TUBERCULOSE COMO CAUSA DE ÓBITO^{ooo} EM ADULTOS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO EM 1980

P^{RS}
PÉRICLES ALVES NOGUEIRA

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

Orientador: Prof. Gilberto Ribeiro Arantes

São Paulo
1984

DEDICATÓRIA:

A meus pais

AGRADECIMENTO.

Agradeço à colaboração de todos e, em especial a:

- Ary da Costa Nogueira Filho
- Cornélia Frota Ferreira
- Daise Pires Noronha
- Danaé Terezinha Nogueira Conversani
- Luciana Medeiros da Silva
- Nilton Gil de Oliveira
- Raul Pedro Fischer
- Sabina Léa Davidson Gotlieb
- Stella Maria Costa Nardy

ÍNDICE:

Apresentação	ix
Resumo	x
Abstract	xi
1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 - Histórico da tuberculose em São Paulo	1
1.2 - Tendência secular da tuberculose	5
1.3 - Situação atual da tuberculose em São Paulo	11
2 - MATERIAL E MÉTODOS	14
2.1 - População da análise	14
2.2 - Formulário da entrevista domiciliária	16
2.3 - Formulário da entrevista institucional	19
2.4 - Formulário da verificação da notificação e corre- ção do atestado de óbito	20
2.5 - Treinamento dos entrevistadores	21
2.6 - Trabalho de campo	22
2.7 - Classificação e reclassificação da causa básica e das causas associadas	24
2.8 - Apuração dos resultados	25
3 - RESULTADOS	27
4 - DISCUSSÃO	69
4.1 - Considerações gerais	69
4.2 - Possíveis razões para o obituário encontrado	72
4.3 - Análise das notificações	79
4.4 - Análise dos atestados de óbito	81
4.5 - Considerações finais	82
5 - CONCLUSÕES	85
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

GRÁFICO I - Rítimo da invasão tuberculosa de um povo ou cidade	06
GRÁFICO II - Coeficiente de mortalidade por tuberculose (x 100 000 hab.). São Paulo 1900/1979	10
GRÁFICO III - Distribuição mensal do número de óbitos com tuberculose ocorridos em maiores de 15 anos residentes em São Paulo, 1980	28
GRÁFICO IV - Número de óbitos hospitalares com tuberculose segundo o tempo de internação (meses). São Paulo, 1980	46
GRÁFICO V - Número de óbitos hospitalares com tuberculose segundo tempo de internação (semanas) no primeiro mês. São Paulo, 1980	46
GRÁFICO VI - Número de óbitos hospitalares com tuberculose segundo tempo de internação (dias) na primeira semana. São Paulo, 1980	46

ÍNDICE DE TABELAS:

TABELA 1 -	Coeficiente de mortalidade específica por tuberculose (por 100 000 habitantes) em alguns países, anos em torno de 1977	12
TABELA 2 -	Distribuição mensal do total de óbitos e do número e porcentagem dos óbitos com tuberculose, de pessoas com 15 e mais anos de idade residentes no município de São Paulo, ocorridos no ano de 1980	27
TABELA 3 -	Distribuição do número de habitantes, número e porcentagem de óbitos com tuberculose e respectivos coeficientes de mortalidade, por 100 000 habitantes, segundo faixa etária, São Paulo, 1980	29
TABELA 4 -	Distribuição de número de casos novos e óbitos com tuberculose de pessoas de 15 anos e mais, segundo o sexo. São Paulo, 1980	29
TABELA 5 -	Distribuição do número de habitantes com 15 anos e mais, número e porcentagem de óbitos com tuberculose e respectivos coeficientes de mortalidade, por 100 000 habitantes, segundo estado conjugal. São Paulo, 1980	30
TABELA 6 -	Distribuição da população de 15 anos e mais, número e porcentagem de óbitos com tuberculose e coeficientes de mortalidade, por 100 000 habitantes, segundo distritos e subdistritos de residência. São Paulo, 1980	31
TABELA 7 -	Distribuição do número e porcentagem de óbitos com tuberculose segundo o sexo e o fato de ser encontrado seus familiares. São Paulo, 1980	34
TABELA 8 -	Distribuição do número e porcentagem dos óbitos com tuberculose segundo o estado conjugal e o fato dos familiares serem encontrados. São Paulo, 1980	35

TABELA 9 - Distribuição do número e porcentagem dos óbitos com tuberculose, segundo a zona de residência e o fato dos familiares serem encontrados. São Paulo, 1980	35
TABELA 10 - Distribuição do número e porcentagem dos óbitos com tuberculose segundo a faixa etária e o fato dos familiares serem encontrados. São Paulo, 1980	36
TABELA 11 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas de 15 anos e mais falecidas com tuberculose, segundo o grupo de ocupação principal, São Paulo, 1980	37
TABELA 12 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo a renda familiar na época do óbito. São Paulo, 1980	39
TABELA 13 - Distribuição do número e porcentagem de falecidos com tuberculose, segundo grau de escolaridade. São Paulo, 1980	40
TABELA 14 - Distribuição do número e porcentagem de migrantes falecidos com tuberculose, segundo sua região de origem. São Paulo, 1980	40
TABELA 15 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose, segundo o tempo de residência. São Paulo, 1980	41
TABELA 16 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose, segundo hábito de beber. São Paulo, 1980	41
TABELA 17 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose, segundo o hábito de fumar. São Paulo, 1980	42
TABELA 18 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo o conhecimento familiar sobre o motivo de óbito. São Paulo, 1980	42

TABELA 19 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo o tempo em que estavam doentes. São Paulo, 1980	43
TABELA 20 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo o local de tratamento. São Paulo, 1980	43
TABELA 21 - Distribuição de número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo local do óbito. São Paulo, 1980	44
TABELA 22 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo o tempo de permanência em hospital. São Paulo, 1980	45
TABELA 23 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo os principais sinais clínicos que levam um paciente a internação. São Paulo, 1980	47
TABELA 24 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos hospitalares com tuberculose segundo resultado do Rx de torax. São Paulo, 1980	47
TABELA 25 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos com tuberculose segundo notificações no CIS. São Paulo, 1980	48
TABELA 26 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos hospitalares com tuberculose segundo o local, notificação e tempo de internação. São Paulo, 1980	49
TABELA 27 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos com tuberculose segundo a causa básica da morte conforme atestado de óbito original. São Paulo, 1980	50
TABELA 28 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos com tuberculose segundo a causa básica conforme atestado de óbito corrigido. São Paulo, 1980	52

TABELA 29 - Número de vezes que algumas doenças apareceram <u>co</u> mo causa básica nos atestados de óbitos origina <u>is</u> e após revisão e número de vezes que houve concor <u>u</u> dância. São Paulo, 1980	54
TABELA 30 - Distribuição do número e porcentagem de causas <u>as</u> sociadas segundo os atestados de óbitos origina <u>is</u> . São Paulo, 1980	57
TABELA 31 - Distribuição do número e porcentagem de causas <u>as</u> sociadas segundo os atestados de óbitos <u>corrígí</u> - dos. São Paulo, 1980	62
TABELA 32 - Distribuição do número e porcentagem de residênci <u>a</u> s entrevistadas, segundo a presença de outros <u>ca</u> sos de tuberculose. São Paulo, 1980	68
TABELA 33 - Distribuição do número e porcentagem de famílias de falecidos com tuberculose segundo a realização de exames de comunicantes. São Paulo, 1980	68

APRESENTAÇÃO.

Este trabalho representa a etapa final do nosso curso de Pós-Graduação iniciado na Faculdade de Saúde Pública em 1976.

Seu planejamento foi iniciado em 1979, a sua fase de levantamento e apuração de dados foram realizadas nos anos de 1980 a 1982, sob a orientação do Professor Roberto Brólio, do Departamento de Epidemiologia desta faculdade.

Neste período estávamos prestando assessoria junto a Secretaria de Saúde e devido a este fato houve incompatibilidade de horário com o do nosso orientador, razão pela qual resolvemos, de comum acordo com o mesmo, mudar para um orientador que, exercendo suas funções em regime de dedicação integral, tivesse maior disponibilidade de horário.

Isto posto, a partir de 1983 passou a ser nosso orientador o Professor Gilberto Ribeiro Arantes, do mesmo Departamento. Queremos aqui expressar a nossa gratidão aos dois professores que nos orientaram, e agradecer também à FAPESP - Fundação de Amparo a Pesquisa cujo auxílio tornou possível a realização desta tese.

RESUMO.

Foram estudados 375 óbitos ocorridos no município de São Paulo, de pessoas de 15 anos ou mais residentes nessa cidade e em cujo atestado de óbito constava a tuberculose como causa básica ou associada. Desses 375 óbitos, foram localizadas 245 famílias dos falecidos e realizadas entrevistas domiciliárias. Houve 287 pacientes que faleceram em hospitais, e em dois desses casos não foi conseguido realizar a entrevista institucional. Das entrevistas, pôde ser concluído que os possíveis fatores que influíram nesses óbitos foram o baixo nível sócio-econômico e o alcoolismo; não influíram nestes óbitos a migração e o tabagismo. Foi observado que estes doentes entraram tardiamente no sistema de saúde e a maioria dos que chegaram a ser internados faleceram nos primeiros dias de internação. Foi observado também, que a maioria dos casos não estava notificada, nem como caso nem como óbito, e a Secretaria da Saúde tinha conhecimento de apenas 119 casos. Analisando esses atestados, notou-se que a tuberculose foi causa básica em 88,4% deles e, após a revisão dos mesmos com base nas entrevistas domiciliárias e institucionais, a tuberculose passou a ser causa básica em 92,8%, havendo uma concordância de 95,6% entre o atestado original e o revisto.

ABSTRACT.

Three-hundred and seventy-five deaths of persons aged 15 years or more, which occurred in São Paulo city, have been studied taking into account the death certificates in which tuberculosis had been appointed as the basic or associate cause of death. From these 375 deaths, 245 families of the deceased have been located and then submitted to domiciliary interviews: it was found out that two-hundred and eighty-seven patients had died in hospitals; in two of the cases it was not possible to make an institutional interview. From these data, some factors which could possibly have influenced the deaths were the low-socioeconomic status and alcoholism; it was found out that neither migration nor tabaccoism had influenced the deaths. It was also noticed that these patients had entered the health system very late and the majority of those who had been duly hospitalized a died within the first days of hospitalization. It was also observed that most of the cases had not been reported either, neither as a case nor as a death, being that the State Health Department only had knowledge of 119 cases. Analysing these certificates, it was observed that tuberculosis was the basic cause of death in 88.4% of them, and that after reviewing them on the basis of domiciliary and institutional interviews, tuberculosis came out to be the basic cause of death in 92.8% of the cases, having been reached an agreement of 95.6% between the original certificates and the reviewed ones.

1. - INTRODUÇÃO.

1.1 - Histórico da tuberculose em São Paulo:

A tuberculose está presente em São Paulo desde a sua fundação, pois seus fundadores, Pe. Anchieta e o Pe. Nobrega, foram e morreram tuberculosos e provavelmente contaminaram os primeiros habitantes desta cidade^{27,32}.

Esta doença sempre esteve presente na capital e, embora havendo poucos relatos até o fim do século passado, estudos de Theodoro Sampaio, realizados no final do século XVI, citados por Paula Souza²⁷ (1940), relatavam que "os escravos índios não eram muito sadios, muitos dos quais morriam de "pleurises".

A escassez de médicos em São Paulo até o século XIX, aliada à falta de registro de óbitos, deixaram uma lacuna muito grande na história da doença, havendo poucos relatos, desta época, de São Paulo e do restante do Brasil, exceto do Rio de Janeiro, que era a capital federal. Lá, conforme cita Ribeiro³² (1956), a tuberculose foi, no século XVIII, causa de óbito de cerca de um terço de seus habitantes. Esta proporção deve ter sido maior, pois os óbitos dos escravos negros não eram registrados e os mesmos morriam de tuberculose em maior proporção que os brancos¹³.

No início do século XIX, o Rio de Janeiro teve sua população duplicada em poucos anos, com a chegada da corte portuguesa fugindo das tropas de Napoleão. Sabe-se que, entre os imigrantes, muitos eram tuberculosos, fato que, aliado a um incremento na densidade populacional, provocou aumento da incidência, da prevalência e da mortalidade por tuberculose naquela cidade¹³.

Nesse período, São Paulo vivia a calma de pequena ci

dade da província, sendo local de difícil acesso e pouco atraente para a imigração.²⁹ No final do século XIX, com o deslocamento da cultura do café do vale do rio Paraíba para o oeste do estado e com a libertação dos escravos e a chegada das primeiras levas de imigrantes, São Paulo inicia seu progresso, desenvolve sua industrialização e aumenta sua população; é nesse período que surgem os primeiros registros sobre tuberculose. Foi fundada a primeira Inspetoria de Higiene, no consultório do Dr. Marcos Arruda, em 1887 - Paula Souza²⁷ (1940). Surgiram os pioneiros na luta contra a tuberculose, dentre os quais destacaram-se Dino Bueno, Mello Peixoto, Silva Pinto, Emílio Ribas, Guilherme Álvaro e Victor Godinho. Clemente Ferreira, em 1899, fundou o primeiro núcleo de combate à tuberculose em São Paulo, a atual Liga Paulista de Combate à Tuberculose, sendo inaugurado em 1904 o seu dispensário, atual Instituto Clemente Ferreira.

Segundo Ribeiro³² (1956), foi também no início deste século que os hospitais e as Santas Casas instalaram os primeiros pavilhões destinados ao isolamento de tuberculosos.

Foi no século atual que as pesquisas e a luta contra a tuberculose tomaram vulto.

Os principais fatos que marcaram a evolução da luta anti-tuberculose foram, no que concerne à legislação^{23,32}:

- Decreto estadual nº 219 de 30/11/1883, tornando de notificação facultativa as "manifestações tuberculosas";
- Código Sanitário, do estado de 1896, do Decreto 397 de 07/10/1896, tornando obrigatória a notificação de casos de tuberculose;
- Decreto estadual nº 2.141 de 14/11/1911, reorganizando o Serviço Sanitário do Estado; entre outras determinações, tornou compulsória a notificação da tuberculose e determinou o isolamento do tuberculoso;

- Lei nº 1.596 de 29/12/1917, reorganizando o Serviço Sanitário do Estado; entre outros artigos, determinou a pasteurização do leite bovino e fez referência a estâncias de cura;
- Decreto Estadual nº 4.891 de 13/02/1931, criando a Seção de Profilaxia da Tuberculose;
- Decreto Estadual nº 9.247 de 17/06/1938, criando a Divisão de Tuberculose, subordinada à Divisão Técnica;
- Decreto Federal nº 3.171 de 02/04/1941, criando o Serviço Nacional de Tuberculose;
- Decreto Estadual nº 14.223 de outubro de 1944, criando a Divisão do Serviço de Tuberculose;
- Decreto Federal nº 9.387 de 20/06/1946, criando a Campanha Nacional Contra a Tuberculose;
- Decreto Estadual nº 50.192 de 13/08/1968, extinguindo a Divisão dos Serviços de Tuberculose e integrando os dispensários existentes aos centros de saúde;
- Em 08/02/1981, assinando o Convênio INAMPS e Secretaria da Saúde, passando a esta o controle da tuberculose no Estado de São Paulo.

No que se refere à assistência hospitalar na capital de São Paulo, destaca-se a criação dos seguintes serviços^{23,32}:

- 1904, Seção Hospitalar de Tuberculose (5a. Enfermaria de Medicina), ligada à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, hoje desativada;
- 1932, Hospital São Luiz Gonzaga, com 400 leitos, hoje desativado;
- 1933, Pavilhão de Tuberculosos do Hospital do Juqueri;
- 1936, Sanatório Nossa Senhora de Lourdes, hoje desativado;

- 1937, Hospital Abrigo Clemente Ferreira;
- 1939, Hospital do Mandaqui, hoje Parque Hospitalar do Mandaqui;
- 1939, Hospital Geral Santa Cruz, hoje desativado;
- 1947, Sanatório Santo Antônio, hoje transformado em hospital geral.

A assistência ambulatorial foi marcada com o início de funcionamento dos seguintes órgãos^{23,32}:

- 1904, Dispensário do Núcleo Paulista de Combate à Tuberculose, atual Instituto Clemente Ferreira;
- 1931, Dispensário do Instituto de Higiene, hoje integrado ao Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública;
- 1938, Dispensário da Moóca, seguido, nos anos subsequentes, pelos Dispensários de Pinheiros, Casa Verde, Lapa, Santo Amaro, Santana, Brás, Jabaquara, Nossa Senhora do Ó, Penha, São Miguel Paulista e Vila Maria;
- 1941, Ambulatório do Serviço Médico da Imigração;
- 1943, Dispensário da Cruzada Bandeirante contra Tuberculose;
- 1944, Dispensário da Escola Paulista de Medicina;
- 1946, Dispensário Ipiranga, da Associação dos Sanatórios Populares "Campos do Jordão de Combate à Tuberculose";
- 1950, Dispensário do Serviço Social da Indústria (SESI).

As sociedades e Centros de Estudos de Tuberculose tiveram as seguintes datas de fundação³²:

- 1899, Núcleo de Combate à Tuberculose, atual Liga Paulista de Combate à Tuberculose;

- 1933, Departamento de Tisiologia da Associação Paulista de Medicina;
- 1945, Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose;
- 1949, Sociedade Paulista de Tisiologia;
- 1956, Associação Paulista de Moléstias Pulmonares.

Vale a pena ressaltar a importância que teve em nosso meio a Revista Paulista de Tisiologia, cujo primeiro número começou a circular em Janeiro de 1935 sob a responsabilidade de Clemente Ferreira, Ubiratan Pamplona, Diógenes A. Certain e Queiroz Guimarães.

1.2 - Tendência secular da tuberculose:

Grigg¹⁰ (1958), baseado nos estudos de Flatzeck - Hofbauer e Gottstein, demonstrou que os gráficos de uma série histórica dos coeficientes de mortalidade por tuberculose ou curva secular da tuberculose, nos diversos povos e nações, obedece a um mesmo padrão de traçado, dizendo: "basta ver como se tem tuberculizado uma nação para ver como se tuberculizam todas, e o que se diz das nações pode-se também dizer já, dentro delas, das cidades e dos povos".

Assim, nos diferentes povos e nos diferentes momentos, tem-se uma curva do tipo da observada no Gráfico I.

Observa-se primeiramente uma etapa, chamada de pré-tuberculização, quando surgem os primeiros doentes. Nesta etapa predominam as formas clínicas de primo-infecção, de tuberculose das serosas e das adenopatias externas. Nesta fase é mais comum a mortalidade por tuberculose na infância; a endemia pouco se propaga, pois predominam principalmente formas não contagiosas.

GRÁFICO I - Ritmo da invasão tuberculosa de um povo ou cidade²⁵.

Depois desta etapa segue-se a de tuberculização maciça, caracterizada por um grande aumento na mortalidade por tuberculose, atingindo a todas as idades. Nesta fase, de caráter realmente epidêmico, com predomínio de formas abertas ou bacilíferas altamente contagiantes, é estando a população ainda suscetível ao bacilo, a difusão se faz de maneira rápida e progressiva.

Os coeficientes de mortalidade, após este grande aumento, atingem o seu acme, estabilizam-se e permanecem neste platô por um período mais ou menos longo, dependendo das condições sócio-econômicas de cada local; esta é a chamada fase de estabilização. Há um grande número de doentes bacilíferos, mas, como a população já adquiriu certa resistência contra a tuberculose, a difusão da doença se faz mais lentamente.

Após esta fase segue-se a etapa de destuberculização, em que a curva se torna descendente; esta diminuição vai até certos limites e estabiliza-se, por períodos muito prolongados, demonstrando aumento da resistência da população e melhoria das condições de vida e das medidas de combate da doença; só haverá novo de-

crêscimo neste coeficiente se forem empregados métodos eficazes de combate à doença.

Este ciclo de tuberculização, acme e destuberculização pode durar séculos, podendo repetir-se, como ocorreu em certas cidades européias^{05,09}.

Exemplos destas curvas estão demonstrados em vários autores e podemos citar Gottstein⁰⁹ (1943), que, em 1943, realizou estudo de várias curvas de cidades européias.

Mas recentemente, Lowel²¹ (1969) fez a análise da curva de mortalidade nos Estados Unidos no período de 1900 a 1965 e demonstrou a queda desses coeficientes mesmo antes do advento dos quimioterápicos.

Styblo e Meijer³⁶ (1978) analisaram as curvas de mortalidade na Checoslováquia, Noruega e Holanda entre 1900 e 1940, afirmando que houve uma redução de cerca de 4 a 5% ao ano, sem relação nenhuma com vacinação ou quimioterapia específica da tuberculose; atribuíram esta queda ao melhoramento das condições sócio-econômicas, uma vez que as medidas anti-tuberculosas gerais existentes na primeira metade do século pouco teriam influído nesse declínio.

A principal medida que realmente influiu declinando sensivelmente esta curva foi a instituição da quimioterapia específica. Isto é demonstrado na queda dos coeficientes de mortalidade observada em todo mundo a partir de 1946, com o início do emprego da estreptomicina, mesmo nos países sub-desenvolvidos.

O início da utilização das drogas levou à organização das formas de luta contra a tuberculose, melhorando, conseqüentemente, a programação de combate à tuberculose³⁹.

Atualmente a mortalidade por tuberculose varia conforme o grau de desenvolvimento sócio-econômico dos países, havendo ainda um elevado coeficiente de mortalidade nos países sub-desenvolvidos, onde a tuberculose predomina nas faixas etá-

rias de 20 a 40 anos de idade, sendo as formas exudativas as mais comuns; nos países desenvolvidos, com coeficientes bastantes reduzidos, a mortalidade ocorre mais nas faixas etárias acima de 60 anos de idade, e as formas mais frequentes são as sequeleares.

A análise das curvas seculares de algumas capitais brasileiras, segundo Ribeiro³² (1956), permite as seguintes observações por cidade:

- Dados de 1891 a 1954, de Porto Alegre, mostram uma curva na fase de estabilização no período de 1891 a 1945, com uma pequena tendência à diminuição; após 1946 há uma queda acentuada na mortalidade.
- Dados de 1905 a 1955, de Niterói, mostram a mesma tendência de Porto Alegre.
- Recife, com dados de 1853 a 1954, revela, nesses 100 anos, uma primeira fase de ascensão no número de ôbitos, que vai aproximadamente até 1900 seguida da fase de estabilização até 1945 e da queda já relatada.
- Vitória, com dados de 1920 a 1954, mostra também uma fase de estabilização.
- Dados de 1860 a 1950, do Rio de Janeiro, antigo Distrito Federal, mostram uma curva com tendência ao declínio. Neste período, esta cidade se encontra na fase de destuberculização.

O comportamento diferente do Rio de Janeiro pode ser explicado, pois, como capital federal, era o polo de atração para os imigrantes. Ela teve sua população duplicada rapidamente quando para lá se dirigiu a corte portuguesa no início do século XIX, que, segundos relatos, tinha muitos doentes do pulmão entre seus membros. Este fato deve ter contribuído para a tuberculização mais rápida e precoce da capital

federal, além da industrialização do Rio de Janeiro, que ocorreu nos meados do século passado²⁹.

Esta cidade também contou prioritariamente com serviços médicos assistenciais e de saneamento básico, que podem ter contribuído para a destuberculização mais precoce.

As outras capitais estavam de certa forma isoladas e havia pouca movimentação migratória, até o final do século passado, quando tiveram um certo progresso; aumentaram sua população pela migração interna, principalmente dos negros libertos que vi^{am} eram das fazendas para a capital e pela imigração européia; além disso, no início deste século algumas delas iniciaram sua industrialização.

Estas cidades devem ter sofrido um processo de tuberculização no final do século XIX e ter estado no seu acme no início do século XX, como por exemplo ocorreu em Recife.

O uso dos quimioterápicos no combate à tuberculose modificou bastante esta tendência secular; não se pode esquecer que medidas gerais, como a criação do Serviço Nacional de Tuberculose, em 1941, e da Campanha Nacional de Combate à Tuberculose; em 1946, devem ter influído na queda da mortalidade por tuberculose.

No gráfico II, observa-se que o coeficiente de mortalidade por tuberculose em São Paulo, no período de 1900 a 1940, teve pouca variação, parecendo que a fase de tuberculização da cidade estava em seu acme. Nesse período de estabilização, observa-se, entre 1900 e 1920, uma tendência à diminuição, seguida do período de 1920 a 1945, com tendência crescente. Foi por volta de 1920 que São Paulo passou a ser o maior centro industrial do Brasil, tornando-se polo importante de atração migratória, tendo sua população rapidamente aumentada.

Os migrantes, geralmente vindos de cidades interiores do mesmo ou de outros estados, eram anérgicos em relação à tuberculose, pois nos seus locais de origem estava iniciando-se a

Coef. 100 000

GRÁFICO II

COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE (X 100000 Hab.) SÃO PAULO, 1900/1979.

FONTE: referências 24.35.40.

tuberculização; aqui chegando, foram morar em locais com péssimas condições sanitárias, trabalhar em fábricas com más condições de salubridade, tornando-se presas fáceis da tuberculose, aumentando, assim, a sua incidência e invertendo a tendência de decréscimo da curva.

Observa-se um declínio bem acentuado no período de 1946 a 1952, facilmente relacionado ao início da quimioterapia e provavelmente também à atuação da Campanha Nacional de Combate à Tuberculose.

De 1953 a 1956 a curva praticamente se estabilizou, provavelmente devido à falta de esquemas padronizados de tratamento e do emprego da monoterapia, resultando no aumento de doentes crônicos. Após 1956 esta curva torna a decrescer suavemente até 1969; em 1969 - 1970 houve uma grande queda da mortalidade, relacionada ao fato de que, a partir de 1970, os óbitos passaram a ser analisados segundo o local de residência, não mais pelo local de ocorrência, como era feito até então. Esta capital tinha, até 1970, um grande número de óbitos de pessoas não residentes em São Paulo que vinham para cá em busca de recursos médicos e aqui morriam.

Após 1970 continuou este declínio, de maneira mais suave.

1.3 - Situação atual da mortalidade por tuberculose em São Paulo;

Comparando, na tabela 1, o coeficiente de mortalidade de São Paulo com o de alguns países do mundo, observa-se que esta cidade apresenta um coeficiente de mortalidade específico por tuberculose situado em uma faixa intermediária entre os países menos desenvolvidos, com coeficientes mais altos, e países mais desenvolvidos, com menores coeficientes. O Japão tem coeficiente maior que o de São Paulo, pois os óbitos ocorridos nesse país são

TABELA 1 - Coeficiente de mortalidade específica por tuberculose
(por 100 000 habitantes) em alguns países, anos em
torno de 1977 e no município de São Paulo*.

PAÍS	ANO	COEFICIENTE
Guatemala (1)	1978	13,9
México (1)	1976	13,2
Polonia (2)	1978	9,8
Hong Kong (2)	1978	7,8
Argentina (1)	1978	7,4
Japão (2)	1978	6,9
Venezuela (1)	1978	6,4
São Paulo (3)	1979	5,8
Egito (2)	1976	5,1
Romenia (2)	1978	3,9
Bélgica (2)	1976	3,7
França (2)	1977	3,6
República Federal Alemã (2)	1978	3,1
Rep. Democrática Alemã (2)	1978	2,7
Suécia (2)	1978	2,3
Estados Unidos (2)	1978	1,5
Inglaterra (2)	1977	1,1
Canada (2)	1978	0,9
Israel (2)	1978	0,9
Austrália (2)	1977	0,5
Holanda	1978	0,3

FONTES: (1) BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. (Organizacion Panamericana de la Salud) Washington. DC, 2 (5) 1981.

(2) DEMOGRAPHIC YEAR BOOK: 1980 (United Nations) New York, 1982.

(3) CIS

* último ano informado.

estudados e analisados de maneira mais criteriosa, sendo estes ôbitos por tuberculose, na sua grande maioria, devidos a seqüelas, segundo Aoki⁰⁴ (1978).

Atualmente, cerca de 0,9% do total dos ôbitos do município são devidos à tuberculose e ela sozinha representa 38,2% do total de ôbitos por doenças infecciosas em pessoas maiores de 15 anos de idade. A tuberculose continua a matar pessoas em idade produtiva, causando grandes prejuízos ao país. Embora contando há mais de 3 décadas com tratamento eficaz, barato e com poucos efeitos colaterais, e existindo métodos fáceis de diagnóstico e de prevenção, ela matou 469 pessoas com mais de 15 anos de idade, residentes em São Paulo, no ano de 1979.

Quais são os fatores contribuintes para que ainda hoje pessoas morram de tuberculose? Qual é o perfil do tuberculoso que morre em São Paulo, apesar de esta cidade contar com várias unidades sanitárias, hospitais especializados, médicos e para-médicos capacitados a orientar o tratamento, que é feito de forma totalmente gratuita e com drogas eficazes?

A partir dos ôbitos de pessoas com 15 e mais anos de idade que residiam e faleceram no município de São Paulo no ano de 1980, tendo a tuberculose como causa básica ou associada, o presente trabalho foi planejado com a finalidade de:

- identificar fatores que possam estar contribuindo , nos dias de hoje, para a ocorrência de ôbitos por tuberculose;
- verificar o grau de conhecimento por parte do Sistema de Saúde a respeito dos casos estudados e
- verificar o grau de concordância, quanto à causa básica, entre o atestado original e o revisto.

2. MATERIAL E MÉTODOS.

2.1. População de análise:

A população constituiu-se da totalidade dos óbitos ocorridos durante o ano de 1980 no município de São Paulo, de pesoas com 15 ou mais anos de idade residentes nesse município, em cujo atestado de óbito constasse tuberculose como causa principal ou associada da morte. Tais informações foram obtidas no Departamento de Demografia da Fundação SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados - para onde é encaminhada uma via de cada atestado de óbito ocorrido no estado.

Todos os óbitos são registrados no cartório de registro civil mais próximo do local de ocorrência, pois sem este registro não pode ocorrer sepultamento ou cremação do cadáver. Existem no município de São Paulo 53 cartórios de registro civil correspondentes a distritos e subdistritos do município. Sabe-se que a cidade é dividida em 9 distritos sendo que o 1º Distrito - Distrito de São Paulo - é subdividido em 48 subdistritos; com exceção dos subdistritos de Pinheiros e Vila Jaguara e do distrito de Itaim Paulista todos os outros subdistritos e distritos possuem cartório de registro civil.

No início do mês, cada cartório envia ao SEADE uma relação dos falecimentos ocorridos no mês anterior, acompanhada de uma via dos respectivos atestados de óbito devidamente preenchidos; no SEADE, esses atestados são arquivados segundo o local de ocorrência na Capital, na Grande São Paulo ou no Interior do Estado.

Posteriormente eles são classificados e codificados, após o que são distribuídos por local de residência. Este período entre a chegada dos óbitos e a codificação demora, em média, um ano.

Com autorização e colaboração dos funcionários do SEADE, no início de cada mês eram verificados os óbitos ocorridos na cidade de São Paulo no mês anterior. Esta verificação era feita manualmente e quando constava tuberculose, quer na parte I quer na parte II do atestado de óbito (anexo I), em pessoa de 15 anos ou mais e que residia no município de São Paulo, copiavam-se em um atestado em branco todos os dados contidos no original, reproduzindo-os o mais fielmente possível.

Este procedimento foi iniciado no mês de maio de 1980, quando foram copiados todos os óbitos ocorridos de janeiro a abril daquele ano; a partir de junho, foram sendo copiados mensalmente os óbitos ocorridos no mês anterior, até janeiro de 1981, quando foram copiados os óbitos ocorridos em dezembro de 1980. Retornou-se ao SEADE em fevereiro de 1981 para verificar a eventualidade da ocorrência de algum óbito no dia 31 de dezembro que tivesse sido registrado no início de janeiro; de fato, havia ocorrido um.

De posse dos atestados, esses foram numerados por ordem de ocorrência, sendo o número 1 correspondente ao primeiro óbito do mês de janeiro de 1980, o número 2 ao seguinte e assim por diante até o número 575, correspondente ao último óbito ocorrido naquela ano. Esta numeração foi designada "número de ordem".

Obtiveram-se assim as seguintes informações, contidas nos atestados de óbito:

- cartório no qual foi registrado o óbito;
- número do registro;
- data do registro;
- data do óbito;
- nome do falecido;
- estado civil;
- sexo;

- data de nascimento;
- idade;
- ocupação habitual;
- grau de instrução;
- nomes dos pais;
- endereço de residência;
- local da ocorrência;
- endereço do local da ocorrência;
- causa da morte - partes I e II;
- se o diagnóstico foi confirmado por exames complementares, procedimentos cirúrgicos ou necrópsia;
- nome e endereço do médico que assina o atestado.

2.2. Formulário de entrevista domiciliária:

2.2.1. Pré-teste: Com a assessoria de docentes da Faculdade de Saúde Pública (F.S.P.), foi confeccionado um formulário básico e escolhidos ao acaso 10 óbitos ocorridos no mês de abril de 1980, sendo entrevistados os familiares destes falecidos.

Pôde-se aí observar as falhas e dificuldades tanto na formulação dos quesitos, como no entendimento dos mesmos por parte dos familiares, bem como no preenchimento desse pré-teste.

Após as correções necessárias, o formulário foi refeito e foram escolhidos, ao acaso, outros 5 óbitos e entrevistados os familiares. Dessa forma obteve-se o formulário definitivo.

2.2.2. Estrutura definitiva do formulário - Parte A (Anexo II):

O formulário definitivo era constituído por 2 partes: o cabeçalho e a caracterização.

O cabeçalho, formado pelos quesitos numerados de 1 a 11, dava as informações contidas no atestado de óbito que eram as seguintes:

- 1 - nome;
- 2 - número de ordem - que era o mesmo número dado ao atestado;
- 3 - endereço - o que constava no atestado;
- 4 - distrito - o da residência - que, na maioria das vezes, não correspondia ao da ocorrência;
- 5 - data do óbito;
- 6 - estado civil;
- 7 - idade - em anos;
- 8 - sexo;
- 9 - profissão;
- 10 - local do óbito;
- 11 - necrópsia.

Além dessas informações, havia no canto superior direito deste cabeçalho um local para assinalar a localização do endereço da residência, segundo o índice do Guia de São Paulo de 1980¹² (Guia).

A parte de caracterização compreendia os quesitos de 12 a 31, sendo constituída de perguntas a serem feitas aos familiares dos falecidos; eram os seguintes os quesitos:

- o quesito nº 12 visava a confirmar se o falecido residia naquele local;
- o nº 13 perguntava se o falecido sempre morou em São Paulo;
- os de números 14 e 15 eram respondidos se a pergunta 13 fosse negativa. O 14 referia-se à região de procedência e o nº 15 ao tempo em que ele residia em São Paulo;

- No quesito 16 era perguntado se a família sabia de que doença ele havia falecido. A resposta poderia ser tuberculose ou doença dos pulmões, outra doença qualquer, ou a família não saber. Quando a família sabia que ele morreu de tuberculose ou "doença dos pulmões" era formulado o quesito 17, que é referente ao tempo em que ele estava doente - não sendo formulado o de número 18. Se a família informasse que foi outra doença, ou não sabia da causa da morte, não era formulado o quesito 17 e era o 18; este procurava saber se ele tinha alguma doença pulmonar; caso a resposta fosse afirmativa, era perguntado qual era essa doença;
- os quesitos de 19 a 21 referiam-se ao fato de ele estar fazendo tratamento, o local e o tipo de remédio que estava tomando;
- o número 22 referia-se à presença e à intensidade da tosse;
- o 23 sobre o hábito de beber;
- o 24 sobre o hábito de fumar;
- o quesito 25 procurava saber da presença de outras doenças concomitantes;
- o de nº 26 investigava se naquela casa alguém, além do falecido, ficou doente dos pulmões naquele ano;
- o 27 inquiria se as pessoas residentes naquela casa haviam ido a uma unidade de saúde fazer exames de controle para comunicantes de caso de tuberculose; se não, qual o motivo de não terem ido;
- o quesito 28 era referente à renda familiar;
- o 29 sobre a escolaridade do falecido;
- o nº 30 verificava a profissão do falecido;

- finalmente, o quesito 31 indagava qual o grau de parentesco da pessoa entrevistada com o falecido.

Havia, no final, um espaço para observações, data da entrevista e assinatura do entrevistador.

2.3. Formulário da entrevista institucional:

2.3.1. Pré-teste - Após ter sido confeccionado um formulário básico, foram escolhidos 3 óbitos ocorridos em hospitais nos meses de março e abril, sendo um deles em hospital especializado, outro em hospital universitário e outro em hospital geral.

Observadas as dificuldades no preenchimento e coleta dos dados, e após as correções necessárias, obteve-se o formulário definitivo.

2.3.2. Estrutura definitiva do formulário - Parte B (Anexo III):

Esta parte também era constituída por um cabeçalho, com os itens de 32 a 36, e um corpo de informações, com os itens de números 37 a 53. Os itens eram os seguintes:

- 32 - nome da instituição a ser visitada. Esta podia ser aquela em que faleceu, esteve em tratamento ou foi autopsiado;
- 33 - número de ordem (o mesmo do atestado de óbito);
- 34 - nome do falecido;
- 35 - data do óbito e
- 36 - local do óbito.

O corpo do formulário compreendia os seguintes itens que eram preenchidos na instituição, quando possível:

- 37 - data da primeira consulta;
- 38 - internação (ões) anterior (es);

- 39 - instituição que o transferiu ou o encaminhou;
- 40 - endereço do falecido, tal como consta nos registros da instituição;
- 41 - sobre dispnéia;
- 42 - sobre caquexia;
- 43 - sobre hemoptise;
- 44 - se estava ou não consciente;
- 45 - resumo da história clínica;
- 46 - resultado da bacterioscopia de escarro para bacilo ácido-alcool-resistente ;
- 47 - exame radiológico, classificando os achados conforme o proposto pela National Tuberculosis Association³⁸ - mínima, moderadamente avançada e muito avançada;
- 48 - outros exames, não relacionados à tuberculose;
- 49 - tratamento específico;
- 50 - tratamento não específico;
- 51 - registro de outras doenças associadas;
- 52 - transcrição dos dados da necrópsia;
- 53 - registro da fonte de informação.

Com o nome do entrevistador e a data, o formulário era encerrado.

2.4. Formulário de verificação da notificação e correção do atestado de óbito - Parte C (Anexo IV):

Este formulário era constituído por um cabeçalho e outros dois tópicos.

O cabeçalho continha nome do falecido, número de ordem do atestado de óbito, nome da mãe do falecido, local e data do óbito.

O primeiro tópico referia-se à verificação da notifi-

cação no Centro de Informações de Saúde (CIS) da Secretaria da Saúde, compreendendo os seguintes itens:

54 - verificação da notificação do caso de tuberculose;

55 - informação sobre a ocorrência do óbito.

O segundo tópico referia-se à classificação das causas do óbito, segundo as regras definidas pela XX Assembléia Municipal de Saúde²²:

56 - seleção da causa básica e das causas associadas, a partir das informações contidas no atestado de óbito;

57 - seleção da causa básica e das causas associadas, com base nas informações obtidas nas entrevistas domiciliárias e institucionais.

A partir da sua análise, a causa básica registrada no atestado original era mantida ou modificada, segundo metodologia descrita por Puffer e Griffith³⁰ (1968).

2.5. Treinamento dos entrevistadores:

Após a confecção dos formulários, foram contratados 3 entrevistadores de nível médio de instrução para as entrevistas domiciliárias e 1 médico para as entrevistas institucionais. Todos eles já tinham experiência prévia com este tipo de entrevistas.

Para os entrevistadores domiciliários foi realizado treinamento sobre noções básicas de tuberculose, preenchimento do formulário, abordagem dos familiares e respostas a possíveis perguntas, sendo fornecida orientação quando necessária.

O médico foi orientado quanto aos objetivos do trabalho e instruído a respeito da coleta dos dados.

2.6. Trabalho de campo:

2.6.1. Preenchimento dos cabeçalhos e distribuição dos formulários:

Terminada a coleta dos atestados de óbito, os mesmos foram numerados e os cabeçalhos preenchidos na parte A.

A seguir, o endereço do falecido era localizado no Guia e a página e as linhas do guia que correspondiam ao endereço eram marcadas no cabeçalho.

Após isto, os atestados eram separados por regiões da cidade e entregues aos entrevistadores, cada um deles ficando responsável por uma área.

O cabeçalho da parte B era preenchido nas seguintes situações:

- quando o óbito ocorreu em hospital;
- quando havia informação de tratamento em uma unidade sanitária;
- quando havia sido realizada necrópsia no Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou no Instituto Médico Legal (IML).

Assim, um mesmo caso poderia ter até 3 formulários institucionais - hospital, S.V.O. e centro de saúde - como poderia não ter nenhum, no caso de óbito no domicílio, sem necrópsia e não se conseguido informação se ele esteve em tratamento específico.

A parte C era preenchida com o nome do falecido, nome da sua mãe, data e local do óbito.

2.6.2. Execução do trabalho de campo:

2.6.2.1. Entrevista domiciliária:

Após a distribuição dos formulários, os entrevistado-

res, munidos de carta de apresentação, dirigiam-se ao endereço constante no formulário. As vezes o endereço contido no atestado não era encontrado no Guia; nesta situação, foi utilizado um guia mais antigo, de 1969, pois poderia ter ocorrido mudança e a família ter informado o nome mais antigo da rua. Procurou-se informação também daquele endereço na Eletropaulo, lista telefônica e companhias de gás engarrafado.

Quando ocorria de não ser encontrada aquela rua, mas no atestado de óbito constava um nome de bairro ou jardim, localizava-se aquele local no Guia e era procurada uma rua com nome parecido grafica ou foneticamente.

Para a localização valeu-se também de informações do serviço social dos hospitais onde ocorreram os óbitos como também dos boletins de ocorrência policial, nos casos necropsiados.

Vale lembrar o grande número de ruas 1, 2, 3 etc, ruas A, B, C etc e ruas Particulares em São Paulo.

Outras vezes poderia ocorrer de ser encontrada a rua mas não o número da casa. Neste caso o entrevistador deveria perguntar na redondeza, principalmente nos bares, se conheciam o falecido e deveria percorrer toda a extensão da rua, pois é sabido que na periferia a numeração das ruas é ao acaso não obedecendo uma ordem lógica. Assim por exemplo a casa número 21 poderia estar no início, meio ou no fim da rua, como também poderia ter mais de um número 21.

Quando com estes cuidados não era encontrada a residência, esta era dada como não localizada.

Sendo encontrado o endereço eles se apresentavam, confirmavam a residência habitual do falecido e pediam autorização dos familiares para a entrevista, explicando que esta fazia parte de um estudo da doença que levou aquela pessoa ao óbito.

Havia reuniões frequentes para esclarecimento de dúvi

das, sendo cada formulário revisado pelo Autor em conjunto com o entrevistador.

2.6.2.2. Entrevista institucional:

Na instituição, o médico entrevistador entregava carta de apresentação ao diretor da mesma e, após autorização deste, eram iniciadas as consultas ao prontuário do falecido, e quando possível, ao médico que o atendeu no hospital, pronto socorro ou centro de saúde. Quando a instituição era o I.M.L. ou os S.V.Os., tanto o da Faculdade de Medicina da USP como o da Escola Paulista de Medicina, consultavam-se os relatórios de necrópsia e os boletins de ocorrência policial. O boletim de ocorrência policial é preenchido em caso de óbito por causa violenta, suspeita de causa violenta ou por causa indefinida. Nesses casos a polícia é acionada para remoção do cadáver ao I.M.L. O boletim contém, além dos dados de identificação do cadáver, o endereço detalhado do local onde foi encontrado, e a descrição de como se deu a morte e do estado do corpo.

Havendo suspeita de morte violenta, o I.M.L. realiza a necrópsia; em caso contrário, o corpo é enviado ao S.V.O. a fim de esclarecer a causa da morte.

2.6.2.3. Verificação da notificação:

De posse da parte C dos formulários e com autorização da diretoria do CIS, foi feita consulta aos arquivos a fim de verificar a notificação do caso e respectiva data, bem como a informação a respeito do óbito.

2.7. Classificação e reclassificação da causa básica e das causas associadas:

As causas básicas e associadas, conforme constavam do atestado de óbito, foram codificadas de acordo com as regras contidas no Manual da Classificação de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos²² 1975 com assessoria de docentes da F.S.P.

Foi possível definir a causa básica e as associadas a partir das informações dos familiares, das instituições que o trataram ou que ocorreu o óbito e também dos relatórios de necropsia. Esta conclusão era independente daquela assinalada pelo médico que preencheu o atestado original, podendo ou não haver concordância entre as duas, tal como ocorreu na Investigação Interamericana de Mortalidade³⁰.

2.8. Apuração dos resultados:

Após a união das 3 partes (A, B e C) dos formulários, foi iniciado o seu processamento.

O primeiro passo foi elaborar, com auxílio técnico de especialistas da F.S.P., um guia de codificação (Anexo V).

Este guia era preenchido com as informações contidas nos atestados de óbito e nos formulários de entrevistas domiciliares e institucionais.

Para codificar o item 7 utilizou-se uma adaptação da classificação do Manual de Imposto de Renda - Pessoa Física (Anexo VII). Houve necessidade de uma complementação dessa lista com mais três grupos de ocupação:

- o 96, correspondendo a prendas domésticas;
- o 97, serventes e ajudantes, enquadrando pessoas sem ocupação definida, vivendo de atividades ditas "biscates" ou "bicos", por exemplo, carregador de carga em caminhão, transportador de sacolas em feiras livres, vendedores de flores em esquinas etc;

- o 98, ocupação ignorada, tanto pelo atestado como pelas entrevistas.

Com esse guia de codificação foram preenchidas as fichas de codificação, a seguir encaminhadas ao técnico de computação da F.S.P.

Para elaboração das tabelas apresentadas, os dados foram transferidos para cartões IBM e encaminhados para computação eletrônica.

Para a análise dos dados foram utilizados:

- porcentagens;
- coeficiente de mortalidade geral e mortalidade específica com tuberculose - qualquer ôbito que a tuberculose foi causa básica ou associada;
- teste de significância para associação - qui-quadrado - com nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS.

Dos 61 209 óbitos ocorridos no município de São Paulo no ano de 1980, 375 eram de pessoas que residiam nesta cidade, tinham 15 ou mais anos de idade e constava tuberculose no atestado de óbito, como causa básica ou associada. Na tabela 2 e no gráfico III observa-se a distribuição mensal desses óbitos.

A distribuição das variáveis faixa etária, sexo e estado conjugal observa-se nas tabelas 3, 4 e 5, respectivamente.

Na tabela 6 tem-se a distribuição desses casos por distrito ou subdistrito de residência, sendo também calculado o coeficiente de mortalidade específico de maiores de 14 anos. Em 24 casos não foi possível localizar o distrito de residência devido ao mau preenchimento do atestado.

TABELA 2 - Distribuição mensal do total de óbitos e do número e porcentagem dos óbitos com tuberculose, de pessoas com 15 e mais anos de idade residentes no município de São Paulo, ocorridos no ano de 1980.

MÊS	ÓBITOS POR TODAS AS CAUSAS	ÓBITOS COM TUBERCULOSE Nº	%
Janeiro	5 147	20	0,39
Fevereiro	4 801	25	0,52
Março	5 318	25	0,47
Abril	4 860	26	0,53
Maio	5 322	27	0,51
Junho	5 728	33	0,58
Julho	5 780	41	0,71
Agosto	4 952	37	0,75
Setembro	4 774	41	0,86
Outubro	4 981	34	0,68
Novembro	4 528	34	0,75
Dezembro	5 018	32	0,64
T O T A L	61 209	375	0,61

GRÁFICO III

DISTRIBUIÇÃO MENSAL DO NÚMERO DE ÓBITOS COM TUBERCULOSE OCORRIDOS EM MAIORES DE 15 ANOS RESIDENTES EM SÃO PAULO, 1980.

Nº de óbitos

TABELA 3 - Distribuição do número de habitantes, número e porcentagem de óbitos com tuberculose e respectivos coeficientes de mortalidade, por 100 000 habitantes, segundo faixa etária, São Paulo, 1980.

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO*	ÓBITOS		COEFICIENTE
		Nº	%	
15 — 20	854 973	11	2,9	1,29
20 — 30	1 854 711	41	10,9	2,21
30 — 40	1 224 633	81	21,6	6,61
40 — 50	852 860	83	22,2	9,73
50 — 60	618 322	80	21,3	12,94
60 — 70	338 482	44	11,8	13,00
70 e mais	200 335	30	8,0	14,97
Ignorado	- -	05	1,3	-
T O T A L	5 944 316	375	100,0	6,48

*FONTE: CIS

TABELA 4 - Distribuição do número de casos novos e óbitos com tuberculose de pessoas de 15 anos e mais, segundo o sexo. São Paulo, 1980.

SEXO	CASOS NOVOS*		ÓBITOS	
	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	2 328	62,1	288	76,8
FEMININO	1 422	37,9	87	23,2
T O T A L	3 750	100,0	375	100,0

*FONTE: CIS

TABELA 5 - Distribuição do número de habitantes com 15 anos e mais, número e porcentagem de óbitos com tuberculose e respectivos coeficientes de mortalidade, por 100 000 habitantes, segundo estado conjugal. São Paulo, 1980.

ESTADO CONJUGAL	POPULAÇÃO*	ÓBITOS		COEFICIENTE
		Nº	%	
Solteiro	1 881 686	163	43,5	8,66
Casado	3 433 354	163	43,5	4,75
Viúvo, desquitado ou divorciado	440 025	33	8,7	7,50
Ignorado	34 739	16	4,3	...
T O T A L	5 789 804	375	100,0	6,47

*FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL. (Fundação IBGE).

Rio de Janeiro, v. 42, 1981.

TABELA.6 - Distribuição da população de 15 anos e mais, número e porcentagem de óbitos com tuberculose e coeficientes de mortalidade, por 100 000 habitantes, segundo distritos e subdistritos de residência. São Paulo, 1980.

DISTRITOS OU SUBDISTRITOS	POPULAÇÃO*	ÓBITOS		COEFICIENTE
		Nº	%	
DISTRITO DE SÃO PAULO	4 855 301	282	75,2	6,01
Sé	5 757	2	0,5	34,74
Liberdade	51 702	-	-	-
Penha	96 907	5	1,3	5,15
Nossa Senhora do Ó	117 951	5	1,3	4,23
Santa Efigênia	30 427	6	1,6	19,71
Brás	33 082	7	1,9	21,15
Consolação	51 432	1	0,3	1,94
Santana	186 854	11	2,9	5,88
Vila Mariana	74 430	5	1,3	6,70
Belenzinho	33 616	-	-	-
Santa Cecília	58 926	2	0,5	3,39
Cambuci	37 229	2	0,5	5,37
Butantã	216 788	12	3,2	5,53
Lapa	92 940	3	0,8	3,22
Bom Retiro	17 090	-	-	-
Moóca	24 599	3	0,8	12,19
Bela Vista	54 987	3	0,8	5,45
Ipiranga	122 447	6	1,6	4,90
Perdizes	88 091	3	0,8	3,40
Jardim América	38 723	-	-	-
Saúde	197 011	6	1,6	3,04
Tucuruvi	315 704	21	5,70	6,65
Casa Verde	75 071	7	1,9	9,32

TABELA 6 - Distribuição da população de 15 anos e mais, número e (Cont.) porcentagem de óbitos com tuberculose e coeficientes de mortalidade, por 100 000 habitantes, segundo distritos e subdistritos de residência. São Paulo, 1980.

DISTRITOS OU SUBDISTRITOS	POPULAÇÃO*	ÓBITOS		COEFICIENTE
		Nº	%	
Indianópolis	57 778	1	0,3	1,73
Pari	19 019	2	0,5	10,51
Vila Prudente	336 954	14	3,7	4,15
Tatuapé	190 030	11	2,9	5,78
Jardim Paulista	80 038	1	0,3	1,24
Santo Amaro	521 150	31	8,3	5,94
Ibirapuera	108 778	3	0,8	2,75
Pirituba	79 909	12	3,2	15,01
Capela do Socorro	306 106	10	2,7	3,26
Alto da Moóca	92 705	2	0,5	2,15
Cerqueira Cesar	45 491	4	1,1	8,79
Barra Funda	20 829	-	-	-
Vila Maria	89 460	6	1,6	6,70
Aclimação	38 079	2	0,5	5,25
Vila Matilde	162 471	14	3,7	8,61
Vila Madalena	32 902	1	0,3	3,03
Brasilândia	119 323	15	4,0	12,57
Cangaíba	51 197	4	1,1	7,80
Jabaquara	181 176	12	3,2	6,62
Jaguará	48 709	-	-	-
Limão	58 382	6	1,6	10,27
Pinheiros	32 489	2	0,5	6,15
Vila Formosa	81 959	7	1,9	8,54
Vila Guilherme	53 182	6	1,6	11,28
V. Nova Cachoeirinha	25 429	6	1,6	23,59

TABELA 6 - Distribuição da população de 15 anos e mais, número (Cont.) e porcentagem de óbitos com tuberculose e coeficientes de mortalidade, por 100 000 habitantes, segundo distritos e subdistritos de residência, São Paulo, 1980.

DISTRITOS OU SUBDISTRITOS	POPULAÇÃO*	ÓBITOS		COEFICIENTE
		Nº	%	
DISTRITO DE ERMELINDO MATARAZZO	163 955	15	4,0	9,14
DISTRITO DE GUAIANA- ZES	101 688	14	3,7	13,76
DISTRITO DE ITAQUERA	280 853	13	3,5	4,62
DISTRITO DE JARAGUÁ	34 584	2	0,5	5,78
DISTRITO DE PARELHEI- ROS	18 497	-	-	-
DISTRITO DE PERUS	32 854	3	0,8	9,13
DISTRITO DE SÃO MI- GUEL PAULISTA	302 072	22	5,9	7,28
Sem Informações	- -	24	6,4	-
T O T A L	5 789 804	375	100,0	6,48

*FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL. (Fundação IBGE).

Rio de Janeiro, v. 42, 1981.

Em relação às entrevistas domiciliárias, observou-se que, da população de 375 óbitos, foram realizadas 245 (65,4%) entrevistas; em 125 (33,3%) não foram realizadas, pois o domicílio não foi localizado; em 3 casos (0,8%) não havia endereço no atestado de óbito e em 2 (0,5%) o cadáver não foi identificado.

A comparação entre essas duas populações - a encontrada e a não encontrada - em relação às variáveis sexo, estado conjugal, zona de residência e faixa etária, conforme o que consta no atestado de óbito, pode ser vista nas tabelas 7, 8, 9 e 10, respectivamente.

TABELA 7 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos com tuberculose segundo o sexo e o fato de ser encontrado seus familiares. São Paulo, 1980.

Sexo \ Encontrada a família	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	185	75,5	103	79,2	288	76,8
Feminino	60	24,5	27	20,8	87	23,2
T O T A L	245	100,0	130	100,0	375	100,0

$\chi^2_{ob} = 0,66$

$\chi^2 = 3,941$
crítico
 $\alpha = 5\%, 1 \text{ g } 1.$

TABELA 8 - Distribuição do número e porcentagem dos óbitos com tuberculose segundo o estado conjugal e o fato dos familiares serem encontrados. São Paulo, 1980.

Estado conjugal \ Encontrada a família	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteiro	100	40,8	63	48,5	163	43,5
Casado	117	47,8	46	35,4	163	43,5
Outros	28	11,4	21	16,1	49	13,0
T O T A L	245	100,0	130	100,0	375	100,0

$\chi^2_{ob} = 6,5558$

$\chi^2 = 5,991$
crítico
 $\alpha = 5\%, 2 \text{ g } 1.$

TABELA 9 - Distribuição do número e porcentagem dos óbitos com tuberculose, segundo a zona de residência e o fato dos familiares serem encontrados. São Paulo, 1980.

Zona de residência \ Encontrada a família	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Central	27	11,0	6	5,7	33	9,4
Intermediária	94	38,4	26	24,5	120	34,2
Periférica	124	50,6	74	69,8	198	56,4
T O T A L	245	100,0	106*	100,0	351*	100,0

$\chi^2_{ob} = 11,1133$

$\chi^2 = 5,991$
crítico
 $\alpha = 5\%, 2 \text{ g } 1.$

* em 24 casos não foi possível localizar a zona de residência.

TABELA 10 - Distribuição do número e porcentagem dos óbitos com tuberculose segundo a faixa etária e o fato dos familiares serem encontrados. São Paulo, 1980.

Faixa etária \ Encontrada família	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<30	27	11,0	24	19,2	51	13,8
30 — 60	159	64,9	85	68,0	244	65,9
60 e mais	59	24,1	16	12,8	75	20,3
T O T A L	245	100,0	125*	100,0	370*	100,0

$$\chi^2 = 10,3759$$

$$\chi^2 = 5,991$$

$$\text{Crítico} = 2 \text{ gl e } \alpha = 5\%$$

OBS.: *em 5 casos não foi possível determinar a idade.

Os resultados das entrevistas domiciliárias foram os que se seguem:

- na tabela 11, com base nas informações dos familiares e do atestado de óbito, vê-se a ocupação habitual do falecido;
- na tabela 12, a renda familiar;
- na tabela 13, o grau de escolaridade;
- na tabela 14, região de origem dos imigrantes;
- na tabela 15, tempo de residência em São Paulo;
- nas tabelas 16 e 17, respectivamente, os hábitos de beber e de fumar.

Procurou-se, a seguir, avaliar o conhecimento dos familiares sobre a doença responsável pelo óbito: a tabela 18, se a família sabia qual foi esta doença, a 19, sobre o tempo de adoecimento e a 20, sobre o local de tratamento.

TABELA 11 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas de 15 anos e mais falecidos com tuberculose, segundo o grupo de ocupação principal, São Paulo, 1980.

GRUPO DE OCUPAÇÃO PRINCIPAL*	ÓBITOS	
	Nº	%
11- Médicos, odontólogos, enfermeiros e trabalhadores <u>as</u> semelhantes.	01	0,3
15- Técnicos.	01	0,3
16- Trabalhadores ligados a apresentação de espetáculos públicos e a prática desportiva.	03	0,8
17- Jornalista e assemelhados.	01	0,3
29- Servidores civis e militares e agentes de administração pública não especificados nos grupos anteriores.	05	1,3
39- Trabalhadores administrativos e assemelhados não especificados nos grupos anteriores.	05	1,3
40- Supervisores, corretores e trabalhadores assemelhados.	10	2,7
41- Vendedores e assemelhados.	16	4,3
49- Trabalhadores do comércio e assemelhados não especificados nos grupos anteriores.	01	0,3
50- Trabalhadores de serviço de administração, conservação e limpeza de edifícios.	04	1,1
51- Trabalhadores de serviços de trabalho de limpeza.	01	0,3
52- Trabalhadores de serviços de hospedagem, restaurantes e serviços assemelhados.	02	0,5
53- Trabalhadores de serviços de transportes.	12	3,2

TABELA 11 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas de
(Cont.) 15 anos e mais falecidas com tuberculose, segundo
o grupo de ocupação principal, São Paulo, 1980.

GRUPO DE OCUPAÇÃO PRINCIPAL*	ÓBITOS	
	Nº	%
54- Trabalhadores de serviços de manutenção.	17	4,5
59- Trabalhadores de serviços assemelhados, não especificados nos grupos anteriores.	10	2,7
60- Trabalhadores agrícolas da pecuária, florestais, da pesca e assemelhados.	23	6,1
70- Trabalhadores da produção industrial.	69	18,4
90- Proprietários e capitalistas.	01	0,3
92- Trabalhadores aposentados e pensionistas.	52	13,8
93- Estudantes.	02	0,5
95- Sem ocupação.	07	1,9
96- Prendas domésticas.	70	18,6
97- Serventes e ajudantes.	30	8,0
98- Ignorada.	28	7,4
99- Outros declarantes não especificados nos outros anteriores.	04	1,1
T O T A L	375	100,0

* Segundo Manual de Orientação do Imposto de Renda Pessoa Física - Ministério da Fazenda, 1981. (Adaptado)

TABELA 12 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo a renda familiar na época do óbito. São Paulo, 1980.

RENDA (Cr\$)	NÚMERO	%
Até 5.000,00	82	33,7
5.000,00 — 10.000,00	59	24,3
10.000,00 — 15.000,00	34	14,0
15.000,00 — 20.000,00	19	7,8
20.000,00 — 25.000,00	5	2,1
25.000,00 e mais	16	6,6
Ignorada	28	11,5
T O T A L	243	100,0

TABELA 13 - Distribuição do número e porcentagem de falecidos com tuberculose, segundo grau de escolaridade. São Paulo, 1980.

GRAU DE ESCOLARIDADE	NÚMERO	%
Analfabeto	39	16,1
Primário incompleto	59	24,3
Primário completo	97	39,9
Ginasial incompleto	6	2,5
Ginasial completo	10	4,1
Colegial ou Técnico	11	4,5
Universitário	3	1,2
Ignorado	18	7,4
T O T A L	243	100,0

TABELA 14 - Distribuição do número e porcentagem de migrantes falecidos com tuberculose, segundo sua região de origem. São Paulo, 1980.

REGIÃO DE ORIGEM	NÚMERO	%
Interior do Estado de São Paulo.	41	29,9
Região Norte do Brasil	03	2,2
Região Nordeste do Brasil	30	21,9
Região Sudeste do Brasil	28	20,5
Região Centro Oeste do Brasil	05	3,6
Região Sul do Brasil	13	9,5
Outro país	05	3,6
Ignorado	12	8,8
T O T A L	137	100,0

TABELA 15 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose, segundo o tempo de residência. São Paulo, 1980.

TEMPO DE RESIDÊNCIA	NÚMERO	%
Nasceu e sempre viveu em São Paulo.	106	43,6
<6 meses	12	4,9
6 meses — 1 ano	04	1,7
1 ano — 2 anos	05	2,1
2 anos — 5 anos	09	3,7
5 anos e mais	95	39,1
Ignorado	12	4,9
T O T A L	243	100,0

TABELA 16 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose, segundo hábito de beber. São Paulo, 1980.

HÁBITO DE BEBER	NÚMERO	%
Sempre embriagado	84	34,6
Bebia constantemente sem se embriagar	47	19,3
Não bebia	112	46,1
T O T A L	243	100,0

TABELA 17 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose, segundo o hábito de fumar.
São Paulo, 1980.

HÁBITO DE FUMAR	NÚMERO	%
Sempre fumou	143	58,9
Fumava e parou	18	7,4
Nunca fumou	82	33,7
T O T A L	243	100,0

TABELA 18 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo o conhecimento familiar sobre o motivo de óbito. São Paulo, 1980.

CONHECIMENTO DA FAMÍLIA	NÚMERO	%
Sabe que morreu de tuberculose.	156	64,2
Sabe que morreu de outra doença e que era tuberculoso.	7	2,9
Sabe que morreu de outra doença e que não era tuberculoso.	22	9,0
Sabe que morreu de outra doença mas não sabe se era ou não tuberculoso.	24	9,8
Não sabe do que morreu mas sabe que era tuberculoso.	5	2,1
Não sabe do que morreu mas sabe que não era tuberculoso.	6	2,5
Não sabe do que morreu e também não sabe se era ou não tuberculoso.	23	9,5
T O T A L	243	100,0

TABELA 19 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo o tempo em que estavam doentes. São Paulo, 1980.

TEMPO DE DOENÇA	NÚMERO	%
Menos de 3 meses	33	19,7
3 meses — 6 meses	19	11,3
6 meses — 1 ano	19	11,3
1 ano — 3 anos	38	22,6
3 anos — 5 anos	4	2,4
5 anos e mais	34	20,2
Ignorado	21	12,5
T O T A L	168*	100,0

* apenas os óbitos que a família sabia que a causa era tuberculose.

TABELA 20 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo o local de tratamento. São Paulo, 1980.

LOCAL DE TRATAMENTO	NÚMERO	%
Centro de Saúde	15	6,2
Hospital	124	51,0
Posto do INAMPS	11	4,5
Médico Particular	10	4,1
Não fazia tratamento	48	19,8
Ignora se fazia tratamento	18	7,4
Ignora onde fazia o tratamento	17	7,0
T O T A L	243	100,0

O próximo passo foi analisar o local da ocorrência desses óbitos, por informações do atestado e das entrevistas domiciliária e institucional; foi construída a tabela 21 que demonstra o local de ocorrência.

TABELA 21 - Distribuição de número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo local do óbito. São Paulo, 1980.

LOCAL DO ÓBITO	NÚMERO	%
Hospital	287	76,5
Domicílio	47	12,5
Via pública	9	2,5
A caminho do hospital	32	8,5
T O T A L	375	100,0

Em relação ao local dos óbitos, verificou-se que ocorreram 287 em hospital.

Foram visitados todos os hospitais onde ocorreram estes óbitos. Deste total, só em 2 casos não foram conseguidas informações, pois seus prontuários não foram encontrados e não foi possível entrevistar os médicos responsáveis por eles.

A distribuição segundo o tempo de internação, está contida na tabela 22, e para visualizá-lo melhor, construíram-se os gráficos IV, V, VI, com distribuição, respectivamente, em meses, semanas e nos primeiros 8 dias de internação.

Os principais achados clínicos anotados por ocasião da internação estão na tabela 23 e os resultados dos exames radiológicos na mesma ocasião estão na tabela 24.

TABELA 22 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo o tempo de permanência em hospital. São Paulo, 1980.

TEMPO DE INTERNAÇÃO	NÚMERO	%
Menos de 24 horas	63	22,0
24 horas — 48 horas	16	5,6
2 dias — 8 dias	80	27,9
8 dias — 1 mês	87	30,3
1 mês — 3 meses	31	10,8
3 meses — 6 meses	5	1,7
6 meses e mais	3	1,0
Não foi encontrado o prontuário	2	0,7
T O T A L	287	100,0

GRÁFICO IV

NÚMERO DE ÓBITOS HOSPITALARES COM TUBERCULOSE SEGUNDO O TEMPO DE INTERNAÇÃO (MESES) — SÃO PAULO, 1980.

Nº de óbitos

GRÁFICO V

NÚMERO DE ÓBITOS HOSPITALARES COM TUBERCULOSE SEGUNDO TEMPO DE INTERNAÇÃO (SEMANAS) NO PRIMEIRO MES. SÃO PAULO, 1980.

GRÁFICO VI

NÚMERO DE ÓBITOS HOSPITALARES COM TUBERCULOSE SEGUNDO TEMPO DE INTERNAÇÃO (DIAS) NA PRIMEIRA SEMANA SÃO PAULO, 1980.

TABELA 23 - Distribuição do número e porcentagem de pessoas falecidas com tuberculose segundo os principais sinais clínicos que levam um paciente à internação. São Paulo, 1980.

SINAL CLÍNICO	PRESENÇA	Nº	%
Dispneia	Sim	181	63,5
	Não	19	6,7
	Não consta	42	14,7
	Sem história clínica	43	15,1
	TOTAL	285	100,0
Caquexia	Sim	120	42,1
	Não	24	8,4
	Não consta	98	34,4
	Sem história clínica	43	15,1
	TOTAL	285	100,0
Hemoptise	Sim	29	10,2
	Não	81	28,4
	Não consta	132	46,3
	Sem história clínica	43	15,1
	TOTAL	285	100,0

TABELA 24 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos hospitalares com tuberculose segundo resultado do Rx de tórax. São Paulo, 1980.

RESULTADO DE RAIO X DO TÓRAX	Nº	%
lesões mínimas	6	2,1
lesões moderadamente avançadas	78	27,4
lesões muito avançadas	130	45,6
seqüelas de lesões tuberculosa	3	1,0
não realizada	68	23,9
T O T A L	285	100,0

A seguir, com base no anexo IV, foi elaborada a tabela 25 na qual se pode observar, dentre os casos estudados, quantos haviam sido notificados e quantos o CIS tinha conhecimento de que haviam falecido.

Para verificar se o tempo de internação influenciou na notificação, construiu-se a tabela 26.

TABELA 25 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos com tuberculose segundo notificações no CIS. São Paulo, 1980.

NOTIFICAÇÃO	Nº	%
Do caso e do óbito	80	21,3
Do caso e não do óbito	39	10,4
Do óbito e não do caso	01	0,3
Nem do caso e nem do óbito	253	67,5
Impossível verificar	02	0,5
T O T A L	375	100,0

TABELA 26 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos hospitalares com tuberculose segundo o local, notificação e tempo de internação. São Paulo, 1980.

Tempo de internação Local e notificação	Até 8 dias		Mais de 8 dias		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Notificado pelo hospital em que faleceu	40	25,2	31	24,2	71	24,7
Notificado por outra instituição	23	14,5	15	11,7	38	13,2
Não notificado	96	60,3	82	64,1	178	62,1
T O T A L	159	100,0	128	100,0	287	100,0

A tabela 27 foi construída conforme a distribuição das causas básicas dos 375 atestados de óbito originais.

Após a correção dos mesmos, com base nas informações colhidas pelas entrevistas, construiu-se a tabela 28.

Comparando os atestados de óbito originais e os corrigidos, e observando a concordância dos mesmos, foi feita a tabela 29.

As tabelas 30 e 31 referem-se às causas associadas, antes e depois da revisão dos atestados.

TABELA 27 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos com tuberculose segundo a causa básica da morte conforme atestado de óbito original. São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
009.1	Colite, enterite e gastroenterite de origem infecciosa presumível.	1	0,3
011.9	Tuberculose pulmonar não especificada.	294	78,3
012.0	Pleuris tuberculoso.	1	0,3
013.0	Meningite tuberculosa.	1	0,3
014.X	Tuberculose do intestino, do peritônio e dos gânglios mesentéricos.	1	0,3
018.9	Tuberculose miliar não especificada.	28	7,4
137.0	Efeitos tardios da tuberculose respiratória ou não especificada.	7	1,8
151.9	Neoplasma maligno do estomago não especificada.	1	0,3
161.0	Neoplasma maligno da glote.	1	0,3
162.9	Neoplasma maligno do brônquio ou pulmão sem especificação.	2	0,4
239.1	Neoplasma de natureza não especificada do aparelho respiratório.	1	0,3
250.1	Diabetes com cetoacidose.	1	0,3
263.9	Outros tipos não especificados de desnutrição proteico calórica.	1	0,3
303.X	Síndrome de dependência do álcool.	2	0,4
322.9	Meningite não especificada.	1	0,3
403.0	Doença renal hipertensiva maligna.	1	0,3
403.9	Doença renal hipertensiva não especificada se maligna ou benigna.	1	0,3
410.X	Infarto agudo do miocárdio.	3	0,7
414.0	Aterosclerose coronariana.	1	0,3
415.1	Embolia pulmonar.	1	0,3
421.0	Endocardite bacteriana aguda e subaguda.	1	0,3

TABELA 27 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos com (Cont.) tuberculose segundo a causa básica da morte conforme atestado de óbito original, São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
425.4	Outras cardiomiopatias primárias.	2	0,4
428.0	Insuficiência cardíaca congestiva.	1	0,3
428.9	Insuficiência cardíaca não especificada	1	0,3
429.0	Miocardite não especificada.	1	0,3
430.X	Hemorragia subaracnoidiana.	1	0,3
437.0	Aterosclerose cerebral.	1	0,3
441.0	Aneurisma aórtico dissecante.	1	0,3
485.X	Broncopneumonia devida a microorganismo não especificado.	4	1,1
486.X	Pneumonia devido a microorganismo não especificada.	1	0,3
533.5	Úlcera péptica de localização não especificada, crônica ou não, especificada com perfuração.	1	0,3
560.9	Obstrução intestinal não especificada.	1	0,3
571.5	Cirrose do fígado sem menção de álcool.	2	0,4
571.9	Doenças crônicas do fígado não especificadas, sem menção de álcool.	1	0,3
578.9	Hemorragia do trato gastro intestinal não especificada.	1	0,3
583.9	Nefrite e nefropatia, não especificada como aguda ou crônica e com lesão anátomo patológica renal ou não especificada.	1	0,3
585.X	Insuficiência renal crônica.	2	0,4
599.0	Infecção do trato urinário de localização não especificada.	1	0,3
786.3	Hemoptise.	1	0,3
T O T A L		375	100,0

* Segundo a Classificação Internacional de Doenças, Revisão 1975²².

TABELA 28 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos com tuberculose segundo a causa básica conforme atestado de óbito corrigido. São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
009.1	Colite, enterite e gastroenterite de origem infecciosa <u>pr</u> esumível.	1	0,3
011.4	Fibrose tuberculosa do pulmão.	1	0,3
011.9	Tuberculose pulmonar não <u>espe</u> cificada.	297	79,2
013.0	Meningite tuberculosa.	2	0,4
014.X	Tuberculose do intestino, do peritônio e dos gânglios <u>mesen</u> téricos.	1	0,3
016.0	Tuberculose renal.	1	0,3
018.9	Tuberculose miliar não <u>especi</u> ficada.	31	8,3
137.0	Efeitos tardios da tuberculose respiratória ou não <u>especi</u> ficada.	15	4,0
151.9	Neoplasma maligno do estomago não especificado.	1	0,3
161.0	Neoplasma maligno da glote.	1	0,3
162.9	Neoplasma maligno do brônquio ou pulmão sem especificação.	1	0,3
185.X	Neoplasma maligno da próstata.	1	0,3
239.7	Neoplasma de natureza não <u>espe</u> cificada das glândulas <u>endô</u> crinas e de outras partes <u>dô</u> sistema nervoso.	1	0,3
303.X	Síndrome de dependência do <u>ál</u> cool.	2	0,4
403.9	Doença renal hipertensiva não especificada se maligna ou <u>be</u> nigna.	1	0,3
410.X	Infarte agudo do miocárdio.	3	0,8
421.0	Endocardite bacteriana aguda e subaguda.	1	0,3

TABELA 28 - Distribuição do número e porcentagem de óbitos com
(Cont.) tuberculose segundo a causa básica conforme atesta
do de óbito corrigido. São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
425.4	Outras cardiomiopatias <u>primá</u> rias.	2	0,4
428.9	Insuficiência cardíaca não <u>es</u> pecificada.	1	0,3
430.X	Hemorragia subaracnoidiana.	1	0,3
437.0	Aterosclerose cerebral.	1	0,3
441.0	Aneuresma aórtico dissecante.	1	0,3
446.0	Póliarterite nodosa.	1	0,3
571.5	Cirrose do fígado sem menção de álcool.	2	0,4
577.1	Pancreatite crônica.	1	0,3
578.9	Hemorragia do trato gastro <u>in</u> testinal não especificada.	1	0,3
583.9	Nefrite e nefropatia não <u>espe</u> cificada como aguda ou crôni- ca e com lesão anatomopatolô- gica renal não especificada.	1	0,3
585.X	Insuficiência renal crônica.	2	0,4
T O T A L		375	100,0

* Segundo a Classificação Internacional de Doenças, Revisão 1975.²²

TABELA 29 - Número de vezes que algumas doenças apareceram como causa básica nos atestados de óbitos originais e após revisão e número de vezes que houve concordância São Paulo, 1980.

<div> <div> A T E S T A D O</div> <div> D O E N Ç A </div> </div>	CAUSA BÁSICA		CONCORDÂNCIA ENTRE (2) e (1)			
	1*	2**	SIM		NÃO	
			Nº	%	Nº	%
Colite, enterite e gastroent. de origem infecciosa presumível.	1	1	1	100,0	-	-
Tuberculose pulmonar não especificada.	294	297	281	95,6	13	4,4
Pleuris tuberculoso.	1	-	-	-	1	100,0
Meningite tuberculosa.	1	2	1	100,0	-	-
Tuberculose do intestino, do peritônio e dos gânglios mesentéricos.	1	1	1	100,0	-	-
Tuberculose miliar não especificada.	28	31	27	96,4	1	3,6
Efeitos tardios da tuberculose respiratória ou não especificada.	7	15	7	100,0	-	-
Neoplasma maligno do estomago não especificada.	1	1	1	100,0	-	-
Neoplasma maligno da glote.	1	1	1	100,0	-	-
Neoplasma maligno do brônquio ou pulmão sem especificação.	2	1	1	50,0	1	50,0
Neoplasma de natureza não especificada do aparelho respiratório.	1	-	-	-	1	100,0
Diabetes com cetoacidose.	1	-	-	-	1	100,0
Outros tipos não especificados de desnutrição proteico-calórica.	1	-	-	-	1	100,0
Síndrome de dependência do álcool.	2	2	1	50,0	1	50,0

TABELA 29 - Número de vezes que algumas doenças apareceram como
(Cont.) causa básica nos atestados de óbitos originais e ap-
pós revisão e número de vezes que houve concordância.
São Paulo, 1980.

A T E S T A D O D O E N Ç A	CAUSA BÁSICA		CONCORDÂNCIA ENTRE (2) e (1)			
	1*	2**	SIM		NÃO	
			Nº	%	Nº	%
Meningite não especificada.	1	-	-	-	1	100,0
Doença renal hipertensiva maligna.	1	-	-	-	1	100,0
Doença renal hipertensiva não especificada se maligna ou benigna.	1	-	-	-	1	100,0
Infarto agudo do miocárdio.	3	3	3	100,0	-	-
Aterosclerose coronariana.	1	-	-	-	1	100,0
Embolia pulmonar.	1	-	-	-	1	100,0
Endocardite bacteriana aguda e subaguda.	1	-	-	-	1	100,0
Outras cardiomiopatias primárias.	2	2	2	100,0	-	-
Insuficiência cardíaca congestiva.	1	-	-	-	1	100,0
Insuficiência cardíaca não especificada.	1	1	1	100,0	-	-
Miocardite não especificada.	1	-	-	-	1	100,0
Hemorragia subaracnoidiana.	1	1	1	100,0	-	-
Aterosclerose cerebral.	1	-	-	-	1	100,0
Aneurisma aórtico dissecante.	1	1	1	100,0	-	-
Broncopneumonia, devida a microorganismo não especificado.	4	-	-	-	4	100,0

TABELA 29 - Número de vezes que algumas doenças apareceram como
(Cont.) causa básica nos atestados de óbitos originais e a-
pós revisão e número de vezes que houve concordância
São Paulo, 1980.

A T E S T A D O D O E N Ç A	CAUSA BÁSICA		CONCORDÂNCIA ENTRE (2) e (1)			
	1*	2**	SIM		NÃO	
			Nº	%	Nº	%
Pneumonia devido a microorganismo não especificada.	1	-	-	-	1	100,0
Úlcera péptica de localização não especificada, crônica ou não especificada com perfuração.	1	-	-	-	1	100,0
Obstrução intestinal não especificada.	1	-	-	-	1	100,0
Cirrose do fígado sem menção de álcool.	2	2	2	100,0	-	-
Doenças crônicas do fígado não especificadas, sem menção de álcool.	1	-	-	-	1	100,0
Hemorragia do trato gastrointestinal não especificada.	1	1	1	100,0	-	-
Nefrite e nefropatia, não especificada como aguda ou crônica e com lesão anatomopatológica renal ou não especificada.	1	1	1	100,0	-	-
Insuficiência renal crônica.	2	2	2	100,0	-	-
Infecção do trato urinário de localização não especificada.	1	-	-	-	1	100,0
Hemoptise.	1	-	-	-	1	100,0

* 1 - atestado original

**2 - atestado revisto

TABELA 30 - Distribuição do número e porcentagem de causas associadas segundo os atestados de óbitos originais. São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
000 0	Sem nenhuma menção a causas antecedente e estado patológico.	25	4,27
011.4	Fibrose tuberculosa do pulmão.	1	0,17
011.7	Pneumotórax tuberculoso.	2	0,34
011.9	Tuberculose pulmonar não especificado.	38	6,43
012.0	Pleuris tuberculoso.	6	1,01
013.0	Meningite tuberculosa.	7	1,19
014.X	Tuberculose do intestino, do peritônio dos gânglios mesentéricos.	2	0,34
015.2	Tuberculose do joelho.	1	0,17
017.2	Tuberculose dos gânglios linfáticos periféricos.	2	0,34
017.6	Tuberculose das glândulas supra-renais.	1	0,17
018.9	Tuberculose miliar não especificada.	3	0,51
030.9	Hanseníase não especificada.	1	0,17
038.9	Septicemia de tipo não especificado.	13	2,20
039.9	Infecção actinomicóticas de localização não especificada.	1	0,17
116.0	Blastomicose.	1	0,17
120.1	Esquistossomose mansoni.	1	0,17
137.0	Efeitos tardios da tuberculose.	2	0,34
145.9	Neoplasma maligno da boca não especificado.	1	0,17
153.1	Neoplasma maligno do cólon transverso.	1	0,17
185.X	Neoplasma maligno da próstata.	1	0,17
199.1	Neoplasma maligno sem especificação de localização.	1	0,17
202.8	Outros linfomas.	1	0,17

TABELA 30 - Distribuição do número e porcentagem de causas associadas segundo os atestados de óbitos originais. São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
239.7	Neoplasma de natureza não especificada das glândulas endócrinas e de outras partes do sistema nervoso.	1	0,17
250.0	Diabetes melitus sem menção de complicações.	9	1,51
260.X	Kwashiorkor.	1	0,17
263.9	Desnutrição proteico calórica não especificado.	12	2,03
276.9	Transtornos hidroeletrolítico não classificados entre outra parte.	1	0,17
285.1	Anemia aguda pós-hemorragica.	3	0,51
285.9	Anemia não especificada.	1	0,17
286.6	Síndrome de defibrinação.	1	0,17
303.X	Síndrome de dependência do álcool.	11	1,86
320.9	Meningite devido a bactéria não especificada.	1	0,17
345.9	Epilepsia parcial, sem menção de comprometimento da consciência, não especificada.	1	0,17
348.2	Hipertensão intracraniana benigna.	1	0,17
348.5	Edema cerebral.	1	0,17
348.8	Outras afecções do cérebro - outras.	1	0,17
355.9	Mononeurite de localização não especificada.	1	0,17
401.0	Hipertensão essencial maligna.	1	0,17
401.9	Hipertensão essencial não especificada se maligna ou benigna.	2	0,34
402.9	Doença cardíaca hipertensiva não especificada se maligna ou benigna.	1	0,17
403.9	Doença renal hipertensiva não especificada se maligna ou benigna.	1	0,17

TABELA 30 - Distribuição do número e porcentagem de causas associadas segundo os atestados de óbitos originais. São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
411.X	Outras formas agudas e subagudas da doença esquêmica do coração.	1	0,17
415.0	Cor pulmonale agudo.	1	0,17
415.1	Embolia pulmonar.	5	0,85
416.8	Doença pulmonar do coração não especificada.	14	2,36
422.0	Miocardite aguda em doenças classificadas em outra parte.	1	0,17
423.9	Outras doenças do pericárdio não especificada.	1	0,17
427.0	Taquicardia paroxística supraventricular.	1	0,17
427.4	Flütter e fibrilação ventricular.	1	0,17
427.5	Parada cardíaca.	1	0,17
428.0	Insuficiência cardíaca congestiva.	11	1,86
428.9	Insuficiência cardíaca não especificada.	9	1,51
434.9	Oclusão de arterias cerebrais não especificada.	1	0,17
437.0	Aterosclerose cerebral.	1	0,17
440.9	Aterosclerose generalizada.	3	0,51
443.9	Outras doenças vasculares periféricas não especificadas.	1	0,17
451.2	Flebite e tromboflebite das extremidades inferiores sem outras especificações.	1	0,17
451.9	Flebite e tromboflebite de localização não especificada.	1	0,17
466.1	Bronquiolite aguda.	1	0,17
485.X	Broncopneumonia devido a microorganismo não especificada.	27	4,58
486.X	Pneumonia devido a microorganismo não especificado.	5	0,85

TABELA 30 - Distribuição do número e porcentagem de causas associadas segundo os atestados de óbitos originais. São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
491.9	Bronquite crônica não especificada.	2	0,34
492.X	Enfisema.	3	0,51
494.X	Bronquectasia.	1	0,17
507.0	Pneumonite devida a aspiração de alimentos ou vômito.	1	0,17
510.0	Empiema com fístula.	1	0,17
510.9	Empiema sem menção de fístula.	2	0,34
511.9	Derrame pleural não especificado.	1	0,34
513.0	Abscesso do pulmão.	2	0,34
515.X	Fibrose pulmonar pós-inflamatória.	5	0,85
518.0	Colapso do Pulmão.	3	0,51
518.5	Síndrome de desconforto respiratório do adulto.	32	5,42
532.9	Úlcera duodenal não especificada como aguda ou crônica, sem menção de hemorragia ou perfuração.	1	0,17
533.9	Úlcera péptica de localização não especificada e não especificada como aguda ou crônica sem menção de hemorragia ou perfuração.	1	0,17
556.X	Proctocolite idiopática.	1	0,17
571.2	Cirrose alcoólica do fígado.	2	0,34
573.9	Outros transtornos do fígado não especificado.	3	0,51
577.1	Pancreatite crônica.	2	0,34
578.9	Hemorragia do trato gastrointestinal não especificado.	3	0,51
584.5	Insuficiência renal aguda com lesão de necrose tubular.	1	0,17
584.9	Insuficiência renal aguda sem outra especificação.	1	0,17

TABELA 30 - Distribuição do número e porcentagem de causas associadas segundo os atestados de óbitos originais. São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
586.X	Insuficiência renal não especificada.	2	0,34
599.0	Infecção do trato urinário de localização não especificada.	2	0,34
746.9	Anomalia congênita do coração não especificada.	1	0,17
780.0	Coma.	1	0,17
785.0	Taquicardia não especificada.	1	0,17
785.5	Choque sem menção de trauma.	21	3,56
786.0	Dispnéia e outras alterações respiratórias.	91	15,41
786.3	Hemoptise.	13	2,20
786.5	Dor torácica.	1	0,17
786.9	Outros sintomas relativo ao aparelho respiratório e outros sintomas torácicos.	3	0,51
799.0	Asfixia.	1	0,17
799.1	Falência respiratória.	19	3,22
799.4	Caquexia.	92	15,48
799.8	Outras afecções mal definidas.	23	3,90
T O T A L		590	100,00

* Segundo a Classificação Internacional de Doenças, Revisão 1975.²²

TABELA 31 - Distribuição do número e porcentagem de causas associadas segundo os atestados de óbitos corrigidos.
São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
000 0	Não encontrada nenhuma causa antecedente ou estado patológico.	12	1,42
009.0	Colite, enterite e gastrenterite infecciosas.	1	0,12
009.1	Colite, enterite e gastrenterite de origem infecciosas presumível.	1	0,12
009.3	Diarréia de origem infecciosa presumível.	2	0,24
011.7	Pneumotórax tuberculoso.	6	0,71
011.9	Tuberculose pulmonar não especificada.	23	2,72
012.0	Pleuris tuberculoso.	10	1,18
013.0	Meningite tuberculosa.	8	0,95
014.X	Tuberculose do intestino, do peritônio e dos gânglios mesentéricos.	3	0,35
015.2	Tuberculose do joelho.	1	0,12
017.2	Tuberculose dos gânglios linfáticos periféricos.	2	0,24
017.6	Tuberculose das glândulas supra-renais.	1	0,12
018.9	Tuberculose miliar não especificada.	3	0,35
030.9	Hanseníase não especificada.	1	0,12
038.9	Septicemia de tipo não especificada.	13	1,54
039.9	Infecção actinomicótica de localização não especificada.	1	0,12
086.1	Doença de Chagas com comprometimento de outro órgão.	1	0,12
086.2	Doença de Chagas sem menção de órgão comprometido.	1	0,12
116.0	Blastomicose.	1	0,12
120.1	Esquistossomose mansoni.	1	0,12
137.0	Efeitos tardios da tuberculose.	1	0,12

TABELA 31 - Distribuição do número e porcentagem de causas asso-
(Cont.) ciadas segundo os atestados de óbitos corrigidos.
São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
145.9	Neoplasma maligno da boca não especi- ficado.	2	0,24
153.1	Neoplasma maligno do cólon transver- so.	1	0,12
180.9	Neoplasma maligno do colo do útero não especificado.	1	0,12
199.1	Neoplasma maligno sem especificação de localização.	1	0,12
202.8	Outros linfomas.	1	0,12
250.0	Diabetes melitus sem menção de compli- cações.	18	2,13
250.1	Diabetes com cetoacidose.	1	0,12
255.4	Insuficiência córtico-supra-renal.	1	0,12
260.X	Kwashiorkor.	1	0,12
263.9	Desnutrição proteico calórica não es- pecificado.	17	2,01
276.9	Transtornos hidroeletrólítico não clas- sificados em outra parte.	1	0,12
285.1	Anemia aguda pós-hemorragica.	3	0,35
285.9	Anemia não especificada.	1	0,12
286.6	Síndrome de defibrilação.	1	0,12
303.X	Síndrome de dependência do álcool.	91	10,77
320.9	Meningite devido a bactéria não espe- cificada.	1	0,12
345.9	Epilepsia parcial, sem menção de com- prometimento da consciência não espe- cificado.	1	0,12
348.2	Hipertensão intracraniana benigna.	1	0,12
348.5	Edema cerebral.	1	0,12
348.8	Outras afecções do cérebro.	1	0,12
355.9	Mononeurite de localização não especi- ficada.	1	0,12

TABELA 31 - Distribuição do número e porcentagem de causas associadas segundo os atestados de óbitos corrigidos.
São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
396.X	Doenças das válvulas mitral e aórtica.	1	0,12
401.0	Hipertensão essencial maligna.	1	0,12
401.9	Hipertensão essencial não especificada se maligna ou benigna.	5	0,59
402.9	Doença cardíaca hipertensiva não especificada se maligna ou benigna.	1	0,12
403.0	Doença renal hipertensiva maligna.	2	0,24
411.X	Outras formas agudas e subagudas da doença isquêmica do coração.	1	0,12
414.0	Aterosclerose coronariana.	1	0,12
415.0	Cor pulmonale agudo.	1	0,12
415.1	Embolia pulmonar.	6	0,71
416.9	Doença pulmonar do coração não especificada.	14	1,63
422.0	Miocardite aguda em doenças classificadas em outra parte.	1	0,12
423.9	Outras doenças do pericárdio não especificada.	1	0,12
427.4	Flúter e fibrilação ventricular.	1	0,12
427.5	Parada cardíaca.	1	0,12
428.0	Insuficiência cardíaca congestiva.	13	1,54
428.9	Insuficiência cardíaca não especificada.	12	1,42
429.0	Miocardite não especificada.	2	0,24
434.9	Oclusão de artérias cerebrais não especificadas.	1	0,12
436.X	Doença cerebrovascular aguda mal definida.	1	0,12
437.0	Aterosclerose cerebral.	1	0,12
438.X	Efeitos tardios de doenças cerebrovasculares.	2	0,24

TABELA 31 - Distribuição do número e porcentagem de causas associadas segundo os atestados de óbitos corrigidos.
São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
440.9	Aterosclerose generalizada	3	0,35
443.9	Outras doenças vasculares periféricas não especificadas.	1	0,12
444.8	Trombose da artéria hepática.	1	0,12
451.2	Flebite e tromboflebite das extremidades inferiores sem outras especificações.	3	0,35
451.9	Flebite e tromboflebite de localização não especificada.	1	0,12
466.1	Bronquite aguda.	1	0,12
485.X	Broncopneumonia devido a microorganismo não especificada.	31	3,68
486.X	Pneumonia devido a microorganismo não especificada.	7	0,82
490.X	Bronquite não especificada se aguda ou crônica.	1	0,12
491.9	Bronquite crônica não especificada.	2	0,24
492.X	Enfisema.	3	0,35
493.9	Asma não especificada.	1	0,12
494.X	Bronquectasia.	1	0,12
507.0	Pneumonite devido a aspiração de alimento ou vômito.	1	0,12
510.0	Empiema com fístula.	1	0,12
510.9	Empiema sem menção de fístula.	2	0,24
511.9	Derrame pleural não especificado.	1	0,12
513.0	Abscesso do pulmão.	2	0,24
515.X	Fibrose pulmonar pós-inflamatória.	4	0,47
518.0	Colapso do pulmão.	3	0,35
518.5	Síndrome de desconforto respiratório do adulto.	30	3,55

TABELA 31 - Distribuição do número e porcentagem de causas associadas segundo os atestados de óbitos corrigidos.
São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
530.6	Divertículo do esôfago adquirido.	1	0,12
532.9	Úlcera duodenal não especificada como aguda ou crônica, sem menção de hemorragia ou perfuração.	1	0,12
533.9	Úlcera péptica de localização não especificada e não especificada como aguda ou crônica, e sem menção de hemorragia ou perfuração.	2	0,24
556.X	Proctocolite idiopática.	1	0,12
560.9	Obstrução intestinal não especificada.	1	0,12
571.2	Cirrose alcoólica do fígado.	5	0,59
571.9	Doenças do fígado não especificadas sem menção de álcool.	1	0,12
573.9	Outros transtornos do fígado não especificados.	2	0,24
577.1	Pancreatite crônica.	2	0,24
578.9	Hemorragia do trato gastrointestinal não especificada.	2	0,24
580.0	Glomerulonefrite aguda proliferativa.	1	0,12
584.5	Insuficiência renal aguda com lesão de necrose tubular.	1	0,12
584.9	Insuficiência renal aguda sem outra especificação.	2	0,24
586.X	Insuficiência renal não especificada.	3	0,35
599.0	Infecção do trato urinário de localização não especificada.	4	0,47
746.9	Anomalia congênita do coração não especificada.	1	0,12
780.0	Coma.	1	0,12
780.3	Convulsões.	1	0,12
783.0	Anorexia.	1	0,12
785.0	Taquicardia não especificada.	3	0,35

TABELA 31 - Distribuição do número e porcentagem de causas asso-
(Cont.) ciadas segundo os atestados de óbitos corrigidos.
São Paulo, 1980.

CÓDIGO*	DOENÇA	Nº	%
785.5	Choque sem menção de trauma.	20	2,37
786.0	Dispneia e outras alterações respira- tórias.	181	21,45
786.3	Hemoptise.	29	3,43
786.5	Dor torácica.	1	0,12
786.9	Outros sintomas relativo ao aparelho respiratório e outros sintomas toráxi- cos.	3	0,35
799.0	Asfixia.	3	0,35
799.1	Falência respiratória.	19	2,25
799.4	Caquexia.	120	14,23
799.8	Outras afecções mal definidas.	22	2,60
812.4	Fratura de úmero fechada.	1	0,12
T O T A L		844	100,00

* Segundo a Classificação Internacional de Doenças. Revisão 1975²².

Finalmente, para verificar o controle dos comunican-
tes desses casos, construiu-se a tabela 32 - relativa à desco-
berta de outros casos de tuberculose entre os comunicantes - e
a 33, referente à procura de unidade de saúde por parte desses
comunicantes.

TABELA 32 - Distribuição do número e porcentagem de residências entrevistadas, segundo a presença de outros casos de tuberculose. São Paulo, 1980.

PRESENÇA DE OUTROS CASOS DE TUBERCULOSE	Nº	%
Sim	31	12,8
Não	203	83,5
Não sabe	9	3,7
T O T A L	243	100,0

TABELA 33 - Distribuição do número e porcentagem de famílias de falecidos com tuberculose segundo a realização de exames de comunicantes. São Paulo, 1980.

CONTROLE	Nº	%
Procuraram uma unidade sanitária e fizeram controle.	108	44,4
Procuraram uma unidade sanitária mas não fizeram controle.	1	0,4
Não foram a unidade sanitária pois não foram orientados.	79	32,5
Não foram a unidade sanitária pois não acharam necessário.	35	14,4
Não foram a unidade sanitária por falta de tempo.	5	2,1
Ignora porque não foram a unidade sanitária.	15	6,2
T O T A L	243	100,0

4. DISCUSSÃO.

4.1. Considerações gerais:

A tuberculose não figura mais como uma das primeiras causas de óbito no município de São Paulo. A pequena proporção de óbitos causados por esta doença em 1980—375 em 61.209 (0,61%)—não significa, no entanto, que o problema tenha perdido sua importância na região estudada.

Com o advento das drogas específicas, associadas em esquemas terapêuticos muito potentes, juntamente com a melhoria dos programas de luta, houve uma expressiva acentuação do declínio natural da mortalidade por tuberculose em diversas regiões do mundo^{04,06,16}. No município de São Paulo esse fato foi ainda mais notável, considerando que esse indicador epidemiológico manteve-se elevado e estacionário durante toda a primeira metade do século. Em contrapartida, a morbidade não vem diminuindo na mesma velocidade, mantendo-se ainda, nos dias atuais, em níveis não desprezíveis.

A mortalidade proporcional por tuberculose, como ocorre em outras regiões do mundo, foi maior na fase final do inverno e em quase toda a primavera, como se observa na tabela 2 e no gráfico III; a influência das variações sazonais sobre a mortalidade por tuberculose é um aspecto menos estudado desta doença, pouco se sabendo sobre a fisiopatologia envolvida, GRIGG¹⁸ (1958).

O pico da mortalidade em adulto, que ocorria no grupo etário 20 a 30 anos^{03,14,25,28}, deslocou-se para idades mais avançadas, como consta da tabela 3. Esse deslocamento, do início da idade adulta para grupos etários mais avançados, havia sido observado por Frost⁰⁸ (1939) e interpretado como resíduo de riscos muito mais elevados aos quais as coortes de idosos atuais estiveram submetidos, quando adultos jovens. Na área em pauta

foi muito nítida a inversão da curva de mortalidade por idades (curva de idade atual) após a implantação da moderna quimioterapia, como demonstrou a pesquisa realizada por Vranjac⁴⁰ (1980), cujos resultados evidenciaram que a partir de 1955 a curva adquiriu o padrão atualmente observado, isto é, um primeiro pico correspondentes às idades abaixo de 5 anos e o segundo acima dos 60 anos.

Em relação às variáveis sexo - tabela 4 - e estado conjugal - tabela 5 - a mortalidade por tuberculose foi maior entre os homens e entre as pessoas que vivem sôzinhas tal como vem sendo tradicionalmente observado.

Quanto à área de residência - tabela 6 - a mortalidade de segundo os distritos ou subdistritos do município revelou os maiores coeficientes nas áreas periféricas e em algumas bem centrais. Estes locais apresentam condições precárias de vida e de moradia com muitos cortiços no centro, favelas e bairros clandestinos na periferia; locais habitados por pessoas de baixa renda.

O material utilizado para a análise dos aspectos acima comentados foi constituído pela totalidade dos óbitos atestados no ano de 1980.

Para o estudo das possíveis razões pelas quais tantas pessoas ainda morrem de tuberculose numa área onde a oferta de serviços é notoriamente elevada, não foi possível contar, na terça parte dos casos, com as entrevistas domiciliárias, apesar dos cuidados para localização dos domicílios.

No presente trabalho não ocorreu nenhuma recusa à entrevista por parte das famílias visitadas. Os principais motivos da não localização das famílias foram:

- ruas denominadas por letras ou por números e as "particulares". Às vezes, em um mesmo bairro havia mais de uma rua denominada pela mesma letra ou nú-

mero:

- atestados mal preenchidos nos quais a rua registra da não era localizada no guia e não havia nenhuma com nome fonética ou gráficamente semelhante;
- inexistência de casa com o número que constava no atestado, sendo o falecido desconhecido nas casas de números próximos àquele assinalado;
- era encontrada a casa, mas segundo informações dos seus moradores aquela pessoa não era conhecida;
- houve casos de a família haver se mudado após o falecimento não sendo o novo endereço conhecido pelos vizinhos.

Foi motivo de preocupação do Autor saber até que ponto essa elevada proporção de "não encontrados" estaria dentro dos valores esperados nesse tipo de pesquisa e de que forma esse fato poderia influir na análise proposta.

"A proporção de "não encontrados" parece próxima dos valores habitualmente obtidos em estudos dessa natureza no âmbito dessa região metropolitana*".

A fim de verificar se o grupo dos "não encontrado" apresentava características diferentes do grupo dos "encontrado", ambos foram comparados em relação a variáveis contidas no atestado de óbito - sexo, estado conjugal, local de residência e idade - as quais revelaram: composição semelhante quanto ao sexo - tabela 7; diferença estatisticamente significativa quanto ao estado conjugal - tabela 8 - havendo mais solteiros entre os não encontrados; diferença significativa quanto ao local de residência - tabela 9 - com mais residentes na periferia entre os

* Parecer de um Assessor da FAPESP.

não encontrados; diferença também quanto à distribuição etária - tabela 10 - sendo mais numerosos os menores de 30 anos e menos numerosos os maiores de 60 anos no grupo dos "não encontrado". Como se pode notar, dois fatores de risco predominaram entre os "não encontrados": vida solitária e residência na periferia. O fator idade avançada predominou entre os "encontrados" e o fator sexo foi semelhante nos dois grupos.

Quanto à gravidade da doença, em termos de presença de caquexia por ocasião do óbito e proporção de falecimentos no decorrer da primeira semana de internação, observou-se que os grupos se apresentam praticamente iguais.

Tais achados permitem supor que as diferenças observadas não foram suficientemente amplas a ponto de comprometer a análise sobre as possíveis razões pelas quais as pessoas residentes no município de São Paulo ainda morrem de tuberculose.

4.2. Possíveis razões para o obituário encontrado:

A tuberculose sendo uma doença social, é de se esperar que haja maior incidência de casos e de óbitos no estrato mal qualificado profissionalmente, de baixa escolaridade e mal remunerado⁴⁰. No presente trabalho essa expectativa foi confirmada, como se pode observar na tabela 11 - ocupação - na tabela 12 - renda familiar - e na tabela 13 - grau de escolaridade.

É hábito, nos meios sanitários de São Paulo, atribuir-se o elevado número de casos e óbitos por doenças infecciosas, ao grande número de migrantes que aqui tem chegado todos os anos.

Eles são provenientes de regiões pobres do Estado de São Paulo e do Brasil, já chegando doentes, ou tornando-se presas fáceis das doenças infecto-contagiosas, devido a desnutri-

ção crônica e a falta de proteção vacinal.

No presente trabalho se observa que, dos que para cá migraram, e faleceram de tuberculose, a maioria proveio da região sudeste, com grande predominância de pessoas provenientes do norte de Minas Gerais e da região nordeste - tabela 14.

Considerando-se 5 anos como um tempo suficiente para uma pessoa se estabelecer em um local, criar laços de amizade e arranjar emprego, enfim estar radicado, observa-se na tabela 15, que a soma do grupo de pessoas que nasceram e sempre viveram em São Paulo com as que aqui residiam há mais de 5 anos, representa 82,7% do total restando apenas 17,3% de falecidos que residiam há menos de 5 anos em São Paulo. Logo, no ano de 1980 a migração parece não ter influído no número de óbitos por tuberculose e não ocorreu nada de extraordinário nesta cidade que pudesse modificar esta interpretação. A migração pode ter influído em outras doenças infecto-contagiosas, mas não na tuberculose.

Qual teria sido a influência do alcoolismo na determinação desses óbitos?

Sabe-se que o alcoolismo influi negativamente na evolução da doença, principalmente devido à desnutrição que provoca e também à pouca importância que o doente dá aos seus sintomas. Ele, ou é levado, ou procura assistência médica em um estado bastante avançado da doença; quando ocorre de procurar assistência em fases iniciais, via de regra não segue as recomendações médicas e abandona o tratamento^{18,19,26}.

Na tabela 16 estão as informações dos familiares sobre o hábito de beber dos falecidos. Convém ressaltar que as entrevistas foram realizadas pouco tempo após a ocorrência do óbito, a maioria delas antes de decorrido um mês. Muitas famílias foram encontradas ainda emocionalmente afetadas; notando-se que

muitas vezes houve tentativa de proteger a memória do falecido, pois a família informava que ele não bebia e na ficha hospitalar havia registro de que era alcoólatra, e em outros casos a autópsia havia comprovado lesões anatomopatológicas típicas do alcoolismo crônico.

Dessa maneira, diversas vezes a informação dos familiares foi modificada com base nesses registros.

Na tabela 16 o item "sempre embriagado" é digno de confiança, pois a família informava que ele vivia sempre embriagado ou havia registro médico do fato.

Os dados de que "não bebia" ou "bebia constantemente sem se embriagar" são pouco confiáveis.

A associação de óbitos por tuberculose e alcoolismo é referida por Allan⁰¹ (1981) que em Hong Kong encontrou 12% de alcoólatras entre os que morreram por tuberculose. No presente estudo este percentual foi de 35%, sem incluir os que "bebiavam constantemente sem se embriagar", demonstrando uma maior intensidade desta associação em São Paulo.

Quanto ao tabagismo, sabe-se que embora o cigarro não colabore diretamente como fator desencadeante da tuberculose, como fator irritante do sistema respiratório, em um pulmão já doente é de se esperar que piore as condições deste órgão pela atuação direta irritando e diminuindo suas defesas, podendo contribuir para o agravamento da doença.

Observa-se na tabela 17 que 58,9% da população estudada fumava, proporção esta parecida com a encontrada por Allan⁰¹ (1981) que foi de 55%. No Brasil usando a metodologia de caso controle, Rufino³⁴ (1980) observou 54,6% de fumantes entre os tuberculosos, concluindo pela existência de associação entre tabagismo e tuberculose pulmonar.

O conhecimento dos familiares sobre a doença pode-

ria ter colaborado no sentido de forçar o doente a procurar assistência médica e a obedecer suas recomendações, talvez evitando o óbito.

A averiguação do conhecimento dos familiares entrevistados sobre a causa da morte, demonstrada na tabela 18, revela que:

- 156 - 64,2% - dos familiares afirmaram que a causa do óbito foi tuberculose. Não foi possível averiguar se esse conhecimento foi devido à orientação fornecida pelos serviços de saúde durante o tratamento ou à leitura do atestado de óbito;
- em 12 entrevistas - 5% - as famílias informaram que o falecido tinha tuberculose, mas que esta não foi a causa principal do óbito. Esse fato deve ser correto uma vez que foram incluídos neste trabalho pessoas que faleceram de outras doenças, sendo a tuberculose uma causa associada;
- 28 famílias - 11,5% - foram categóricas ao afirmar que o falecido nunca teve tuberculose. Isto pode ser devido ao fato de as famílias não terem sido informadas a respeito da doença que motivou o óbito, além de não terem lido o atestado de óbito, ou ainda terem receio de informar a causa de morte, por ser a tuberculose uma doença ainda estigmatizante em nosso meio;
- 47 famílias - 19,3% - não sabiam se o falecido era ou não tuberculoso. Estas famílias certamente não foram orientadas pelos serviços de saúde e não leram o atestado de óbito.

Conclui-se desta forma, que não foi possível averi-

guar se o conhecimento da doença poderia ter influído ou não no sentido de evitar o óbito, pois não se conseguiu separar os casos, conforme a família tivesse tomado conhecimento da doença antes ou após o óbito.

A gravidade da doença ao se iniciar o tratamento poderia ser uma das razões para o obituário - quanto mais grave, menores as chances de cura⁰⁷.

A avaliação da gravidade, por sua vez, poderia ser relacionada à duração da doença antes do tratamento, segundo informações prestadas pelos familiares. Nesse sentido, das 168 famílias que conheciam a causa do óbito - tabela 19 -, ao serem interrogadas sobre o tempo em que os pacientes estavam doentes, 19,6% responderam que o mesmo era de menos de 3 meses, o que pode significar tuberculose de evolução rápida³⁷, a qual como se sabe, é muito grave; 22,6% estavam doentes há mais de 3 anos, tempo suficiente para que a doença evolua para estágios avançados, mesmo na tuberculose de evolução lenta.

Informações sobre o local do tratamento poderiam também indicar a gravidade da doença, bem como o local em que ocorreu o óbito, a duração do tratamento antes do óbito e o estado geral e dos pulmões ao se iniciar o tratamento.

Como se pode observar na tabela 20, cerca de 51% das 243 famílias entrevistadas responderam que o falecido estava sendo tratado em hospital, sendo lícito supor que a causa maior das internações tenha sido a gravidade da doença, embora não se possa afastar internações por motivos sociais ou até internações injustificadas.

Nessa linha de raciocínio é bastante sugestivo a elevada proporção de óbitos hospitalares, cerca de 76,5%, conforme a tabela 21; acrescente-se que 55,5% dos falecimentos se deram antes do 8º dia de internação e 85,8% antes de completar 1 mês-

tabela 22.

Para uma melhor visualização do tempo de internação, estes números foram colocados em gráficos, observando-se que:

- no gráfico IV - distribuição em meses - há nítida predominância de óbitos no 1º mês de internação;
- no gráfico V - distribuição nas semanas do 1º mês - há uma predominância na 1.^a semana e
- no gráfico VI - distribuição nos 8 primeiros dias de internação - evidencia-se a predominância de óbitos no 1º dia.

Chama a atenção, ainda, o fato de 15% dos óbitos terem ocorrido no domicílio ou via pública e 8,5% a caminho do hospital, demonstrando a não utilização do recurso em 23,05% dos casos.

Dados semelhantes foram levantados por Khoury¹⁷ (1971) no Distrito de Columbia, nos Estados Unidos, que estudou 108 óbitos por tuberculose e observou que 64,8% deles ocorreram em hospital, 21,1% a caminho do hospital e 11,3% em casa. A semelhança dos resultados, apesar das acentuadas diferenças sócio-econômico - culturais entre as duas áreas, permite supor que o fenômeno seja devido a alguma característica psicológica dos pacientes tuberculosos, capaz de levar uma parcela não desprezível a um comportamento desinteressado em relação ao tratamento.

Sabe-se que os principais motivos que levam um doente a ser internado são caquexia, dispnéia e hemoptise. Estas manifestações, pela sua fácil observação e pela gravidade que indicam, levam o médico a registrá-las, quando presente. Às vezes o médico especialista tem o cuidado de registrar a sua presença ou ausência, visando a estudos futuros.

A tabela 23 foi elaborada com base nos registros dos

prontuários feitos pelos médicos e pela enfermagem.

Nos registros de enfermagem pode-se identificar a dispnêia pelo próprio registro e pelo consumo de oxigênio; a caquexia pelo registro do peso do paciente e a hemoptise pelo que é registrado na evolução de enfermagem, pela prescrição de sangue e de medicamentos hemostáticos.

Observa-se nesta tabela, que a dispnêia estava presente em 181 casos, e ausente em 19; em 42 casos, o prontuário não permitiu chegar a uma conclusão, levando à suposição que provavelmente não havia dispnêia; em 43 casos o prontuário não continha registros.

A caquexia estava presente em 120 pacientes e ausente em 24; em 98 pacientes os registros eram inconclusivos e em 43 não havia nenhum registro.

A hemoptise estava presente em 29 pacientes, havia registro que ela estava ausente em 81, não foi possível verificar se estava presente ou ausente em 132 - provavelmente ausente pela não prescrição de anti-hemorrágicos e sangue. Em 43 não havia registro.

Através dos resultados dos exames radiológicos de tórax, demonstrados na tabela 24, vê-se que:

- 130 pacientes - 45,6% - apresentavam grandes destruições pulmonares;
- 78 - 27,4% - apresentavam lesões moderadamente avançadas;
- 6 - 2,1% - apresentavam lesões pulmonares mínimas; desses, 4 eram casos em que a tuberculose apareceu no estágio final de outra doença e 2 eram de meningite tuberculosa;
- 3 - 1,0% - tinham outras lesões não tuberculosas,

sendo 2 devidos a cirurgia antiga e 1 a neoplasia de brônquio.

Em 68 pacientes não foi realizado o exame radiológico de tórax, sendo o mau estado geral e a ocorrência de ônito logo após a internação as causas da sua não realização, na gran de maioria dos casos.

O conjunto desses dados sugere que a maioria dos casos foi atendida em um estágio evolutivo avançado - pela presença de dispnéia, caquexia e alterações radiológicas - o que explicaria, pelo menos em parte, a mortalidade observada.

4.3. Análise das notificações:

Com a reforma da Secretaria de Saúde em 1969, a sistemática de notificações de tuberculose foi revogada de fato, embora estivesse legalmente incluída na sistemática de notificações que abrangia todas as doenças compulsoriamente notificáveis.

Com isso, até a implantação do Arquivo Central de Tuberculose junto ao Centro de Informações de Saúde (CIS), em 1979, a notificação dessa doença praticamente inexistiu. A partir dessa data foi adotada no Estado de São Paulo a "Ficha de Notificação de Casos" recomendada pelo Ministério da Saúde para todo o Brasil.

Com isso, os centros de saúde que tratavam tuberculosos atualizaram seus arquivos e os doentes ainda em tratamento na ocasião foram notificados, assim como os casos novos descobertos daí em diante.

O mesmo ocorreu com os hospitais de fisiologia da Secretaria da Saúde, com os hospitais conveniados e com alguns ambulatórios do INAMPS.

Assim, a grande maioria dos casos descobertos de

1979 em diante deveria estar notificada, ou pelo local que fez o diagnóstico, ou pelo hospital especializado em que foram internados; vale lembrar que até 1981 a maioria dos casos de tuberculose era rotineiramente internada, exclusivamente em hospitais especializados.

Isto posto, observa-se que dos 375 óbitos ocorridos em 1980, como demonstrado na tabela 25, em 80 casos o CIS tinha conhecimento do caso e do falecimento. Estes óbitos ocorreram em hospitais especializados que habitualmente notificavam os casos quando os internavam e, por meio de boletins mensais, informavam a internação e o tipo de alta.

Era conhecido o caso, mas não o óbito, em 39 deles; esses foram notificados geralmente por unidades de saúde e faleceram no domicílio ou em hospital não especializado.

Em 2 casos não foi possível verificar se o sistema os conhecia, pois os cadáveres não foram identificados.

Observa-se, que em 253 falecidos - 67% - o sistema não teve conhecimento da ocorrência do caso e do óbito, mostrando uma falha grande na sistemática de informação, que deveria envolver todos os locais, tanto os que faziam diagnóstico em vida, como os que faziam esse diagnóstico através de necrópsia.

Ao internar um paciente com o diagnóstico de doença notificável, os hospitais tem a obrigação de informar ao sistema de saúde.

Sabe-se que, em relação aos óbitos que ocorrem nos primeiros dias após a internação, há dificuldades do hospital em fazer o diagnóstico correto da doença. Esse fato, somado aos problemas burocráticos que os óbitos acarretam, talvez explique por que as notificações acabam sendo relegadas a um segundo plano e depois esquecidas. Na tentativa de verificar se realmente isso acontece, os 287 casos falecidos em hospital foram divididos em

2 grupos. O primeiro grupo era constituído de 128 casos falecidos antes do 8º dia de internação e o segundo era de 159 casos que ficaram mais de 8 dias internados, tempo suficiente para um diagnóstico correto e a necessária notificação.

Após essa divisão, como está demonstrado na tabela 26, pode-se ver que os resultados são praticamente iguais e, se o hospital não notificava a maioria dos casos, era por falta de conscientização do seu pessoal quanto à importância das notificações e não por dificuldades administrativas.

4.4. Análise dos atestados de óbito:

As causas básicas de óbito, segundo consta no atestado de óbito original, estão demonstradas na tabela 27, onde se vê que a tuberculose pulmonar não especificada apareceu como causa básica 294 vezes, ou 78,3%.

A tuberculose, todas as formas inclusive os efeitos tardios, apareceu em 88,7% do total de causas básicas.

Nessa tabela, 39 doenças constaram como causa básica.

A tabela 28, construída com as causas básicas após a revisão dos atestados de óbitos, demonstra que o número de doenças selecionadas como causa básica diminuiu de 39 para 28.

A tuberculose pulmonar, na opinião do Autor, foi a causa básica em 297 casos, ou 79,2% do total. A tuberculose, todas as formas, foi classificada como causa básica em 333 casos, ou 92,9% do total.

Com base nos estudos de Laurenti²⁰ (1973), foi construída a tabela 29, que compara os atestados originais e os revistos, observando a concordância - ou não - entre eles.

A tuberculose pulmonar não especificada apareceu 294 vezes no atestado de óbito original, e após a revisão, em 297.

Das 294 vezes em que ela apareceu nos originais, houve concordância como causa básica em 281, ou 95,6%, e discordância de 4,4% pois, após revisão, passou a constar como causa associada em 13 casos. Laurenti encontrou uma concordância de 81,8% dos casos de tuberculose; esta diferença deve-se ao fato desse autor ter trabalhado com óbitos em geral.

O pleuris tuberculoso foi causa básica em 1 atestado original, que, após a revisão, ficou sendo causa associada.

A meningite tuberculosa era causa básica em 1 atestado, após a revisão, ficou sendo em dois, deste e de um outro.

A tuberculose miliar apareceu 28 vezes nos atestados originais, havendo concordância em 27 casos; nos atestados revistos, esse diagnóstico aparece 31 vezes.

Os efeitos tardios da tuberculose constaram 7 vezes como causa básica nos atestados originais; nos atestados revistos, houve concordância nesses 7 casos, acrescidos de mais 8.

Quanto às causas associadas - tabela 30 -, observou-se que não apareceu nenhuma em 25 atestados originais; este número diminuiu para 12 após a revisão - tabela 31.

Em média, foram registradas 1,57 causas associadas por atestado original, elevando-se esta média para 2,25 nos atestados corrigidos.

4.5. Considerações finais:

Além dos dados já comentados, outras informações fornecidas pela pesquisa, como por exemplo, o controle de comunicantes, sugerem deficiências do sistema de saúde.

A tabela 32 mostra as informações dos familiares sobre casos de tuberculose em comunicantes; 31 famílias - 12,8% responderam que houve casos de tuberculose entre os residentes

daquela casa.

Não houve possibilidade de verificar qual era o estado de contagiosidade desses pacientes, pois muitos deles não foram diagnosticados em vida; se eles forem considerados doentes bacilíferos, estes 12,8% tornam-se similares ao resultado encontrado no Canadá por Grzybowski¹¹ et al em 1975, que tiveram cerca de 10,5% de adoecimento entre os comunicantes.

A tabela 33 mostra que, dos familiares entrevistados, apenas 109 - 44,8% - foram, antes ou após o óbito do paciente, a uma unidade de saúde para controle.

Observa-se que em cerca de 55,2% do total de pessoas entrevistadas, os órgãos responsáveis pelo tratamento ou pelo diagnóstico da causa da morte não procuraram informar aos familiares da importância de um controle.

É de se esperar, se houvesse um bom controle dos comunicantes por parte das unidades de saúde, que o número de casos encontrado fosse maior, pois sabe-se que as condições de vida em São Paulo são piores do que no Canadá.

Quanto à notificação, o CIS, ao ter conhecimento do caso ou do óbito, deveria acionar o centro de saúde mais próximo da residência do mesmo e este, então, convocar os comunicantes para exames e controle.

Pode-se ver que na população estudada houve uma predominância de casos com baixo nível sócio-econômico, refletido pela baixa escolaridade, baixa renda familiar e subempregos.

Houve uma forte influência do alcoolismo entre os falecidos.

Pode-se notar que, embora havendo oferta de serviços, houve algo que dificultou a procura desses serviços por parte do doente, pois, quando procuravam tratamento, a doença já estava bastante adiantada na maioria deles, o que foi demonstrado

pelo pouco tempo de internação, presença de caquexia e dispnéia e grande destruição pulmonar.

Seria o desconhecimento da existência desses serviços a razão dos comparecimentos tardios? Ou os serviços não estariam diagnosticando corretamente a doença?

Estariam os serviços deixando de dar a atenção devi-da aos doentes em tratamento e com isso contribuindo para o a-bandono?

Seria o fato de se acomodar aos seus sintomas a ra-zão do doente só procurar a assistência médica em fases mais a-diantadas da doença?

Várias perguntas podem ser feitas e várias respostas podem ser dadas, mas o fato constatado é que esses casos entra-ram tardiamente no sistema. Embora não sendo possível afastar as influências sócio-econômico-culturais no comportamento das pes-soas, os resultados desta pesquisa sugerem que parte da culpa possa ser atribuída ao sistema de saúde o qual estaria demorando muito para cogitar de tuberculose quando pessoas com sintomas sugestivos da doença se apresentam para atendimento.

5 - CONCLUSÕES.

5.1 - Em relação aos possíveis fatores contribuintes para a ocorrência de óbitos em pessoas maiores de 15 anos de idade, residentes no município de São Paulo, chegou-se às seguintes conclusões:

5.1.1. a migração parece não ter influído, uma vez que 82,7% dos falecidos residiam na cidade pelo menos há 5 anos;

5.1.2. mais de um terço da população de estudo era constituído por alcoólatras, sugerindo que o alcoolismo foi um importante fator contributivo;

5.1.3. na maioria dos casos o adiantado estado de evolução da doença, ao se iniciar o tratamento, deve ter contribuído para o êxito letal;

5.1.4. a pobreza deve ter contribuído para esses óbitos, pois a maioria dos falecidos pertencia a estratos sócio-econômicos inferiores;

5.1.5. os resultados foram inconclusivos quanto ao tabagismo e grau de conhecimento da doença pelos familiares.

5.2 - Grau de conhecimento do sistema de saúde a respeito dos casos estudados:

5.2.1. a maioria dos casos - 67% - era desconhecida pelo sistema de saúde, sendo os hospitais as instituições que menos notificavam.

5.3 - Análise dos atestados:

5.3.1. a utilização de informes adicionais (entrevistas domiciliares, prontuário médico, evolução de enfermagem, resultados de exames laboratoriais e radiológicos e dados de necrópsia) para refazer os atestados de óbito de pessoas com tuberculose aumentou a participação dessa doença como causa básica de 88,7% para 92,9% ou seja menos de 5%;

5.3.2. o número médio de causas associadas por atestado de óbito, quando disponíveis informações adicionais, elevou-se substancialmente de 1,57 para 2,25.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

01. ALLAN, W. G. L. - A survey of deaths in Hong Kong attributed to tuberculosis. Tubercle, 62: 1-11, 1981.
02. ALBUQUERQUE, A. F. R. & RODRIGUES, B. A. - Evolução secular da mortalidade da tuberculose no Distrito Federal. Rev. bras. Tuberc., 144: 725-90, 1952.
03. ALBUQUERQUE, A. F. R. & VILLAS BOAS, A. - Comportamento da mortalidade por tuberculose no Brasil. Rev. Serv. nac. Tuberc., 1: 177-86, 1957.
04. AOKI, M. et al. - The causes of death of tuberculosis patients in chemotherapy era. Rep. med. Res. Probl. Jap. anti-tuberc. Ass., 26: 19-25, 1978.
05. BLAHA, H. - Tod an tuberkulose. Prax. Pneumol., 33: 565-81, 1979.
06. BUHL, K. & NYBOE, J. - Epidemiological basis of tuberculosis eradication. Changes in the mortality of Danish tuberculosis patients since 1925. Bull. Wld Hlth Org., 37: 907-25, 1967.
07. ENARSON, D. A. et al. - Failure of diagnosis as a factor in tuberculosis mortality. Canad. med. Ass. J., 118: 1.520-22, 1978.
08. FROST, W. H. - The age selection of mortality from tuberculosis in successive decades. Amer. J. Hyg., 30: 91-6, 1939.
09. GOTTSTEIN, A. - Epidemiologia general de la tuberculosis. Madrid, Ed. Morata, 1943.
10. GRIGG, E. R. N. - The arcana of tuberculosis. Amer. Rev. Tuberc., 78: 151-72, 1958.
11. GRZYBOWSKIS, S. et al. - Contacts of cases of active pulmonary tuber-

- culosis. Bull. int. Union Tuberc., 5: 50-90, 1975.
12. O GUIA 1980: São Paulo. 10.^a ed. São Paulo, Ed. Mapograf, 1980.
 13. GUIMARÃES, R. - Determinação social e doença endêmica. O caso da Tuberculose. [Separata distribuída no Curso: epidemiologia das doenças transmissíveis durante o 18º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Ribeirão Preto, 1982.]
 14. GUSMÃO, H. H. - Contribuição para o estudo do problema da tuberculose nas indústrias de São Paulo. São Paulo, 1948. [Tese de Docência-Livre - Faculdade de Saúde Pública da USP]
 15. IVERSEN, E. - Epidemiological basis of tuberculosis eradication - Some factors of significance for the prognosis for a tuberculosis patient. Bull. Wld Hlth Org., 37: 893-906, 1967.
 16. JENNEY, F. S. & COHEN, A. C. - Changing pattern in causes of death in pulmonary tuberculosis. Dis. Chest, 43: 62-7, 1963.
 17. KHOURY, S. A. - Death certificates and tuberculosis register cards. Amer. Rev. resp. Dis., 104: 936-37, 1971.
 18. KOK-JENSEN, A. - The prognosis of pulmonary tuberculosis in patients with abuse of alcohol. Scand J. resp. Dis., 51: 42-8, 1970.
 19. LALEVÉE, G. et al. - La situation actuelle de la mortalité par tuberculose en France. Rev. fr. Mal. resp., 6: 419-21, 1978.
 20. LAURENTI, R. - Causas múltiplas de Morte. São Paulo, 1973. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]
 21. LOWELL, M. A. - Tuberculosis morbidity and mortality and its control. In: LOWELL, A. et al. Tuberculosis. Cambridge, Harvard University Press, 1969. p. 1-121.
 22. MANUAL de Classificação estatística internacional de doenças, lesões

- e causas de óbitos; 9^a revisão. São Paulo, Centro da OMS para classificação de Doenças em português, 1978.
23. MASCARENHAS, R. S. - Contribuição para o estudo da administração dos serviços estaduais de tuberculose em São Paulo. São Paulo 1953.
[Tese de Cátedra - Faculdade Higiene e Saúde Pública da USP]
 24. NASCIMENTO, E. A. & LIMA, R. L. - Algumas Informações sobre a tuberculose no Brasil. 1970/1974. Rev. Div. nac. Tuberc., 20: 119-39, 1976.
 25. NUSSENZVEIG, I. & CERTAIN, D. A. - Contribuição para o estudo da tuberculose no município de São Paulo: aspectos epidemiológicos do problema. Arq. Fac. Hig. S. Paulo, 7: 1-86, 1953.
 26. OLIN, J. S. & GRZYBOWSKI, S. - Tuberculosis and alcoholism. Canad. med. Ass. J., 94: 999-1.001, 1966.
 27. PAULA SOUZA, R. - Evolução histórica da tuberculose no Brasil. Rev. paul. Tisiol., 6: 237-46, 1940.
 28. PAULA SOUZA, R. et al. A tuberculose como causa de morte em algumas capitais brasileiras. Rev. bras. Tuberc., 109: 99-110, 1947.
 29. PEREIRA, J. C. & RUFFINO NETTO, A. - Saúde, doença e sociedade, a tuberculose - o tuberculoso. [Separata distribuída no Curso: epidemiologia das doenças transmissíveis durante o 18º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Ribeirão Preto, 1982]
 30. PUFFER, R. R. & GRIFFITH, G. W. - Características de la mortalidad urbana. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1968. (OPAS - Publ. cient., 151)
 31. RAMOS, R. - Os óbitos teóricamente evitáveis como critério de avaliação do trabalho sanitário. Arq. Fac. Hig. S. Paulo, 19: 23-31, 1965.

32. RIBEIRO, L - A luta contra a tuberculose no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Sul Americana, 1956.
33. RUFFINO NETTO, A. & PEREIRA, J. C. - Mortalidade por tuberculose e condições de vida. O caso do Rio de Janeiro. [Separata distribuída no Curso: epidemiologia das doenças transmissíveis, durante o 18º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Ribeirão Preto, 1982]
34. RUFFINO, M. C. & RUFFINO NETTO, A. - Estudo da associação entre tabagismo e tuberculose pulmonar. Rev. Div. nac. Pneumol. sanit., 24: 45-69, 1980.
35. SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. Movimento do Registro Civil do Estado de São Paulo - (1974-1975-1976). São Paulo, Coordenadoria de Análise de Dados, 1977.
36. STYBLO, K. & MEIJER, J. - Avances recientes en la epidemiologia de la tuberculosis en relacion con la formulacion o readecuacion de los programas de Control. Bol. Un. int. Tuberc., 53:295-305, 1978.
37. TOMAN, K. - Exploración radiográfica en nasa y lucha antituberculosa. Crónica de la O M S., 30: 53-60, 1976.
38. U.S. National Tuberculosis and Respiratory Disease Association. Diagnostic Standards and classification of tuberculosis. New York, 1969.
39. VILLAS BOAS, A. - A tuberculose: problema de saúde pública no Brasil. Rev. Serv. nac. Tuberc., 7: 441-453, 1963.
40. VRANJAC, A. - Epidemiologia da Tuberculose - Estudo da Mortalidade por tuberculose no Município de São Paulo. São Paulo, 1980. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP

ANEXOS.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº									
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE									
1 UNIDADE DA FEDERAÇÃO:					2 CARTÓRIO DE Nº DO REGISTRO DATA DO REGISTRO				
3 ÓBITO FETAL SIM ☐ NÃO ☐		4 NOME			5 DATA DO ÓBITO HORA DIA MÊS ANO				
6 ESTADO CIVIL SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIÚVO ☐ DESQUITADO ☐ OUTRO ☐ IGNORADO ☐		7 SEXO MASC. ☐ FEMIN. ☐ IGN. ☐		8 DATA NASCIMENTO DIA MÊS ANO		9 IDADE ANOS COMPLETOS ATÉ 1 ANO (MESES) ATÉ 1 MÊS (DIAS) ATÉ 1 DIA (HORAS) IGN.			
10 LOCAL DE OCORRÊNCIA HOSPITAL ☐ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ OUTRO ☐ IGN. ☐			11 ENDEREÇO			12 MUNICÍPIO			
13 RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BAIRRO, ETC.)					14 MUNICÍPIO		15 U.F.		
16 OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO			17 NATURALIDADE		18 GRAU DE INSTRUÇÃO NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐				
FILIAÇÃO		19 NOME DO PAI			20 NOME DA MÃE				
PAI		21 OCUPAÇÃO HABITUAL			22 GRAU DE INSTRUÇÃO NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐				
MÃE		23 OCUPAÇÃO HABITUAL			24 IDADE		25 GRAU DE INSTRUÇÃO NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐		
26 Nº DE FILHOS TIDOS NASC. VIVOS NASC. MORTOS TOTAL		27 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS) MENOS DE 20 ☐ DE 20 A 27 ☐ 28 OU MAIS ☐ IGN. ☐			28 GRAVIDEZ ÚNICA ☐ DUPLA ☐ TRÍPLICE ☐ MAIS DE 3 ☐ IGN. ☐				
29 PARTO ESPONTÂNEO ☐ OPERATÓRIO ☐ FÓRCEPS ☐ IGN. ☐			30 MORTE DO FETO (EM RELAÇÃO AO PARTO) ANTES ☐ DURANTE ☐ IGN. ☐			31 PARA MENORES DE 28 DIAS OU ÓBITO FETAL, PESO AO NASCER IGN. ☐			
32 RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE SIM ☐ NÃO ☐ IGN. ☐			33 O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO SIM ☐ SUBSTITUTO ☐ IML ☐ SVO ☐ OUTRO ☐			34 O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO EXAME COMPLEMENTAR CIRURGIA NECROPSIA SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐			
35 CAUSA DA MORTE: (ANOTE SÓ UM DIAGNÓSTICO POR LINHA) PARTE — I DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE. CAUSAS ANTECEDENTES ESTADOS MÓRBIDOS, SE EXISTIREM, QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA, MENCIONANDO-SE EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA. PARTE — II OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO RELACIONADOS COM A DOENÇA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A PRODUZIU						INTERVALO ENTRE O INÍCIO DA DOENÇA E A MORTE			
37 TIPO HOMICÍDIO ☐ SUICÍDIO ☐ ACIDENTE ☐ IGN. ☐			38 ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐ IGN. ☐		39 LOCAL DO ACIDENTE TRÂNSITO ☐ DOMICÍLIO ☐ OUTRO ☐ IGN. ☐				
40 NOME DO MÉDICO			41 CRM		42 DATA DO ATESTADO				
43 ENDEREÇO DO MÉDICO			44 TELEFONE		45 ASSINATURA				
46 DECLARANTE									
47 1ª TESTEMUNHA									
48 2ª TESTEMUNHA									
49 CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO							50 MUNICÍPIO		

Anexo II

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
ESTUDO DA MORTALIDADE POR TUBERCULOSE EM ADULTOS
(CONFIDENCIAL)
- Parte A -

Localização no
guia _____

1. Nome: _____ 2. Nº de Ordem: _____
3. Endereço: _____
4. Distrito: _____ 5. Data de óbito: _____
6. Estado Civil: _____ 7. Idade: _____ 8. Sexo: _____
9. Profissão: _____ 10. Local de óbito: _____
11. Autopsia: _____

CARACTERIZAÇÃO

12. O falecido residia nesta casa ?

☐ SIM
☐ NÃO

13. O falecido sempre morou em São Paulo ?

☐ SIM - (pule para a pergunta nº 16)
☐ NÃO
☐ NÃO SABE - (pule para a pergunta nº 16)

14. Onde o falecido morava antes de São Paulo ? (Especificar o Estado

☐ Interior de São Paulo _____)
☐ Região Norte ☐ Região Sul
☐ Região Nordeste ☐ Outro País - Qual ? _____
☐ Região Leste ☐ Não se aplica
☐ Região Centro Oeste

15. Há quanto tempo o falecido morava em São Paulo ?

☐ menos de 6 meses
☐ de 6 meses a 1 ano
☐ de 1 a 2 anos
☐ de 2 a 5 anos
☐ mais de 5 anos
☐ não se aplica

16. Sabe do que foi que o falecido morreu ?

☐ SIM - Qual a doença ? _____

(se a resposta for doença dos pulmões ou tuberculose vá para a pergunta nº 17, se outras doenças, pule para a nº 18).

☐ NÃO - (pule para a pergunta nº 18).

17. Há quanto tempo o falecido estava doente dos pulmões ? _____

(pule para a pergunta nº 19). _____

18. Ele tinha alguma doença dos pulmões ?

☐ SIM - Qual ? _____

☐ NÃO

☐ NÃO SABE

19. O falecido fez algum tratamento médico ?

☐ SIM

☐ NÃO - (pule para a pergunta 22)

☐ NÃO SABE - (pule para a pergunta nº 22)

20. Aonde ele estava em tratamento ?

21. Se estava em tratamento, o falecido tomava diariamente remédios para tuberculose (de acordo com prescrição médica) ?

☐ SIM - Quais ? Especificar: _____

☐ NÃO

☐ NÃO SABE

22. O falecido tinha tosse ?

☐ tossia o tempo todo

☐ tossia só a noite

☐ tossia pela manhã

☐ tossia raramente

☐ não tossia

23. O falecido tinha o hábito de beber ?

☐ estava sempre embriagado

☐ bebia todos os dias mas não se embriagava

☐ se embriagava às vezes

☐ bebia às vezes e não se embriagava

☐ NÃO

☐ NÃO SABE

24. O falecido fumava ?

- ☐ SIM
☐ NÃO
☐ NÃO SABE

25. O falecido tinha outras doenças ?

☐ diabetes	☐ doente do coração
☐ úlcera	☐ outras _____
☐ bronquite	☐ NÃO
☐ ataques (epilepsia)	☐ NÃO SABE

26. Existem pessoas doentes de tuberculose ou dos pulmões morando nesta casa neste último ano ? - (da data de entrevista)

- ☐ SIM - quem ? - (grau de parentesco): _____
☐ NÃO
☐ NÃO SABE

27. As pessoas que residem nesta casa foram a algum médico ou Centro de Saúde fazer algum controle sobre tuberculose ? (RX, PPD, BCG ou es-carro).

- ☐ SIM - Onde fizeram ? _____
 quem fez e o que (se adulto ou criança) _____

- ☐ NÃO - Porque ? _____

28. Quanto era a renda mensal aproximada da família na época do óbito ?

29. Qual era a escolaridade do falecido ?

30. Qual era a profissão do falecido ?

31. Grau de parentesco da pessoa entrevistada.

Observações: _____

Agradecimentos:

Entrevistador: _____ Data: _____

Anexo III

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
ESTUDO DA MORTALIDADE POR TUBERCULOSE EM ADULTOS
(CONFIDENCIAL)
- Parte B -

32. Instituição: _____ 33. Nº de Ordem: _____

34. Nome: _____

35. Data do Óbito: _____ 36. Local do Óbito: _____

37. Data da primeira consulta: _____

38. Internações anteriores: _____

_____39. Transferido ou encaminhado por: _____
_____40. Endereço detalhado: _____

_____**Sinais clínicos de entrada:**

41. dispnéia

☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO CONSTA

42. caquexia

☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO CONSTA

43. hemoptise

☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO CONSTA

44. consciente

☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO CONSTA45. História clínica: _____

46. Resultado do exame de escarro inicial.

☐ positivo para BAAR

☐ negativo para BAAR

☐ não realizado

47. Exame radiológico inicial.

☐ não realizado

☐ lesões mínimas

☐ lesões moderadas

☐ lesões avançadas

☐ outras lesões não tuberculosas

48. Outros exames:

49. Tratamento realizado (específico):

☐ SM

☐ EMB

☐ INH

☐ TBr

☐ PZA

☐ PAS

☐ RM

☐ Outros _____

50. Tratamento realizado (não específico):

51. Doenças associadas:

52. Dados de necropsia:

53. Fonte de informação:

Entrevistador: _____

Data: _____

Anexo IV

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
ESTUDO DA MORTALIDADE POR TUBERCULOSE EM ADULTOS
(CONFIDENCIAL)
- Parte C -

Nome: _____ Nº DE ORDEM: _____

Nome da mãe: _____

Local do óbito: _____ Data do óbito: _____

54. Notificação do caso - ☐ SIM☐ NÃO55. Notificação do óbito - ☐ SIM☐ NÃO

56. Atestado original:

a. Causa básica

b. Causas associadas

57. Atestado corrigido:

a. Causa básica

b. Causas associadas

GUIA DE CODIFICAÇÃO

ESTUDO DA MORTALIDADE PULMONAR EM ADULTOS

		Nº da coluna	Nº de colunas
1	Nº de ordem (é o número do caso) 000 a 400	1 2 3	3
2	Distrito ou Sub-distrito de residência (ver o anexo VI) 00 a 48 (sub-distritos do distrito de S.Paulo) 51 a 57 outros distritos 99 ignorado	4 5	2
3	Data do Óbito (codificar somente o mês) 01 = janeiro 02 = fevereiro 03 = março 04 = abril 05 = maio 06 = junho 07 = julho 08 = agosto 09 = setembro 10 = outubro 11 = novembro 12 = dezembro	6 7	2
4	Estado Civil solteiro _____ 1 casado _____ 2 viúvo _____ 3 desquitado ou divorciado _____ 4 ignorado _____ 9	8	1
5	Idade em anos Ignorado _____ 99	9 10	2

[illegible]

	Nº da coluna	Nº de colunas
10 Conhecimento da família:		
10.1 - Sobre a causa do óbito e a presença da doença.		
- Sabe que morreu de tuberculose — 1		
- Sabe que morreu de outra doença e:		
- refere que estava também com tu berculose; — 2		
- refere que não estava com tuber culose; — 3		
- ignora se estava ou não tubercu loso. — 4		
- Ignora a causa do óbito e:		
- refere que estava com tuberculo se; — 5		
- refere que não estava com tuber culose; — 6		
- não sabe se estava ou não com tuberculose. — 7		
- Não se aplica — 9	17	1
10.2 - Tempo da doença.		
(para todos os casos em que a família referé que a causa da morte foi tbc).		
- menos de 3 meses — 1		
- 3 — 6 meses — 2		
- 6m — 1 ano — 3		
- 1a — 3 anos — 4		
- 3a — 5 anos — 5		
- 5 anos e + — 6		
- ignorado — 8		
- não se aplica — 9	18	1

		Nº da coluna	Nº de colunas
10	<p>10.3 - Local do tratamento médico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centro de Saúde _____ 1 - Hospital _____ 2 - INAMPS _____ 3 - Particular _____ 4 - Não Fazia _____ 5 - Ignora onde fazia tratamento _____ 6 - Ignora se fazia tratamento _____ 8 - Não se aplica _____ 9 <p>10.4 - Medicação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sim, remédios para tuberculose — 1 - Sim, ignora quais remédios _____ 2 - Não _____ 3 - Não sabe _____ 4 - Não se aplica _____ 9 	<p>19</p> <p>20</p>	<p>1</p> <p>1</p>
11	<p>Outras informações sobre o falecido</p> <p>11.1 - Tosse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tossia o tempo todo _____ 1 - Tossia somente à noite _____ 2 - Tossia somente de manhã _____ 3 - Tossia raramente _____ 4 - Não tossia _____ 5 - Ignora _____ 8 - Não se aplica _____ 9 	<p>21</p>	<p>1</p>

		Nº da coluna	Nº de colunas
11.	<p>11.2 - Bebida</p> <p>- estava sempre embriagado _____ 1</p> <p>- bebia todos os dias mas não se em briagava _____ 2</p> <p>- bebia às vezes e se embriagava — 3</p> <p>- bebia às vezes e não se embriaga- va _____ 4</p> <p>- não bebia _____ 5</p> <p>- não sabe (ignora) _____ 8</p> <p>- não se aplica _____ 9</p> <p>11.3 - Fumo (cigarro)</p> <p>- Sim, (sempre) - sempre fumou — 1</p> <p>- Sim e parou - fumava e parou — 2</p> <p>- não fumava _____ 3</p> <p>- não sabe (ignora) _____ 8</p> <p>- não se aplica _____ 9</p> <p>11.4 - Outras doenças (presentes no momento da morte).</p> <p>- diabetes _____ 1</p> <p>- úlcera _____ 2</p> <p>- bronquite _____ 3</p> <p>- ataques (epilepsia) _____ 4</p> <p>- doença do coração _____ 5</p> <p>- outras _____ 6</p> <p>- nenhuma _____ 7</p> <p>- não sabe (ignora) _____ 8</p> <p>- não se aplica _____ 9</p>	<p>22</p> <p>23</p> <p>24</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>

		Nº da coluna	Nº de colunas
12	Dados sobre a família		
	12.1 - Outros casos de tuberculose na família		
	- Sim _____ 1		
	- Não _____ 2		
	- Não sabe _____ 8		
	- Não se aplica _____ 9	25	1
	12.2 - Busca de casos:		
	- Procuraram o CS e fizeram exames específicos _____ 1		
	- Procuraram o CS e não fizeram exames específicos _____ 2		
	- Não procuraram o CS porque:		
	- não foram orientados _____ 3		
	- não acharam necessário _____ 4		
	- não tiveram tempo _____ 5		
	- ignora _____ 8		
	- não se aplica _____ 9	26	1
13	Renda		
	até 5.000,00 _____ 1		
	5.000,00 — 10.000,00 _____ 2		
	10.000,00 — 15.000,00 _____ 3		
	15.000,00 — 20.000,00 _____ 4		
	20.000,00 — 25.000,00 _____ 5		
	25.000,00 — e + _____ 6		
	não referida _____ 7		
	ignora _____ 8		
	não se aplica _____ 9	27	1

		Nº da coluna	Nº de colunas
14	<p>Escolaridade do falecido</p> <p>- analfabeto _____ 1</p> <p>- primário incompleto _____ 2</p> <p>- primário completo _____ 3</p> <p>- ginásial incompleto _____ 4</p> <p>- ginásial completo _____ 5</p> <p>- colegial ou técnico _____ 6</p> <p>- universitário _____ 7</p> <p>- ignorado _____ 8</p> <p>- não se aplica _____ 9</p>	28	1
15	<p>(COMEÇA PARTE B) - Anexo III</p> <p>Tempo de internação, refere-se ao tempo da última internação.</p> <p>< 24 hs _____ 1</p> <p>- 24 hs — 48 hs _____ 2</p> <p>- 48 hs — 8 dias _____ 3</p> <p>- 8 d — 1 m _____ 4</p> <p>- 1 m — 3 m _____ 5</p> <p>- 3 m — 6 m _____ 6</p> <p>- 6 m e + _____ 7</p> <p>- não foi encontrado prontuário _____ 8</p> <p>- não se aplica _____ 9</p> <p>(o dado é tirado pela diferença entre as perguntas 35 e 37)</p>	29	1

		Nº da coluna	Nº de colunas
16	<p>Sinais clínicos de entrada (pergunta 41 a 44)</p> <p>16.1 - dispnéia - sim _____ 1 - não _____ 2 - não consta _____ 3 - não se aplica _____ 9</p> <p>16.2 - caquexia - sim _____ 1 - não _____ 2 - não consta _____ 3 - não se aplica _____ 9</p> <p>16.3 - hemoptise - sim _____ 1 - não _____ 2 - não consta _____ 3 - não se aplica _____ 9</p> <p>16.4 - consciente - sim _____ 1 - não _____ 2 - não consta _____ 3 - não se aplica _____ 9</p>	<p>30</p> <p>31</p> <p>32</p> <p>33</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
17	<p>História Clínica</p> <p>compatível com tb _____ 1 incompatível com tb _____ 2 sem história clínica _____ 3 não se aplica _____ 9</p>	<p>34</p>	<p>1</p>
18	<p>Exame de Escarro</p> <p>+ _____ 1 - _____ 2 não realizado _____ 3 não se aplica _____ 9</p>	<p>35</p>	<p>1</p>

		Nº da coluna	Nº de colunas
19	RX de Torax lesões mínimas _____ 1 lesões moderadas _____ 2 lesões avançadas _____ 3 outras lesões não tbc _____ 4 não realizado _____ 5 não se aplica _____ 9	36	1
20	Tratamento (para casos hosp. e os no domi cílio em tratamento no CS). - RM + INH + EMB _____ 1 - RM + INH + PZA _____ 2 - RM + INH + outra _____ 3 - SM + INH + EMB _____ 4 - SM + INH + PZA _____ 5 - SM + INH + outra _____ 6 - Outras combinações _____ 7 - Não realizado _____ 8 - Não se aplica _____ 9	37	1
21	Resultado da autopsia Tuberculose como causa principal _____ 1 Tuberculose como causa secundária _____ 2 Não confirmada tuberculose _____ 3 Não realizada _____ 9	38	1

		Nº da coluna	Nº de colunas
22	<p>Notificação:</p> <p>- Notificado o caso e o óbito _____ 1</p> <p>- Notificado o caso e o óbito não notificado _____ 2</p> <p>- Não notificado o caso mas notificado o óbito _____ 3</p> <p>- Não notificado o caso e o óbito também não _____ 4</p> <p>- Impossível de verificar _____ 5</p>	39	1
23	<p>Atestado de óbito original - ver lista tabular de inclusões e sub-categorias de quatro algarismos: classificação internacional de doenças - 1975.</p> <p>23.1 - causa básica</p> <p>23.2 - 1ª causa associada</p> <p>23.3 - 2ª causa associada</p> <p>23.4 - 3ª causa associada</p> <p>OBS.: Quando não houver citação de causa associada usar 000.0</p>	<p>40 41 42 43</p> <p>44 45 46 47</p> <p>48 49 50 51</p> <p>52 53 54 55</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>
24	<p>Atestado de óbito corrigido - idem</p> <p>24.1 - causa básica</p> <p>24.2 - 1a. causa associada</p> <p>24.3 - 2a. causa associada</p> <p>24.4 - 3a. causa associada</p> <p>24.5 - 4a. causa associada</p> <p>OBS.: Código 000.0 quando foi possível achar a causa associada.</p>	<p>56 57 58 59</p> <p>60 61 62 63</p> <p>64 65 66 67</p> <p>68 69 70 71</p> <p>72 73 74 75</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>

Anexo VI

DISTRITOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

0 - Distrito de São Paulo

1. Sê
2. Liberdade
3. Penha
4. Nossa Senhora do Ô
5. Santa Efigênia
6. Brás
7. Consolação
8. Santana
9. Vila Mariana
10. Belenzinho
11. Santa Cecília
12. Cambuci
13. Butantã
14. Lapa
15. Bom Retiro
16. Moóca
17. Bela Vista
18. Ipiranga
19. Perdizes
20. Jardim América
21. Saúde
22. Tucuruvi
23. Casa Verde
24. Indianópolis
25. Pari
26. Vila Prudente
27. Tatuapé
28. Jardim Paulista
29. Santo Amaro
30. Ibirapuera
31. Pirituba
32. Capela do Socorro
33. Alto da Moóca
34. Cerqueira Cesar

- 35. Barra funda
 - 36. Vila Maria
 - 37. Aclimação
 - 38. Vila Matilde
 - 39. Vila Madalena
 - 40. Brasilândia
 - 41. Cangaíba
 - 42. Jabaquara
 - 43. Jaguara (ainda não instalado)
 - 44. Limão
 - 45. Pinheiros (ainda não instalado)
 - 46. Vila Formosa
 - 47. Vila Guilherme
 - 48. Vila Nova Cachoeirinha
-
- 51. Distrito de Ermelindo Matarazzo
 - 52. Distrito de Guaianazes
 - 53. Distrito de Itaquera
 - 54. Distrito de Jaraguã
 - 55. Distrito de Parelheiros
 - 56. Distrito de Perus
 - 57. Distrito de São Miguel Paulista
 - 58. Distrito de Itaim Paulista (ainda não instalado)

ANEXO VII

ADAPTAÇÃO DA TABELA DE OCUPAÇÃO PRINCIPAL - IMPOSTO DE RENDA PESSOAL FÍSICA - 1981.

CLASSE 1 - Trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados.

GRUPO 10 - Engenheiros, Físicos, Químicos e trabalhadores assemelhados.

GRUPO 11 - Médicos, Odontólogos, Enfermeiros e trabalhadores assemelhados.

GRUPO 12 - Economistas, Estatísticos, Contadores e trabalhadores assemelhados.

GRUPO 13 - Advogados, Psicólogos, Bibliotecários e trabalhadores assemelhados.

GRUPO 14 - Professores e assemelhados.

GRUPO 15 - Técnicos.

GRUPO 16 - Trabalhadores ligados à apresentação de espetáculos públicos e à prática desportiva.

GRUPO 17 - Jornalistas e assemelhados.

GRUPO 18 - Trabalhadores ligados às atividades de navegação aérea, marítima e interior.

GRUPO 19 - Trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados, não especificados nos grupos anteriores.

CLASSE 2 - Membros dos poderes legislativo, executivo e judiciário; servidores civis e militares.

GRUPO 20 - Membros superiores dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

GRUPO 21 - Servidores civis e militares de nível superior.

GRUPO 29 - Servidores Civis e Militares e agentes da Administração Pública não especificados nos grupos anteriores.

CLASSE 3 - Trabalhadores administrativos e assemelhados.

GRUPO 30 - Diretores e Gerentes.

GRUPO 39 - Trabalhadores administrativos e assemelhados, não especificados nos grupos anteriores.

CLASSE 4 - Trabalhadores do comércio e assemelhados.

GRUPO 40 - Supervisores, Corretores e trabalhadores assemelhados.

GRUPO 41 - Vendedores e assemelhados.

GRUPO 49 - Trabalhadores do comércio e assemelhados, não especificados nos grupos anteriores.

CLASSE 5 - Trabalhadores de serviços e assemelhados.

GRUPO 50 - Trabalhadores de serviços de administração, conservação e limpeza de edifícios.

GRUPO 51 - Trabalhadores de serviços de tratamento de beleza.

GRUPO 52 - Trabalhadores de serviços de hospedagem, restaurante e serviços assemelhados.

GRUPO 53 - Trabalhadores de serviços de transporte.

GRUPO 54 - Trabalhadores de serviços de manutenção.

GRUPO 59 - Trabalhadores de serviços e assemelhados, não especificados nos grupos anteriores.

CLASSE 6 - GRUPO 60 - Trabalhadores agrícolas, da pecuária, florestais, da pesca e trabalhadores assemelhados.

CLASSE 7 - GRUPOS 70 e 71 - Trabalhadores da produção industrial.

CLASSE 9 - Declarantes não especificados nas classes anteriores.

GRUPO 90 - Proprietários e capitalistas.

GRUPO 91 - Sacerdotes ou membros de ordens ou seitas religiosas.

GRUPO 92 - Trabalhadores aposentados e pensionistas.

GRUPO 93 - Estudantes.

GRUPO 94 - Espólio.

GRUPO 95 - Sem ocupação.

GRUPO 96 - Prendas domésticas.

GRUPO 97 - Servente e ajudante.

GRUPO 98 - Ignorado.

GRUPO 99 - Outros declarantes não especificados nos grupos anteriores.