	2,3	2,37	2	1,3
BELENZINHO	1	1,4	2,08	-	-	-	1	0,6
BRÃS	3	4,2	6,40	2	2,3	4,30	5	3,1
BRASILÂNDIA	1	1,4	0,52	1	1,1	0,49	2	1,3
BUTANTÃ	1	1,4	0,29	10	11,2	2,69	11	6,9
CANGAÍBA	1	1,4	1,29	-	-	-	1	0,6
CAPELA DO SO- CORRO	6	8,5	1,12	6	6,7	1,01	12	7,5
CASA VERDE	-	-	-	2	2,3	1,77	2	1,3
CONSOLAÇÃO	1	1,4	1,36	-	-	-	1	0,6
IBIRAPUERA	1	1,4	0,60	-	-	-	1	0,6
IPIRANGA	-	-	-	1	1,1	0,56	1	0,6
JABAQUARA	1	1,4	0,36	6	6,7	2,08	7	4,4
J. AMÉRICA	-	-	-	2	2,3	3,50	2	1,3
LAPA	1	1,4	0,74	2	2,3	1,46	3	1,9
LIMÃO	1	1,4	1,14	-	-	-	1	0,6
MÓOCA	1	1,4	2,79	-	-	-	1	0,6
N. SRA. DO Ô	4	5,7	2,25	8	9,0	4,39	12	7,5
PENHA DE FRANÇA	-	-	-	6	6,7	4,22	6	3,7
PINHEIROS	-	-	-	1	1,1	2,11	1	0,6
PIRITUBA	1	1,4	0,81	2	2,3	1,57	3	1,9
STA. CECÍLIA	1	1,4	1,15	-	-	-	1	0,6
STA. EFIGÊNIA	1	1,4	2,35	-	-	-	1	0,6
SANTANA	-	-	-	3	3,4	1,01	3	1,9
STO. AMARO	8	11,3	0,93	9	10,1	0,97	17	10,6
SAÚDE	1	1,4	0,34	2	2,3	0,66	3	1,9
TATUAPE	2	2,8	0,71	-	-	-	2	1,3
TUCURUVI	3	4,2	0,63	8	9,0	1,63	11	6,9
V. FORMOSA	1	1,4	0,81	-	-	-	1	0,6
V. GUILHERME	-	-	-	1	1,1	1,30	1	0,6
V. MADALENA	1	1,4	1,97	-	-	-	1	0,6

V. MARIA	-	-	-	1	1,1	0,74	1	0,6
V. MARIANA	-	-	-	1	1,1	0,86	1	0,6
V. MATILDE	2	2,8	0,78	1	1,1	0,37	3	1,9
V.N.CACHOEIRI NHA	2	2,8	5,24	1	1,1	2,56	3	1,9
V. PRUDENTE	1	1,4	0,19	1	1,1	0,19	2	1,3
ERMELINDO MA- TARARAZO	4	5,7	1,54	1	1,1	0,37	5	3,1
GUAIANAZES	1	1,4	0,59	-	-	-	1	0,6
ITAQUERA	6	8,5	1,27	5	5,6	0,98	11	6,9
JARAGUÃ	-	-	-	1	1,1	1,54	1	0,6
PARELHEIROS	2	2,8	6,43	-	-	-	2	1,3
PERUS	1	1,4	1,89	-	-	-	1	0,6
S. MIGUEL	6	8,5	1,22	3	3,4	0,57	9	5,6
T O T A L	71	100,0	0,79	89	100,0	0,95	160	100,0

* POR 100.000 HABITANTES (DADOS BRUTOS POPULACIONAIS OBTIDOS NA FSEADE).

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT RESIDENTES NA REGIÃO DMGSP, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA, 1982-1983. (Nº, % E COEFICIENTE *).

MUNICÍPIO \ ANO	1982			1983			TOTAL	
	Nº	%	COEF	Nº	%	COEF	Nº	%
ARUJÁ	1	2,2	5,16	-	-	-	1	1,2
BARUERI	1	2,2	1,18	-	-	-	1	1,2
CARAPICUIBA	3	6,7	1,30	2	5,5	0,81	5	6,3
COTIA	3	6,7	4,18	2	5,5	2,76	5	6,3
DIADEMA	3	6,7	1,09	3	8,4	1,03	6	7,4
EMBU	3	6,7	2,33	-	-	-	3	3,7
FERRAZ DE VASCONCELLOS	-	-	-	2	5,5	3,09	2	2,5
FRANCISCO MORA TO	1	2,2	2,98	-	-	-	1	1,2
GUARULHOS	7	15,7	1,14	5	13,9	0,79	12	14,8
ITAPEVI	-	-	-	1	2,8	1,65	1	1,2
ITAQUAQUECETUBA	2	4,4	2,34	1	2,8	1,12	3	3,7
JANDIRA	-	-	-	1	2,8	2,18	1	1,2
JUQUITIBA	1	2,2	7,29	-	-	-	1	1,2
MAIRIPORÁ	-	-	-	1	2,8	3,51	1	1,2
MAUÁ	5	11,1	2,15	-	-	-	5	6,3
MOGI DAS CRUZES	-	-	-	1	2,8	0,49	1	1,2
OSASCO	5	11,1	0,97	7	19,5	1,35	12	14,8
POÁ	-	-	-	1	2,8	1,75	1	1,2
RIO GDE. SERRA	1	2,2	4,27	-	-	-	1	1,2
SALESÓPOLIS	-	-	-	1	2,8	9,70	1	1,2
SANTA ISABEL	-	-	-	2	5,5	6,32	2	2,5
SANTANA DO PARNAÍBA	-	-	-	1	2,8	8,80	1	1,2
SANTO ANDRÉ	3	6,7	0,52	2	5,5	0,36	5	6,3
SÃO BERNARDO DO CAMPO	2	4,4	0,41	2	5,5	0,40	4	4,9
SÃO CAETANO DO SUL	2	4,4	1,22	1	2,8	0,64	3	3,7
SUZANO	1	2,2	0,89	-	-	-	1	1,2
TABOÃO SERRA	1	2,2	0,88	-	-	-	1	1,2
T O T A L	45	100,0	0,98	36	100,0	0,77	81	100,0

* POR 100.000 HABITANTES (DADOS BRUTOS POPULACIONAIS OBTIDOS NA FSEADE).

**Figura nº 1 - CASOS DE MT DIAGNOSTICADOS NO MSP
SEGUNDO REGIÃO DE RESIDÊNCIA, 1982 - 1983
(Mapa MSP)**

Figura nº 2 - CASOS DE MT DIAGNOSTICADOS NA
REGIÃO DMESP 1982-1983 (Mapa GSP)

sentado no Capítulo 2.

A tabela 9, referente à região MSP, quando analisada do ponto de vista percentual, apresenta nos dois anos do estudo, picos nas faixas etárias 0 — 5 anos e 20 — 40 anos. Quando é feita a comparação das faixas etárias por ano de incidência, há um ligeiro aumento percentual para o ano de 1983, nas referentes às idades 0 — 5; 10 — 15 e 15 — 20 e de igual forma uma diminuição nas demais.

Quando a mesma análise é feita com o uso dos coeficientes observa-se um aumento, para o ano de 1983, em todas as faixas etárias. Esse fato ocorreu com maior destaque nas relativas às idades de 0 — 5 e 15 — 20 anos, respectivamente de 2,58 para 3,20 e de 0,33 para 0,73.

Essa mesma tabela, na linha referente ao total, mostra na comparação global dos casos de MT ocorridos nessa região, por ano, que houve aumento no valor do coeficiente, de 0,79 em 1982 para 0,95 em 1983.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT RESIDENTES NO MSP, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº, % E COEFICIENTE*).

GRUPO ETÁRIO \ ANO	1982			1983			TOTAL	
	Nº	%	COEF	Nº	%	COEF	Nº	%
0 — 5	27	38,1	2,58	35	39,3	3,20	62	38,8
5 — 10	5	7,0	0,58	6	6,7	0,66	11	6,9
10 — 15	2	2,8	0,25	3	3,4	0,36	5	3,1
15 — 20	3	4,2	0,33	7	7,9	0,73	10	6,2
20 — 40	23	32,4	0,70	26	29,2	0,76	49	30,6
40 E +	11	15,5	0,51	12	13,5	0,53	23	14,4
T O T A L	71	100,0	0,79	89	100,0	0,95	160	100,0

* POR 100.000 HABITANTES (DADOS BRUTOS POPULACIONAIS OBTIDOS NA FSEADE).

A tabela 10, elaborada sob a mesma forma da anterior, para a região DMGSP, analisada também sob o mesmo prisma, mostra aspectos totalmente diversos.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT RESIDENTES NA REGIÃO DMGSP, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº, % E COEFICIENTE*).

GRUPO ETÁRIO \ ANO	1982			1983			TOTAL	
	Nº	%	COEF	Nº	%	COEF	Nº	%
0 — 5	22	48,9	3,50	12	33,3	1,88	34	41,9
5 — 10	4	8,9	0,75	6	16,7	1,11	10	12,3
10 — 15	-	-	-	4	11,1	0,83	4	4,9
15 — 20	1	2,2	0,20	3	8,3	0,61	4	4,9
20 — 40	11	24,4	0,68	9	25,0	0,55	20	24,7
40 e +	7	15,6	0,80	2	5,6	0,23	9	11,1
T O T A L	45	100,0	0,98	36	100,0	0,77	81	100,0

* POR 100.000 HABITANTES (DADOS BRUTOS POPULACIONAIS OBTIDOS NA FSEADE).

Para a população da região estudada nessa tabela, houve em termos percentuais um decréscimo nos grupos etários limítrofes, 0 — 5 e 40 anos e mais, para o ano de 1983 e um aumento para os demais. Do ponto de vista de coeficientes, quando é feita a mesma comparação, essa região apresenta, no ano de 1983, uma diminuição de 3,50 para 1,88 na faixa etária 0 — 5 anos, de 0,68 para 0,55 na de 20 — 40 anos e de 0,80 para 0,23 na referente a 40 anos e mais. Para as demais faixas etárias, compreendidas entre 5 e 20 anos, a tabela 10, mostra que houve um acréscimo.

Pela diversidade encontrada nas referidas tabelas, poder-se-iam levantar duas questões:

- A MT estaria aumentando na região MSP e diminuindo na DMGSP?

- A sistemática da notificação e ou diagnóstico estaria melhorando para a região MSP?

MORAES⁽⁴⁵⁾ em estudo realizado em prontuários de pacientes diagnosticados com MT no HER e no PHM, no período 1955-1971, residentes no MSP, calculou coeficientes de morbidade por 100.000 habitantes dividindo a população em 3 grupos etários 0 — 5; 5 — 10 e 10 e + anos de idade. Os coeficientes, por ele calculados para o primeiro grupo, nessa série histórica, apresentaram uma tendência ao decréscimo atingindo no ano de 1971 o valor 2,96.

No presente trabalho, o valor encontrado para o mesmo grupo e para a mesma região, na tabela 9, em 1982 foi de 2,58 e em 1983 com tendência ao acréscimo atingiu 3,20. Vale lembrar aqui, que a presente pesquisa foi mais abrangente, uma vez que procurou levantar em várias fontes, todos os casos de MT diagnosticados e que residiam nessa região, independentemente do hospital em que o paciente foi atendido.

Foi também calculado ainda para o estudo dessa característica - Região de residência - na tabela 11, os coeficientes de morbidade por MT da população tomando como um todo a região da GSP, através da somatória das populações analisadas nas tabelas 9 e 10.

Para o ano de 1982, por esse processo, foi obtido o coeficiente 0,85 e para 1983 o mesmo passou a ter o valor 0,89.

A faixa etária 0 — 5 anos, prioritária

nos estudos da MT, sofreu um ligeiro decréscimo quando comparados os anos de 1982 e 1983, respectivamente 2,93 e 2,72.

Entretanto, nada se pode concluir uma vez que seria necessário prolongar esses estudos por vários anos, e não limitá-los a dois anos como no presente trabalho.

Todavia esses coeficientes, nada desprezíveis naquela faixa etária, indicam que a MT, afirmada na literatura como sendo o pior agravo da tuberculose, constitui ainda como ela, um grave problema de Saúde Pública.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº, % E COEFICIENTE*).

GRUPO ETÁRIO \ ANO	1982			1983			TOTAL	
	Nº	%	COEF	Nº	%	COEF	Nº	%
0 — 5	49	42,3	2,93	47	37,6	2,72	96	39,8
5 — 10	9	7,8	0,65	12	9,6	0,83	21	8,7
10 — 15	2	1,7	0,16	7	5,6	0,53	9	3,7
15 — 20	4	3,4	0,29	10	8,0	0,70	14	5,8
20 — 40	34	29,3	0,70	35	28,0	0,69	69	28,6
40 e +	18	15,5	0,60	14	11,2	0,45	32	13,4
T O T A L	116	100,0	0,85	125	100,0	0,89	241	100,0

* POR 100.000 HABITANTES (DADOS BRUTOS POPULACIONAIS OBTIDOS NA FSEADE).

4.3.2 Individuais

Para o estudo das características individuais da população alvo, foram utilizados os dados levanta

dos referentes às variáveis idade e sexo.

Quando no item anterior, foi apresentada a população por faixa etária, foi utilizado o processo de agrupamento das idades compreendidas entre 0 — 5 anos, para determinar o cálculo dos coeficientes de morbidade. Essa apresentação é comumente utilizada pelos órgãos informativos de estatística. Entretanto, para facilitar posteriores análises, esse grupo etário foi desmembrado, neste item, conforme pode ser verificado na tabela 12, quando foi utilizada a classificação padronizada pela FSEADE⁽²⁾ para informar eventos de morbidade e mortalidade nessa faixa de idade. Acresce a isto, o fato desse grupo ser prioritário, como já foi demonstrado, incidindo nele o maior agravo da doença em estudo.

A idade mínima encontrada na distribuição da tabela 12 foi 2 meses com 1 caso de MT e a máxima 76 anos, representada também por 1 caso.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº, % E FREQUÊNCIAS ACUMULADAS).

GRUPO ETÁRIO	Nº	%	FA	%A
0 — 4m	4	1,7	4	1,7
4 — 7m	14	5,8	18	7,5
7 — 12m	33	13,7	51	21,2
1 — 2	23	9,5	74	30,7
2 — 3	9	3,7	83	34,4
3 — 4	8	3,3	91	37,7
4 — 5	5	2,1	96	39,8
5 — 10	21	8,7	117	48,5
10 — 15	9	3,7	126	52,2
15 — 20	14	5,8	140	58,0
20 — 40	69	28,6	209	86,6
40 e +	32	13,4	241	100,0
T O T A L	241	100,0	-	-

Por essa tabela pode-se constatar que o grupo 0 — 5a, dito prioritário, é representado na população em estudo por 96 casos ou seja 39,8% do total.

Se for extendida essa prioridade, como é feita em vários estudos, para menores de 15 anos, passa a ser de 126 (52,2%).

Analisando essas porcentagens por grupo etário, verifica-se que a idade mais vulnerável foi aquela compreendida na faixa 7 — 12 meses, representada por 13,7% do total de casos de MT.

Em trabalho publicado sobre a "Meningite tuberculosa da criança" no Japão⁽⁴⁶⁾, os autores mostram que de 256 pessoas diagnosticadas com MT, no ano de 1979, nesse país, 43 (16,8%) eram menores de 15 anos. Destes, 30 (70%) pertenciam ao grupo etário 0 — 5 anos e entre eles 17 (40%) possuíam idade menor de 1 ano.

Extrapolando o cálculo por eles realizado no referido trabalho, para os dados mostrados na tabela 12, pode ser deduzido o seguinte: Em 126 (52,2%) menores de 15 anos, coube 96 (76,2%) para o grupo 0 — 5 anos e entre estes 51 (53,1%) estavam compreendidos na idade menor de 1 ano.

No Brasil, no ano de 1981, houve a notificação oficial de 8513 casos de tuberculose extra pulmonar, entre os quais 466 eram de MT⁽³⁹⁾. Entre esses, 197 casos (42,3%) ocorreram em menores de 5 anos, e 195 (41,8%) nos maiores de 15 anos.

TIRIBA e col.⁽⁶⁷⁾ analisando 214 casos de MT atendidos no HER, no período de 1975 a 1979, encontraram para a população de estudo, 110 casos (51,4%) na faixa etária 0 — 5 anos e entre esses, 46 (41,8%) eram menores de

1 ano de idade.

Em face aos dados apresentados, apesar da população do presente estudo ser referente a dois anos consecutivos a porcentagem calculada para a faixa etária 0 — 1 ano (53,1%) dentro do grupo 0 — 5a, representa uma grande preocupação diante do caráter letal e mutilante da doença.

A tabela 13 permite o estudo da mesma variável, relacionada com a referente ao sexo.

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO SEXO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº E %).

SEXO GRUPO ETÁRIO	M		F		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 4 m	3	75,0	1	25,0	4	100,0
4 — 7 m	7	50,0	7	50,0	14	100,0
7 — 12 m	23	69,7	10	30,3	33	100,0
1 — 2	14	60,9	9	39,1	23	100,0
2 — 3	7	77,8	2	22,2	9	100,0
3 — 4	5	62,5	3	37,5	8	100,0
4 — 5	5	100,0	-	-	5	100,0
5 — 10	14	66,7	7	33,3	21	100,0
10 — 15	5	55,6	4	44,4	9	100,0
15 — 20	10	71,4	4	28,6	14	100,0
20 — 40	36	52,2	33	47,8	69	100,0
40 e +	18	56,3	14	43,8	32	100,0
T O T A L	147	61,0	94	39,0	241	100,0

Essa tabela revela uma preponderância do sexo masculino sobre o feminino principalmente nos grupos mais jovens, menores de 20 anos. Quando analisada nos totais houve uma relação de 2:1, apresentando para o primeiro um valor percentual de 61,0% com 147 casos e para o segundo, 39,0% com 94 casos.

Esse fato não causa estranheza visto que na literatura pesquisada vários autores encontraram resultados semelhantes (1,15,28,46,54,64,67,75,76).

4.3.3 Do núcleo familiar

O estudo das variáveis que traduzem as condições ambientais e econômicas permite formular a caracterização dos núcleos familiares dos casos de MT, no presente trabalho.

Tomando por base a análise das características individuais, onde foi demonstrada para a população, uma alta porcentagem de menores de 15 anos e considerando que essa doença é a expressão mais grave da tuberculose, geralmente adquirida pelo contacto com uma fonte de infecção, portadora de tuberculose pulmonar ativa, optou-se pelo referido estudo que pode esclarecer a situação social dos núcleos familiares onde estão inseridos os casos de MT.

Os elementos levantados para este, retratam apenas as famílias dos casos para as quais foi possível realizar a VD. Portanto, o total populacional é equivalente a 196 casos conforme foi mostrado na tabela 4.

4.3.3.1 Condições ambientais

Para definir as condições ambientais foi montada a tabela 14 que apresenta as alternativas habitacionais adotadas por esses núcleos familiares, segundo o tipo de material de construção da moradia. Como já foi mencionado, a classificação adotada para essas alternativas foi uma adaptação da utilizada por TASCHNER⁽⁶⁵⁾ em seu estudo sobre moradia da pobreza.

Entre todos os casos visitados, 2 eram indigentes, não possuindo portanto residência fixa. A entrevista que revelou tal fato foi realizada com o próprio doente no hospital onde estava internado para recuperação (1 caso), e com uma parente (tia) que cuidou do caso por algum tempo e deu seu endereço como referência para informações (1 caso). Essa criança "morava" com os pais numa carrocinha atrás de um Super Mercado. Esses casos foram, obviamente, retirados das tabelas que se seguem.

A tabela 14 mostra que a construção predominante, das moradias visitadas era de alvenaria 162 (83,5%), sendo que as de madeira 32 (16,5%) em quase sua totalidade estavam localizadas em favelas.

Habitação coletiva, alternativa habitacional mais encontrada no estudo, 94 (48,5%), foi definida como sendo o imóvel habitado por várias famílias, mas em unidades independentes com banheiro e cozinha de uso próprio. Esse tipo de moradia é muito comum em São Paulo, constituindo, geralmente, um prolongamento da casa maior, sendo esta comumente habitada pela família do proprietário e localizada na parte da frente. São acomodações simples compostas de 2 cômodos e banheiro. A construção apresentada para

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS DOS CASOS DE MT VI
SITADOS, SEGUNDO ALTERNATIVA DE HABITAÇÃO E TI
PO DE CONSTRUÇÃO DA MORADIA, 1982-1983 (Nº E %).

TIPO DE CONSTRUÇÃO ALTERNATIVA	ALVENARIA		MADEIRA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CASA	58	100,0	-	-	58	100,0 (29,8)
APARTAMENTO	4	100,0	-	-	4	100,0 (2,1)
HABITAÇÃO COLE-TIVA	87	92,5	7	7,5	94	100,0 (48,5)
CORTIÇO	5	100,0	-	-	5	100,0 (2,6)
FAVELA	3	11,5	23	88,5	26	100,0 (13,4)
CONJ. HABITA-CIONAL	5	100,0	-	-	5	100,0 (2,6)
BARRACO ISOLADO	-	-	2	100,0	2	100,0 (100,0)
T O T A L	162	83,5	32	16,5	194	100,0 (100,0)

NOTA: ELIMINADOS 2 CASOS SEM MORADIA.

esse tipo de alternativa habitacional foi de 87 (92,5%) uni-
dades de alvenaria e 7 (7,5%) de madeira.

Na alternativa de casa, foram classifica-
dos aqueles casos que habitavam em residência particular, iso-
lada de outras famílias, geralmente contendo quarto, sala,
cozinha e banheiro, perfazendo no estudo o total de 58
(29,8%), todas de alvenaria.

O terceiro tipo mais representativo de habitação foi o de favelas, em número de 26 (13,4%), das quais 3 (11,5%) de alvenaria e 23 (88,5%) de madeira.

Esses tipos de moradia poderão ser melhor compreendidos pelas condições de conservação apresentadas na tabela 15. Para estas foi utilizada uma classificação considerada pela observação da autora como ótima, boa, regular, má e péssima, em termos de conservação e habitabilidade, tomando como referência a utilizada por Mc MILLAN⁽⁴¹⁾ em estudo sobre condições de habitação e tuberculose pulmonar.

Essa tabela revela em seu total que apenas 15 casos (7,7%), da população entrevistada, residiam em condições ótimas, até de luxo, de habitabilidade; 30 (15,5%) apesar das alternativas habitacionais terem sido variadas, abrangendo até a de habitações coletivas, foram consideradas em boas condições de habitabilidade em termos de conforto, limpeza e espaço; 57 (29,4%) foram classificadas como regulares, incluindo moradias consideradas precárias, geralmente sem o completo acabamento de construção e, em estado deficiente de limpeza e conservação; as modalidades de habitação consideradas de má e péssima condição abrangeram 92 casos (47,4%) representados por todas as categorias, com exceção de apartamento, predominando pela ordem: as habitações coletivas, as favelas e casas, estas localizadas na periferia, praticamente em situação de abandono.

Quanto à área construída dessas habitações, foi avaliado que variou de 3 m², em barraco de favela albergando uma pessoa, até 350 m² de uma residência de alto padrão, com a média total de 42,3 m².

A distribuição desses domicílios, segundo utilização pelo núcleo familiar pode ser verificada na

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO ALTERNATIVA DE HABITAÇÃO E CONDIÇÃO DE HABITABILIDADE, 1982-1983 (Nº E %).

CONDICÃO ALTER NATIVA	ÓTIMA		BOA		REGULAR		MÁ		PÉSSIMA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CASA	12	20,7	16	27,6	19	32,7	8	13,8	3	5,2	58	100,0
APARTAMENTO	2	50,0	2	50,0	-	-	-	-	-	-	4	100,0
HABITAÇÃO COLETIVA	1	1,1	11	11,7	35	37,2	34	36,2	13	13,8	94	100,0
CORTIÇO	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100,0	5	100,0
FAVELA	-	-	-	-	1	3,8	4	15,4	21	80,8	26	100,0
CONJ. HABI- TACIONAL	-	-	1	20,0	2	40,0	1	20,0	1	20,0	5	100,0
BARRACO ISO- LADO	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,0	2	100,0
T O T A L	15	7,7	30	15,5	57	29,4	47	24,2	45	23,2	194	100,0

NOTA: ELIMINADOS 2 CASOS SEM MORADIA.

tabela 16.

Na classificação adotada para esta tabela, por - constituição coletiva - foram enquadrados todos os casos que habitavam cortiços e por - outra - um caso que se encontrava internado em um orfanato.

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR, 1982-1983 (Nº E %).

CONSTITUIÇÃO	Nº	%
FAMILIAR	139	71,7
FAMILIAR COM PARENTES AGREGADOS	33	17,0
FAMILIAR COM NÃO PARENTES AGREGADOS	8	4,1
INDIVIDUAL	8	4,1
COLETIVA	5	2,6
OUTRA	1	0,5
T O T A L	194	100,0

NOTA: ELIMINADOS 2 CASOS SEM MORADIA.

Essa tabela mostra que a constituição dos núcleos familiares, da grande maioria dos casos, era de uma família, uma vez que 139 domicílios (71,7%) foram incluídos nessa categoria; 33 (17,0%) domicílios eram utilizados por uma família com parentes agregados, geralmente, avós, irmãos ou tios; 8 (4,1%) possuíam no convívio familiar agregados não parentes, como contribuintes para uma maior renda fami-

liar ou como servidores; 8 (4,1%) eram domicílios de uso individual; 5 (2,6%) foram representados pelos cortiços de utilização coletiva ou multifamiliar e 1 (0,5%), como já foi mencionado, era um orfanato.

Para demonstrar como viviam esses núcleos familiares, foi feito o estudo do número de cômodos habitáveis das alternativas de moradias apresentadas, associando-o com o número de pessoas que residiam nas mesmas, incluindo sempre o caso de MT.

Por cômodo habitável considerou-se, o total de aposentos com possível utilização para dormir ou comer, excluindo-se o banheiro.

Com a tabela 17 pode ser feita a análise dessa situação.

Nessa tabela pode-se verificar que o número de cômodos habitáveis dos domicílios visitados variou de 1 a 11 e o número de pessoas que residiam, nesses ambientes, foi de 1 a 22.

Analisando os totais que discriminam os 194 domicílios segundo o número de cômodos e pessoas neles residentes, foi encontrado o valor modal representado por 5 pessoas habitando 42 domicílios (21,6%) estando a mediana também inserida nesse valor; no total referente ao número de cômodos habitáveis por domicílio, foi verificado o valor modal de 2 cômodos por domicílio em 46 (23,7%) e a mediana de 3 cômodos.

Essa tabela destaca o número de 5 pessoas habitando domicílios com 3 cômodos em 12 casos.

Com os dados apresentados, foi possível calcular o total de pessoas residentes por domicílio e com esse cálculo, estabelecer a média de ocupação por cômodo.

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO NÚMERO DE CÔMODOS HABITÁVEIS E NÚMERO DE PESSOAS RESIDENTES NA MORADIA, 1982-1983 (Nº, % E MÉDIA DE PESSOAS POR CÔMODO).

Nº DE CÔMODOS \ Nº DE PESSOAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	14	16	18	22	TOTAL				MÉDIA POR CÔMODO
																DOMICÍLIOS		PESSOAS		
																Nº	%	Nº	%	
1	6	7	6	1	8	4	-	1	1	1	-	-	-	-	-	35	18,0	133	12,9	3,8
2	1	2	11	10	9	3	-	6	2	2	-	-	-	-	-	46	23,7	232	22,7	2,5
3	-	2	5	7	12	6	4	2	-	1	2	1	-	1	-	43	22,2	253	24,8	2,0
4	-	-	6	4	7	8	5	3	2	4	-	-	-	-	-	39	20,1	234	22,9	1,5
5	1	-	3	5	4	3	1	-	-	1	-	-	-	-	-	18	9,3	65	6,4	0,7
6	-	-	-	2	1	-	2	-	-	-	1	-	1	-	-	7	3,6	55	6,4	1,3
7	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5	4	0,4	0,6
8	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5	4	0,4	0,5
9	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	1,0	14	1,4	0,8
10	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5	5	0,5	0,5
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0,5	22	2,2	2,0
T O T A L	8	11	31	32	42	24	12	12	5	10	3	1	1	1	1	194	100,0	1021	100,0	1,7
%	4,1	5,7	16,0	16,5	21,6	12,4	6,2	6,2	2,6	5,2	1,5	0,5	0,5	0,5	0,5	100,0				

NOTA: ELIMINADOS 2 CASOS SEM MORADIA.

Esse cálculo revelou, onde foi encontrada a pior situação em termos de habitabilidade, para 35 (18,0%) domicílios com média de 3,8 pessoas por cômodo, com área calculada em torno de 12 m². Salienta, a linha representativa desse total, a condição de domicílios habitados por 8 a 10 pessoas e 8 famílias de 5 pessoas residindo em um único cômodo.

Essa situação de habitabilidade favorece a promíscua proximidade das pessoas e vem a facilitar a transmissão da tuberculose, no caso de existir entre eles um foco de infecção.

Ainda por intermédio dessa tabela fica demonstrado o número total de pessoas que residiam nesses domicílios, 1021, o que proporcionou uma média de 1,7 habitantes por cômodo e 5,3 por domicílio. Esse cálculo, entretanto, não reflete a realidade individual de muitos domicílios visitados. Exemplificando o caso de 1 domicílio, com 11 cômodos albergando 22 pessoas, um imenso "cortiço" onde habitavam na maior promiscuidade e falta de higiene, pessoas da mesma família, pais, irmãos, avós, tios e primos.

PÁDUA DIAS⁽⁵⁰⁾ em estudo sobre características médico-sociais da tuberculose em crianças matriculadas na Clínica Pediátrica do HC de São Paulo, encontrou em 81 domicílios, um total de 549 pessoas com média equivalente a 6,8 pessoas por domicílio, valor esse maior do que o referido para o MSP em 1970, de 4,4 pessoas, e maior que o apresentado por BAAR⁽⁴⁾ para doentes tuberculosos na Irlanda do Norte, 4,7 pessoas.

Na população de 1021 pessoas residentes nos domicílios onde foram diagnosticados 194 casos de MT, foi constatada a existência de 465 menores de 14 anos, cor-

respondendo a 45,5% da mesma, residentes em 135 (69,6%) dos domicílios visitados. O número máximo foi de 12 crianças em 2 domicílios, sendo que 1 era o orfanato, já mencionado e o outro uma casa comum.

4.3.3.2 Condições econômicas

FORATTINI⁽²⁰⁾ citando Ramos e col. afirma que é comum estabelecer a condição sócio econômica de uma população utilizando três aspectos em âmbito familiar, quais sejam: a ocupação e a renda do marido ou responsável e os graus de escolaridade deste e ou de seus membros. Acrescenta ainda que nem sempre tais dados podem ser obtidos de maneira satisfatória.

No presente trabalho foi possível coletar dados referentes à renda familiar traduzidos em salários mínimos vigentes na ocasião da VD; número de pessoas que contribuíam efetivamente para essa renda; relacionamento da chefia do núcleo familiar com o caso de MT e ocupação do chefe desse núcleo projetada em uma adaptação à classificação adotada por GUIDI E DUARTE⁽²⁶⁾. Segundo esses autores, a variável ocupação é um elemento muito importante na caracterização sócio econômica da população em trabalhos desta natureza. Entretanto, seu estudo isolado, sem o emprego de outros indicadores, frequentemente pode levar a uma falsa imagem do verdadeiro nível do informante, razão pela qual procuram relacionar a ocupação ao grau de escolaridade.

Na tabela 18 é demonstrado, o relacionamento do chefe dos núcleos familiares com os casos de MT.

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO RESPONSABILIDADE PELA CHEFIA DO NÚCLEO FAMILIAR, 1982-1983 (Nº E %).

RESPONSÁVEL	Nº	%
PAI	89	45,4
MÃE	19	9,7
O PRÓPRIO	33	16,8
CÔNJUGE	30	15,4
IRMÃO	12	6,1
FILHO	4	2,0
TIO	7	3,6
AVÔ	1	0,5
OUTRO	1	0,5
T O T A L	196	100,0

Quando se estabeleceu que o pai era o responsável, essa tabela indica que o fato ocorreu em 89 (45,4%) núcleos; quando a mãe foi citada como chefe, embora podendo haver exceções, o fato se deu devido à ausência de pai, em relação à casos de crianças, 19 (9,7%); nos casos em que o próprio paciente foi considerado chefe, aconteceu por ele viver sozinho ou ser responsável, mãe ou pai, desses núcleos 33 (16,8%); por cônjuge (marido ou esposa), foram relatados 30 casos (15,3%); os demais grupos indicam que o paciente era agregado à grupos familiares tendo tio, avô, irmãos ou filhos chefiando o núcleo familiar; a categoria - outro - representa o orfanato com 1 caso (0,5%).

Para a população em tela, retirado os dois indigentes, anteriormente mencionados, constatou-se que

a contribuição para a renda familiar era feita, em 89 domicílios visitados (45,9%) apenas pelo chefe do núcleo familiar; em 46 (23,7%) pelo chefe auxiliado pelo cônjuge; em 22 (11,3%) o chefe recebia colaboração de outra pessoa integrante do núcleo; em 36 (18,6%) casos, colaboravam para a renda familiar além do responsável, duas ou mais pessoas, geralmente filhos em idade de trabalhar e finalmente 1 (0,5%) por ser orfanato a renda era subvencionada pelo governo.

A tabela 19 mostra a distribuição da renda familiar, sendo que foram retirados da mesma 4 casos: 1 representando a criança do orfanato, outro que não soube prestar a informação e os dois indigentes. Constitui-se, portanto, o total populacional dessa tabela de 192 pessoas.

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL, 1982-1983 (Nº E %).

RENDA (SM*)	Nº	%
< 1	32	16,7
1 — 2	61	31,8
2 — 3	30	15,6
3 — 4	19	9,9
4 — 5	19	9,9
5 E +	31	16,1
T O T A L	192	100,0

NOTA: 1 - ELIMINADOS 4 CASOS: 2 INDIGENTES, 1 SUBVENÇÃO GOVERNAMENTAL, 1 IGNORADO.

2 - * SALÁRIOS MÍNIMOS VIGENTES NA ÉPOCA DA VD.

Os dados apresentados nessa tabela revelam a situação praticamente de penúria em que vivia a grande maioria da população estudada. Apesar dos esforços de auxílio mútuo, mostrados na tabela anterior, para o incremento da renda mensal, 64,1% dessa população recebia valores que não atingiam a 3 salários mínimos.

Viver em núcleos familiares albergando em média 5,3 pessoas, em espaços muitas vezes inferiores a 20 m², em péssimas condições de higiene, somados à renda declarada nesses termos percentuais, é uma situação propícia para a promiscuidade, gerando daí, incontestavelmente, um campo aberto para disseminação de qualquer tipo de doença transmissível.

Segundo PÁDUA DIAS⁽⁵⁰⁾, rendas baixas levam à utilização de habitações inadequadas, assim como à aquisição insuficiente de alimentos, facilitando a desnutrição e conseqüente diminuição da resistência das pessoas.

A condição ambiental e econômica de grande parte da população ora estudada, é altamente favorável para a transmissão da tuberculose e ou conseqüentemente processo de MT nos menos resistentes, se contar com a presença de um foco ativo de tuberculose.

Na tabela 20 é mostrada, para melhor explicar a situação sócio econômica dessa população, a categorização por níveis de ocupação do chefe do núcleo familiar. Foram acrescidas à classificação utilizada, algumas faixas não previstas por GUIDI E DUARTE⁽²⁶⁾ mas que na presente pesquisa foram úteis para revelar situação de indigentes, de aposentados por tempo de serviço e de afastados por doença, referindo-se, provavelmente, aos casos em que o doente foi considerado chefe do núcleo familiar.

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO NÍVEL OCUPACIONAL DO CHEFE OU RESPONSÁVEL PELO NÚCLEO FAMILIAR, 1982-1983 (Nº E %).

NÍVEL OCUPACIONAL	Nº	%
NÃO QUALIFICADO	101	51,8
DE NÍVEL INFERIOR DE QUALIFICAÇÃO	58	29,7
DE NÍVEL MÉDIO	6	3,1
DE NÍVEL SUPERIOR	5	2,6
APOSENTADO	15	7,7
PELA CAIXA	8	4,1
INDIGENTE	2	1,0
T O T A L	195	100,0

NOTA: ELIMINADO O CASO DE SUBVENÇÃO GOVERNAMENTAL.

Essa tabela confirma as hipóteses anteriormente levantadas para a situação econômica-ambiental dos núcleos onde conviviam os casos de MT.

O grupo de nível ocupacional - não qualificado - 101 (51,8%), representado, geralmente, por servidores braçais, para cuja ocupação não é exigida experiência prévia ou níveis mínimos de instrução formal, somado ao grupo de pessoas com alguma qualificação 58 (29,7%) perfaz o total de 159 (81,5%) dos casos estudados, sem contar com os 2 indigentes constantes da tabela.

A condição econômico-ambiental apresentada por essa população retrata, em parte, a situação sócio econômica da população do presente trabalho.

4.3.4. Da história da doença

Segundo MAHONEY e col.⁽³⁷⁾ a "história completa de saúde do paciente, deve refletir o conhecimento do indivíduo como um todo, um ser com passado e presente físico social e emocional".

A tomada da história da doença, dentro das pesquisas atuais, é uma atividade de reconhecida valia, principalmente em trabalhos de caráter descritivo, pois objetiva, revelando fatos ocorridos, fornecer subsídios para uma melhor atuação no controle de problemas de Saúde Pública.

Para tanto, neste item, essa característica é detalhada pelo estudo das seguintes variáveis: fonte de contágio; vacinação BCG; sintomatologia; recursos institucionais procurados e tempo decorrido entre sintomas e internação. Os elementos levantados para a análise das mesmas foram obtidos quase que exclusivamente por intermédio das VD salvo raríssimas exceções que serão mencionadas no decorrer da exposição.

4.3.4.1 Fonte de contágio

A descoberta da fonte de contágio, no ambiente intra ou extra domiciliar, fornece elementos conclusivos para o estabelecimento de um diagnóstico de MT.

Segundo IIRIBA e col.⁽⁶⁷⁾ — "Deve-se, habilidosamente procurar obter a confiança sobre tuberculose familiar, pois dados epidemiológicos positivos associados a sinais nervosos reforçam a suspeita da doença específica".

A história da exposição a um foco tuberculoso, na anamnese da MT é recomendada como de interesse vi-

tal, pela maioria dos autores de trabalhos consultados sobre o assunto (40,46,67,76).

A tabela 21 mostra como se apresentou a população de estudo segundo esse aspecto.

O número de informações obtidas supera nessa tabela o de VD realizadas (196) porquanto para 4 casos não visitados, devido ao detalhamento encontrado na anamnese constante do prontuário hospitalar, esta foi considerada como elemento válido para a presente exposição.

Por fonte atual entende-se a referência a um ou mais contactos recentes, há menos de 2 anos com doentes de tuberculose pulmonar, intra ou extra domiciliar. A categoria - fonte antiga - inclui citações de contactos com tuberculose pulmonar ocorridos há mais de 2 anos. Como - fonte desconhecida -, são classificados os casos para os quais não se obteve resposta positiva, referente a contactos com pessoas doentes de tuberculose pulmonar, no âmbito social. Na categoria - não informada - são incluídos os casos para os quais não se conseguiu a informação por não ter sido realizada a VD ou se o foi, os entrevistados não souberam esclarecer a questão.

A tabela 21 mostra, para a população tomada como um todo, que houve para 72 casos (29,9%) referência a foco atual; 32 (13,3%) referiram contacto antigo, há mais de 2 anos, com doente tuberculoso; 96 (39,8%) negaram o fato e para 41 (17,0%) não foi possível obter a informação.

Comparando as colunas entre si, as maiores porcentagens de presença atual de foco aparecem para o grupo de 0 — 15 anos e, as menores para as demais idades.

A informação sobre fonte antiga foi presente, somente para as idades acima de 5 anos, e a maior por

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO INFORMAÇÃO SOBRE FONTE DE CONTÁGIO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº E %).

GRUPO ETÁRIO \ FONTE	ATUAL		ANTIGA		DESCONHECIDA		NÃO INFORMADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 4 m	3	75,0	-	-	1	25,0	-	-	4	100,0
4 — 7 m	5	35,7	-	-	7	50,0	2	14,3	14	100,0
7 — 12 m	19	57,6	-	-	11	33,3	3	9,1	33	100,0
1 — 2	11	47,8	-	-	7	30,4	5	21,7	23	100,0
2 — 3	7	77,8	-	-	2	22,2	-	-	9	100,0
3 — 4	4	50,0	-	-	3	37,5	1	12,5	8	100,0
4 — 5	1	20,0	-	-	2	40,0	2	40,0	5	100,0
5 — 10	6	28,6	5	23,8	7	33,3	3	14,3	21	100,0
10 — 15	4	44,4	1	11,1	4	44,4	-	-	9	100,0
15 — 20	2	14,3	3	21,4	7	50,0	2	14,3	14	100,0
20 — 40	7	10,1	16	23,1	28	40,7	18	26,1	69	100,0
40 E +	3	9,4	7	21,9	17	53,1	5	15,6	32	100,0
T O T A L	72	29,9	32	13,3	96	39,8	41	17,0	241	100,0

centagem (23,8%) coube à faixa etária 5 — 10, o que sugere ter sido infectado, ou adquirido a primo infecção, em tenra idade.

O desconhecimento da fonte de contágio foi constatado em maior porcentagem nas idades mais avançadas, fato que leva a supor, talvez, um esquecimento sobre um passado de tuberculose familiar.

Os casos para os quais não foi possível obter a informação, apresentaram baixas porcentagens, exce^ttuando-se a faixa etária 4 — 5 anos (40,0%) que foi, outrossim, pouco representativa dentro do grupo 0 — 5 anos, com apenas 5 casos (2,1%) da população total.

Os 72 casos que na tabela 21, referiram contacto com foco de tuberculose recente foram estudados, separadamente, quanto ao número de fontes relatadas e a procedência das fontes.

Segundo o número de focos houve uma seqüência em ordem decrescente referindo de 1 a 5 fontes de contágio. A procedência dessas, foram categorizadas em foco domiciliar conhecido antes do aparecimento do caso de MT; foco domiciliar descoberto entre os contactos do caso, após seu diagnóstico; foco não domiciliar conhecido anteriormente, referindo-se a pessoas doentes de tuberculose que freqüentavam o domicílio ou conviviam no mesmo ambiente de trabalho do caso e foco não domiciliar, descoberto após o diagⁿóstico. Na tabela 22 estão dispostos esses dados a fim de serem melhor analisados.

Essa tabela indica que dos 72 casos apresentados 43 (59,7%) referiram contacto domiciliar variando de 1 a 5 fontes; 9 (12,5%) revelaram ter descoberto a fonte em fase posterior ao diagnóstico do caso, realizando exames

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT QUE REFERIRAM CONTACTO ATUAL COM FONTE DE CONTÁGIO, SEGUNDO NÚMERO DE FONTES E PROCEDÊNCIA DAS MESMAS, 1982-1983 (Nº E %).

PROCEDÊNCIA \ NÚMERO DE FONTES			TOTAL	
	1	2 A 5	Nº	%
DOMICILIAR CONHECIDA	33	10	43	59,7
DOMICILIAR DESCONHECIDA	7	2	9	12,5
NÃO DOMICILIAR CONHECIDA	17	2	19	26,4
NÃO DOMICILIAR DESCONHECIDA	1	-	1	1,4
T O T A L	58 (80,6)	14 (19,4)	72	(100,0) 100,0

entre os contactos familiares, segundo orientação do pessoal do hospital onde o mesmo esteve internado; 19 (26,4%) relataram contactos extra domiciliares com vizinhos e ou parentes, e apenas 1 caso (1,4%) informou ter tido conhecimento do foco extra domiciliar, quando o caso de MT já havia recebido alta por cura.

Vale salientar, ainda nessa tabela, o número de fontes de contágio existente para cada caso. A maior porcentagem coube para aqueles que informaram apenas uma fonte de contágio, 58 casos (80,6%). Como a referência a fontes de contágio recentes, demonstradas na tabela 21, atingiu em sua grande maioria o grupo etário compreendido entre 0 — 5 anos, admite-se que o grau de intimidade a que o caso esteve exposto com a mesma tenha sido o responsável pelo desencadeamento da doença. Entre os 10 casos que referiram

2 a 5 fontes de contágio domiciliar conhecidas, houve 1 caso com 5 fontes, 4 com 2 fontes e 5 com 3 fontes. Na mesma coluna para os 2 casos que referiram fonte domiciliar desconhecida foram encontradas 2 fontes e para os 2 com fontes não domiciliares conhecidas houve 1 caso com 3 fontes e outro com 4 fontes.

Evidencia, a mesma tabela, na coluna do total pela soma de 52 casos de MT (72,2%), que referiram contacto domiciliar conhecidos ou não, a importância que se deve dar ao mesmo no controle da tuberculose.

Na tabela 23 procurou-se demonstrar o relacionamento social dos casos de MT com a fonte principal de contágio, confrontando com a situação da mesma frente ao tratamento específico de tuberculose pulmonar realizado. Esses dados foram levantados no momento da VD e quando completos em termos de nome e endereço, foram confirmados no CIS.

Foram considerados, no relacionamento social das fontes de contágio, os pais, irmãos, avós, tios, primos, vizinhos e amigos. As idades dos mesmos estiveram entre 15 e 79 anos com maior porcentagem no grupo 20 — 40 anos.

Essa tabela mostra que, para os casos em que houve maior intimidade com as fontes de contágio (pais, irmãos e avós), houve maiores porcentagens de atendimentos, com 14 casos (77,8%) de cura e 20 casos (83,3%) em controle. Entretanto, foi nesse grupo que houve o maior número de ôbitos 9 (90,0%).

Entre os grupos cujo relacionamento social com o caso de MT foi representado, salvo raras exceções, por pessoas do âmbito extra domiciliar, tios, 10 (13,9%), primos, 4 (5,6%), vizinho e ou amigos, 10 (13,9%),

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DAS FONTES DE CONTÁGIO, SUA SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À SEQUÊNCIA DE TRATAMENTO E RELACIONAMENTO SOCIAL COM CASOS DE MT, 1982-1983 (Nº E %).

SEQUÊNCIA DE TRATAMENTO RELA CIONAMENTO SOCIAL	CURA		EM CONTROLE		ABANDONO		ÓBITO		IGNORADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PAI	4	22,2	8	33,3	-	-	1	10,0	1	7,1	14	19,4
MÃE	7	38,9	9	37,5	2	33,3	4	40,0	2	14,3	24	33,3
IRMÃOS	1	5,6	1	4,2	-	-	1	10,0	-	-	3	4,2
AVÓS	2	11,1	2	8,3	-	-	3	30,0	-	-	7	9,7
TIOS	3	16,6	2	8,3	1	16,7	-	-	4	28,6	10	13,9
PRIMOS	1	5,6	1	4,2	1	16,7	1	10,0	-	-	4	5,6
VIZINHOS OU AMIGOS	-	-	1	4,2	2	33,3	-	-	7	50,0	10	13,9
T O T A L	18	100,0	24	100,0	6	100,0	10	100,0	14	100,0	72	100,0

o que mais se observou foi a falta de notícias sobre a continuidade do tratamento, devido a informações incompletas que impediram o prosseguimento da pesquisa.

A tabela mostra, ainda, a gravidade da situação com relação às fontes de contágio. Ocorreram entre elas 10 óbitos, correspondendo a 13,9% e abandono em 6 casos (8,3%), sendo importante notar que nestes casos duas fontes corresponderam a mães que, apesar de terem sido as responsáveis pela doença de seus filhos, não foram motivadas, o suficiente, para prosseguirem o seu tratamento.

Em trabalho publicado sobre o tema - Identificação das prováveis fontes de infecção tuberculosa em crianças menores de 15 anos, em Ribeirão Preto - SP, MENDES e col.⁽⁴³⁾ identificaram pais, tios e avós como importantes fontes de infecção, em casos de crianças submetidas a tratamento quimioterápico. Os valores encontrados para 69 crianças foram representados da seguinte forma: pai - 39 (56,5%); mãe - 10 (14,5%); avós - 9 (13,0%); tios - 7 (10,1%) e irmãs - 2 (2,9%).

4.3.4.2 Vacinação BCG

O estudo desta variável dentro da caracterização da história da doença é de suma importância uma vez que a "finalidade da vacinação é substituir a primo-infecção natural por bacilo virulento da tuberculose, perigoso por sua potência, por uma primo infecção artificial e inofensiva ocasionada por bacilo não virulento, na esperança de que uma infecção artificial venha a contribuir, igualmente, para aumentar a resistência do indivíduo em face de uma infecção ulterior, por bacilo virulento"⁽⁶³⁾.

Diante disso os especialistas da OPAS/OMS⁽⁷¹⁾ afirmam que o efeito da vacinação no indivíduo é acelerar a reação imunitária específica diante da infecção virulenta, diminuindo o risco da doença e evitando a maioria das formas primárias agudas da mesma. Alegam ainda, que o maior impacto da vacinação BCG é sobre a morbidade e mortalidade por tuberculose em crianças e jovens, dando como efeito direto 80% de proteção à doença e como efeito indireto, de pouca magnitude, evitar o surgimento de casos bacilíferos que possam transmitir a infecção na comunidade.

A eficácia da vacina é determinada pela porcentagem de redução do risco de adoecer dos vacinados em comparação com o grupo de não vacinados. Entretanto, para assegurar essa eficácia existem fatores essenciais que devem ser observados tais como: qualidade da vacina; conservação; técnica de aplicação; estado nutricional da população; existência ou não de infecções causadas por micobactérias atípicas na área; escolha do grupo mais suscetível de acordo com a prevalência média da infecção tuberculosa na população^(47,61,63).

As divergências mundiais encontradas quanto à eficácia da vacinação BCG, desde a sua descoberta em 1921, na França, por Calmet e Guérin, levaram, em 1980, um grupo de estudiosos da OMS a fazer a seguinte recomendação⁽⁴⁹⁾: "Nos países com elevada prevalência de tuberculose, a vacinação com BCG deve ser realizada o mais cedo possível, visto que existem provas de que pode ter um papel valioso na prevenção de formas graves de tuberculose infantil tais como tuberculose miliar e meningite tuberculosa".

WUNSCH F⁽⁷⁴⁾ realizou estudo de caso controle visando estimar a proteção contra a MT em crianças

menores de 5 anos de idade, residentes na GSP e diagnosticadas no HER e PHM nos anos de 1981, 1982 e 1983. Os resultados da investigação mostraram uma magnitude de proteção de 90,0% quando comparou casos e controles de vizinhança, concluindo que a vacina BCG é altamente eficaz para proteger crianças menores de 5 anos contra aquela manifestação da tuberculose.

A vacinação BCG por via intradérmica, seguindo recomendações da OMS, foi introduzida no Brasil em 1970 com trabalhos pilotos em 8 capitais brasileiras. Em 1973 foi adotada a técnica indiscriminada de vacinação, isto é, sem teste tuberculínico prévio, obedecendo a um protocolo elaborado por técnicos da DNPS⁽⁷²⁾. Em 6 de dezembro de 1976 a sua adoção obrigatória foi recomendada pela portaria nº 452 do Ministério da Saúde, integrando em 1979 às Normas para o Controle da Tuberculose elaborada pela DNPS⁽⁴⁴⁾.

Na execução desta pesquisa, a preocupação em localizar uma informação correta sobre antecedente vacinal pelo BCG, entre os casos de MT, foi uma constante.

Quando a informação não foi suficiente na VD, principalmente nos casos menores de 5 anos de idade, procurou-se complementação em CS e prontuários hospitalares. No final, o antecedente positivo ou negativo sobre vacinação BCG foi comprovado para 157 casos (65,2%), pela verificação em cadernetas de vacinação e ou verificação de cicatriz vacinal. Para os restantes, 84 casos (34,8%), não foi possível obtê-la em 48 casos, pela ausência do paciente no momento da VD. Entre estes, 24 eram casos de óbito. Para os demais 36 casos, a informação foi impossível de se conseguir porque o caso não foi localizado em VD, ou porque nos prontuários procurados não havia qualquer referência à si-

tuação vacinal.

Na tabela 24 estão demonstrados por faixa etária os 157 casos para os quais foram obtidos os dados.

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANTECEDENTE VACINAL POR BCG E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983.
(Nº E %)

GRUPO ETÁRIO \ ANTECEDENTE VACINAL	POSITIVO		NEGATIVO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 4 m	1	25,0	3	75,0	4	100,0
4 — 7 m	7	58,3	5	41,7	12	100,0
7 — 12 m	21	72,4	8	27,6	29	100,0
1 — 2	10	50,0	10	50,0	20	100,0
2 — 3	4	44,4	5	55,6	9	100,0
3 — 4	4	57,1	3	42,9	7	100,0
4 — 5	2	50,0	2	50,0	4	100,0
5 — 10	8	53,3	7	46,7	15	100,0
10 — 15	5	71,4	2	28,6	7	100,0
15 — 20	1	20,0	4	80,0	5	100,0
20 — 40	2	6,4	29	93,6	31	100,0
40 E +	-	-	14	100,0	14	100,0
T O T A L	65	41,4	92	58,6	157	100,0

NOTA: ELIMINADOS 84 CASOS COM INFORMAÇÃO IGNORADA.

Analisando os dados dessa tabela por faixa etária, verifica-se que as maiores porcentagens com antecedente vacinal positivo recaem sobre as idades menores de 15 anos, com exceção do grupo 0 — 4 meses pouco representativo na população. Em contrapartida, é nas faixas maio

res de 15 anos que se encontram as maiores porcentagens com antecedente vacinal negativo.

Essa variação numa população normal poderia ser a esperada, uma vez que os programas de vacinação estão centrados em idades menores de 15 anos, causando, entre tanto estranheza o fato de ainda estar sendo encontrada altas porcentagens de não vacinados quando os dados do Ministério da Saúde revelam para o Brasil em 1981 uma cobertura vacinal de 81% para os menores de 15 anos e para os Estados de Rio de Janeiro e São Paulo, na idade menor de 1 ano coberturas de, respectivamente 96% e 99%⁽⁶⁹⁾.

Nessa tabela, entretanto, não se tratade uma população comum, pois todas as crianças vacinadas, ou não, foram acometidas pela MT.

A somatória dos valores atribuídos aos grupos etários compreendidos entre 0 — 15 anos, nessa população, foi equivalente a 107 menores, sendo que 62 (57,9%) já haviam sido vacinados com BCG e 45 (42,1%) não possuíam esse antecedente.

No trabalho já mencionado de MORI e col⁽⁴⁶⁾ sobre meningite tuberculosa da criança no Japão, entre 43 casos estudados de menores de 15 anos de idade 8 (19,0%) já haviam sido vacinados com BCG.

DELAGÉ e col.⁽¹⁵⁾ em estudo retrospectivo de 79 casos de MT em crianças menores de 15 anos, no hospital Santa Justina em Montreal, encontrou antecedente vacinal positivo em 25 casos (31,7%).

Com o objetivo de esclarecer melhor a vacinação procedida na população em estudo, procurou-se entre os casos vacinados comprovar a época da realização dessa vacinação o que foi possível mediante verificação das cadern

tas individuais de vacinação de 48 (74,4%) casos dos 62 vacinados menores de 15 anos de idade. Para os 14 restantes a comprovação da vacinação foi feita apenas pela verificação da presença de cicatriz vacinal, pois não possuíam o referido comprovante.

Os dados referentes à época da vacinação daqueles casos estão demonstrados na tabela 25, sendo que 1 caso foi eliminado por ter sido vacinado após a obtenção da alta hospitalar.

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT COMPROVADAMENTE VACINADOS, SEGUNDO TEMPO DECORRIDO ENTRE A VACINAÇÃO E A INTERNAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %).

TEMPO	Nº	%
0 — 1 m	4	8,5
1 — 3 m	3	6,4
3 — 5 m	13	27,6
5 — 7 m	10	21,3
7 — 12 m	4	8,5
1 — 3	10	21,3
3 — 5	2	4,3
5 ANOS E +	1	2,1
T O T A L	47	100,0

NOTA: ELIMINADO 1 CASO VACINADO APÓS A ALTA HOSPITALAR.

Os dados obtidos para essa tabela, podem fornecer elementos para estudos posteriores sobre eficácia da vacina, que não foi objetivo do presente trabalho.

Entretanto, a título de esclarecimento pode-se assegurar, pela verificação feita nas cadernetas de vacinação e pela informação obtida por intermédio dos responsáveis, que esta vacinação foi indiscriminada, isto é, sem teste tuberculínico prévio, obedecendo as normas preconizadas pelo sub programa de controle da tuberculose⁽⁴⁴⁾. Foi constatada, entre os 48 casos, comprovadamente vacinados, a presença de foco domiciliar para 25 crianças. Entre essas, foi pesquisada na caderneta de vacinação a data em que foi realizada, e esta foi confrontada com a data do diagnóstico do foco. O resultado desse confronto mostrou que 12 casos (48,0%) haviam sido vacinados antes da descoberta do foco e 15 (52,0%) o foram, posteriormente. O ocorrido com este último grupo e o fato de 1 caso de MT ter sido vacinado após ter recebido alta hospitalar para controle de tratamento em CS, sugerem que, no momento da vacinação, não esteja sendo feita uma boa anamnese em termos de presença de foco domiciliar de tuberculose pulmonar. Essa falha invalidaria, totalmente, essas vacinações, uma vez que não se pode comprovar se a criança já estava infectada antes de ter sido vacinada.

Entre os casos ocorridos no intervalo menor de 30 dias, houve o relato de uma senhora informando que dois dias após a vacinação, seu filho de 4 meses de idade apresentou uma reação local violenta, foi internado com sintomas de MT e veio a falecer em período menor que 1 mês. Alegou, ainda, que o irmão gêmeo dessa criança fora vacinado no mesmo dia, nada tendo ocorrido com ele. Desconhecia, entretanto presença de foco domiciliar.

Existe um consenso, entre autores, que a reação acelerada da vacinação BCG serve de orientação para indicar a presença de uma infecção tuberculosa. KARAM-BECHA

RA e col.⁽³¹⁾, concluíram, após trabalho realizado com 100 doentes de tuberculose, que a reação positiva acelerada nas primeiras 72 horas é útil para detectar a presença de infecção tuberculosa anterior.

Seria recomendável a adoção da verificação da reação vacinal depois de 48 a 72 horas da vacinação indiscriminada, não só para evitar casos como o relatado, mas também para obter subsídios para estudos posteriores sobre o assunto.

4.3.4.3 Sintomatologia

DELAGE e col.⁽¹⁵⁾ de acordo com critérios propostos por Lincoln e Serval, dividiram os pacientes diagnosticados com MT, que estavam estudando retrospectivamente, em três estágios de sintomatologia. Inicialmente como sintomas mais comuns: letargia, dor de cabeça, vômitos e irritabilidade; para um segundo estágio da doença categorizaram os pacientes com sinais de irritação das meninges e evidência de envolvimento neurológico focal, enquanto que, para um 3º estágio classificaram aqueles doentes com severas modificações sensoriais e grandes anormalidades neurológicas.

TIRIBA e col.⁽⁶⁷⁾ citam como sintomas iniciais menores para a MT: febre, choro, vômitos, insônia ou sonolência, irritabilidade, inapetência, apatia e fotofobia e para uma síndrome mais ampliada em estágio mais adiantado sinais de rigidez nuchal, convulsão e depressão de consciência.

Neste trabalho a sintomatologia foi pesquisada somente nos casos para os quais foi possível realizar a VD.

Respondendo à questão:

"O que aconteceu com (nome do paciente) para necessitar internação no Hospital (nome do hospital)?"

os entrevistados davam uma série de informes, e, dentro do relato incluíam num crescendo a sintomatologia apresentada pelo paciente em questão. Os sintomas descritos nunca foram únicos, como era de se esperar. Havia, geralmente, associações de pelo menos três sintomas bem compatíveis com a MT, como por exemplo: dor de cabeça, febre e vômitos. No entusiasmo do relato, citavam outros sintomas e distúrbios percebidos na época e que, muitas vezes, nada tinham a ver especificamente com o processo, mas poderiam ter contribuído para seu desencadeamento.

Na tabela 26, na impossibilidade de mostrar os sintomas agrupados da maneira que foram relatados, é feita a demonstração do número de vezes e a respectiva percentagem em que o mesmo foi referido, nas 188 entrevistas quando foi possível obter essa informação. Em 8 (4,0%) VD realizadas, o informante ignorava os sintomas apresentados pelo caso.

A relação de sintomas apresentados nessa tabela denota que os mais comuns, próprios do início da doença, como dor de cabeça, febre, vômitos estão representados com percentuais bastante elevados respectivamente 52,1%, 62,8% e 70,7%. A perda de consciência, convulsão e desequilíbrio, indicando já um comprometimento neurológico num segundo estágio da doença foi relatada 104 vezes ou seja em 55,3% dos casos. Interessante anotar aqui, a título de ilustração, alguns exemplos da terminologia utilizada para definir, popularmente, estes estados: começou a se torcer e de repente o corpo ficou todo duro; virou os olhos; estrebui-

TABELA 26 - Nº E PORCENTAGEM DOS CASOS SEGUNDO SINTOMA APRESENTADO, 1982 E 1983*.

SINTOMA	Nº	%
FEBRE	118	62,8
NÁUSEAS E OU VÔMITOS	133	70,7
DOR DE CABEÇA	98	52,1
PERDA DE CONSCIÊNCIA, CONVULSÃO E DESEQUILÍBRIO	104	55,3
IRRITABILIDADE	10	5,3
RELACIONADOS COM SISTEMA RESPIRATÓRIO	67	35,6
RELACIONADOS COM INFECÇÕES GERAIS	27	14,4
INDEFINIDOS	53	28,2

NOTA: * AS PORCENTAGENS FORAM CALCULADAS EM RELAÇÃO A 188 PESSOAS QUE FORNECERAM ESSA INFORMAÇÃO.

chou; após dor de cabeça violenta, perdeu a vista totalmente.

Para 67 pacientes foram informados sintomas iniciais relacionados com afecções do aparelho respiratório tais como broncopneumonia, pneumonia, bronquite, gripes e resfriados, que evoluíram muitas vezes para aqueles classificados como sendo de comprometimento neurológico.

Sintomas relacionados, comumente, com infecções gerais foram mencionados para 14,4% dos casos. Entre outros foram incluídos fraqueza, cansaço, desânimo, inapetência e emagrecimento.

Por sintomas indefinidos, nessa tabela, são entendidos aqueles que foram mencionados, mas que pare-

cem não guardar relação direta com a doença em questão. Exemplificando o fato, para crianças foram relatados sintomas iniciais de dor de ouvido, de barriga, diarreias, erupção de dentes, feridinhas no corpo, etc.

Para os adultos houve citações diversas tais como: problemas relacionados com menopausa, gestação, dores de coluna, nas pernas, pé frio e pressão alta. Esses sintomas classificados como indefinidos, talvez tenham algum significado clínico que não é mister ser analisado no momento. Foram mencionados pois e representam, como pode ser verificado, complementação de informação, em 28,2% dos casos.

4.3.4.4 Recursos institucionais procurados

É fato incontestável, para qualquer tipo de afecção, que o retardamento em termos de atendimento e definição do mal, é diretamente responsável pelo agravamento do quadro.

Na presença de sintomatologia compatível com meningite, a recomendação mais corrente, em toda a literatura que se teve oportunidade de consultar, é a indicativa de que todos os esforços sejam dirigidos no sentido do rápido esclarecimento diagnóstico e tratamento precoce de todos os casos, seja qual for a etiologia.

No Brasil, afirma TIRIBA⁽⁶⁶⁾, a identificação tardia acarreta demora da terapêutica específica e consequente deterioração física e mental do doente, inviabilizando a cura.

Foi de interesse, nesta pesquisa, dimensionar, em questão dirigida nas entrevistas realizadas, o

quanto o problema de procura de assistência afetou a população.

Na tabela 27 é feita a relação do número de entidades procuradas por cada caso, para esclarecimento do diagnóstico diante da situação sintomatológica que estavam apresentando, até o momento da internação definitiva, quando foi estabelecido que era um quadro grave que merecia pronto atendimento.

Em 8 entrevistas o informante não soube dar esta informação e em 6 não foi possível precisar o número, referindo-se, genericamente, a "várias instituições", motivo pelo qual, na referida tabela, é feita a menção de apenas 182 casos (92,9%) dos 196 visitados.

TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO NÚMERO DE ENTIDADES PROCURADAS ATÉ ESCLARECIMENTO DO DIAGNÓSTICO, 1982-1983 (Nº E %).

ENTIDADE PROCURADA	Nº	%
1	26	14,3
2	37	20,4
3	33	18,1
4	33	18,1
5	25	13,7
6	16	8,8
7	6	3,3
8	3	1,7
9	2	1,1
10	1	0,5
T O T A L	182	100,0

NOTA: ELIMINADOS 14 CASOS: 8 IGNORADOS

6 SEM PRECISÃO NUMÉRICA

Por essa tabela fica demonstrado que apenas 26 casos (14,3%) procuraram somente uma entidade, dirigindo-se diretamente ao hospital que efetivou a internação para esclarecimento do diagnóstico. Nos demais casos essa procura variou de 2 até 10 entidades com picos percentuais mais elevados para aqueles que recorreram a 2, 3 ou 4 locais (56,6%). Esses locais foram referidos, geralmente, como sendo farmácias, Postos de Saúde e Pronto Socorros de Hospitais Gerais.

O atraso no esclarecimento do diagnóstico, pode ser atribuído tanto aos responsáveis pela pessoa doente em procurar recursos médicos, como aos próprios serviços médicos que não atinaram com o diagnóstico precocemente, obrigando a volta do doente ao mesmo local do atendimento, ou à procura de outro.

Talvez o despreparo de equipes médicas recém-formadas, traduzidas pelo desconhecimento ou má interpretação de sintomas sugestivos de quadros de meningite, seja o responsável pelos depoimentos de parentes, geralmente mães, que indicaram a procura de até 10 entidades para conseguir que estas se definissem, às vezes tardiamente, pela internação do paciente.

Em adendo à estas considerações BRÖLIO⁽⁸⁾ em trabalho visando analisar o conhecimento de médicos em relação à tuberculose, verificou que os mesmos apresentavam conhecimentos inferiores a 70,0% sobre diagnóstico, quimioterapia, profilaxia e programa de luta anti-tuberculose.

4.3.4.5 Tempo decorrido entre sintomas e internação

Como complementação do estudo da variável

do item anterior, procurou-se identificar o tempo decorrido entre os sintomas e a internação do paciente. Evidentemente, a precisão dessa informação é relativa, pois o processo de VD foi realizado, às vezes até dois anos após a ocorrência do evento. Entretanto, só não foi possível obter a informação em 8 casos visitados, por ignorarem há quanto tempo o caso vinha apresentando os sintomas.

Na tabela 28 é demonstrada a quantificação em dias, que decorreram até que o atendimento fosse efetivado.

TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO TEMPO DECORRIDO ENTRE O INÍCIO DOS SINTOMAS E A INTERNAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %).

TEMPO (DIAS)	Nº	%
0 — 1	5	2,7
1 — 8	47	25,0
8 — 16	34	18,1
16 — 30	21	11,2
30 — 60	29	15,4
60 — 90	21	11,2
90 E +	31	16,4
T O T A L	188	100,0

NOTA: ELIMINADOS 8 CASOS POR IGNORAREM A INFORMAÇÃO.

Por essa tabela verifica-se que foram prontamente atendidos 5 casos (2,7%). Supondo-se que após 30 dias do início dos sintomas, a doença, sem o atendimento terapêutico específico esteja já adentrando a um estágio

mais grave, observa-se pela somatória dos casos compreendidos em tempo superior ao referido, que 43,0% dos casos tiveram seu atendimento em épocas que poderão ter influido no agravamento do processo.

4.3.5 Da hospitalização

O estudo das características da hospitalização inclui vários itens:

4.3.5.1 Hospital

Para essa variável procurou-se relacionar o nome dos hospitais onde foi firmado o diagnóstico, em ordem decrescente do número de internações efetuadas nesses locais, por ano.

Na tabela 29 é apresentada essa relação para os hospitais que internaram no mínimo 3 pacientes nesses dois anos. Por outros, entende-se aqueles que o fizeram esporadicamente uma ou duas vezes.

Indubitavelmente, o hospital que mais contribuiu estabelecendo diagnóstico de MT na GSP foi o HER (45,2%), seguindo a ele o PHM (16,2%). Tal fato, era previsto por serem ambos instituições estaduais com funções bem determinadas. Para o primeiro converge a fim de serem esclarecidos a grande maioria de casos suspeitos de moléstias contagiosas e ao segundo compete dar assistência médico hospitalar a todos os casos de tuberculose que o necessitem no ESP.

Interessante notar, na tabela 29, quando se faz a comparação por ano de internação um ligeiro decrêsc

TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E HOSPITAL DE INTERNAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %).

ANO HOSPITAL	1982		1983		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HER	58	50,0	51	40,8	109	45,2
PHM	19	16,4	20	16,0	39	16,2
HC (MI+IC)	8	6,9	5	4,0	13	5,4
SÃO PAULO	1	0,9	10	8,0	11	4,6
SANTA CASA	2	1,7	6	4,8	8	3,4
MATARAZZO	6	5,2	1	0,8	7	2,9
HELIOPOLIS	2	1,7	3	2,4	5	2,1
A. EINSTEIN	2	1,7	2	1,6	4	1,7
STA. MARCELINA	2	1,7	1	0,8	3	1,2
FAISA	2	1,7	1	0,8	3	1,2
OZEC	2	1,7	1	0,8	3	1,2
SERVIDOR PÚBLICO	-	-	3	2,4	3	1,2
AMICO	1	0,9	2	1,6	3	1,2
OUTROS	11	9,5	19	15,2	30	12,5
T O T A L	116	100,0	125	100,0	241	100,0

cimo percentual para o ano de 1983 nos três primeiros hospitais da listagem. Os resultados obtidos para os demais não permitem tirar conclusões. Entretanto, quando a mesma comparação é feita para o grupo de outros hospitais houve um acréscimo, de 9,5% para 15,2% o que poderia sugerir que esteja havendo uma maior contribuição e empenho de Hospitais Gerais no diagnóstico de MT.

Esses hospitais foram representados na somatória dos dois anos, por 6 hospitais que, internaram dois casos: (Beneficência Portuguesa de São Caetano; Menino Jesus; Beneficência Portuguesa de São Paulo; Nossa Senhora das Graças; Santa Casa de Mauã e Santa Casa de Moji das Cruzes). E outros hospitais que internaram apenas 1 caso: (Alvorada, Artur R. Sabôia; Bandeirantes; Cândido Fontoura; Cruz Vermelha; Cruzeiro do Sul; Leonor Mendes de Barros; Nossa Senhora de Lourdes; 9 de Julho; Pérola Byington; Planalto; Presidente; São Cristóvão; São José do Belém; São José do Brás; Tatuapê; Universitário e 23 de maio).

4.3.5.2 Ano e mês de internação

Com a finalidade de detectar uma possível sazonalidade na incidência da MT, naqueles dois anos, foi montada a tabela 30 onde são estudadas as variáveis referentes ao ano e mês em que ocorreu a internação.

O número total de casos, por ano de estudo, já demonstrado em tabelas anteriores, foi de 116 (48,1%) para o ano de 1982 e 125 (51,9%) para o de 1983.

A tabela 30, analisada na coluna demonstrativa do ano de 1982, mostra as maiores porcentagens de internações nos meses de outubro (13,7%) e março (12,9%) e as menores nos de dezembro (3,4%) e fevereiro (2,6%).

No ano seguinte, abril e junho, atingem a maior porcentagem representada por 11,2%, ambos do 1º semestre. As menores recaem nos de janeiro (5,6%) e fevereiro (4,8%), também no mesmo semestre.

Para os dois anos, os meses com maiores valores percentuais foram os de março (11,3%), abril (10,4%)

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E MÊS DE INTERNAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %).

MÊS \ ANO	1982		1983		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
JANEIRO	9	7,8	7	5,6	16	6,6
FEVEREIRO	3	2,6	6	4,8	9	3,7
MARÇO	15	12,9	12	9,6	27	11,3
ABRIL	11	9,5	14	11,2	25	10,4
MAIO	8	6,9	9	7,2	17	7,1
JUNHO	9	7,8	14	11,2	23	9,5
JULHO	8	6,9	11	8,8	19	7,9
AGOSTO	13	11,2	10	8,0	23	9,5
SETEMBRO	11	9,5	12	9,6	23	9,5
OUTUBRO	16	13,7	8	6,4	24	10,0
NOVEMBRO	9	7,8	13	10,4	22	9,1
DEZEMBRO	4	3,4	9	7,2	13	5,4
T O T A L	116	100,0	125	100,0	241	100,0

e outubro (10,0%) e os com menores foram os de dezembro (5,4%) e fevereiro (3,7%), valores estes semelhantes aqueles encontrados para 1982.

Para melhor visualizar os dados demonstrados nessa tabela foi elaborado o gráfico nº 3 onde pode ser verificada a distribuição mensal das internações nos dois anos. Nesse, efetivamente, se percebe uma flutuação uniforme no primeiro semestre dos dois anos com picos elevados nos meses de março, abril (outono) e no mês de junho (início do inverno). A representação gráfica para o 2º semes-

Figura nº 3 - CASOS DE NT, SEGUNDO MÊS DE DIAGNÓSTICO, 1992-1993 (Gráfico)

tre é irregular, apresentando um único ponto de concordância no mês de novembro e dezembro (verão).

Segundo GRIGG⁽²²⁾ os episódios agudos de tuberculose, de exacerbações ou de reativações acontecem mais na primavera e início do verão, sendo que essa evidência é estritamente circunstancial. Entretanto, através de observação pessoal, o autor declara que nem todas as localizações por tuberculose tem a sua máxima incidência no mesmo período. A MT, segundo o autor, apresenta uma alta porcentagem de mortalidade na primavera e início do verão enquanto que na tuberculose pulmonar tal fato acontece mais na alta primavera.

REY e col.⁽⁵⁶⁾ afirmam que, entre todas as estações do ano cabe à primavera o primeiro lugar na incidência da MT. Explicam os autores que o aparecimento da doença, na maioria das vezes, ocorre após 3 meses do contágio, e este acontece preferentemente no inverno.

Nesta pesquisa, pela visualização do gráfico 3, poder-se-ia dizer que os meses do verão foram os menos representados, havendo um ligeiro aumento para os da primavera e outono o que coincide em grande parte com a opinião dos autores citados.

4.3.5.3. Diagnóstico firmado

Esta variável é apresentada de acordo com os dados obtidos nos levantamentos realizados, o que implica em revelar o diagnóstico transcrito nas fichas e ou prontuários dos casos em estudo. Não foi objetivo deste trabalho analisar os critérios adotados para que esse diagnóstico fosse firmado.

Geralmente, constava naqueles registros, apenas o diagnóstico referente à MT ou um seu sinônimo, qual seja, meningo-encefalite por tuberculose ou neuro-tuberculose. Outras vezes, referiam uma associação com um processo tuberculoso pulmonar, tuberculose miliar e raramente tuberculose extra-pulmonar, como tuberculose óssea ou ganglionar.

Na tabela 31 é feita a demonstração da distribuição desses diagnósticos, segundo sexo e, na 32 o mesmo é feito para os grupos etários da população em tela.

TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO DIAGNÓSTICO FIRMADO E SEXO, 1982-1983 (Nº E %).

SEXO DIAG- NÓSTICO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MT	101	68,7	61	64,9	162	67,2
MT + TBC PULMONAR	25	17,0	18	19,1	43	17,8
MT + TBC MILIAR	21	14,3	11	11,7	32	13,3
MT + TBC EXTRA PUL- MONAR	-	-	4	4,3	4	1,7
T O T A L	147	100,0	94	100,0	241	100,0

A tabela 31 mostra na coluna do total que houve em ordem decrescente, 162 casos com diagnóstico de MT (67,2%); 43 (17,8%) revelaram associação com tuberculose pulmonar, 32 (13,3%) com tuberculose miliar e apenas 4 (1,7%) com outro tipo de tuberculose.

A comparação da incidência dos casos segundo sexo, nessa mesma tabela, sugere uma ligeira tendência

de percentuais mais elevados em diagnósticos associados, para o feminino, nos casos referentes à MT com tuberculose pulmonar e extra pulmonar.

Na tabela 32 é feita por coluna a análise dos diagnósticos firmados. Os resultados encontrados para o referente à tuberculose miliar associada à MT, sugerem ser esta prerrogativa de idades abaixo de 1 ano, pois foi nesse grupo que foram encontradas as maiores porcentagens, respectivamente 50,0% para a faixa 0 — 4m; 28,6% para 4 — 7m e 33,3% para 7 — 12m.

Isto pode ser justificado pelo contacto íntimo a que essas crianças ficam expostas a focos de tuberculose ativa domiciliares. A associação com tuberculose pulmonar, nas idades menores de 4 anos também é explicada pelo mesmo motivo.

A observação que se pode fazer com respeito a idades situadas entre 4 e 15 anos de idade é fato incontestável provado pela literatura. A tabela 32 mostra, nessa faixa etária, não ter havido nenhuma associação com um processo de tuberculose pulmonar, aparecendo a associação com tuberculose miliar apenas em 5 casos. Fazendo-se a comparação entre as faixas dos grupos considerados adultos, isto é, maiores de 15 anos, foi na faixa maior de 40 anos de idade que se encontrou, de um modo geral, menor associação com outros diagnósticos.

Segundo PIO⁽⁵⁵⁾ há dois picos na distribuição etária da tuberculose pulmonar em áreas de alta prevalência, uma na infância e outra na de 25 a 30 anos, tendendo a desaparecer com o progresso das medidas de controle da tuberculose.

ALVAREZ e col.⁽¹⁾ afirmam que a associa-

TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO DIAGNÓSTICO FIRMADO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983
(Nº E %).

GRUPO ETÁRIO \ DIAGNÓSTICO	MT		MT + TBC PULMONAR		MT + TBC MILIAR		MT + TBC EXTRA PULMONAR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 4 m	1	25,0	1	25,0	2	50,0	-	-	4	100,0
4 — 7 m	6	42,8	4	28,6	4	28,6	-	-	14	100,0
7 — 12 m	15	45,5	7	21,2	11	33,3	-	-	33	100,0
1 — 2	16	69,6	5	21,7	2	8,7	-	-	23	100,0
2 — 3	6	66,7	2	22,2	-	-	1	11,1	9	100,0
3 — 4	7	87,5	1	12,5	-	-	-	-	8	100,0
4 — 5	5	100,0	-	-	-	-	-	-	5	100,0
5 — 10	17	81,0	-	-	4	19,0	-	-	21	100,0
10 — 15	8	88,9	-	-	1	11,1	-	-	9	100,0
15 — 20	9	64,3	4	28,6	-	-	1	7,1	14	100,0
20 — 40	47	68,1	16	23,2	5	7,2	1	1,4	69	100,0
40 E +	25	78,1	3	9,4	3	9,4	1	3,1	32	100,0
T O T A L	162	67,2	43	17,8	32	13,3	4	1,7	241	100,0

ção da tuberculose miliar com a meningite varia de 1 a 79%, independentemente da idade, mas frequentemente não é reconhecida em vida. Os mesmos autores, citando Emery, revelam que em estudo realizado entre 63 crianças com MT, em 52 (82,0%) foi constatado, por autópsia, tuberculose miliar. O diagnóstico em vida foi realizado em 18 (29,0%). Continuando na explanação, citam o estudo de Falk, feito em colaboração, quando encontrou entre 540 adultos com tuberculose miliar 217 (40,0%) casos de MT.

4.3.5.4 Tempo de internação

O tratamento da MT exige inicialmente um período de hospitalização pois o quadro sintomatológico requer uma atenção multi-especializada em termos de clínica, pediatria, neurologia, oftalmologia, fisioterapia e enfermagem. A continuação do mesmo pode ser realizada no domicílio⁽⁶⁶⁾.

Os elementos para o estudo da variável-tempo de internação - foram obtidos por meio das fichas levantadas, principalmente nas de Investigação Epidemiológica, e foram confirmados na grande maioria, pelas VD. Esse tempo refere-se ao período que esteve internado no hospital onde se firmou o diagnóstico.

Para 5 casos, da população em estudo, não foi possível de forma alguma, obter essa informação, e por esse motivo não aparecem na tabela 33, sendo, portanto, o total da mesma representado por 236 pessoas. É importante salientar que os intervalos de tempo adotados, desiguais entre si, tiveram seus limites fixados, principalmente, em função das altas hospitalares conforme será visto na tabela 35.

TABELA 33 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO DIAGNÓSTICO FIRMADO E TEMPO DE INTERNAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %).

DIAGNÓSTICO TEMPO INTER NAÇÃO (DIAS)	MT		MT + TBC PULMONAR		MT + TBC MILIAR		MT + TBC EXTRA PULMONAR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 — 3	3	1,9	3	7,3	4	12,9	-	-	10	4,2
3 — 8	7	4,4	3	7,3	4	12,9	-	-	14	5,9
8 — 15	5	3,1	1	2,4	2	6,4	-	-	8	3,4
15 — 30	43	26,9	10	24,4	3	9,6	2	50,0	58	24,6
30 — 60	57	35,6	9	22,0	6	19,4	1	25,0	73	30,9
60 — 90	19	11,9	7	17,1	6	19,4	1	25,0	33	14,0
90 E +	26	16,2	8	19,5	6	19,4	-	-	40	17,0
T O T A L	160	100,0	41	100,0	31	100,0	4	100,0	236	100,0

NOTA: ELIMINADOS 5 CASOS PARA OS QUAIS A INFORMAÇÃO SOBRE TEMPO DE INTERNAÇÃO ERA IGNORADA.

A tabela 33 para todos os diagnósticos de MT (simples ou associada) mostra uma ascensão percentual do tempo de internação, cujo pico máximo é marcado por 73 casos (30,9%) na faixa de 30 — 60 dias de hospitalização. Calculou-se para essa população a média de dias de permanência no hospital que foi equivalente a 53,1 dias. O valor mínimo 1 dia foi representado por dois casos e o máximo, 17 meses, com 1 caso.

O tempo de internação estaria relacionado à gravidade do processo infeccioso. Provavelmente, os resultados obtidos, estejam indicando uma evolução para óbito quando o tempo de internação foi inferior a uma semana. No caso contrário quando ficaram internados por mais de 60 dias, talvez tenham ocorrido complicações inerentes ao caso.

MORAES⁽⁴⁵⁾ em trabalho já citado, encontrou ao longo dos anos de seu estudo, 1955 a 1971, uma variação de 176,3 e 65,4 dias, respectivamente, para o ano de 1957 e 1966, com média para o período de 93,3 dias. As diferenças do tempo médio de internação, podem ser atribuídas ao aprimoramento terapêutico, tanto para os dados do autor citado, como em relação aos achados do presente trabalho.

Ainda nessa tabela, quando é feita a análise comparando o tempo de internação por grupos de diagnóstico, houve para MT maior porcentagem de tempo de internação na faixa de 30 a 60 dias. A baixa porcentagem naquelas com menos de 15 dias pode indicar os casos que evoluíram para óbito. Para os casos de MT associada à tuberculose pulmonar houve maior porcentagem na faixa de 15 a 30 dias. A mesma hipótese pode ser formulada indicando evolução para óbito dos casos com menos de 15 dias de internação. Para os casos de MT associada à tuberculose miliar houve maiores porcenta

gens para os grupos com permanência hospitalar acima de 30 dias. Entre os 31 casos desse grupo, 10 (32,2%) estiveram internados por menos de 15 dias, para os quais haveria a mesma possibilidade de terem evoluído para ôbito. O grupo em que a MT estava associada à tuberculose extra-pulmonar obteve a maior porcentagem de casos, na faixa de 15 a 30 dias, não havendo nenhum com menos de 15 dias de internação. O pequeno número de casos nesse grupo não permite formular nenhuma hipótese.

4.3.5.5 Tipo de alta hospitalar

Os levantamentos realizados no CIS e as pesquisas em prontuários de pacientes nos hospitais, forneceram elementos para o estudo das altas hospitalares, dentro de 5 categorias, demonstradas na tabela 34, segundo o ano em que ocorreu o diagnóstico.

TABELA 34 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO E TIPO DE ALTA HOSPITALAR, 1982-1983 (Nº E %).

ANO TIPO DE ALTA	1982		1983		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TRANSFERÊNCIA PARA CS	67	57,7	71	56,8	138	57,2
TRANSFERÊNCIA DE HOSPITAL	9	7,8	15	12,0	24	10,0
TRANSFERÊNCIA P/AMBULATÓRIO	18	15,5	8	6,4	26	10,8
ÔBITO	21	18,1	30	24,0	51	21,2
ABANDONO	1	0,9	1	0,8	2	0,8
T O T A L	116	100,0	125	100,0	241	100,0

Os totais dessa tabela mostram que houve, no período, 138 (57,2%) transferências de casos para CS da SS para consolidação do tratamento; 24 casos (10,0%) foram transferidos para outro hospital, indicando casos que necessitavam manter-se hospitalizados, sendo que em praticamente 100% das vezes esse fato ocorreu entre o HER e PHM; 26 (10,8%) dos casos continuaram tratamento em ambulatórios principalmente do HER, PHM e MI do HC, provavelmente, por interesse do médico que o atendeu na internação; 51 casos foram a óbito ocasionando uma letalidade hospitalar de 21,2% e 2 casos (0,8%) abandonaram o tratamento no próprio hospital, um fugindo do mesmo e outro por descrédito dos pais no diagnóstico firmado.

Comparando, na mesma tabela, os dados obtidos por ano de incidência do caso, verifica-se um aumento percentual em transferências de hospital; uma diminuição nas transferências para ambulatório e aumento na letalidade hospitalar de 18,1% para 24,0%. As duas primeiras ocorrências podem ser interpretadas como sendo decorrentes de um maior entrosamento entre as entidades do sistema, permitindo uma maior racionalização no aproveitamento dos recursos específicos disponíveis.

Quanto aos valores encontrados para a letalidade, apesar do aumento verificado nesses dois anos, foram relativamente mais baixos em relação aos apresentados nos trabalhos que se seguem:

PERFEITO⁽⁵³⁾ estudando 220 casos de MT em população menor de 15 anos, internada no PHM no período de 1966 a 1975, encontrou 113 óbitos o que equivale a dizer que a letalidade nesse período foi de 51,4%.

A letalidade demonstrada por MORAES⁽⁴⁵⁾

no período de 1955 a 1971, em população de doentes residentes no município de São Paulo, foi alta em todos os anos, não apresentando, porém, uma tendência uniforme no tempo, variou de 62,7 em 1956 para 44,2% em 1971.

MARTINS⁽⁴⁰⁾ em pesquisa operacional já citada, realizada pela DNPS em 6 capitais brasileiras encontrou letalidade da ordem de 38,5% para a população total do estudo no ano de 1983. Destaca a autora, os coeficientes do Estado do Ceará (54,3%) e da Bahia (55,3%) como sendo os maiores registrados. Para o Estado de São Paulo o mesmo foi equivalente a 29,9%.

A tabela 35 mostra a população segundo alta hospitalar e tempo de hospitalização naquele local em que foi firmado o diagnóstico.

Por essa tabela verifica-se que, no período compreendido entre 15 e 60 dias encontra-se o máximo de transferências para CS (65,4%).

A transferência para outro hospital se efetuou, geralmente, após 30 dias da primeira internação, quando se supõe estivesse ultrapassado o período crítico da doença, mas o paciente necessitasse ainda cuidados especiais.

A transferência para tratamento ambulatorial ocorreu em maior porcentagem no período acima de 90 dias (38,5%), o que pode sugerir a preocupação dos médicos em acompanhar os referidos casos.

Na coluna referente a alta por óbito, pode-se deduzir que 100,0% dos casos que permaneceram no hospital por período menor de 1 semana faleceram, o que vem confirmar a suposição levantada para explicar a tabela 33, quanto à gravidade dos casos. Essa coluna mostra também que

TABELA 35 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO TIPO DE ALTA HOSPITALAR E TEMPO DE INTERNAÇÃO, 1982-1983 (Nº E %).

ALTA TEMPO (DIAS)	TRANSF. PARA CS		TRANSF. DE HOSPITAL		TRANSF. PARA AMBULATÓRIO		ÓBITO		ABANDONO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 — 3	-	-	-	-	-	-	10	19,6	-	-	10	4,2
3 — 8	-	-	-	-	-	-	14	27,5	-	-	14	5,9
8 — 15	3	2,3	-	-	-	-	5	9,8	-	-	8	3,4
15 — 30	39	29,3	4	16,7	4	15,4	9	17,6	2	100,0	58	24,6
30 — 60	48	36,1	12	50,0	7	26,9	6	11,8	-	-	73	30,9
60 — 90	22	16,5	3	12,5	5	19,2	3	5,9	-	-	33	14,0
90 E +	21	15,8	5	20,8	10	38,5	4	7,8	-	-	40	17,0
IGNORADO	5*		-	-	-	-	-	-	-	-	5*	
T O T A L	138	100,0	24	100,0	26	100,0	51	100,0	2	100,0	241	100,0

NOTA: * % CALCULADA SOBRE TOTAL DE CASOS COM TEMPO DE PERMANÊNCIA CONHECIDOS (133 E 236).

29 (56,9%) óbitos ocorreram em menos de 15 dias. Observa-se, ainda, que o período compreendido, acima de 90 dias apresentou alta porcentagem de óbito. Nesse grupo está incluído o caso que teve maior tempo de internação de 516 dias (17 meses).

Os cinco casos com período ignorado de tempo de internação, foram incluídos nessa tabela por terem sido encontrados em tratamento nos CS, apenas sem aquela informação.

Finalizando a exposição deste item, achou-se interessante demonstrar como foram distribuídas as altas hospitalares de acordo com o grupo etário dos pacientes, o que é feito por intermédio da tabela 36.

Essa tabela destaca, ainda mais, a importância que se deve dar ao grupo etário menor de 5 anos de idade, no estudo da MT. Ela, efetivamente apresenta o grupo menor de 5 anos de idade como tendo tido maior porcentagem em todos os eventos, ou seja: 34,1% de transferências para CS; 50% de transferências para outro hospital, exigindo continuidade de hospitalização; 38,5% de transferências para ambulatorio, para um seguimento de interesse médico; 51,0% de óbito indicando falência de tratamento traduzido em termos de letalidade e 50,0% de abandono, apesar do número total deste tipo de alta não ter sido expressivo.

Os grupos etários seguintes não revelaram maiores destaques, exceto o de 20 — 40 anos numericamente bem representado, inclusive com elevada mortalidade (29,4%).

TABELA 36 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO GRUPO ETÁRIO E TIPO DE ALTA HOSPITALAR, 1982-1983
(Nº E %).

TIPO DE ALTA GRUPO ETÁRIO (ANOS)	TRANSF. PARA CS		TRANSF. DE HOSPITAL		TRANSF. PARA AMBULATÓRIO		ÓBITO		ABANDONO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 5	47	34,1	12	50,0	10	38,5	26	51,0	1	50,0	96	39,8
5 — 10	14	10,1	1	4,2	3	11,5	3	5,9	-	-	21	8,7
10 — 20	15	10,9	1	4,2	4	15,4	2	3,9	1	50,0	23	9,5
20 — 40	44	31,9	5	20,8	5	19,2	15	29,4	-	-	69	28,6
40 E +	18	13,0	5	20,8	4	15,4	5	9,8	-	-	32	13,4
T O T A L	138	100,0	24	100,0	26	100,0	51	100,0	2	100,0	241	100,0

4.3.6 Do tratamento subsequente à hospitalização

Para a caracterização dos casos quanto ao tratamento subsequente à hospitalização foram levantados dados referentes à seqüência do mesmo, ao tempo de seu controle, às seqüelas adquiridas pelo processo infeccioso e a avaliação da evolução dos casos.

4.3.6.1 Seqüência do tratamento

O estudo da seqüência do tratamento procura relatar as ocorrências havidas com os pacientes quando saíram do hospital onde foi efetivado seu diagnóstico.

Reportando aos tipos de alta hospitalar mostradas na tabela 34, e excluindo da mesma as altas referentes a óbito, 51 (21,2%), obtem-se a população de 190 casos. Esta é analisada na tabela 37 mediante o cruzamento das referidas altas hospitalares com os eventos ocorridos após as mesmas, assim especificados:

- cura definitiva, foram enquadrados todos os casos que após alta hospitalar para consolidação do tratamento do processo infeccioso, o fizeram regularmente, constando o fato em registro nos CS e ou CIS;
- abandono, aqueles que iniciaram o controle em alguma instituição e, por algum motivo o descontinuaram, havendo para esses, registros parciais;
- óbito, foram classificados aqueles ocorridos após a transferência para outro hospital, os que faleceram no decorrer do controle no CS e aqueles detectados somente por

meio da VD e para os quais não havia referência nos registros procurados. Quando tal fato sucedeu foi solicitado o atestado de óbito para confirmação e informado o CS onde a alta constante era por abandono;

- hospitalização, foram incluídos os casos que no momento da VD encontravam-se hospitalizados, uns devido a problemas neurológicos e outros por recidiva do processo;
- em controle, foram classificados aqueles que continuavam em controle medicamentoso específico sem alta definitiva;
- com tratamento desconhecido, foram incluídos os casos para os quais foi obtida notícia por meio das VD, de que estavam vivos e em tratamento, mas não foram localizados em registros do sistema, isto é, nos CS e no CIS;
- sem tratamento, aqueles que após a saída do hospital não procuraram continuidade de tratamento como haviam sido orientados, mas estavam vivos e foram visitados;
- evento ignorado, foram incluídos casos semelhantes ao grupo, com tratamento desconhecido mas para os quais não foi possível obter informação alguma de tratamento subsequente, porquanto não puderam ser localizados na VD.

Analisando essa tabela verifica-se que dos 138 casos que foram transferidos do hospital para o CS 89 (64,5%) obtiveram alta por cura; 28 (20,3%) abandonaram o tratamento; 7 (5,1%) faleceram, sendo que essa informação em 3 casos foi obtida somente através da VD e no CS constava

TABELA 37 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT QUE OBTIVERAM ALTA HOSPITALAR, SEGUNDO EVENTOS OCORRIDOS NA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO, 1982-1983 (Nº E %).

<div> <div>ALTA HOSPI TALAR</div> <div>EVENTO</div> </div>	TRANSF. PARA CS		TRANSF. DE HOSPITAL		TRANSF. PARA AMBULATÓRIO		ABANDONO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CURA	89	64,5	5	20,8	16	61,5	-	-	110	57,9
ABANDONO	28	20,3	-	-	4	15,4	-	-	32	16,8
ÓBITO	7	5,1	8	33,3	-	-	1	50,0	16	8,4
HOSPITALIZAÇÃO	2	1,5	4	16,7	1	3,8	-	-	7	3,7
CONTROLE	5	3,6	1	4,2	-	-	-	-	6	3,2
TRATAMENTO DES- CONHECIDO	6	4,3	5	20,8	3	11,6	-	-	14	7,4
SEM TRATAMENTO	-	-	-	-	2	7,7	1	50,0	3	1,6
IGNORADO	1	0,7	1	4,2	-	-	-	-	2	1,0
T O T A L	138	100,0	24	100,0	26	100,0	2	100,0	190	100,0

NOTA: ELIMINADOS 51 CASOS QUE OBTIVERAM ALTA POR ÓBITO HOSPITALAR.

como abandono; 2 (1,5%) foram reinternados por recidiva do processo; 5 (3,6%) continuavam em controle de tratamento; 6 (4,3%) a informação, obtida entre vizinhos é a de que estavam vivos e em tratamento, mas como mudaram para fora de São Paulo, não foram localizados no sistema (a informação para esses casos, preconizando sequência de tratamento, termina no CIS com a alta hospitalar); 1 caso (0,7%) constou como ignorado, porquanto não se obteve informação de seu paradeiro.

Entre os 24 casos que foram transferidos de hospital para continuidade do tratamento, 5 (20,8%) após receber alta nesse segundo hospital, foram transferidos para CS e obtiveram cura; 8 (33,3%) foram a óbito no próprio hospital; 4 (16,7%) na impossibilidade de continuar o controle em CS devido a problemas neurológicos muito graves, foram transferidos para outras instituições especializadas; 5 (20,8%) obtiveram alta hospitalar, e pelo mesmo motivo da coluna anterior não foram localizados no sistema e, para 1 caso (4,2%) essa informação foi impossível, considerando-se também como evento ignorado.

Dos 26 que foram transferidos do hospital para controle ambulatorial por interesse médico, 16 (61,5%) obtiveram alta por cura, entretanto essa notificação só foi possível devido à verificação nos prontuários, porquanto não foi enviada ao CIS; 4 (15,4%) iniciaram o controle ambulatorial e abandonaram o tratamento; 1 (3,8%) encontrava-se novamente hospitalizado; 3 (11,6%) tinham informação de transferência de controle para CS, mas não foram localizados e para 2 (7,7%) o tratamento, inicialmente específico no hospital, foi suspenso no ambulatório sem que constasse mudança de diagnóstico. Para todos esses 26 casos ci-

tados a informação no CIS cessou quando houve a alta hospitalar.

Dos 2 casos que abandonaram o tratamento no próprio hospital, 1 foi a óbito por homicídio e o outro continuou controle com medicação inespecífica com médico particular, apresentando, na observação feita por intermédio da VD, seqüelas neurológicas gravíssimas.

Para os totais verifica-se uma porcentagem de cura equivalente a 57,9% para 110 casos; abandono em 32 casos (16,8%), óbito 16 (8,4%); hospitalização 7 (3,7%); em controle 6 (3,2%); tratamento desconhecido 14 (7,4%); sem tratamento 3 (1,6%) e evento ignorado 2 (1,0%).

4.3.6.2 Tempo de tratamento

Os casos que constam na tabela anterior, com alta por cura (110) e por abandono (32), são estudados, separadamente, na tabela 38, quanto ao tempo de controle medicamentoso a que se submeteram. Isso foi feito para avaliar o seguimento das normas existentes para o tratamento dos casos de MT, constante do Manual de Normas para o controle da tuberculose, divulgado pela DNPS⁽⁴⁴⁾. Esse manual recomenda para a consolidação do tratamento desses casos, um período de controle com medicação específica equivalente a 12 meses.

Na coluna referente às altas por cura a tabela mostra, 23 casos (20,9%) que a obtiveram em tempo inferior ao recomendado; 58 (52,8%) podem ser considerados dentro dos limites normais e os demais 29 casos (26,3%) em tempo superior a 15 meses de tratamento. Esse fato talvez este

TABELA 38 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT COM INFORMAÇÃO DE ALTA (POR CURA E ABANDONO), SEGUNDO TIPO DE ALTA E TEMPO DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ESPECÍFICO A QUE SE SUBMETERAM, 1982-1983 (Nº E %).

TIPO DE ALTA TEMPO CONTROLE (MESES)	CURA		ABANDONO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 — 3	-	-	1	3,1	1	0,7
3 — 6	-	-	4	12,5	4	2,8
6 — 12	23	20,9	10	31,2	33	23,2
12 — 15	58	52,8	7	21,9	65	45,8
15 — 18	16	14,5	7	21,9	23	16,2
18 — 24	11	10,0	3	9,4	14	9,9
24 E +	2	1,8	-	-	2	1,4
T O T A L	110	100,0	32	100,0	142	100,0

ja implicado com a preocupação pela maior gravidade de alguns casos, o que não se coaduna com o menor tempo de tratamento instituído para os primeiros citados.

Na coluna referente aos abandonos, em 15 casos o evento ocorreu antes de 12 meses de tratamento e para os demais 17 (53,2%), depois de 12 meses, tempo que pode ser considerado suficiente para a obtenção da cura.

SHIMAO⁽⁶⁰⁾ afirma que a importância da cooperação do paciente está sendo reconhecida no tratamento da tuberculose. Quando ele tem sintomas sérios, é fácil recomendar o tratamento, mas no caso da tuberculose é necessário que este seja prolongado mesmo após desaparecimento da-

queles. Para prevenir a falência do tratamento pelo abandono, é necessário que as atividades de procura de casos sejam bem organizadas, incluindo encaminhamentos para os Centros de Saúde e visitação domiciliária.

Segundo FARGA⁽¹⁷⁾ pode-se dispor de vários métodos para prevenir o tratamento irregular: a boa organização dos serviços, a educação do paciente e de seu grupo familiar, os tratamentos supervisionados com sistema de resgate do faltoso.

As disparidades encontradas na apresentação dos dados nestes dois itens referentes à seqüência e tempo de tratamento, atestam primeiro a precariedade de entrosamento ainda existente entre as diversas instituições responsáveis pela retro-alimentação de informações ao sistema da SS na GSP, e, ressaltam a importância, a nível local, que deve ser dada à atividade de VD para melhor avaliação e controle dos casos de tuberculose facilitando, outrossim, a aplicação correta das normas vigentes.

4.3.6.3 Seqüelas

LORBER⁽³⁴⁾ realizou no "The children's Hospital" em Sheffield, Inglaterra, estudo entre 100 crianças menores de 15 anos que sobreviveram a MT, e concluiu que apesar da grande variedade de seqüelas o número de crianças seriamente atingidas foi relativamente pequeno. O autor encontrou em acompanhamento realizado durante 13 anos, 77 crianças subjetivamente normais e 23 com vários tipos de seqüelas físicas e mentais.

O registro de ocorrência das seqüelas, quando das altas hospitalares, não foi uma constante nos

prontuários examinados. Entretanto, julgando de interesse de monstrar, qual o estado dos pacientes ã saída do hospital on de se processou seu diagnóstico, aquela falha foi suprida em parte pelos relatos obtidos nas entrevistas domiciliares.

Reportando, novamente, ã tabela 34 que in dicou 190 pacientes saídos do hospital com vida, foi feita a tabela 39, que demonstra em termos de informação sobre seqüelas, como se encontravam aqueles pacientes, segundo grupos etários. Na impossibilidade de encontrar essa informação para 20 casos, os mesmos foram retirados dessa tabela constando, portanto, para a mesma, a população total de 170 pacientes.

TABELA 39 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT QUE OBTIVERAM ALTA HOSPITALAR, SEGUNDO PRESENÇA OU NÃO DE SEQUELAS E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº E %).

SEQUELA GRUPO ETÁRIO	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 4 m	3	100,0	-	-	3	100,0
4 — 7 m	6	85,7	1	14,3	7	100,0
7 — 12 m	15	75,0	5	25,0	20	100,0
1 — 2	14	82,4	3	17,6	17	100,0
2 — 3	6	66,7	3	33,3	9	100,0
3 — 4	5	83,3	1	16,7	6	100,0
4 — 5	3	100,0	-	-	3	100,0
5 — 10	7	46,7	8	53,3	15	100,0
10 — 15	3	42,9	4	57,1	7	100,0
15 — 20	5	38,5	8	61,5	13	100,0
20 — 40	19	42,2	26	57,8	45	100,0
40 E +	10	40,0	15	60,0	25	100,0
T O T A L	96	56,5	74	43,5	170	100,0

NOTA: ELIMINADOS OS 51 CASOS QUE OBTIVERAM ALTA POR ÓBITO E MAIS 20 CASOS CUJA INFORMAÇÃO NÃO FOI ENCONTRADA.

Essa tabela mostra que a presença de seqüelas foi uma constante para o grupo etário menor de 5 anos com uma variação percentual de 66,7% a 100% dos casos.

Para as faixas etárias subseqüentes a ocorrência sofre uma inversão obtendo, a ausência de seqüelas, uma variação entre 53,3% e 61,5%. Mais uma vez fica com provada a gravidade de MT, em relação aos grupos etários menores.

No total, para a população analisada foi encontrada a presença de seqüelas em 56,5% dos casos, ou seja 43,5% da população se apresentava subjetivamente normal.

Os resultados ora apresentados para uma população geral, acometida de MT e recém-saída do hospital onde se processou seu diagnóstico, diferem dos de LORBER⁽³⁴⁾ que realizou uma avaliação retrospectiva 13 anos após a ocorrência e em menores de 15 anos. Entretanto, por intermédio da mesma tabela, para efeito de comparação, pode-se deduzir para o referido grupo uma porcentagem de 28,7%, equivalente a 25 crianças, que poderiam ser consideradas subjetivamente normais.

Para justificar a grande diferença encontrada, tem-se que levar em consideração primeiro o período de tempo da avaliação e em segundo os países onde foram realizados esses estudos.

PERFEITO⁽⁵³⁾, em estudo já citado, realizado no período de 1966 a 1971, em população com características semelhantes ã deste trabalho, encontrou entre 107 sobreviventes menores de 15 anos de idade, uma porcentagem de 32,7% de seqüelas, equivalente a 35 casos, sendo que os demais (67,3%) poderiam ser considerados normais após a doença. A população estudada por esse autor, foi mantida em tra

tamento observado no período mínimo de 6 meses.

4.3.6.4 Avaliação da evolução dos casos

Os autores consultados, ao realizarem a análise da evolução dos casos de MT, geralmente fazem estudo retrospectivo dos mesmos, relacionando o prognóstico do tratamento com os diferentes estágios em que a doença foi diagnosticada (1,15,18,28,33,34,46,67,76).

Segundo FITZSIMONS⁽¹⁸⁾, a sobrevivência do organismo acometido de uma doença grave, expressa a eficácia do tratamento realizado. Entre os fatores que afetam o prognóstico estão o grau de evolução da doença quando iniciou o tratamento, a idade do paciente e a associação com outro tipo de tuberculose. Afirma ainda, o autor, que é muito importante avaliar a incidência de recaídas, durante um longo período de seguimento, para assegurar a eficácia de uma forma particular de tratamento.

Na avaliação do tratamento realizado, este trabalho mostra, na tabela 40, os eventos ocorridos, após o estabelecimento do diagnóstico em relação à idade dos doentes, independentemente do grau de evolução da entidade morbida que os acometeu.

O tratamento realizado, basicamente, para todos os casos, foi o regime quimioterápico recomendado pela DNPS⁽⁴⁴⁾, uma vez que essas normas já eram vigentes na SS na ocasião da ocorrência dos mesmos. Importa também salientar que os dados para os eventos constantes da referida tabela foram obtidos após busca, praticamente individual para cada caso, uma vez que foi constatada a inexistência de um efetivo entrosamento entre as instituições informantes.

TABELA 40 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO EVENTO OCORRIDO NA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO E GRUPO ETÁRIO, 1982-1983 (Nº E %).

GRUPO ETÁRIO \ EVENTO	CURA		ABANDONO		ÓBITO		HOSPITALI- ZAÇÃO		CONTROLE		TRATAMEN- TO DESCO- NHECIDO		SEM TRATA- MENTO		IGNORA- DO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 4 m	3	75,0	-	-	1	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0
4 — 7 m	5	35,8	1	7,1	7	50,0	-	-	-	-	1	7,1	-	-	-	-	14	100,0
7 — 12 m	6	18,2	6	18,2	14	42,4	-	-	1	3,0	4	12,1	2	6,1	-	-	33	100,0
1 — 2	10	43,5	2	8,7	8	34,8	-	-	-	-	2	8,7	1	4,3	-	-	23	100,0
2 — 3	5	55,6	3	33,3	-	-	-	-	-	-	1	11,1	-	-	-	-	9	100,0
3 — 4	4	50,0	1	12,5	3	37,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	100,0
4 — 5	1	20,0	1	20,0	2	40,0	-	-	-	-	1	20,0	-	-	-	-	5	100,0
5 — 10	9	42,9	5	23,8	5	23,8	-	-	-	-	2	9,5	-	-	-	-	21	100,0
10 — 15	6	66,7	-	-	2	22,2	1	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	9	100,0
15 — 20	9	64,3	3	21,4	1	7,1	1	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-	14	100,0
20 — 40	33	47,9	8	11,6	18	26,1	3	4,3	4	5,8	2	2,9	-	-	1	1,4	69	100,0
40 E +	19	59,4	2	6,3	6	18,7	2	6,3	1	3,1	1	3,1	-	-	1	3,1	32	100,0
T O T A L	110	45,7	32	13,3	67	27,8	7	2,9	6	2,5	14	5,8	3	1,2	2	0,8	241	100,0

Essa tabela destaca, com maior evidência, a elevada letalidade no grupo etário de menores de 5 anos de idade. Houve na faixa etária compreendida entre 4 — 7 meses a maior porcentagem, 50,0% e na faixa de 2 — 3 anos nenhuma ocorrência de óbito. Foi na faixa de 7 — 12 meses que se verificou uma elevada porcentagem de óbitos (42,4%) a mais baixa de cura (18,2%) e considerável porcentagem de abandono (18,2%).

Analizando a coluna referente ao evento abandono, foi ainda para o grupo menor de 5 anos que foram reveladas as maiores variações percentuais, atingindo até 33,3% enquanto que para os demais grupos a maior porcentagem foi de 23,8%.

Na mesma tabela, merece apreço a coluna referente ao tratamento desconhecido pelo sistema, onde consta a totalidade de 11 crianças menores de 10 anos de idade. A não existência de dados, prende-se, geralmente, ao fato das mesmas terem mudado de residência, com as respectivas famílias, e a informação obtida na VD foi a de que sobreviveram à doença, como já foi citado.

Os resultados ora apresentados, mostram a gravidade da doença em nosso meio, pela elevada taxa final de óbitos e abandonos.

Finalizando a apresentação, deste item, à título de complementação, na tabela 41 é realizada a mesma distribuição de eventos, segundo ano de diagnóstico do caso.

Comparando nessa tabela os resultados obtidos por ano do estudo, verifica-se que praticamente não houve alteração marcante, havendo até eventos que aconteceram numericamente iguais. Como o término do levantamento de

TABELA 41 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT, SEGUNDO EVENTO OCORRIDO NA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO E ANO DE DIAGNÓSTICO, 1982-1983 (Nº E %).

EVENTO \ ANO	1982		1983		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CURA	57	49,1	53	42,4	110	45,7
ABANDONO	16	13,8	16	12,8	32	13,3
ÓBITO	32	27,6	35	28,0	67	27,8
HOSPITALIZAÇÃO	1	0,9	6	4,8	7	2,9
CONTROLE	-	-	6	4,8	6	2,5
TRATAMENTO DESCONHECIDO	7	6,0	7	5,6	14	5,8
SEM TRATAMENTO	2	1,7	1	0,8	3	1,2
IGNORADO	1	0,9	1	0,8	2	0,8
T O T A L	116	100,0	125	100,0	241	100,0

dados, para esta pesquisa, se deu em meados de 1985, os 6 casos que constam nessa tabela, em controle, foram diagnosticados em 1983 e provavelmente, não haviam completado o tempo de tratamento.

Esses casos influenciaram, evidentemente, na porcentagem de cura, explicando o fato desta ter sido menor em 1983 em relação ao ano de 1982.

A letalidade real para a população estudada, segundo a incidência nos anos de estudo, retirado o caso de óbito por homicídio ocorrido em 1983, foi equivalente a 27,6% em 1982 e 27,2% em 1983.

Mais uma vez fica evidenciada a importância da MT como um problema de Saúde Pública, pois mesmo contando com recursos terapêuticos e institucionais, menos da

metade dos doentes lograram alcançar a cura, valendo inferir que estes recursos não estão sendo devidamente utilizados pela Sociedade.

4.3.7 Do conhecimento sobre a doença

É de consenso geral que apenas o conhecimento não é suficiente para que as pessoas tomem decisões adequadas com relação às medidas preconizadas para debelar um mal. Ele constitui porém a base para que atitudes e práticas sejam tomadas com a finalidade de favorecer o diagnóstico de uma doença infecto contagiosa e seu tratamento adequado, cortando a cadeia de propagação da mesma e evitando o aparecimento de novos casos.

Uma pessoa não modifica seu comportamento após conhecimento de uma nova prática. A decisão final, adoção da inovação é o resultado de uma série de influências que ocorrem através do tempo⁽⁵⁷⁾.

No caso da população deste estudo, era de se esperar que, o trauma passado pelos doentes e suas famílias para o atendimento do caso, o tratamento prolongado a que os sobreviventes se submeteram e as seqüelas deixadas pelo processo infeccioso fossem suficientes para a aquisição de conhecimentos que favorecessem atitudes em prol da prevenção de futuros casos, no âmbito domiciliar. Esperava-se ainda, que soubessem a causa intrínseca do adoecimento do caso, ligando o fato à uma fonte de contágio.

BELLUOMINI⁽⁵⁾ em estudo sobre conhecimentos de alguns aspectos da doença, realizado entre doentes tuberculosos internados em hospitais especializados, afirma que: "O desconhecimento de noções básicas sobre tuberculose

e conseqüentemente de seus riscos, não significa simplesmente que as pessoas não tenham recebido orientação sobre a doença. Pode significar também que essas informações foram divulgadas e devido a barreiras, quer por parte do educador quer por parte do educando, elas não tenham sido captadas".

Essas falhas, continua a autora, "poderiam estar ligadas, não sô à falta de preparo e motivação do grupo responsável em orientar, mas também a bloqueios psicológicos, sociais ou físicos que funcionam como fatores impeditivos dos indivíduos na recepção da mensagem".

4.3.7.1 Nome da doença

Constou como um dos objetivos desta pesquisa, a verificação dos conhecimentos das pessoas envolvidas com os casos de MT, relativos à doença em tela.

Nas entrevistas realizadas quando da VD procurou-se saber, logo de início, o nome da doença que levou o caso à internação e numa segunda questão a causa do processo, do ponto de vista do entrevistado.

Na tabela 42 é realizada a demonstração dos achados referentes à primeira pergunta.

Pôde-se constatar que 107 (54,5%) pessoas entrevistadas conheciam o nome científico da doença do paciente em questão, expressando claramente "meningite tuberculosa" ou um sinônimo correto para definir a mesma; 5 (2,6%) expressaram a somação da MT com a tuberculose pulmonar, podendo estes, estar inclusos nos casos diagnosticados com MT associada à tuberculose pulmonar; 4 (2,0%) sô referiram tuberculose, sugerindo o fato de ter sido esta desencadeante do processo de MT, não revelado ou não percebido pelos en-

TABELA 42 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO O NOME DA DOENÇA, 1982-1983 (Nº E %).

NOME DA DOENÇA	Nº	%
MT OU SINÔNIMO	107	54,5
MT + TBC PULMONAR	5	2,6
TUBERCULOSE	4	2,0
MENINGITE	26	13,3
OUTRO	46	23,5
NÃO SABE	8	4,1
T O T A L	196	100,0

entrevistados; 26 (13,3%) referiram somente meningite, sendo que alguns utilizaram a expressão "meningite não sei de que", indicando um conhecimento incompleto ou mesmo vago, sem lembrar o segundo nome da doença; 8 (4,1%) desconheciam totalmente o nome da doença, provavelmente porque o informante não acompanhou o caso e finalmente, 46 pessoas (23,5%) ao serem questionadas responderam com expressões populares que, muitas vezes, expressavam a realidade, mas não constituíam o nome correto. Essas expressões, às vezes, relacionavam-se com MT, outras com processos de tuberculose e algumas não guardavam relação com a doença.

A título de ilustração, e também para caracterizar o nível das respostas dadas, por esse grupo, são apresentados a seguir alguns exemplos das expressões utilizadas: meningite na cabeça, meningite e tuberculose no cérebro, meningite e problema de pulmão, meningite do pulmão, meningite viral, meningite por verme no pulmão, encefalite com vírus, tuberculose na cabeça, tuberculose na meninge, doen-

ça de pulmão mais paralisia infantil, mancha de pulmão mais meningite, problema de pulmão mais sinusite, tuberculose na espinha, tuberculose nos ossos, bronquite e insuficiência cardíaca, suspeita de tuberculose e pneumonia, pneumonia du pla com começo de meningite tuberculosa na cabeça.

Essas respostas revelam a percepção que cada um, desse grupo, teve da doença, uma vez que, provavel mente, foi difícil gravar o nome científico da mesma.

4.3.7.2 Causa da origem

Visando analisar o nível de conhecimento da população, relativamente à causa que levou a pessoa a adquirir a MT, foi formulada a seguinte pergunta:

Como acha que (nome do doente) pegou essa doença?

As respostas obtidas são apresentadas na tabela 43, sendo que foram eliminados 4 casos que ignoravam a causa.

A finalidade prescípua dessa questão era identificar se, à nível de conhecimento, as pessoas associavam a causa com a presença de um foco de tuberculose, admitindo assim o carácter de transmissibilidade da tuberculose pulmonar.

Essa tabela mostra um conhecimento bem orientado quando a causa é relacionada; com uma fonte de infecção específica, com agravo de um estado de tuberculose, ou quando dizem conhece-la, mas referem inexistência de foco no âmbito social. Essas respostas totalizam 44 casos (22,9%).

Quando na mesma tabela, associam a causa a uma outra doença grave ou a um acidente, também não estão longe da realidade, embora muitas vezes tenha sido notada a

TABELA 43 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS, SEGUNDO CAUSA DA ORIGEM DA DOENÇA, 1982-1983 (Nº E %).

CAUSA DA ORIGEM DA DOENÇA	Nº	%
RELACIONADA COM FOCO DE TBC	26	13,5
RELACIONADA COM AGRAVO DE TBC	4	2,1
CONHECIDA, COM INEXISTÊNCIA DE FOCO	14	7,3
RELACIONADA COM OUTRA DOENÇA	18	9,4
RELACIONADA COM ACIDENTE	6	3,1
DESCONHECIDA TOTALMENTE	68	35,4
RELACIONADA COM OUTRO FATO	56	29,2
T O T A L	192	100,0

presença de foco, sem referência a essa situação.

Segundo REY e col.⁽⁵⁶⁾, "entre as causas condicionantes da MT merecem ser recordadas as seguintes: o esgotamento intelectual, a insolação, os traumatismos encefálicos e enfermidades infecciosas anergisantes".

O grupo que desconhecia totalmente a causa, 68 (35,4%), na grande maioria das vezes, após responder negativamente a essa questão, afirmava durante o diálogo com a entrevistadora, que o paciente tinha tido algum contacto com pessoas doentes de tuberculose pulmonar no passado, ou estava tendo no presente. O fato, praticamente constante, da não associação com a fonte de contágio, é digno de nota pois indica o desconhecimento das manifestações da contagiosidade da tuberculose pulmonar, por parte dessa população.

Muitas vezes a fonte de contágio foi a informante e talvez por barreiras psicológicas, apesar de revelar seu estado, não admitia ter sido a causa do problema.

Entre as pessoas entrevistadas, 56 (29,2%) relataram associação com outras causas relacionadas a:

- Serviços de Assistência Médica: 5 casos afirmaram ter "pego" a doença no próprio hospital onde foi internado; outros, por "descuido médico, não fazendo o diagnóstico a tempo", ao início das vacinações no Posto de Saúde, por ter tomado a vacina BCG ou por não a ter tomado, etc.
- problemas alimentares: congestão após o almoço, depois que "comeu pão com mortadela", após ingestão de uma laranjada, por ter bebido "água do poço", por ter passado fome, etc.
- profissão que exercia: carregar peso, pintura de carros, limpar fossas, friagem decorrente do trabalho em lagoas, nervosismo por trabalhar em balcão de bar, lidar com produtos de limpeza, etc.
- situações adversas de tempo e saneamento do meio, como: enchentes, inundação em escola, banhos de rio, esgoto sujo das favelas, brincar em "enchurradas", após chuva forte, picada de mosca, etc.
- condições físicas decorrentes de: bebida, indigência, fraqueza, nervosismo, puerpério, menarca, menopausa, etc.

O conhecimento sobre o modo de contágio da tuberculose tem sido pesquisado por muitos autores em diferentes tipos de populações e em diferentes países. O quadro 1 relaciona aqueles que o fizeram em populações de doentes de tuberculose e ou seus familiares. Podem ser vistos, ainda, nesse quadro, o ano, local e tipo de doente com

QUADRO 1 - RESULTADOS DE INVESTIGAÇÕES RELATIVAS AO CONHECIMENTO SOBRE O MODO DE CONTÁGIO DA TUBERCULOSE, SEGUNDO VÁRIOS AUTORES:

AUTOR	ANO	LOCAL.	TIPO DE DOENTE	CONHECIMENTO CORRETO SOBRE MODO DE CONTÁGIO %
HOCHSTRASSER e col. ⁽²⁹⁾	1965	EEUU	TRATAMENTO AMBULATORIAL	34,1
SENTIES ⁽⁵⁹⁾	1971	MEXICO	INTERNADOS	51,9
MARSICANO ⁽³⁸⁾	1975	RECIFE BR	RECÉM-INSCRITOS	18,8
CALDAS JR e col. ⁽¹⁰⁾	1976	SP-BR	INTERNADOS	49,5
BELLUOMINI ⁽⁵⁾	1981	SP-BR	INTERNADOS	40,8
KIM e col. ⁽³²⁾	1985	COREIA	FAMILIARES E VIZINHOS DE DOENTES	57,0

que trabalharam, aparecendo também as porcentagens relativas ao conhecimento sobre modo de contágio da doença.

Essa relação mostra que a mais baixa porcentagem de pessoas que tem conhecimento correto sobre o modo de transmissão da tuberculose foi encontrada no Brasil (18,8%).

Nesta pesquisa, pelos resultados apresentados na tabela 43 pode-se verificar que 20,8% das pessoas entrevistadas, possuíam conhecimento correto sobre o contágio da tuberculose pulmonar, quando identificaram a causa da MT relacionando com presença de foco (13,5%) ou quando afirmaram conhecer a causa mas não ter encontrado a fonte de contágio (7,3%).

Segundo ROY⁽⁵⁸⁾ o desconhecimento das causas e do perigo que a tuberculose representa, tanto para o indivíduo como para a coletividade, parecem ser as razões principais para o fracasso do tratamento dessa enfermidade. O êxito de um programa de controle depende da motivação do paciente e sua família.

O alto nível de desconhecimento sobre aspectos da contagiosidade da tuberculose pulmonar, na população de estudo, pode ser o responsável pela manutenção da tuberculose e suas complicações nas comunidades.

4.3.7.3 Orientação recebida

Foi de interesse, ainda nesta população, obter informações, por intermédio do formulário de entrevistas, se, na ocasião em que o caso foi diagnosticado, houve alguma orientação no sentido de descobrir a fonte de contágio entre os familiares.

Atendendo a esse objetivo foi formulada a questão:

"Quando (nome do paciente) adoeceu, foi recomendado al gum exame para os demais familiares"?

Entre as 196 entrevistas realizadas, res ponderaram positivamente a essa questão 142 pessoas (72,5%), negativamente 42 (21,4%) e os restantes 12 (6,1%) não lembravam ou não souberam informar.

O grupo que afirmou ter sido orientado, geralmente, se referia a uma "carta" entregue por uma "médica" no hospital, encaminhando-os para o Posto de Saúde mais próximo à sua residência. Esta resposta foi uma constante para os casos que foram diagnosticados no HER.

O atendimento à essa orientação foi rea lizado, segundo informação, pela totalidade dos familiares de 103 casos (72,5%); 15 (10,6%) afirmaram ter atendido à solicitação parcialmente e em 24 (16,9%) a mesma não foi atendida. Os motivos alegados por este último grupo para justificar o não atendimento às recomendações foram em sū mula: falta de tempo, medo ou porque "não sentiam nada".

Os 142 entrevistados que afirmaram ter recebido orientação para realização de exames estão distri buídos na tabela 44, segundo o tipo de exame solicitado pa ra os familiares do caso.

Apesar da ênfase dada, atualmente, na pesquisa do sintomático respiratório para a descoberta das fontes de infecção, essa tabela indica que o exame mais so llicitado para os familiares foi o Raio X, num total de 72,6%. Este apareceu isoladamente em 40,1% dos casos e as sociado com PPD, com BK ou com ambos, em 32,5% dos casos.

TABELA 44 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE MT VISITADOS QUE RECEBERAM ORIENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES NOS FAMILIARES, SEGUNDO EXAMES SOLICITADOS, 1982-1983.

EXAMES SOLICITADOS	Nº	%
RX	57	40,1
RX E PPD	26	18,3
PPD	16	11,2
RX, PPD E BK	10	7,1
RX E BK	10	7,1
PPD E BK	4	2,8
BK	3	2,1
OUTROS	10	7,1
NÃO LEMBRA	6	4,2
T O T A L	142	100,0

A pesquisa de BK no exame de escarro, em contrapartida, foi mencionada isoladamente, apenas em 3 casos (2,1%) e associada a outros exames totaliza 19,1% das informações sobre solicitação de exames.

O pedido de PPD, teste tuberculínico, é justificado porquanto a população para a qual era dirigida a solicitação inseria grande número de crianças, como já foi demonstrado. O importante, no entanto, seria que antes do atendimento à solicitação deste exame, fosse feita uma verificação da necessidade do mesmo, visto que, na sua grande maioria, essas crianças já haviam sido vacinadas com BCG, conforme comprovação realizada no momento da VD pela identificação da cicatriz vacinal em todas as que estavam presentes.

Entre os entrevistados que referiram ou tros exames, ã título de complementação, foram colhidas as seguintes informações: exames de modo geral, exame clínico, de líquido, de sangue e procurar o CS se alguém estivesse com gripe.

Os 6 entrevistados (4,2%) que "*a priori*" informaram ter sido orientados, recebendo a carta de encaminhamento para exames e que, não souberam precisar quais os exames que foram solicitados, por não lembrarem, evidenciaram com essa atitude que a medida não foi atendida.

4.3.7.4 Relatos sobre o evento

De acordo com os objetivos propostos, são apresentados alguns relatos obtidos nas entrevistas realizadas, que ilustram as dificuldades encontradas, pela população de análise, para o atendimento do caso e efetivação do diagnóstico. Trata-se de resumos das respostas ã primeira questão do formulário:

"o que aconteceu com (nome do doente) para necessitar internação no (nome do hospital)"?

Nestes resumos procurou-se retratar com bastante fidedignidade os relatos feitos, entretanto, foram omitidos os nomes das entidades citadas, designando-as por letras (a, b, c etc) embora os mesmos constem do material de análise. Estas letras, utilizadas entre parêntesis, correspondem ao número de vezes que recorreram ã assistência médica.

A seleção dos relatos obedeceu a critérios de maior significância, de acordo com a representatividade em número de casos semelhantes e o impacto causado, devido aos problemas apresentados.

CASO Nº 010 - A.A.S., feminino, 6 anos, vacinada, foco desconhecido; morando em habitação coletiva de 20 m² com 5 pessoas, renda familiar entre 1 e 2 salários e nível ocupacional não qualificado. Pessoa entrevistada: mãe.

"Chegou da escola com ânsia de vômito e febre, não sentia dor alguma, levei ao CS (a) e receitaram remédio para "bichas"; dei o remédio mas nada adiantou; daí levei ao PS (b), pois estava fraquinha, deram soro e voltou para casa; não melhorou, levei novamente ao CS (a), aplicaram Benzetacil, pois disseram que era da garganta; não melhorou, levei ao hospital (c) e receitaram mais remédios para a garganta inflamada; levei ao hospital (d), deram medicação para a febre, voltei com ela para casa mas entrou em delírio; levei ao hospital (c) e implorei que a internassem mas, receitaram Benzetacil e mandaram de volta; a criança não aguentava mais de fraqueza, levei mais 3 vezes à farmácia onde deram medicamentos e nada de melhorar; daí levei ao hospital (f) e internaram com suspeita de infecção urinária; 3 dias após transferiram para o hospital (g) com suspeita de MT".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 20 dias; tempo de internação: 2 dias; conclusão: óbito; causa da doença: conhecida mas com foco não encontrado.

CASO Nº 047 - C.A.S., masculino, 3 meses, não vacinado, foco domiciliar descoberto após diagnóstico; morando em barraco de favela de 10 m² com 3 pessoas, renda familiar entre 1 e 2 salários e nível ocupacional não qualificado. Pessoa entrevistada: mãe.

"Assim que nasceu já tinha tosse seca; quando estava com 1 mês levei ao hospital (a) onde ficou internado durante 8 dias; voltou para casa e depois de 3 dias apareceu um caroço na cabeça; voltei com ele ao hospital (a) e disseram que não era nada; o caroço continuou a crescer e a criança começou a emagrecer; levei ao hospital (b) e lá pediram para levar ao hospital (c), pois suspeitavam de meningite e começo de tuberculose na cabeça".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 60 dias; tempo de internação: 1 dia; conclusão: óbito; causa da doença: desconhecida pela mãe, mas afirma estar em tratamento de tuberculose pulmonar no CS (x) tendo sido descoberta sua doença após o falecimento da criança.

CASO Nº 077 - E.C.I., feminino, 62 anos, não vacinada, foco desconhecido; morando em casa de 80 m² com 3 pessoas, renda familiar maior que 5 salários mínimos e nível ocupacional médio. Pessoa entrevistada: marido.

"Fomos fazer um "check-up" e nosso exame de

colesterol deu um pouco alterado; o médico pres
creveu um regême alimentar, que foi levado mui
to a sêrlo. Minha esposa emagreceu 18 kg, mas
começou a ter uma sonolência muito estranha; fo
mos ao farmacêutico que a medicou, mas de nada
adiantaram os remêdios receitados; daí fomos a
mêdico particular (a) que pediu Raios X do tō-
rax que acusou uma mancha, mas ela não sentia
dor, somente febre. O mêdico encaminhou com
carta para hospital (b); não havia lugar para
internação e encaminharam para o hospital (c);
não quiseram internar e como reclamamos, recei
taram 4 injeções, fizeram Raios X e recomenda-
ram que voltasse com ela, caso não melhorasse.
Ela começou a vomitar tudo o que comia, pioran
do muito; voltamos ao hospital (a) e lã inter-
naram com meningite por tuberculose".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 30 di-
as; tempo de internação: 46 dias; conclusão: cu
rada com seqüelas do sistema nervoso; tempo de
tratamento: 16 meses; causa da doença: relacio
nada com o regime feito.

CASO Nº 078 - E.U., feminino, 1 ano, vacinada, foco desconhe-
cido; morando em casa familiar de 45 m² com 7
pessoas, renda familiar de 5 salários mínimos
e nível ocupacional inferior de qualificação.
Pessoa entrevistada: mãe.

"Em fins de fevereiro, começou com bronquite e
foi tratada por mêdico particular (a); melho-

rou com os medicamentos receitados, mas após 1 semana retornamos ao médico (a) pois a criança apresentava, novamente, os mesmos sintomas; o médico encaminhou para o hospital (b), onde ficou internada 4 dias e voltou para casa; 10 dias após começou tudo novamente, levamos ao mesmo médico (a), à farmácia, à benzedeira e não melhorava da bronquite, por nada. Trocamos de médico (c), em agosto, e este disse que era uma infecção e receitou umas injeções. Quando começou a medicação a criança ficou vesga e perdeu os sentidos; voltamos ao médico (c) e este encaminhou para o hospital (d), onde fizeram inalação e mandaram de volta para casa; ela não tinha mais reações, piorou muito, revirando os olhos; voltamos para o hospital (d), e de lá encaminharam para o hospital (e) com suspeita de meningite tuberculosa".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 6 meses; tempo de internação: 36 dias; conclusão: curada com seqüelas motoras; tempo de tratamento: 16 meses; causa da doença: relacionada com a bronquite.

CASO Nº 095 - G.G.K., feminino, 43 anos, não vacinada, foco domiciliar há 20 anos; morando em casa de 40 m² com 6 pessoas, renda familiar maior que 5 salários mínimos e nível ocupacional superior. Pessoa entrevistada: a própria.

"Vinha sentindo muita dor de cabeça e nas cos-

tas hã mais ou menos 1 mês; fui a vários médicos (a) que receitaram apenas analgênicos; como esses não solucionavam meu problema, fui a um outro médico (b), que pediu para que tirasse um Raio X da cabeça. Não fui fazer o Raio X mas, no dia seguinte, devido a forte dor de cabeça e paralisia na fala, fui levada ao PS (c), aplicaram uma injeção e me mandaram de volta para casa. No outro dia continuei a passar mal e fui levada ao PS (d), onde medicaram com analgênicos e mandaram de volta para casa. No dia seguinte fui ao hospital (e) onde tiraram uma chapa da cabeça que não deu nada. Depois de 3 dias comecei a vomitar e minhas pernas ficaram paralisadas; novamente fui levada ao PS (d) onde fizeram exames e encaminharam para o hospital (f) com tuberculose na meninge".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 40 dias; tempo de internação: 33 dias; conclusão: cura sem seqüelas; tempo de tratamento: 12 meses; causa da doença: caxumba recente + friagem.

CASO Nº 097 - G.T.G., masculino, 29 anos, não vacinado, foco domiciliar na infância; morando em casa de 40 m² com 4 pessoas, renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos e nível ocupacional inferior de qualificação. Pessoa entrevistada: cunhada.

"Começou com um resfriado muito forte; foi à farmácia tomar injeção e melhorou; no dia se-

guinte surgiu uma febre e dois dias após foi levado ao hospital (a), onde ficou internado o dia todo em observação, pois desconfiaram que estava drogado; à noite retornou para casa com receita de AAS para a febre; no dia seguinte entrou em delírio com febre altíssima, foi levado ao PS (b) onde ficou internado novamente, por suspeita de tóxicos. No outro dia, por ocasião da visita foi encontrado largado no corredor do hospital sem assistência alguma. Fizemos um escândalo e daí resolveram atendê-lo, tiraram o líquor e encaminharam para o hospital (c) com suspeita de meningite com tuberculose".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 7 dias; tempo de internação: 51 dias; conclusão: cura com seqüelas motoras; tempo de tratamento: 12 meses; causa da doença: totalmente desconhecida pela família.

CASO Nº 126 - J.C.C., feminino, 7 meses, vacinada, foco domiciliar; morando em apartamento de conjunto habitacional de 40 m² com 10 pessoas, renda familiar entre 4 e 5 salários mínimos e nível ocupacional não qualificado. Pessoa entrevistada: avô.

"Hã 2 meses os pais começaram a peregrinar com a criança com febre alta, puxando a perna, vômitos, tremor no corpo, perda de visão. Levaram primeiro a médico particular (a) que enca

minhou para o PS (b) onde receitaram remédio para a garganta; como não melhorasse foram ao hospital (c) e lá deram, novamente remédio para a garganta; a criança piorou e voltaram ao hospital (c), mas dessa vez, não foram atendidos pois a criança não tinha INPS; mostraram a receita anterior e o médico a rasgou. Revoltados, os pais a levaram para o hospital (d) onde foi internada e de lá encaminhada para o hospital (e) já desacordada; não podia ficar nesse hospital e o pessoal de lá, removeu-a para o hospital (f) onde veio a falecer, 5 dias após a internação, com meningite tuberculosa".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 2 meses; tempo de internação: 5 dias; conclusão: óbito; causa da doença: desconhecida pela família. Entretanto, havia entre os adultos presentes uma tia que estava em tratamento de tuberculose pulmonar no CS (x). Na VD foi constatado que a vacinação da criança fora realizada após o diagnóstico de tuberculose dessa tia.

CASO Nº 128 - J.P.C., masculino, 1 ano e 4 meses, não vacinado, foco domiciliar; morando em casa sem acabamento, de 48 m² com 8 pessoas, renda familiar maior que 5 salários mínimos e nível ocupacional não qualificado. Pessoa entrevistada: mãe.

"Começou apresentando febrinha, levei ao hos-

pital (a) onde disseram que era da garganta e
la passar dentro de 3 a 4 dias com os antibio
ticos que receitaram; o problema não passou e
voltei com a criança ao hospital (a) onde ti-
raram chapa, fizeram exame de sangue e urina
e disseram que era pneumonia, receitando 3 dos
ses de penicilina; a febre continuou e voltei
novamente ao hospital (a) quando disseram que
devia ser sarampo encubado. Voltei para casa
esperando que estourasse o sarampo, dando apen
nas Novalgina, conforme orientação; 14 dias
apos voltei ao hospital (a) e disseram que era
priso de ventre, fizeram lavagem intestinal,
deram Novalgina e mandaram de volta para casa,
pois era feriado e não dava para dar maior ass
sistência. Fiquei desesperada, e levei ao hosp
pital (b), pois aquelas alturas o menino já
estava com desnutrição, alêm da febre e vômi-
tos, e precisava de internação urgente; como
lá não tinha vaga encaminharam para o hospi-
tal (c), onde não quiseram atender pois o conv
ênio que tínhamos era com o hospital (a). A
enfermeira vendo a gravidade do caso e o meu
desespero resolveu encaminhar para o hospital
(d), onde foi atendido e internado com suspeit
a de meningite tuberculosa. Esteve internado
durante 130 dias e quando saiu do hospital (d),
continuou em controle no CS (x) e na neurolo-
gia do hospital (d). Ele estava totalmente par
alisado, tinha a cabeça crescida, não enxer-
gava e tinha que ser operado para colocar a

válvula, mas segundo o médico essa operação de nada valeria. Três dias antes de falecer, começou com problemas de deglutição, febre e vômitos; levei ao PS do hospital (a), mas já era tarde, apesar do balão de oxigênio, ele morreu".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 30 dias; tempo de internação: 130 dias; conclusão: óbito (após 9 meses de tratamento); causa da doença: desconhecida pela mãe, apesar de citar passado de tuberculose para si e seu marido, estando este, atualmente, em controle no CS (x). Quanto à vacinação, nunca deixou vacinar seus filhos pois "tem medo" de vacinas.

CASO Nº 185 - M.R.S., feminino, 31 anos, vacinação ignorada, foco desconhecido; morando em habitação coletiva de 40 m² com 6 pessoas, renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos e nível ocupacional inferior de qualificação. Pessoa entrevistada: marido.

"Antes de começar a sintomatologia, encarangava de dor nas costas e na espinha. Levei para tirar uma chapa do pulmão e deu derrame pleural tendo sido internada para tirar o líquido do pulmão no hospital (a), continuando depois tratamento no CS (b). Três meses antes de ser novamente internada, ainda em controle no CS (b), começou a ter muita dor de cabeça e paralisia nas mãos. Foi ao CS (b) e o médico de

lã, que era neuro-cirurgião, suspeitou de tumor na cabeça e encaminhou para vários exames inclusive tomografia, que foi feita no INPS. Com o resultado desta foi internada no hospital (c), com diagnóstico de tuberculose em processo expansivo que passou para a cabeça. Foi aí operada da cabeça, 2 vezes, e durante o tempo todo que esteve internada, 9 meses, os medicamentos eram fornecidos pelo CS (b)".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 3 meses; tempo de internação: 9 meses; conclusão: óbito (no CS (b) consta como abandono de tratamento); causa da doença: relacionada com agravo do estado de tuberculose.

CASO Nº 104 - T.O.P., masculino, 1 ano e 4 meses, vacinado, foco extra domiciliar; morando em casa de 100 m² com 4 pessoas, renda familiar maior que 5 salários mínimos e nível ocupacional médio. Pessoa entrevistada: mãe.

"A criança teve rubéola e caxumba ao mesmo tempo; depois disso começou a se queixar de dor de ouvido; foi levada ao médico otorrino particular (a) que lancetou seu ouvido 12 vezes. Como não melhorava, levamos a uma médica (b) que o submeteu a uma operação, na região do ouvido. Após a cirurgia, começou a piorar mais ainda, tendo formado um abscesso no lugar da operação. A médica disse que não sabia mais o que fazer e encaminhou ao hospital (c); lã

disseram que o abscesso era devido à mã esterilização e foi medicado; os gânglios na região do ouvido aumentavam e começou a ter vômitos e convulsão, levamos então, ao hospital (d) on de fizeram biópsia e constataram tuberculose benigna e encaminharam para o hospital (e); nes se hospital, entrou em coma por 10 dias, e foi transferido para o hospital (f) com suspeita de meningite e tuberculose ganglionar".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 90 di as; tempo de internação: 45 dias; conclusão: cura com seqüelas; tempo de tratamento: 12 me ses; causa da doença: relacionada com o foco.

CASO Nº 232 - S.E.S., feminino, 4 meses, vacinada, foco domiciliar descoberto após diagnóstico; morando em barraco de favela de 16 m² com 5 pessoas, renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos e nível ocupacional não qualificado. Pessoa entrevistada: mãe.

"Levei a menina com febre alta ao PS (a), que encaminhou para o hospital (b), onde ela ficou internada por 8 dias, com pneumonia. Quan do voltou para casa, 3 dias após, começou a ter novamente febre, vômitos e diarreia e o lado do corpo todo trêmulo; levei ao hospital (c), onde diagnosticaram pneumonia mal curada, otite e problema nos olhos. Iniciaram tratamen to, mas a criança piorava e eu queria falar com o médico e ele não podia me atender; deram

alta com receita de Bactrin, para ser dado em casa. A criança melhorou um pouco, mas, 3 dias ap^{os}, come^{eu}o tudo novamente; levei ã benzedeira mas não adiantou; a criança piorou e derrepente ficou desacordada. Os vizinhos mandaram que eu levasse ao hospital (d), e foi lã que salvaram a minha filha que estava com pneumonia dupla e come^{eu}o de meningite tuberculosa na cabeça".

NOTA: Tempo de sintomas at^e internação: 30 dias; tempo de internação: 23 dias; conclusão: cura sem seq^{ue}las; tempo de tratamento: 12 meses; causa da doen^{ça}: desconhecida pela m^{ãe}, mas afirma ter feito tratamento de tuberculose no CS (x) ap^{os} o diagn^ostico da filha.

CASO N^o 239 - V.S.A., masculino, 10 anos, não vacinado, foco extra domiciliar; morando em barraco de favela de 28 m² com 10 pessoas, renda familiar entre 2 e 3 sal^ários mⁱnimos e nⁱvel ocupacio^{nal} não qualificado. Pessoa entrevistada: m^{ãe}.

"Come^{eu}o a se queixar de dor de cabeça, tontura e como estava com febre e v^omitos levei ao hospital (a); nesse hospital acharam que podia ser princⁱpio de meningite, deram medicamentos, soro, inje^ção, comprimidos e mandaram para casa em observa^ção e voltar caso con^tinuasse a vomitar; passou uma semana bem e daⁱ recome^{eu}o a vomitar, ent^ão levei ao hospital (b) mas como ele não aguentava ficar em

pê, encaminharam com uma carta para o hospital (c); foi examinado nesse hospital e acharam que estava bem, podendo voltar para casa com Bac-trin e remédio para vômitos, tendo marcado retorno para observação; o menino não aceitou a medicação, piorou muito, e levei correndo ao PS (d), onde nem quiseram colocar as mãos nele, e mandaram direto para o hospital (c) onde foi internado, imediatamente, pois estava desmaiado e tendo ataques, com meningite e pulmão atacado".

NOTA: Tempo de sintomas até internação: 20 dias; tempo de internação: 57 dias; conclusão: cura com seqüelas; tempo de tratamento: 12 meses; causa da doença: relacionada com 3 focos extra domiciliares.

A apresentação desses relatos não representa uma amostra das entrevistas feitas, embora documente o panorama geral da situação encontrada.

Várias conclusões poderiam ser tiradas ressaltando-se, entretanto, a procura de várias instituições de saúde para a solução do agravamento de problemas, decorrente, provavelmente da falta de confiança no diagnóstico anterior e da insatisfação no atendimento obtido.

Essa situação revela falhas assistenciais em prejuízo do diagnóstico e tratamento precoces, como as apontadas por TIRIBA e col.⁽⁶⁷⁾ em estudo realizado sobre pacientes com MT diagnosticados no período de 1975-1979, no HER, em São Paulo. O estudo citado suscitou o estímulo para

a realização e apresentação desses relatos, esperando poder contribuir para o aperfeiçoamento de uma estrutura organizada que possibilite, o melhor atendimento futuro de casos de MT em nosso meio.

5 - CONCLUSÕES

5 - CONCLUSÕES

A análise do presente trabalho permite as seguintes conclusões:

5.1 Levantamento de casos

- Houve, com o levantamento realizado em várias fontes, maior número de casos em relação aos notificados oficialmente para os anos de 1982 e 1983.

5.2 Visitação domiciliária

- As visitas domiciliárias puderam ser feitas em 81,3% das famílias dos doentes. Essa atividade proporcionou a obtenção de dados epidemiológicos fundamentais sobre os casos estudados.
- O tempo decorrido entre o diagnóstico e a visita domiciliária não constituiu obstáculo para o esclarecimento do diagnóstico epidemiológico dos casos.

5.3 Região de residência

- Para a população de estudo, houve uma acentuada diferença percentual para os residentes no Município de São Paulo (66,4%) e demais municípios da Grande São Paulo (33,6%).

- A comparação feita por coeficientes nas duas regiões, Município de São Paulo e demais Municípios da Grande São Paulo, mostrou para os anos de 1982 e 1983, que na primeira houve um aumento de 0,79 para 0,95 e na segunda, uma diminuição de 0,98 para 0,77 casos por 100.000 habitantes.
- Para a região da Grande São Paulo como um todo, houve aumento do coeficiente de incidência por 100.000 habitantes, de 0,85 no ano de 1982, para 0,89 no ano de 1983.
- As condições precárias de vida constituíram fator importante na incidência da morbidade que foi mais elevada nas regiões periféricas da Grande São Paulo e no subdistrito do Brás (zona central de São Paulo, com inúmeras pensões e cortiços), onde a população não contava com recursos elementares de sobrevivência.

5.4 Individuais

- A incidência da MT foi mais elevada no grupo etário de menores de 5 anos de idade, com o total de 96 casos (39,8%), cabendo para faixa etária de 7 — 12 meses o total de 33 casos (13,7%).
- Para o mesmo grupo etário de menores de 5 anos, os coeficientes por 100.000 habitantes foram respectivamente, de 2,93 e 2,72 nos anos de 1982 e 1983.

- Relativamente ao sexo houve maior porcentagem para o sexo masculino, da ordem de 2:1.

5.5 Núcleo familiar

- Para o total de 194 famílias visitadas, foi constatada a existência de 1021 pessoas, das quais 465 menores de 14 anos (45,5%), com a média de 5,3 pessoas por domicílio.
- A alternativa habitacional mais utilizada foi a de habitações coletivas (48,5%).
- As condições de habitabilidade má e péssima foram as categorias mais encontradas, somando 47,6% dos domicílios.
- O número médio de pessoas por cômodo habitável foi de 1,7, sendo que em 35 habitações de apenas 1 cômodo foi constatada a existência de 153 pessoas, com a média de 3,8 para o cômodo habitado.
- A chefia do núcleo familiar era outorgada aos pais em 45,4% dos núcleos e ao próprio doente em 16,8%.
- O nível ocupacional "não qualificado" representou 51,8% das pessoas responsáveis pelos núcleos familiares.
- A renda familiar de 16,7% dos núcleos foi inferior a 1 (hum) salário mínimo e a de 64,1% não atingiu 3 sa

lários mínimos.

- Houve a cooperação mútua para o rendimento familiar em 53,6% dos núcleos visitados.

5.6 História da doença

- Em 72 casos (29,9%) foi detectada a existência recente de fonte de infecção, em 32 (13,8%) a fonte esteve presente no passado, em 96 (39,8%) a mesma era desconhecida e em 41 (17,0%) essa informação não foi obtida.
- Entre as fontes de contágio recentes 86,1% eram conhecidas antes do diagnóstico do caso, sendo 59,7% domiciliares; as restantes foram descobertas após o referido diagnóstico.
- Os pais foram as fontes responsáveis pelo contágio em 52,7 dos doentes.
- A pesquisa de vacinação pôde ser feita em 157 casos, sendo que 65 (41,4%) dos mesmos haviam sido vacinados com BCG. Em 48 desses casos foi detectada a data da vacinação, sendo que em 25 houve presença de foco domiciliar e dos quais em 15, a vacinação indiscriminada foi realizada após a descoberta do foco.
- Entre os sintomas de maior gravidade houve perda de consciência em 55,3% dos casos.

- O número de instituições procuradas para tratamento, variou de 1 a 10, com maiores porcentagens para os que procuraram de 2 a 4 instituições.
- O tempo decorrido entre a percepção dos sintomas e a internação variou de 1 a 90 e mais dias, sendo que para a maioria dos casos (57,0%) foi de até 30 dias.

5.7 Hospitalização

- Considerando os dois anos de estudo, as instituições que mais diagnosticaram casos de MT foram o Hospital Emílio Ribas e o Parque Hospitalar do Mandaqui, sendo que no ano de 1983, houve um ligeiro aumento de atendimento em outros hospitais da Grande São Paulo.
- Não houve uma caracterização sazonal nítida na incidência de casos de MT, embora tenha havido percentuais mais elevados na primavera e outono.
- O diagnóstico firmado em 67,2% dos casos, constou como sendo apenas de MT e, para os restantes, houve associação com outras formas de tuberculose, sendo que a miliar ocorreu em maior porcentagem em menores de 1 ano de idade.
- O tempo de internação variou de 1 dia a 17 meses, com média de 53,1 dias.
- A totalidade dos casos com menos de 8 dias de internação foi a óbito.

- A letalidade hospitalar foi da ordem de 18,1% em 1982 e de 24,0% em 1983, sendo que 51,0% desses ôbitos ocorreram em menores de 5 anos de idade e 29,4% na faixa etária de 20 — 40 anos.

5.8 Tratamento subsequente a internação

- No sistema de notificação do Centro de Informações de Saúde não foi encontrada a informação dos casos que continuaram sob controle ambulatorial, após a alta hospitalar.
- O tempo de tratamento para a obtenção da alta por cura, variou de 6 a mais de 24 meses.
- A presença de seqüelas à saída do hospital foi constatada em 56,5% dos casos.
- Para o total de casos estudados, houve no final do controle 45,7% de cura, 27,8% de ôbito e 13,3% de abandono, sendo que em 13,2% dos casos, alguns permaneceram em observação e outros eram desconhecidos pelo sistema. A letalidade foi de 27,6% em 1982 e de 27,2% em 1983.

5.9 Conhecimento sobre a doença

- A população de estudo, em grande parte, desconhecia o nome científico da doença que acometeu o caso, usando expressões populares para definí-la.

- Apesar de ter foco domiciliar e revelã-lo nas entrevistas, grande parte da população não aliava esse fato com o de ter o caso adoecido, demonstrando desconhecimento quase total da transmissibilidade da tuberculose pulmonar e da associação da MT com a mesma. O conhecimento correto para a população como um todo, foi revelado apenas por 20,8% das pessoas entrevistadas.
- Nas entrevistas, 142 pessoas afirmaram terem tido solicitação do hospital para exames dos comunicantes. O atendimento à mesma foi de 72,5% e o exame mais solicitado foi de Raios X dos pulmões.
- As dificuldades apontadas pela população, para o pronto atendimento dos casos ou para a efetivação do diagnóstico, reverteram em prejuízo para a realização do tratamento precoce.

6 - ANOTAÇÕES FINAIS

6 - ANOTAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu dar uma contribuição para o estudo epidemiológico da meningite tuberculosa na Grande São Paulo.

O perfil delineado para um caso de MT pode, agora, ser assim descrito: Um menor de 5 anos de idade do sexo masculino, residindo na periferia das cidades, em habitações coletivas com número médio de 5 pessoas, em área em torno de 20 m², vivendo em núcleos familiares onde a renda mensal, apesar das ajudas mútuas, é inferior a 3 salários mínimos e o chefe da família é de nível ocupacional "não qualificado". Apresenta sintomatologia compatível com a MT durante cerca de 15 dias, procurando em média 4 instituições médicas para esclarecimento da mesma. É internado já em estado adiantado da doença, com diagnóstico associado ou não a outro tipo de tuberculose, geralmente apresenta vacinação contra a doença, mas na ocasião da mesma, convivia com uma fonte de infecção em tratamento ou ainda não descoberta. Hospitalizado, vai a óbito em menos de 8 dias ou tem uma permanência hospitalar de em média 50 dias, quando é transferido para completar tratamento quimioterápico em CS e fisioterápico em clínicas ou ambulatorios, na tentativa de recuperação das seqüelas irreversíveis deixadas pela doença. Os pais ignoram, apesar dos antecedentes, a causa da doença e muitas vezes não informam corretamente, sequer o nome da mesma, desconhecendo as possibilidades de prevenção dessa enfermidade. Os relatos, por eles descritos, revelam uma insatisfação pelo atendimento médico, anterior à internação.

A solução para os fatores que predispõe

a essa situação é muito complexa, pois envolve questões de estrutura social e de âmbito governamental.

Entretanto, fica evidente a necessidade de um programa amplo de ações educativas integrado aos programas técnicos de formação de pessoal que atinja pessoas que atuem em todos os níveis de Instituições de Saúde (Unidade Sanitárias, Hospitais, Pronto Socorros), a fim de que interpretem junto a população as necessidades inerentes a um bom atendimento, criem condições para um relacionamento humano que permita obter uma anamnese completa da situação do doente, e estimulem as medidas de prevenção e tratamento da doença, em todas as oportunidades que se apresentem.

Fica evidenciado, também, que as falhas assistenciais poderiam, em parte, ser sanadas com a reformulação do "currículo" de escolas de formação médica, inserindo em seus programas oportunidades para o estudo da Tisiologia Sanitária, complementando assim os conhecimentos de jovens médicos, para que possam participar nas atividades de luta anti-tuberculosa.

Comprova-se ainda, a necessidade de uma reformulação no sistema de notificações da SS devido às dificuldades encontradas para a localização dos casos de MT, durante o levantamento realizado para efetivação deste trabalho. Esta consideração se justifica uma vez que muitos casos de MT, que foram "à priori" notificados ao CIS, por CS que tinham, dentro de sua área de atuação, hospitais diagnosticando essa doença, eram desconhecidos por esse CS notificante quanto à sequência de tratamento, após a alta hospitalar. Na procura incessante que se estabeleceu, esses casos foram encontrados em controle ambulatorial no hospital que havia procedido sua internação ou em outro CS distante da-

quele que o havia notificado, sem que houvesse uma informação entre eles. No CIS, os únicos dados constantes, na maioria das vezes, eram aqueles da primeira notificação, sendo portanto, desconhecida desse serviço a evolução do tratamento dos casos. Esse fato torna falho o fluxo de informações, interferindo na fidedignidade estatística dos dados fornecidos pelo CIS.

Outras falhas que foram detectadas e, em parte corrigidas, para elaboração desta pesquisa, mas que persistem no Sistema são aqui apontadas como uma sugestão para serem posteriormente revistas: duplicatas de notificações por erro na redação do nome do paciente; óbitos não comunicados constando nos CS como abandonos; endereços mal redigidos acarretando, às vezes, dias para a localização da residência do caso ou do CS que pertenciam e, omissão na comunicação das altas dos tratamentos realizados em ambulatórios hospitalares.

É necessário também, que os CS da SS reformulem as atividades de visita domiciliária e estas sejam realmente realizadas de forma sistemática, visando não somente a investigação epidemiológica mas, principalmente a orientação do caso e das pessoas que com ele convivem. Essa atividade se torna gratificante, quando se tem a oportunidade de contactar com uma população ávida de informações reveladas por expressões que confirmam as lacunas existentes no atendimento assistencial: *"Nunca me explicaram as coisas desse jeito, agora em entendi!"*

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVAREZ, S. & Mc CABE, W. Extrapulmonary tuberculosis revisited: a review of experience at Boston city and other hospitals. Medicine, 63: 25-55, 1984.
2. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO ESTADO DE SÃO PAULO: 1980 (Fundação SEADE). São Paulo, 1980.
3. AUERBACH, O. Tuberculous meningitis: correlation of the therapeutic results with the pathogenesis and pathologic changes. Amer. Rev. Tuberc., 64: 408-18, 1951.
4. BAAR, A. Sôcio-economic conditions of tuberculous patients in Northern Ireland. Tubercle, 36: 345-49, 1955.
5. BELLUOMINI, M. Conhecimentos sobre alguns aspectos da tuberculose pulmonar de doentes internados em hospitais especializados. Subsídios para ações educativas. São Paulo, 1981. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
6. BLEIKER, M.A. Tuberculosis control programmes. Sel. pap. roy. Neth. Tuberc. Ass., 21: 106-17, 1982.
7. BROLIO, R. Controle de duas epidemias de tuberculose em crianças menores de 5 anos de idade vacinadas com BCG oral, ocorridas nos anos de 1967 e 1969, numa creche no Município de São Paulo. São Paulo, 1972. [Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

8. BROLIO, R. Subsídios para avaliação dos conhecimentos de tisiologia sanitária de médicos de São Paulo. São Paulo, 1977. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

9. BULLA, A. Tuberculosis patients - how many now? WHO Chron., 31: 279-86, 1977.

10. CALDAS Jr., A.L. et al Conhecimentos e atitudes relacionadas à doença entre pacientes tuberculosos internados. [Trabalho apresentado na 6ª Jornada Científica da Associação dos Docentes da Faculdade de Ciências Médicas de Botucatu, Botucatū, 1976].

11. CAPORALI, M.L.S. Organização do arquivo de informações sobre tuberculose do Estado de São Paulo. São Paulo, 1982. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

12. CASTELLS, H.R. Profilaxis de la tuberculosis: quimioterapia, vacunacion y quimioprotéccion. In: CONGRESO PANAMERICANO DE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO, Buenos Aires, 1966. Buenos Aires, 1966. v.1, p. 389-406.

13. DEBRÉ, R. The prognosis of tuberculosis meningitis. Amer. Rev. Tuberc., 65: 168-80, 1952.

14. DEENY, J.E. et al. Tuberculous meningitis in children in the Western Cape: epidemiology and outcome. S. Afr. med. J., 68: 75-8, 1985.

15. DELAGE, G. & DUSSEAU, M. Tuberculous meningitis in children: a retrospective study of 79 patients with an analysis of prognostic factors. Canad. med. Ass. J., 120: 305-9, 1979.
16. ESCOBAR, J.A. et al. Mortality from tuberculous meningitis reduced by steroid therapy. Pediatrics, 56: 1050-55, 1975.
17. FARGA, V. Causas de fracasos en el tratamiento de la tuberculosis. Rev. med. Chile, 112: 72-80, 1984.
18. FITZSIMONS, J.M. Tuberculous meningitis: a follow up study on 198 cases. Tubercle, 44: 87-102, 1963.
19. FITZSIMONS, J.M. & SMITH, H. Tuberculous meningitis: special features of treatment. Tubercle, 44: 103-11, 1963.
20. FORATTINI, O.P. Epidemiologia geral. São Paulo, Ed. USP, 1976.
21. GERHARDT, G. et al. Aspectos da epidemiologia da tuberculose no Brasil. J. Pneumol., 8 (Suppl.): 129, Nov., 1982.
22. GRIGG, E.R.N. The arcana of tuberculosis. Amer. Rev. Tuberc., 78: 151-72, 1958.
23. GRZYBOWSKI, S. Tuberculosis - a look at the world situation. Chest, 84: 756-61, 1983.

24. O GUIA - 1983. 13^a ed. São Paulo, Ed. Mapograff, 1983.
25. O GUIA - 1984. 14^a ed. São Paulo, Ed. Mapograff, 1984.
26. GUIDI, M.L. & DUARTE, S.G. Um esquema de caracterização sócio econômica. Rev. bras. Est. pedag., 52: 65-82, 1969.
27. HAAS, E.J. et al. Tuberculous meningitis in an Urban General Hospital. Arch. intern. Med., 137: 1518-21, 1977.
28. HIRMAN, A.R. Tuberculous meningitis at Cleveland Metropolitan General Hospital. Amer. Rev. resp. Dis., 95: 670-73, 1967.
29. HOCHSTRASSER, D. & LERNER, S. Behavioral factors affecting medical supervision of non hospitalized tuberculous patients. Amer. Rev. resp. Dis., 91: 746-57, 1965.
30. JOINT IUAT/WHO STUDY GROUP ON TUBERCULOSIS CONTROL, Geneva, 1981. Report. Geneva, World Health Organization, 1982. (WHO - Techn. Rep. Ser., 671).
31. KARAM-BECHARA, J. et al. La vacunacion con BCG como prueba diagnóstica de tuberculosis. Bol. med. Hosp. inf. Mex., 40: 171-174, 1983.
32. KIM, S.C. et al. Estudio sobre el conocimiento y las atitudes de la populacion con respecto a la tubercu

- losis. Bol. Un. int. Tuberc., 60: 131-2, 1985.
33. LINCOLN, E.M. Tuberculous meningitis in children. Amer. Rev. Tuberc., 56: 75-95, 1947.
34. LORBER, J. Long-term follow-up of 100 children who recovered from tuberculous meningitis. Pediatrics, 28: 778-91, 1961.
35. LUCENA, A.O. Considerações sobre a meningite tuberculosa. Belo Horizonte, 1953 [Tese de Livre-Docência-Faculdade de Medicina da UFMG].
36. MAGNITUDE of tuberculosis problem in the world. Wkly epidem. Rec., 56 (50): 393, 1981.
37. MAHONEY, E.A. et al. How to collect and record a health history. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1976.
38. MARSICANO, M.S. Conhecimento dos pacientes recém diagnosticados e recidivantes sobre a tuberculose pulmonar no Dispensário de Tuberculose do Centro Integrado de Saúde "Amaury Medeiros". São Paulo, 1975. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
39. MARTINS, T.S. et al. Casos de meningite tuberculosa notificados: parâmetro operacional. J. Pneumol., 8 (Suppl.): 159, 1982.
40. MARTINS, T.S. et al. Meningite tuberculosa: resultados

de uma pesquisa operacional. J. bras. Med., 48 (4): 34-40, 1985.

41. Mc MILLAN, J.S. Examination of the association between housing conditions and pulmonary tuberculosis in Glasgow. Brit. J. prev. soc. Med., 11: 142-51, 1957.
42. MEINDL, J. L. & MEINDL, C.O. Tuberculous meningitis in the 1830's. Lancet, 2: 554-5, 1982.
43. MENDES, I.J.M. et al. Identificação das prováveis fontes de infecção tuberculosa em crianças menores de 14 anos em tratamento no Centro de Saúde de Ribeirão Preto. Medicina, Ribeirão Preto, 9/10: 1-9, 1976/77.
44. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Manual de normas para controle da tuberculose. 2ª ed. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 13).
45. MORAES, J.C. Risco de infecção tuberculosa e incidência de meningite tuberculosa. São Paulo, 1977. [Dissertação de Mestrado - Departamento Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP].
46. MORI, T. et al. La meningitis tuberculosa del niño en Japon. Bol. Un. int. Tuberc., 59: 201, 1984.

47. NASCIMENTO, E.A. BCG na prevenção da tuberculose. Rev. Div. nac. Tuberc., 20 (77): 41-53, 1976.
48. NOGUEIRA, P.A. Tuberculose como causa de óbito em adultos residentes no Município de São Paulo em 1980. São Paulo, 1984. { Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP }.
49. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo de Estudios sobre Políticas de Vacunacion con BCG, Ginebra, 1980. Informe. Ginebra, 1980. (Ser. Inf. técn., 652).
50. PADUA DIAS, M.H. de Características médico-sociais da tuberculose em crianças. São Paulo, 1981. { Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP }.
51. PASCUAL, F.Q. Diagnóstico inmunológico de la tuberculosis. Salud publ. Mex., 25: 601-11, 1983.
52. PAULA, A. Meningite tuberculosa: estado atual. J. bras. Med., 5: 8-10, 1973.
53. PERFEITO, J.B. Contribuição para o estudo da tuberculose da criança, complicada com meningo-encefalite tuberculosa aplicando diferentes esquemas de tratamento. São Paulo, 1976. { Tese de Livre-Docência - Departamento de Clínica médica da PUC }.
54. PERFEITO, J.B. & ASSIS, J.L. Meningo-encefalite tuberculosa. In: VERONESI, R. Doenças infecciosas e parasitárias. 7^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan,

1982. p. 517-27.

55. PIO, A. Epidemiology of tuberculosis. Minerva med., 75: 507-17, 1984.
56. REY, A.J. et al. Tuberculosis del sistema nervoso. In: REY, A.J. et al. Tratado de fisiologia. 8^a ed. Buenos Aires, Ed. Atheneo, 1959. p. 204-9.
57. ROGERS, E.M. Diffusion of innovations. New York, The Free Press, 1969. [Tradução e adaptação de Denise Cesar Homem D'El Rey, do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP-mimeografado].
58. ROY, R.N. Educacion sanitária sistemática de los enfermos tuberculosos y de la población. Bol. Un. int. Tuberc., 60: 133-4, 1985.
59. SENTIES, R.V. et al. Encuesta sobre los conocimientos acerca de la tuberculosis de los enfermos hospitalizados. Rev. Salud publ. Mex., 13: 739-47, 1971.
60. SHIMAO, T. Lessons we have learnt from the fight against tuberculosis during the past 100 years and problems of tuberculosis research and of control programmes to be solved in the future. Asian med. J., 26: 226-35, 1983.
61. STIBLO, K. & MEIJER, J. Impact of BCG vaccination programmes in children and young adults on the tubercu-

losis problem. Tubercle, 57: 17-43, 1976.

62. STIBLO, K. & ROUILLON, A. Estimaciones de la incidencia mundial de la tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva. No fiabilidad de las cifras de tuberculosis informadas oficialmente. Bol. Un. int. Tuberc., 56: 128-37, 1981.
63. SUTHERLAND, I. Eficácia e duração da proteção conferida pela vacina BCG. Cad. int. Tuberc., (3), 1968. [Tradução - mimeografado].
64. TARANTINO, A.B. et al. Meningite tuberculosa. In: TARANTINO, A.B. Doenças pulmonares. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1976. p. 383-5.
65. TASCHNER, S.P. Moradia da pobreza: habitação sem saúde. São Paulo, 1982. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
66. TIRIBA, A.C. Tuberculose volta a atacar. Folha de São Paulo, S. Paulo, 7 dez. 1980.
67. TIRIBA, A.C. et al. Meningite tuberculosa: falhas assistenciais em prejuízo do diagnóstico e tratamento precoces. Rev. Ass. med. bras., 26: 248-52, 1980.
68. TRAUB, M. et al. Tuberculosis of the central nervous system. Quart. J. Med., 53: 81-100, 1984.
69. TUBERCULOSE. Proj. RADIS, Tema 3, dez. 1982.

70. TUBERCULOUS meningitis in children. (Editorial). Brit. med. J., 1: 1-2, 1971.

71. VACINAÇÃO BCG. [Tradução de: OPAS - Manual de Normas e procedimentos para programas integrados de controle da tuberculose na America Latina. 1977. Cap. 2 - mineografado)].

72. VACINAÇÃO BCG no Brasil: protocolo. Bol. inf. DNT, Rio de Janeiro, (nº esp. 14) set., 1973.

73. VOLJAVEC, B.F. et al. Tuberculous meningitis: prognosis and treatment. Amer. Rev. Tuberc., 80: 388-97, 1959.

74. WUNSCH FQ, V. Os estudos de caso-controle na avaliação da eficácia de vacinas - A eficácia da vacina BCG - São Paulo, 1985. [Dissertação de Mestrado - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP].

75. ZARABI, M. et al. The chest roentgenogram in the early diagnosis of tuberculous meningitis in children. Amer. J. Dis. Child., 121: 389-92, 1971.

76. ZERIHUN, G. & ESSCHER, E. Ten years experience of tuberculous meningitis in children. Ethiop. med. J., 22: 49-54, 1984.

A N E X O S

1	2	3	4	5	6	7	8
DATA DA NOTIFICAÇÃO / /			NOME: SEXO:				
RESIDENTE NO ESTADO SIM ☐ NÃO ☐			NOME DA MÃE: DATA DO NASCIMENTO / / N.º DA FICHA CLÍNICA:				
LOCALIZAÇÃO PULMONAR EXTRAPULMONAR ☐ MENIN- ☐ OUTRAS ☐ GITE			ENDEREÇO: BAIRRO: SUBDISTRITO/DISTRITO PAZ: DISTRITO SANITÁRIO: MUNICÍPIO: ESTADO OBSERVAÇÕES:				
BACILOSCOPIA POSITIVA ☐ NEGA- ☐ NÃO REALI- ☐ TIVA TIVA ZADA			DATA DA ALTA MOTIVO DA ALTA / / CURA ☐ TRANSFE- ☐ ABAN- ☐ MUDANÇA DE ☐ ÓBITO ☐ RÊNCIA DONO DIAGNÓSTICO				

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E CONTROLE DE TUBERCULOSE

..... INSTITUIÇÃO	 UNIDADE DE SAÚDE	 MUNICÍPIO
ASS. DO RESPONSÁVEL:		Serviço Gráfico - DAS

-
-
-
-
-
-
-
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Deve constar o nome do paciente por extenso, o sexo, a data do nascimento (dia, mês e ano), o número da Ficha Clínica, no caso do arquivo ser numérico. No Endereço registrar rua e número se for residência urbana; indicação de sítio, localidade ou outro dado que possa identificar a residência se esta situar-se na área rural, e o respectivo Município e Estado. Obs.: Não sabendo a data do nascimento estimar o ano.
 - DATA DA NOTIFICAÇÃO: Dia, mês e ano.
 - RESIDENTE NO ESTADO: Considerar residente aquele que reside no Estado há mais de um ano.
 - LOCALIZAÇÃO: Registrar se é pulmonar ou extra pulmonar, conforme sugerem os quadrinhos.
 - BACILOSCOPIA: Registrar os resultados da baciloscopia realizada (+ ou -) ou se a mesma não foi realizada.
 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICADORA: Registrar nome ou sigla da instituição, Unidade de Saúde e o Município onde esta se localize.
 - DEVE CONSTAR A ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO:
 - DATA DA ALTA E MOTIVO DA ALTA: A ser preenchido no nível Central da Secretaria de Saúde, mediante informações colhidas das listagens de alta a serem enviadas pelas Unidades de Saúde.

ANEXO 2

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
MENINGITE TUBERCULOSA

Aspectos epidemiológicos

FICHA Nº _____

NOME _____

DATA NASC. _____ IDADE _____ SEXO _____

ENDEREÇO _____

_____ MUNICÍPIO _____ Nº DO MAPA _____

NOME DA MÃE _____

HOSPITAL _____ DATA INT. _____

DIAGN.: _____

FONTE CONTÁGIO _____

VACINA BCG _____ DATA VAC.: _____

TIPO DE ALTA HOSP. _____ DATA _____

UNIDADE NOTIFICANTE _____

TEMPO DE TRATAMENTO REALIZADO _____

TIPO DE ALTA FINAL _____ DATA _____

OBS.: _____

ANEXO 3

Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde

Centro de
Informações de
Saúde

Ficha de Investigação Epidemiológica

MENINGITE

Nº _____ Data da notificação ____/____/____

1. Identificação

DRS	DS	CS
-----	----	----

Nome do doente _____

Data do nascimento ____/____/____ Idade _____ Sexo _____

Endereço _____ Nº _____

Bairro _____ Distrito subdistrito _____ Município _____

Local de trabalho _____

Ocupação _____

Local onde estuda _____

2. Hospitalização ☐ Sim ☐ Não Data da internação ____/____/____

Local _____

3. Manifestações clínicas Data dos primeiros sintomas ____/____/____

☐ Cefaléia ☐ Febre ☐ Vômitos ☐ Rigidez da nuca ☐ Kerning e/ou Brudzinski

☐ Petéquias ou sufusões hemorrágicas ☐ Convulsões ☐ Coma

4. Dados laboratoriais

Punção lombar ☐ Sim ☐ Não Data ____/____/____

Aspecto do líquor

Bacterioscopia

☐ Não foi feita ☐ Ausência de germes ☐ Diplococos Gram neg. ☐ Outro germe Qual? _____

Cultura

☐ Não foi feita ☐ Ausência de germes ☐ Meningócoco ☐ Outro germe Qual? _____

Contra imunoeletroforese

☐ Não foi feita ☐ Ausência de antígenos de meningococos ☐ Presença antígenos de meningococos

Sorogrupo

☐ Não Tipado ☐ A ☐ B ☐ C ☐ Y ☐ Outro ☐ Não Tipavel

Citoquímica do líquor

Número de células	Polimorfonucleares	Linfócitos	Monócitos
		Glicose	Proteínas

Outros exames:

colheita de sangue p/ dosagem de anticorpos ☐ sim ☐ não

1.a Amostra	Data	Título	Germe
-------------	------	--------	-------

2.a Amostra	Data	Título	Germe
-------------	------	--------	-------

Laboratório _____

5. Antecedentes de vacinação

☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

ANEXO 4

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

NOME DO PACIENTE: _____ FICHA Nº _____

PESSOA ENTREVISTADA _____

DATA DA VISITA: _____

I - IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA:

1 - O que aconteceu com _____ para precisar ser internado no Hospital _____ ?

2 - Quanto tempo passou entre os primeiros sintomas e a internação? _____

3 - Qual a doença que teve? _____

4 - Como acha que pegou essa doença? _____

5 - Antes de ficar doente tinha boa saúde? _____

II - PESQUISA DA FONTE DE CONTÁGIO

1 - O Sr. (a) conhece alguém doente de tuberculose, parente ou amigo, que tenha freqüentado ou freqüente sua casa?

SIM ☐ NÃO ☐

2 - Caso SIM - Quando foi que adoeceu? _____

3 - Que parentesco tem com _____?

4 - Qual o nome completo? _____

5 - Qual a data de nascimento? _____

6 - Mora na mesma casa?

SIM ☐ NÃO ☐

7 - Dorme no mesmo quarto?

SIM ☐ NÃO ☐

8 - Está em tratamento?

SIM ☐ NÃO ☐

9 - Caso SIM - Onde? _____

10 - Qual a situação atual dele (a)? _____

III - ANTECEDENTE VACINAL - A - do caso:

1 - O Sr. (a) sabe se _____ foi vacinado (a) contra a tuberculose? SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SABE ☐

2 - O Sr. (a) tem a carteira de vacinação dele (a)?

SIM ☐ NÃO ☐

3 - Caso SIM - Verificar e anotar - Local: _____

Data: _____ Idade da vacinação: _____

4 - Caso NÃO - Onde foi vacinado? _____

Que idade tinha? _____

5 - Se o paciente estiver presente, em ambas as situações verificar lesão vacinal:

PRESENTE ☐ AUSENTE ☐

B - dos familiares menores de 14 anos

1 - O Sr. (a) tem outras crianças menores de 14 anos morando aqui?

SIM ☐ NÃO ☐

2 - Caso SIM - Sabe se foram vacinadas contra a tuberculose?

SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SABE ☐

3 - O Sr. (a) tem a (s) carteira (s) de vacinação dele (s)?

SIM ☐ NÃO ☐

4 - Em qualquer situação verificar:

NOME	IDADE	CICATRIZ	DATA VAC.	LOCAL	OBS.

IV - ORIENTAÇÃO PARA OUTROS FAMILIARES

1 - Quando _____ adoeceu foi recomendado algum exame para os demais familiares?

SIM ☐NÃO ☐

2 - Caso SIM - Quem recomendou? _____

3 - Que exames? _____

4 - Foram realizados?

SIM ☐NÃO ☐

5 - Caso SIM - Onde foram realizados? _____

6 - Caso NÃO - Por que? _____

V - SEQÜÊNCIA DE TRATAMENTO DO CASO - (se estiver vivo)

1 - Quando _____ saiu do hospital continuou controle ou tratamento?

SIM ☐NÃO ☐

2 - Caso SIM - Onde? _____

3 - Caso NÃO - Por que? _____

4 - Como está ele atualmente? (Cura total ou com seqüelas?)

VI - CONDIÇÕES DE MORADIA

- 1 - Tipo de moradia: _____
- 2 - Área em m²: _____
- 3 - Número de cômodos: _____
- 4 - Número de quartos disponíveis: _____
- 5 - Exclusiva da família?
- SIM ☐ NÃO ☐
- 6 - Número de pessoas que residem: _____
- 7 - Número de adultos: _____
- 8 - Número de crianças: _____
- 9 - Própria ☐ Alugada ☐ Cedida ☐
- 10 - Tipo: _____
- Conservação: _____

VII - CONDIÇÕES DA FAMÍLIA

- 1 - Quem é o chefe da família? _____
- 2 - Qual a sua profissão? _____
- 3 - Está empregado?
- SIM ☐ NÃO ☐

4 - Alguém mais trabalha?

SIM ☐

NÃO ☐

5 - Caso SIM - Quantas pessoas? _____

6 - Qual a renda familiar aproximada? _____

OBS.: _____

GUIA DE CODIFICAÇÃO

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
1.	Nº de ordem (correspon de ao nº do caso) 001 — 999	1 2 3	3
2.	Ano de notificação do caso 1 - 1982 2 - 1983	4	1
3.	Mês de internação 01-janeiro 07-julho 02-fevereiro 08-agosto 03-março 09-setembro 04-abril 10-outubro 05-maio 11-novembro 06-junho 12-dezembro 99-não se aplica (não foi hospitalizado)	5 6	2
4.	Hospital: 1 - Mandaqui 2 - Emílio Ribas 3 - H.C. - (I.C. - M.I.) 4 - outro 5 - ignorado 9 - não se aplica	7	1
5.	Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino	8	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
6.	Idade no momento da notificação (em anos e meses) 9900 - ignorada	9 T0 T1 T2	4
7.	Local de residência: Municípios da Grande São Paulo, Distritos e Sub-distritos de S. Paulo 01 → 48; sub-distritos 49 → 56; distritos 57 → 92; municípios da Grande São Paulo 99 - ignorada	T3 T4	2
8.	Tempo de hospitalização (em dias) 000 - menos de 24 horas 001 - ----- 888 - sem informação 999 - não se aplica	T5 T6 T7	3
9.	Tipo de alta hospitalar 1- transferência para C.S. 2- transferência para outro hospital 3- ambulatório hospital 4- óbito 5- abandono	T8	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
	6- mudança de diagnōsti- co 7- erro de notificação 8- ignora 9- não se aplica		
10.	Visitação domiciliar (sō para 1 a 5 da col. 18) 1- entrevista realizada 2- endereço não encontra <u>r</u> do 3- mudança para endereço ignorado 4- mudança para outra ci <u>d</u> dade 5- não localizado no en- dereço dado 9- não se aplica (6 a 9 col. 18)	19	1
11.	Pessoa entrevistada: (1 na coluna 19) 1- mãe 2- pai 3- cōnjuge 4- o prōprio 5- parente (irmão, tio, avô, filho) 6- vizinho (a) 7- outro 9- não se aplica	20	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
12.	Sintomas informados no início da doença compatíveis com meningite. (1 na coluna 19)		
	12.1 dor de cabeça	21	1
	1. sim		
	2. não		
	3. ign		
	9. não se aplica		
	12.2 febre	22	1
	1. sim		
	2. não		
	3. ign		
	9. não se aplica		
	12.3 náuseas	23	1
	1. sim		
	2. não		
	3. ign		
	9. não se aplica		
	12.4 vômitos	24	1
	1. sim		
	2. não		
	3. ign		
	9. não se aplica		
	12.5 falta de apetite	25	1
	1. sim		
	2. não		

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
	3. ign 9. não se aplica		
	12.6 irritabilidade s/disposição 1. sim 2. não 3. ign 9. não se aplica	26	1
	12.7 perda de consciência, convulsão, desmaio, endurecimento ou pa- ralisias 1. sim 2. não 3. ign 9. não se aplica	27	1
	12.8 dor de garganta 1. sim 2. não 3. ign 9. não se aplica	28	1
	12.9 outro - especificar 1. sim 2. não 3. ign 9. não se aplica	29	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
13.	<p>Tempo entre o início dos sintomas e internação (expresso em dias) (1 na col. 19)</p> <p>00 - menos de 24 horas</p> <p>01 - -----</p> <p>90 - 90 dias e mais</p> <p>98 - ignorado</p> <p>99 - não se aplica</p>	30 31	2
14.	<p>Nº de entidades procuradas antes da internação (expresso em números) (1 na col. 19)</p> <p>00 - nenhum (foi direto ao hospital)</p> <p>01 - -----</p> <p>88 - vários</p> <p>98 - ignorado</p> <p>99 - não se aplica</p>	32 33	2
15.	<p>Condição anterior à doença. (1 na col. 19)</p> <p>1 - sadio</p> <p>2 - doentio</p> <p>3 - tratamento tbc anterior</p> <p>4 - problema de bebida</p> <p>5 - tratamento de meningite anterior</p>	34	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
	5 - outros problemas de saúde 8 - ignora 9 - não se aplica		
16.	Principal fonte de contágio: presença: (1 a 5 na col. 19) 1 - domiciliar, conhecido anteriormente 2 - domiciliar, conhecido após descoberta do caso 3 - não domiciliar, conhecido anteriormente 4 - não domiciliar, conhecido após descoberta 5 - antecedente tbc familiar antigo 6 - não tem (desconhece) 7 - tbc em círculo de amizade ou pelo tipo de trabalho 8 - sem informação 9 - não se aplica	35	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
17.	<p>Nº de fontes de contágio (expresso em nº) (para questões 1 a 4 da coluna 35)</p> <p>1 - -----</p> <p>8 - ignora</p> <p>9 - não se aplica</p>	36	1
18.	<p>Seqüência tratamento da fonte de contágio (para questões 1 a 4 da coluna 35)</p> <p>1 - em tratamento regular</p> <p>2 - em tratamento irregular</p> <p>3 - alta por cura</p> <p>4 - alta por abandono</p> <p>5 - óbito</p> <p>6 - hospitalizado</p> <p>7 - outro</p> <p>8 - ignora</p> <p>9 - não se aplica</p>	37	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
19.	<p>Relacionamento da fonte de contágio com o caso (para questões 1 a 4 da coluna 35)</p> <p>1- pai</p> <p>2- mãe</p> <p>3- irmão, (ã)</p> <p>4- cônjuge</p> <p>5- avô, (ô)</p> <p>6- tio, (a)</p> <p>7- primo, (a)</p> <p>8- outro - vizinho ou amigo</p> <p>9- não se aplica</p>	38	1
20.	<p>Idade da fonte de contágio em anos (questões 1 a 4 da coluna 35)</p> <p>00 - -----</p> <p>88 - ignora</p> <p>99 - não se aplica</p>	39 40	2
21.	<p>Antecedente vacinal do caso (1 a 5 na col. 19)</p> <p>1- vacina comprovada por cicatriz e CV</p> <p>2- vacina comprovada apenas pela CV</p> <p>3- vacina comprovada apenas pela cicatriz</p>	41	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
	<p>4- sem vacinação</p> <p>5- não verificado por <u>o</u> bito</p> <p>6- não verificado por ausência</p> <p>7- informação obtida no hospital</p> <p>8- sem informação</p> <p>9- não se aplica</p>		
22.	<p>Intervalo de tempo entre a vacinação e a internação, comprovado pela CV. (somente para questões 1 e 2 da coluna 41)</p> <p>1- < 15 dias</p> <p>2- 15 d — 1 mês</p> <p>3- 1 m — 2 m</p> <p>4- 3 m — 4 m</p> <p>5- 5 m — 6 m</p> <p>6- 7 m — 11m</p> <p>7- 1 a — 2 a</p> <p>8- 3 a — 4 a</p> <p>9- 5 anos e +</p> <p>10- vacinado após a internação</p> <p>99- não se aplica</p>	42 43	2

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
23.	<p>Vacinação relacionada c/ descoberta do foco (para questões 1 a 4 coluna 35 e 1 e 2 da coluna 41)</p> <p>1- anterior ã descoberta</p> <p>2- posterior ã descoberta</p> <p>8- ignora</p> <p>9- não se aplica</p>	44	1
24.	<p>Situação do caso na alta hospitalar (1, 2, 3 e 5 col. 18)</p> <p>1- sem seqüelas</p> <p>2- com seqüelas</p> <p>3- sem informação</p> <p>9- não se aplica</p>	45	1
25.	<p>Existência de menores de 14 anos no domicílio (para 1 na col. 19)</p> <p>1- sim</p> <p>2- não</p>	46	1
26.	<p>(Para questão 1 da coluna 46) quantos (especificar em nº)</p> <p>01 - -----</p> <p>99 -- não se aplica</p>	47 48	2

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
27.	<p>Condições ambientais da casa: (construção de:)</p> <p>(1 na col. 19)</p> <p>1- alvenaria</p> <p>2- madeira</p> <p>3- outro (especificar)</p> <p>_____</p> <p>9- não se aplica</p>	49	1
28.	<p>Tipo de moradia (adaptado à clas.TASCHNER⁽⁶⁵⁾)</p> <p>(1 na col. 19)</p> <p>1- casa</p> <p>2- apartamento</p> <p>3- habitação coletiva</p> <p>4- cortiço</p> <p>5- favela</p> <p>6- conjunto habitacional</p> <p>7- outro (especificar)</p> <p>_____</p> <p>9- não se aplica</p>	50	1
29.	<p>Locação: (1 na col. 19)</p> <p>1- própria</p> <p>2- alugada</p> <p>3- cedida</p> <p>4- outra (especificar)</p> <p>_____</p> <p>8- ignora</p> <p>9- não se aplica</p>	51	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
30.	<p>Nº de cômodos disponí<u>ve</u> is não incluindo banhei<u>ro</u> (expresso em nº)(1 na col. 19)</p> <p>00- não tem casa</p> <p>01- -----</p> <p>88- ignora</p> <p>99- não se aplica</p>	52 53	2
31.	<p>Nº de cômodos usados pa<u>ra</u> dormir (expresso em nº) (1 na col. 19)</p> <p>0 - não tem</p> <p>1 - -----</p> <p>8 - ignora</p> <p>9 - não se aplica</p>	54	1
32.	<p>Utilização (1 na col. 19)</p> <p>1- unifamiliar</p> <p>2- unifamiliar c/paren- te agregado</p> <p>3- unifamiliar c/não pa<u>re</u> nte agregado</p> <p>4- coletiva (multi-fami<u>li</u> ar)</p> <p>5- outro (especificar)</p> <p>-----</p> <p>8- ignora</p> <p>9- não se aplica</p>	55	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
33.	<p>Nº de pessoas residentes no ambiente (1 na col. 19)</p> <p>00 - não tem</p> <p>01 - -----</p> <p>88 - ignora</p> <p>99 - não se aplica</p>	56 57	2
34.	<p>Área habitacional em m² (expressa em nº) (1 na col. 19)</p> <p>000 - não tem</p> <p>001 - -----</p> <p>888 - ignora</p> <p>999 - não se aplica</p>	58 59 60	3
35.	<p>Condições da família: (chefe em relação ao <u>do</u> ente) (1 na col. 19)</p> <p>0- pai ou mãe adotivo</p> <p>1- pai</p> <p>2- mãe</p> <p>3- o próprio</p> <p>4- irmão, (ã)</p> <p>5- avô, (ô)</p> <p>6- cônjuge</p> <p>7- tio, (a), primo (a)</p> <p>8- filho, (a)</p> <p>9- não se aplica</p>	61	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
36.	<p>Ocupação do chefe (adaptação da clas. GUIDI & DUARTE⁽²⁶⁾)(1 na col. 19)</p> <p>0- instituição</p> <p>1- não qualificado</p> <p>2- de nível inferior de qualificação</p> <p>3- de nível médio</p> <p>4- superior</p> <p>5- empregada doméstica</p> <p>6- aposentado</p> <p>7- pela caixa</p> <p>8- indigente</p> <p>9- não se aplica</p>	62	1
37.	<p>Nº de pessoas que contríbui<u>u</u>m para a renda fami<u>l</u>i<u>ar</u> (1 na col. 19)</p> <p>1- somente o chefe</p> <p>2- chefe + esposa</p> <p>3- chefe + outra pessoa</p> <p>4- 3 pessoas ou mais</p> <p>5- ninguém</p> <p>6- subvenção do governo</p> <p>8- ignora</p> <p>9- não se aplica</p>	63	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
38.	<p>Renda familiar em salários mínimos (vigentes na ocasião da visita) (1 na col. 19)</p> <p>0- sem renda atual (desempregado)</p> <p>1- < de 1 salário</p> <p>2- 1 — 2</p> <p>3- 2 — 3</p> <p>4- 3 — 4</p> <p>5- 4 — 5</p> <p>6- 5 e +</p> <p>7- não informa</p> <p>8- ignorado</p> <p>9- não se aplica</p>	64	1
39.	<p>Conhecimento do entrevistado sobre a doença do caso: nome da doença: (1 na col. 19)</p> <p>1- MT</p> <p>2- tuberculose</p> <p>3- meningite</p> <p>4- meningite não sei do que</p> <p>5- não sabe</p> <p>6- outro (especificar)</p> <p>_____</p> <p>8- ignora</p> <p>9- não se aplica</p>	65	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
40.	<p>Causa da doença (1 na col. 19)</p> <p>1- relaciona com fonte de contágio</p> <p>2- relaciona como agravado estado de tuberculose</p> <p>3- relaciona com algum acidente</p> <p>4- relaciona com outra doença</p> <p>5- desconhece a sua causa pois não tem fonte</p> <p>6- desconhece totalmente a causa</p> <p>7- outro (especificar)</p> <p>_____</p> <p>8- ignora</p> <p>9- não se aplica</p>	66	1
41.	<p>Orientação para pesquisa de fonte de contágio (exames para a família)(1 na col. 19)</p> <p>1- foram orientados</p> <p>2- não foram orientados</p> <p>3- não lembra</p> <p>4- não tem familiares</p> <p>8- ignora</p> <p>9- não se aplica</p>	67	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
42.	<p>Para resposta 1 da coluna 67 - Especificação dos exames recomendados.</p> <p>01- Rx, P.P.D. e escarro</p> <p>02- Rx</p> <p>03- P.P.D.</p> <p>04- Escarro</p> <p>05- Rx e P.P.D.</p> <p>06- P.P.D. e escarro</p> <p>07- Rx e escarro</p> <p>08- outro (especificar)</p> <hr/> <p>09- ignora</p> <p>99- não se aplica</p>	68 69	2
43.	<p>Realização dos exames <u>re</u>comendados (1 na col. 67)</p> <p>1- totalmente atendido</p> <p>2- parcialmente atendidos quanto às pessoas</p> <p>3- parcialmente atendidos quanto aos exames</p> <p>4- não atendidos. <u>Especi</u>ficar o porquê?</p> <hr/> <p>8- ignorado</p> <p>9- não se aplica</p>	70	1

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
44.	<p>Seqüência de tratamento para os casos que tiveram alta hospitalar (questões 1,2,3 e 5 da col. 18)</p> <p>1 - cura</p> <p>2 - abandono</p> <p>3 - óbito por MT</p> <p>4 - reinternado em função da MT</p> <p>5 - em controle</p> <p>6 - sem informação</p> <p>7 - óbito p/causa não ligada a MT</p> <p>8 - não fez tratamento algum</p> <p>9 - não se aplica</p>	77	1
45.	<p>Para apuração e análise manual: Relacionar <u>ida</u> de dos menores de 14 anos (col. 47 e 48) com situação encontrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vacinado - não vacinado - quimioprofilaxia - tratamento - outro - ignorado 		

Nº DA QUESTÃO		Nº DA COL	Nº DE COL
48.	<p>Conclusão diagnóstica: (para todos os casos <u>le</u> vantados)</p> <p>1 - MT, meningo encefalite, encefalite tbc e neuro tbc.</p> <p>2 - MT + tbc pulmonar</p> <p>3 - MT + tbc miliar</p> <p>4 - MT + tbc pleural</p> <p>5 - MT + outro tipo de tbc</p> <p>6 - outro tipo de <u>menin</u> gite</p> <p>7 - outro tipo de tbc</p> <p>8 - outro diagnóstico</p> <p>9 - não informa</p>	74	1
49.	<p>Tipo de conservação do domicílio (para os nºs 1 a 7 da col. 50)</p> <p>1 - ótima</p> <p>2 - boa</p> <p>3 - regular</p> <p>4 - má</p> <p>5 - péssima</p> <p>8 - ignora</p> <p>9 - não se aplica</p>	75	1
50.	<p>Localização do caso</p> <p>1 - São Paulo</p> <p>2 - Grande São Paulo</p>	76	1

-
-
-
-
-
-
-
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Deve constar o nome do paciente por extenso, o sexo, a data do nascimento (dia, mês e ano), o número da Ficha Clínica, no caso do arquivo ser numérico. No Endereço registrar rua e número se for residência urbana; indicação de sítio, localidade ou outro dado que possa identificar a residência se esta situar-se na área rural, e o respectivo Município e Estado. Obs.: Não sabendo a data do nascimento estimar o ano.
 - DATA DA NOTIFICAÇÃO: Dia, mês e ano.
 - RESIDENTE NO ESTADO: Considerar residente aquele que reside no Estado há mais de um ano.
 - LOCALIZAÇÃO: Registrar se é pulmonar ou extra pulmonar, conforme sugerem os quadrinhos.
 - BACILOSCOPIA: Registrar os resultados da baciloscopia realizada (+ ou -) ou se a mesma não foi realizada.
 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICADORA: Registrar nome ou sigla da instituição, Unidade de Saúde e o Município onde esta se localize.
 - DEVE CONSTAR A ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA NOTIFICAÇÃO:
 - DATA DA ALTA E MOTIVO DA ALTA: A ser preenchido no nível Central da Secretaria de Saúde, mediante informações colhidas das listagens de alta a serem enviadas pelas Unidades de Saúde.