

A tuberculose em dez anos (1993-2002) nos concelhos de Gouveia e Seia

LUÍS OSÓRIO GONÇALVES*, CARMEN TABOADA MELLA**

RESUMO

Objectivo geral: Caracterizar a infecção por tuberculose, entre 1993 e 2002, em dois concelhos da Beira Interior – Gouveia e Seia.

Tipo de estudo: Estudo de incidência com uma componente descritiva e observacional.

Local: Consultas do Centro de Diagnóstico Pneumológico (C.D.P.) do Centro de Saúde de Gouveia (C.S.Gouveia).

População estudada: Todos os doentes de tuberculose, residentes nos concelhos de Gouveia e Seia, que tenham sido acompanhados nas consultas dos C.D.P.s de Gouveia e da Guarda e tenham aí dado entrada entre 1 de Janeiro de 1993 e 31 de Dezembro de 2002.

Métodos: Estudaram-se as «fichas de registo de caso» existentes nos processos clínicos individuais das consultas dos C.D.P.s de Gouveia e da Guarda. Estas fichas haviam sido oportunamente preenchidas, em contacto directo com os doentes pelos médicos responsáveis pelas consultas. Seleccionaram-se apenas as variáveis que diziam respeito aos doentes e à sua doença.

Resultados: Foram seguidos nessas consultas 142 doentes nestes 10 anos. A taxa de incidência anual média (31,3/100.000) foi inferior à média nacional e parece ir lentamente diminuindo. A distribuição por sexos (dois terços do sexo masculino) foi sobreponível à nacional. Houve muito menos jovens e muito mais idosos do que a nível nacional: 35,9% tinham mais de 64 anos (no país 12,7%) e 39,4% tinham 15-44 anos (no país 64,3%). A classe social mais atingida foi a média baixa, com 56,3%. Em 83,8% dos casos houve atingimento do aparelho respiratório inferior. Em 20,4% dos casos havia alcoolismo crónico, em 7,7% diabetes e em 2,1% SIDA. Apenas foi detectado um caso de multirresistência e outro de polirresistência. O estudo destaca quatro aldeias em que o número de casos e a idade mais jovem dos doentes as diferenciam do conjunto e três povoações em que o grupo dos alcoólicos foi particularmente atingido.

Conclusões: Ao contrário do que acontece a nível nacional, a tuberculose nos concelhos de Gouveia e Seia parece responder bem às medidas promovidas pelo C.D.P., esboçando-se uma progressiva diminuição dos casos anuais e predominando as idades altas, sugerindo tratar-se de recídivas. O primeiro caso de multirresistência, os três primeiros associados à SIDA, a elevada associação ao alcoolismo e a existência de quatro aldeias que se afastam do padrão local, são outros tantos desafios que se põem ao C.D.P. do C.S.Gouveia.

Palavras-Chave: Tuberculose; Beira Interior; C.D.P.; Medicina Familiar; Alcoolismo; Marginalidade; SIDA.

INTRODUÇÃO

Tem sido pedido à Clínica Geral que assuma o seguimento dos doentes com tuberculose, nos Centros de Diagnóstico Pneumológico (C.D.P.s). Pelo menos, na Região Centro são clínicos gerais os responsáveis pelos C.D.P.s. Pela sua posição privilegiada, a eles cabe a articulação, por um lado com os hospitais, seus especialistas e seus laboratórios, por outro com as famílias e os Médicos de Família e por outro, ainda, com a Saúde Pública e a intervenção comunitária, todos eles ângulos importantes numa campanha que se quer ganhar.

Ao completarem-se dez anos sobre o início das consultas de tuberculose no Centro de Saúde de Gouveia (C. S. Gouveia) pareceu-nos importante delimitar bem os contornos da afecção, tal como ela realmente se nos apresenta, aqui e agora, usufruindo, por outro lado, do enquadramento que nos deram estudos mais sistematizados, de que a recente publicação de J. Pina¹ é um óptimo exemplo.

Cingimo-nos à análise dos indicadores de estado (deixando apenas para nós as conclusões sobre os indicadores de actividade, as nossas eficácias e as

*Chefe de Serviço de Clínica Geral

**Assistente de Clínica Geral

nossas incorrecções), por nos parecerem de algum interesse público. Tanto maior quanto, por ser «monográfico» e se afastar das médias nacionais, possa realçar mecanismos que no «todo» se esbatem.

Tínhamos por objectivo caracterizar sem preconceitos a infecção tuberculosa, tal como actualmente existe aqui, para melhor perspectivar a nossa própria actuação. Quisemos fazê-lo de um modo aberto, esperando que os progressivos achados nos indicassem caminhos. O dia-a-dia das consultas já nos vinha levantando, persistentemente, suspeições e hipóteses. Chegava a hora de procurar se, do conjunto dos casos, alguma luz vinha sobre o que realmente se está passando em Gouveia e Seia: onde é que a tuberculose se revela mais acutilante, como se articula com a paisagem geográfica, como repercute os «modernos» problemas da SIDA^{2,3}, da multirresistência^{4,5,6} e da marginalidade⁷, como se integra no todo nacional.

Numa primeira etapa deixámos viajar a imaginação e a memória, até por hipóteses absurdas. Entretanto, fomos recolhendo e interligando variadíssimos elementos (da idade dos doentes aos mapas geográficos, passando pelos Censos da população), ainda sem projecto firme, apenas intuindo que nos poderiam ajudar aperceber a realidade. A pouco e pouco o quadro foi-se pintando. No final, acabámos por seleccionar para publicação algumas linhas desse quadro, deitando fora banalidades, repetições e intuições que não desabrocharam. As linhas de pesquisa que se revelaram interessantes, foram:

- Determinação de como evoluiu a incidência actual da tuberculose, no conjunto dos concelhos de Gouveia e Seia, no período de 1993 a 2002.
- Determinação da incidência anual média para o referido período, por concelho e por freguesia.

- Caracterização da população em estudo através dum conjunto de variáveis de estado.
- Identificação dos factores de risco de contágio de tuberculose na região em causa.
- Determinação das povoações onde a tuberculose se tem revelado mais activa.

MÉTODOS

Conjugámos um estudo de incidência com um estudo descritivo e observacional, culminando na construção duma grelha de avaliação do «risco de contágio» por freguesia. Estudámos todos os doentes de tuberculose, residentes nos concelhos de Gouveia e Seia que deram entrada nas consultas dos C.D.P.s de Gouveia e da Guarda entre 1 de Janeiro de 1993 e 31 de Dezembro de 2002. Os dados foram colhidos directamente na «ficha de registo de caso» editada pela Direcção Geral de Saúde (D.G.S.) e obrigatoriamente preenchida nos processos individuais da consulta de tuberculose dos C.D.P.s. O seu preenchimento havia sido feito, em contacto directo com os doentes, pelos médicos responsáveis pelas consultas.

Variáveis em Estudo

CASOS DE TUBERCULOSE DE 1 DE JANEIRO DE 1993 A 31 DE DEZEMBRO DE 2002, EM GOUVEIA E SEIA, EM RELAÇÃO COM A POPULAÇÃO RESIDENTE.

Casos

Sabendo que no C.D.P. de Gouveia se dá gratuitamente a medicação para a tuberculose aos residentes nestes dois concelhos e ela não pode ser obtida em farmácias, assumimos, neste trabalho, que os casos seguidos neste C.D.P. são a totalidade dos casos existentes em Gouveia e Seia (juntamente com os residentes nestes concelhos que tenham sido seguidos no C.D.P. da Guarda).

População Residente

Uma vez que a população destes concelhos do interior do país sofreu acentuada variação ao longo dos dez anos do estudo, optámos por considerar que a população, para efeitos deste estudo, seria a população estimada para o dia equidistante do início e do fim desses dez anos, o dia 1 de Janeiro de 1998.

Partindo dos Censos Nacionais de 15 de Abril de 1991 e de 12 de Março de 2001, determinámos a sua variação média mensal para cada freguesia, para os dois concelhos e para o distrito. Multiplicando essa variação por 80,5 meses e adicionando-a algebricamente à população recenseada em 15 de Abril de 1991, obtivemos um valor que considerámos ser a população estimada para o dia referido.

Sexo e Idade

Resolvemos agrupar os doentes de tuberculose em quatro escalões etários: menos de 15, 15-44, 45-64 e mais de 64, pela informação colhida na bibliografia¹ de que a tuberculose acima dos 64 anos é grande parte das vezes recidiva e a tuberculose primária acontece geralmente antes dos 45.

Freguesia

Intentamos colorir no mapa as freguesias, conforme a taxa de incidência encontrada para o período em estudo, na expectativa de encontrar zonas de maior e menor difusão da doença.

Tenhamos em atenção que o acaso de um doente a mais ou a menos, nas freguesias pouco populosas, pode fazer variar muito a coloração atribuída. Para contrabalançar esse erro visual inserimos, na área de cada freguesia, o número de casos nela detectados.

Situação Social

Partindo da variável *Profissão*, utilizámos a Escala de Graffar Adaptada, a que adicionámos outras três situações: desempregados de longa duração, do-

mésticas e estudantes. Quanto aos reformados, uma vez que a reforma não terá feito variar a notação social da sua família nuclear, preferimos incluí-los nos cinco graus da Escala de Graffar.

Existência ou Não de Tratamentos Anteriores (Primária ou Recidiva)

Deste dado não se poderá inferir que todos os casos em que se esteja perante um primeiro tratamento sejam casos de *tuberculose primária*, pois podem corresponder a recidivas de tuberculose, não diagnosticada, há poucos ou muitos anos.

Sempre que não se trate de um primeiro tratamento, considerámos que se tratava de uma recidiva (embora teoricamente pudesse tratar-se de uma reinfecção).

Forma Clínica e Comprovação Diagnóstica

A comprovação diagnóstica pela detecção do BK deve ser tida como indispensável na tuberculose pulmonar. Avaliou-se a distância a esse objectivo.

Nas outras formas clínicas, o isolamento do BK será sempre preferível, ainda que mais não seja para identificação da estirpe e execução do antibiograma, mas pode não ser necessário para a afirmação diagnóstica e suas consequências.

Patologia Associada

Optou-se, tal como nos registos a partir de onde se efectuou a colheita, por incluir todas as doenças importantes que os indivíduos estudados tivessem tido, deixando as suas eventuais relações com a tuberculose para análise posterior.

Resultado do Tratamento

A cura deveria ter sido confirmada por consulta dois anos após a alta clínica, excepto nos casos que tiveram alta menos de dois anos antes e nos casos em tratamento. Foram consideradas as

seguintes classes para esta variável:

- Doentes com tratamento completo e cura confirmada dois anos depois.
- Doentes com tratamento completo sem cura confirmada dois anos depois.
- Doentes em tratamento no C.D.P.
- Doentes transferidos.
- Doentes que abandonaram o tratamento.
- Doentes falecidos por tuberculose.

Risco de Contágio, por Freguesia

Comparando numa só tabela o número de casos por freguesia, a incidência anual média, a forma clínica, o número de tratamentos anteriores, o escalão etário e a patologia associada, tentaremos compreender no mapa das freguesias onde é que o risco de contrair tuberculose parece ser maior.

Considerou-se que uma tuberculose pulmonar ou pleural, em primeiro tratamento, de um doente com menos de 45 anos, deve carregar com a suspeita máxima: deve ser encarada como tendo sido adquirida por contágio (antes pecar por excesso); e que todas as tuberculosas pulmonares, primárias ou recidivas, de qualquer idade, são sempre contagiosas.

Os casos de segundo tratamento foram considerados como recidivas (não adquiridas por contágio).

As localizações extra-pulmonares, grande parte das vezes, serão recidivas e foram aqui consideradas não contagiosas.

RESULTADOS

Casos de Tuberculose de 1 de Janeiro de 1993 a 31 de Dezembro de 2002 em Residentes nos Concelhos de Gouveia e Seia

Nestes dez anos foram registados 142 casos de tuberculose nestes concelhos, o que representa uma incidência anual média de 31,3/100.000. Só em 1993 e 1994 (na abertura da consulta em Gouveia) houve doentes de Gouveia e Seia que foram seguidos no C.D.P. da Guarda. Foram 14 e estão incluídos neste estudo. A distribuição anual dos casos encontra-se detalhada no Quadro I.

O número de casos de tuberculose na totalidade do distrito, neste mesmo período, foi de 578 casos, o que, para uma população distrital estimada de 182.437, determina uma incidência anual média de 31,7/100.000. Os 142 casos de Gouveia e Seia correspondem a 24,6% do total de casos do distrito. Na figura 1 evidencia-se a evolução no distrito e nos dois concelhos, ao longo dos dez anos do estudo.

Sexo e Idade

Foi diagnosticada tuberculose a 98 homens (69%) e a 44 mulheres (31%).

Verifica-se que o escalão etário de 15-44 é o que tem maior número de casos, com 39,4%, seguido pelo escalão de mais de 64 anos, com 35,9%. Porém, se discriminarmos estes resultados pelos dois concelhos, verifica-se que em Gouveia o escalão de mais de 64 (41,7%)

QUADRO I

CASOS DE TUBERCULOSE NOS CONCELHOS DE GOUVEIA E SEIA, DE 1993 A 2002

	População Estimada	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	Total	Incidência Anual Média
Gouveia	16.539	8	6	6	4	4	3	4	8	3	2	48	29,0/100.000
Seia	28.862	15	19	12	6	7	10	12	7	4	2	94	32,6/100.000
Total	45.401	23	25	18	10	11	13	16	15	7	4	142	31,3/100.000

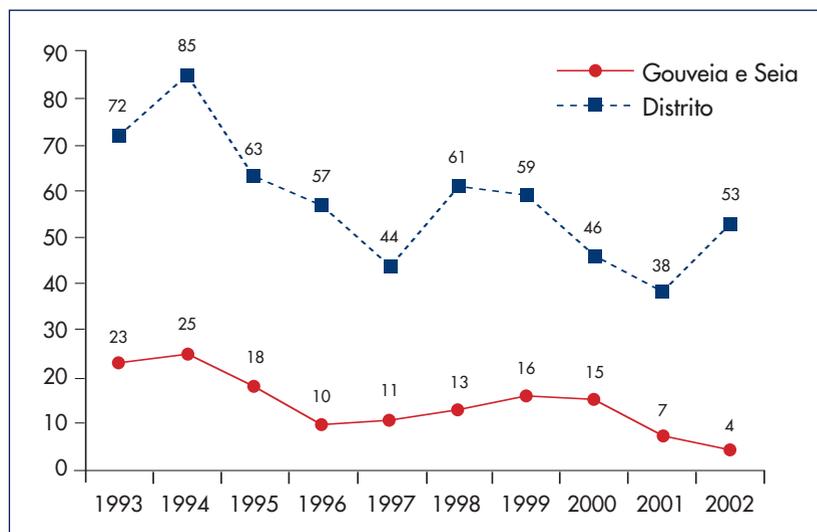


Figura 1. Casos de Tuberculose nos concelhos de Gouveia e Seia e no distrito da Guarda de 1993 a 2002.

Fonte para os dados distritais: CDP da Guarda

é muito maior que o de 15-44 anos (33,3%), e que em Seia se passa o inverso: o escalão de 15-44 (42,6%) é claramente maior que o de mais de 64 anos (33,0%) (Quadro II). Em paralelo, publicamos os resultados nacionais de 1998, para comparação.

Freguesia

A distribuição dos casos pelas freguesias consta dos Quadros III e IV. Em 16 das 51 freguesias não houve nenhum caso de tuberculose nos dez anos e em outras 10 houve apenas um caso. Nas povoações maiores, Seia, Gouveia, São

Romão e Vila Nova de Tâzem, há, naturalmente, mais casos, mas a incidência é inferior à média.

No concelho de Gouveia (22 freguesias), além das seis freguesias que não tiveram nenhum caso, há cinco povoações com uma incidência inferior à média do concelho (29,0): Paços (13,5), Folgoso (16,2), Gouveia cidade (20,5), Cativelos (21,9) e Aldeias (28,3). As incidências maiores verificam-se em aldeias pequenas com vários casos: Ribamondego (4), Nespereira (8), Vinhó (5) e Arcozelo (5); e em aldeias extremamente pequenas, com um só caso (Frei-

QUADRO II

CASOS DE TUBERCULOSE POR GRUPO ETÁRIO NOS CONCELHOS DE GOUVEIA E SEIA

Grupo etário	Gouveia	%	Seia	%	Gouveia + Seia	%	Nacional	%
< 15	1	2,1	2	2,1	3	2,1	18	0,8
15-44	16	33,3	40	42,6	56	39,4	1.456	64,3
45-64	11	22,9	21	22,3	32	22,5	503	22,2
> 64	20	41,7	31	33,0	51	35,9	288	12,7
Total	48	100	94	100	142	100	2.265	100

Fonte: J. Pina¹

QUADRO III

RESULTADOS POR FREGUESIA – CONCELHO DE GOUVEIA

	População Estimada	Casos	Incidência Anual Media/100.000
Aldeias	353	1	28,3
Arcozelo	906	5	54,2
Catívelos	913	2	21,9
Figueiró da S.	328	1	30,5
Folgosinho	618	1	16,2
Freixo da S.	148	1	67,6
Gouveia (S.Jul+S.Ped)	3.894	8	20,5
Lagarinhos	548		0
Mangualde	208	1	48,1
Melo	671		0
Moimenta	760		0
Nabais	424		0
Nespereira	881	8	90,8
Paços da S.	743	1	13,5
Ribamondego	336	4	119,0
Rio Torto	544		0
S. Paio	957	3	31,3
Vila Cortês	311		0
Vila Franca	317	1	31,5
V.N.de Tázem	2 013	6	29,8
Vinhó	666	5	75,1
Total	16.539	48	29,0

xo, Mangualde e Vila Franca).

No concelho de Seia (29 freguesias), além das 10 freguesias que não tiveram nenhum caso há nove com uma incidência menor que a média do concelho (32,6): Santa Comba (13,4), Sandomil (17,2), Travancinha (17,5), Girabolhos (18,8), Cidade de Seia (22,1), Santa Marinha (25,4), Alvoco (28,7), São Romão (29,2) e Vide (32,2). As incidências maiores verificam-se em aldeias pequenas com vários casos: Vila Cova (10), Cabeça (3) e São Martinho (9); em duas aldeias médias: Loriga (11) e Paranhos (9); e em aldeias muito pequenas com dois casos: Lajes, Sazes e Valezim.

No mapa geográfico da Figura 2 colorimos as freguesias conforme as taxas de incidência e indicámos o número de

QUADRO IV

RESULTADOS POR FREGUESIA – CONCELHO DE SEIA

	População Estimada	Casos	Incidência Anual Media/100.000
Alvoco	696	2	28,7
Cabeça	263	3	114,1
Carragosela	411		0
Folhadosa	444		0
Girabolhos	532	1	18,8
Lajes	304	3	98,7
Lapa dos D.	448	2	44,6
Loriga	1.387	11	79,3
Paranhos	1.766	9	51,0
Pinhanços	742		0
Sabugueiro	605		0
Sameice	434		0
Sandomil	1.160	2	17,2
S.ta Comba	746	1	13,4
S.ta Eulália	330		0
S.ta Marinha	1.181	3	25,4
Santiago	1.127		0
S. Martinho	848	9	106,1
S. Romão	3.085	9	29,2
Sazes	358	2	56,2
Seia	6.778	15	22,1
Teixeira	248		0
Torroselo	557		0
Tourais	1 638	6	36,7
Travancinha	573	1	17,5
Valezim	411	2	48,7
Várzea	287		0
Vide	931	3	32,4
Vila Cova	573	10	164,5
Total	28.862	94	32,6

casos que cada uma teve nestes dez anos.

Evidencia-se um núcleo de maior incidência no noroeste do concelho de Gouveia, no vale, estendendo-se do sopé da Serra da Estrela até ao Rio Mondego. Inclui Vinhó, Nespereira, S. Paio, Arcozelo, Ribamondego e Vila Franca.

Um segundo núcleo de maior incidência observa-se no sudeste do concelho de Seia, em plena Serra. Inclui sete

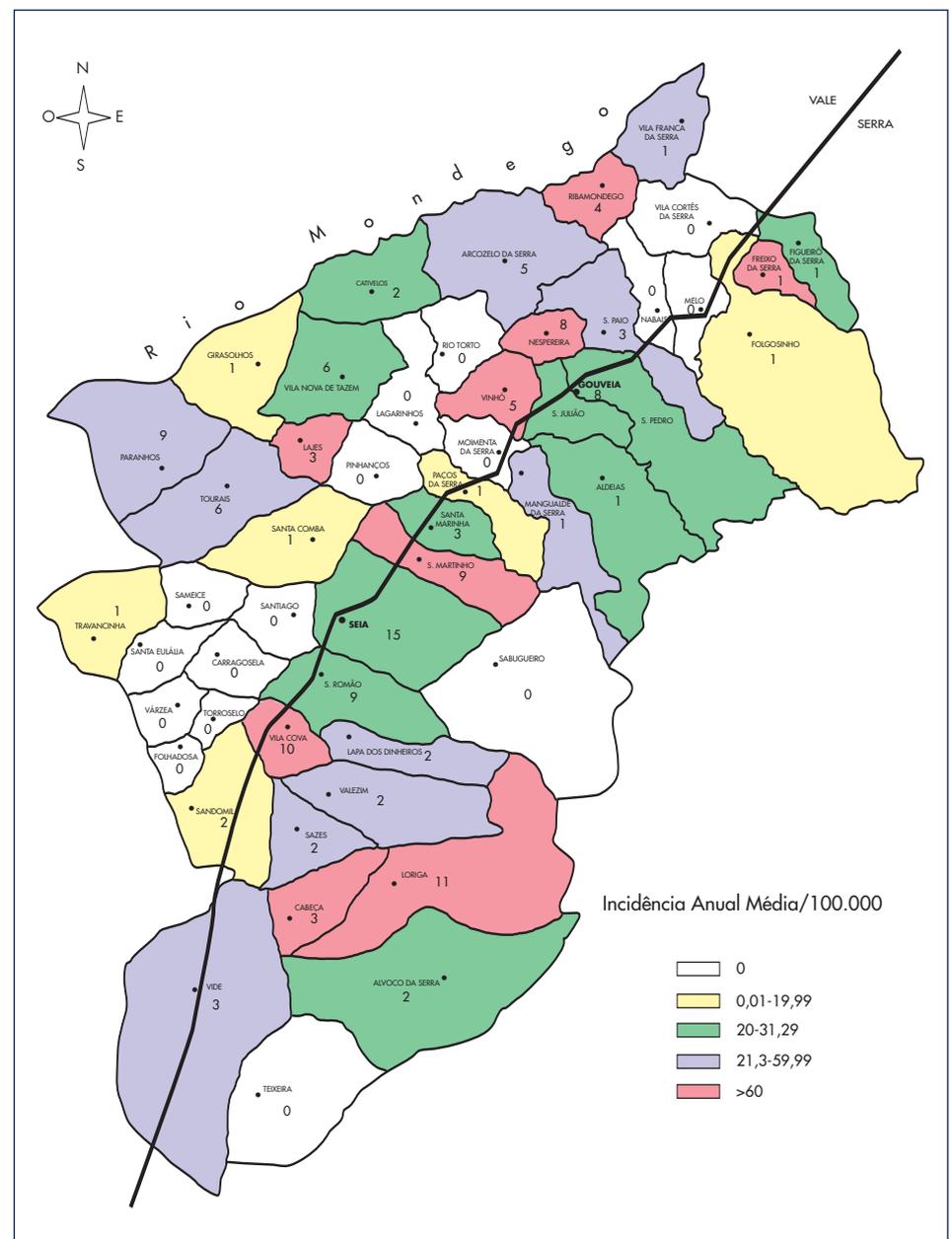


Figura 2. Incidência anual média e número de casos de tuberculose, por freguesia (Gouveia e Seia – 1993-2002)

freguesias, mas três delas com apenas dois casos, duas delas com três e Loriga e Vila Cova com altas taxas e grande número de casos.

De notar, ainda, que no vale adjacente ao sopé da Serra, se estende um conjunto de doze freguesias, das quais dez

não têm qualquer caso e duas têm apenas um caso.

Pode-se ainda registar que um só caso dá origem a diversíssimas taxas de incidência e que quase todas as freguesias de alta taxa confinam com freguesias indemnes em dez anos.

Situação Social

A distribuição pela Escala de Graffar Adaptada dos doentes de tuberculose, a partir do conhecimento da sua profissão, revela que a maioria dos casos se situa no grau quatro dessa escala – classe média baixa (56,3%). Seguem-se o grau sete – domésticas (11,3%), o grau três – classe média (10,6%), depois ainda o grau oito – estudantes e só então os graus cinco e seis – classe baixa (6,3%) e desempregados de longa duração (6,3%). Os graus um e dois – classes alta e média alta, têm uma incidência residual (0,7% e 1,4%).

Existência ou Não de Tratamentos Anteriores (Primária ou Recidiva)

O número de doentes que sabiam ter feito tratamento(s) anterior(es) é de 31 em 142 casos e são recidivas. Em 111 casos os doentes negaram conhecimento de tratamento(s) anterior(es).

Forma Clínica e Comprovação Diagnóstica

Conforme se observa no Quadro V, a grande maioria dos casos acompanhados nesta consulta (83,8%), atinge o aparelho respiratório inferior (inclui tuberculose pulmonar, tuberculose pleural e tuberculose miliar com atingimento pulmonar). A forma denominada «sem localização» foi o caso de um doente com passado de tuberculose que apareceu com grande emagrecimento, febre e VS alta, os quais cederam a prova terapêutica com antibióticos em internamento hospitalar.

A comprovação do diagnóstico é muito diferente na tuberculose pulmonar (89 casos) e nas restantes 53 situações.

Na tuberculose pulmonar tivemos conhecimento expresso de ter sido encontrado o bacilo em 83,1% dos casos. Uma vez que na quase totalidade dos casos, o diagnóstico é feito pelas estruturas hospitalares, cabendo ao C. S. de Gouveia apenas o seu seguimento, essa

QUADRO V

FORMA CLÍNICA		
	Casos	%
Pulmonar	89	62,7
Pleural	22	15,5
Gênito-urinária	11	7,7
Miliar c/ atingim. pulmonar	8	5,6
Ganglionar	5	3,5
Meningea	2	1,4
Osteo-articular	1	0,7
Pericárdica	1	0,7
Peritoneal	1	0,7
Infecção/Viragem	1	0,7
Sem localização	1	0,7
Total	142	100

percentagem pode ser maior, pois nos restantes 16,9% poderá ter havido ou não comprovação bacteriológica. Entre estes há três casos em que os hospitais não informaram como tinham feito o diagnóstico.

Nas restantes situações o diagnóstico foi feito por Anatomia Patológica em 26 casos (49,1%), pela detecção do bacilo em 16 casos (30,2%), por Rx em quatro (7,5%) e num caso por TAC. Em cinco casos (9,4%) o diagnóstico fez-se por prova terapêutica e o caso da infecção/viragem foi diagnosticado por Mantoux.

Patologia Associada

Em 87 casos (61,3%) havia, no presente, patologia concomitante ou tinha, no passado, havido patologia acusada de deixar sequelas crónicas. O alcoolismo crónico com 29 casos, as doenças respiratórias com 12 (silicose seis, outras pneumoconioses dois, DPOC dois, enfisema um e asma um), a diabetes mellitus com 11 e as artropatias com 10, são as únicas patologias com mais de quatro casos e, só por si, congregam 62 dos 87 casos em que havia patologia associada. Em três casos havia infecção por VIH.

Resultados do Tratamento

Dos 142 doentes tratados, 125 completaram o tratamento: 96 (67,6%) foram submetidos a controlo dois anos depois, confirmando-se a cura. 11 (7,7%) ainda não tinham, em 31 de Dezembro de 2002, dois anos de suspensão da terapêutica e nos controlos intercalares (3m e 12m) não apresentaram sinais de tuberculose. 18 doentes (12,7%) não foi possível que viessem ao controlo dos dois anos, ou não nos trouxeram os exames de controlo pedidos.

Dois doentes (1,4%) foram transferidos. Dois doentes (1,4%) continuavam em tratamento em 31 de Dezembro de 2002. nove doentes morreram no decurso do tratamento (6,3%); a OMS considera-os como mortos por tuberculose, embora em alguns dos casos não fosse esse o diagnóstico indicado na certidão de óbito como verdadeira causa de morte.

A quatro doentes foi dada alta por abandono (3,3%), três deles após algum tratamento. Em dois deles foi confirmada a cura, mais de dois anos após a alta, através do Médico de Família, um terceiro veio a falecer e um quarto abandonou o concelho recusando a terapêutica.

«Risco de Contágio» por Freguesia

Colocando numa só tabela as variáveis que admitimos poderem afectar ou traduzir o contágio, analisámos os casos de tuberculose destes anos, em cada freguesia.

Encontramos uma grande dissemelhança de resultados. Há aldeias onde nestes dez anos não houve qualquer caso. No extremo oposto, nas freguesias de Loriga, Nespereira, Paranhos, S. Martinho, Cabeça e Lapa a taxa de incidência foi alta, os casos contagiosos multiplicaram-se, a média etária desceu e a pressão do contágio deve ser encarada.

Em Gouveia e Vila Nova de Tázem o grupo dos alcoólicos aparece em foco, com a restante população fracamente

atingida. Em São Martinho também os alcoólicos são bastante atingidos.

Em São Romão, apesar duma taxa de incidência bastante boa (29,2), a média etária é muito baixa (oito dos nove casos têm idade inferior a 30 anos). Já as freguesias de Vila Cova, Ribamondego e Vinhó, que merecem atenção pela elevada taxa de incidência, têm poucos casos em menores de 45 anos, sendo presumível tratar-se sobretudo de recidivas, sem evidência de grande actividade contagiosa recente.

Para não sobrecarregarmos o quadro VI, em que apresentamos o esqueleto que nos permitiu estudar individualmente cada freguesia na óptica do contágio, apresentamos apenas quatro freguesias^(a)— aquelas que concluímos serem as mais preocupantes:

LORIGA

Sete pessoas foram (provavelmente) infectadas em 1994, 1995, 1998, 1998, 1999, 2001 e 2001.

Sete casos foram contagiosos em 1994, 1994, 1994, 1995, 1998, 1998 e 2001.

63,6% dos doentes tinham menos de 45 anos.

PARANHOS

Seis pessoas foram (provavelmente) infectadas em 1993, 1994, 1994, 1994, 1996 e 2000.

Oito casos foram contagiosos em 1993, 1994, 1994, 1994, 1994, 1996, 1999 e 2000.

66,7% dos doentes tinham menos de 45 anos.

NESPEREIRA

Três pessoas foram (provavelmente) infectadas em 1994, 1996 e 2000.

Sete casos foram contagiosos em 1993, 1994, 1996, 1996, 1997, 1999 e 2000.

^(a) O quadro completo das freguesias e um conjunto de anexos pode ser pedido aos autores, ou consultado em www.apmcg.pt.

QUADRO VI

AVALIAÇÃO DO RISCO DE CONTÁGIO DE TUBERCULOSE, POR FREGUESIA

Freguesias	População estimada	N.º de casos	Incidência	Forma Clínica	N.º de tratamentos	Escala Etário				Patologia Associada	
						Menos de 15	15-44	45-64	Mais de 64		
Loriga	1.382	11	79,3	Pulmonar	1º	29 (94)				Álcool Pneumoc.	
				Pulmonar	1º		61 (94)				
				Pleural	1º	28 (94)					
				Ganglionar	2º	44 (94)					
				Pulmonar	1º		50 (94)				
				Pulmonar	1º	44 (95)					
				Pulmonar	1º		53 (98)				
				Pulm./outras	1º		48 (98)				
				Génito-urinária	1º	42 (99)					
				Génito-urinária	1º	43 (01)					
Nespereira	886	8	90,8	Pulmonar	2º				91 (93)	DPCO	
				Pulmonar	1º		37 (94)				
				Pulmonar	1º		16 (96)				
				Pulm./outras	1º			47 (96)			
				Pulmonar	1º				68 (97)		
				Pulmonar	2º		17 (99)				
				Pulmonar	1º		21 (00)				
				Génito-urinária	1º			57 (01)			
Paranhos	1 767	9	51,0	Pulmonar	1º		20 (93)			Álcool	
				Pulmonar	1º				73 (94)		
				Pulmonar	1º		24 (94)				
				Pulmonar	1º		29 (94)				
				Pulmonar	1º		27 (94)				
				Pulmonar	1º		43 (96)				
				Pleural	2º			87 (98)			
				Pulmonar	1º			72 (99)			
				Pulmonar	1º		31 (00)				
S. Martinho	844	9	106,1	Pulmonar	1º		39 (93)			Álcool	
				Sem loc.	2º			62 (94)			
				Pulmonar	1º				82 (96)		
				Pleural	1º			53 (98)			
				Pulmonar	1º		35 (98)				
				Pulmonar	2º		37 (98)				
				Pleural	1º			62 (00)			
				Pulmonar	1º		30 (00)				
Pulmonar	2º		40 (02)								

Um caso de tuberculose multirresistente em 1996.

Um caso de tuberculose polirresistente em 2001.

50% dos doentes tinham menos de 37 anos.

S. MARTINHO

Três pessoas foram (provavelmente) infectadas em 1993, 1998 e 2000.

Seis casos foram contagiosos em 1993, 1996, 1998, 1998, 2000 e 2002.

Um caso sem localização em 1994.

55,6% dos doentes tinham menos de 40 anos.

2/3 dos casos tinham alcoolismo crónico.

DISCUSSÃO

1. A incidência anual média da tuberculose por 100.000 habitantes, nos concelhos de Gouveia e Seia (31,3) é, no conjunto dos anos de 1993 a 2002, ligeiramente inferior à incidência anual média no distrito da Guarda (31,7), que por sua vez tem uma média inferior à média nacional (47,1)^(b). Além disso, a sua incidência anual parece ir baixando.

São poucos os casos com SIDA associada (três casos – 2,1%) e apenas foi detectado um caso de tuberculose multirresistente, a esposa dum toxicod dependente com SIDA residente em Lisboa.

Se a distribuição por sexos é sobreponível à nacional, já os escalões etários da tuberculose são completamente dissemelhantes: Gouveia e Seia, apresentam um nível etário muito mais elevado do que a situação nacional (Quadro II).

E são percentualmente elevados os casos de segundo tratamento.

Este conjunto de verificações compõe um quadro muito diferente do quadro nacional e muito especialmente da situação que se estabeleceu na periferia das grandes cidades e nas cadeias^{8,9}.

Em Gouveia e Seia, sem perder de vista que nenhum concelho é uma ilha, parece ainda poderem ser suficientemente eficazes os dois consagrados procedimentos, que tão bons resultados deram no passado: persistente comprovação de cura de todos os casos¹ e cuidadosa verificação dos contactos próximos de cada doente^{10,11}. O mais fácil «controle social», a existência dos Médicos de Família e a colaboração dos Delegados de Saúde, jogam a favor de quem se disponha a trabalhar nesta área clínica.

2. Comparando os casos de tuberculose dos dois concelhos deste estudo, verifica-se que Seia tem um pouco mais de casos por 100.000 habitantes, e que são atingidas pessoas mais novas do que em Gouveia (Quadros I e II). O padrão de Gouveia acentua o que dissemos na caracterização global feita no ponto anterior e afasta-se mais da situação nacional.

Adiante (ponto seis) veremos que um escasso número de freguesias prejudica fortemente os resultados globais, sobretudo em Seia^(c).

3. A notação social dos doentes, pelo Graffar Adaptado, estabelece que a grande maioria deles é da classe média baixa.

Surpreende, talvez, à primeira vista, que não seja a classe baixa a aparecer como a mais afectada, tão consabida é a relação entre tuberculose e pobreza⁷. O que acontece é que a escala de Graffar está mais adequada aos meios urbanos. Estes concelhos rurais são pobres, mas de poucas pessoas se poderá dizer que «vivem em habitações degradadas localizadas em bairros de lata», que tenham como «principal rendimento a assistência» e que «trabalhem como mão

^(b) Recorde-se que em toda a Europa ocidental, à excepção de Portugal e da Espanha, a taxa de incidência é inferior a 20/100.000 e que em metade desses países é inferior a 10/100.000¹.

^(c) Gouveia sem Nespereira teria uma taxa de incidência de 25,5. Seia sem Loriga, Paranhos e S. Martinho, teria uma taxa de incidência de 26,1.

de obra indiferenciada».

Mas... podemos pensar... terá isso alguma coisa a ver com o padrão de «modernidade» que a tuberculose aqui não tem? Será a tuberculose «perigosa» uma doença tão estreitamente ligada à marginalidade (depois difundida v.g. nos transportes públicos) que não se esteja a desenvolver onde falte esse húmus?

4. A colocação dos casos no terreno geográfico, não foi muito conclusiva. Quando muito pôs sérios entraves a possíveis relacionamentos:

Não se pôde relacionar a maior incidência com a altitude ou características geológicas: se o principal foco, no concelho de Seia, se situa na serra, no concelho de Gouveia, situa-se no vale que acompanha o sopé da mesma. E, logo a seguir, o mesmo vale, com povoamento e aptidões agrícolas grosseiramente idênticas... torna-se praticamente indemne à tuberculose. (Estes concelhos pareciam uma boa ocasião para se levantar esta questão, por terem cerca de metade dos seus territórios na montanha, incluindo algumas das mais altas povoações do nosso país e a outra metade a altitudes que rondam os 400-500 metros).

Também não se pôde dizer que a incidência fosse mais alta nos agregados populacionais maiores, pelo contrário: as quatro maiores povoações, Seia, Gouveia, S. Romão e V.^a N.^a de Tázem, têm taxas inferiores à média. Também não nas freguesias mais pequenas. As piores situações apareceram em agregados populacionais de dimensão intermédia.

A colocação, nesse mapa, das vias de comunicação e o conhecimento pessoal das mais utilizadas, também não ajudou à explicação dos contágios, pelo contrário, desmembrou os núcleos atrás identificados.

5. A análise mais aprofundada dos referidos núcleos, com a ajuda da grelha construída em III.9. (Risco de contágio por freguesia), trouxe-nos impor-

tantes esclarecimentos:

No principal núcleo do concelho de Gouveia, apenas a freguesia de Nespereira se confirma como fonte de preocupações. As restantes cinco freguesias incluídas neste núcleo, afinal preocupam muito menos: dos seus 18 doentes, 14 deles tinham mais de 45 anos e, dos outros quatro, um é uma recidiva.

No principal núcleo do concelho de Seia apenas Loriga com sete dos 11 casos com menos de 45 anos e Cabeça com dois dos três casos nesse mesmo escalão etário, confirmam as preocupações. Dos 16 doentes das restantes quatro freguesias deste núcleo, apenas três tinham menos de 45 anos.

Por outro lado, aquela análise trouxe-nos novas preocupações: não só Paranhos e S. Martinho, que não estavam integrados em nenhum núcleo de vizinhanças «perigosas», mas ainda S. Romão que, a despeito duma taxa de incidência abaixo da média, apresentou oito dos seus nove doentes com menos de 29 anos. A mesma grelha chamou a atenção para os grupos dos alcoólicos de Gouveia (50% dos casos dessa cidade), V.^a N.^a de Tázem (50%) e S. Martinho (67%).

Admitimos agora que não haja grande contágio entre freguesias limítrofes. O núcleo populacional de uma está separado do da vizinha por tanto terreno, que o contágio só se fará pelas estradas que as ligam... como ligam ao resto do mundo.

6. A situação nestas quatro freguesias apresenta algumas semelhanças entre si e afasta-se radicalmente do padrão do restante território estudado, tanto em número de casos, como na idade dos doentes.

Em número de casos estas quatro freguesias têm 26% do total dos casos. Quanto à idade, se lhes juntarmos S. Romão resultará que menos de 1/5 da população total dos dois concelhos (18,6%) tem mais de metade dos doentes com menos de 45 anos. Dos 46

doentes dessas cinco freguesias 65% tinham menos de 45 anos, percentagem elevadíssima para o território que estamos estudando (embora apenas atinja a média nacional).

7. Abre-se, assim, para este estudo, uma nova etapa: nessas freguesias e entre os alcoólicos das povoações referenciadas, será que se justifica um esforço extra para tentar detectar e cortar eventuais vias de contágio? Ou o controle que foi feito a estes doentes, familiares e conviventes deverá considerar-se suficiente?

Esta discussão deveria ser alargada, articulando o CDP, a Saúde Pública e a Medicina Familiar, incluindo enfermeiro ou administrativo que conheça bem a comunidade local. O ponto de partida poderia ser a análise dos processos clínicos na perspectiva do contágio, das relações pessoais dos doentes e dos locais frequentados. Haveria que pensar se se justificava um rastreio a toda a povoação (v.g. à procura de eventuais casos silenciosos), um rastreio alargado aos conviventes de determinados doentes, um rastreio individualizado a determinados conviventes que não tenham sido alvo do rastreio inicial, ou considerar que os eventuais contágios estarão, provavelmente, já elucidados.

8. Quanto às restantes povoações devem manter-se presentes os quadros completos que elaborámos^(a), para que qualquer caso novo possa ser «lido» à luz da história anterior dessa povoação.

Mas ainda que não tenha havido casos recentes, ou que haja a convicção de que os que surgiram foram curados sem ter havido oportunidade de contágio, temos a consciência que apenas temporariamente o assunto esteve resolvido. A todo o momento pode reacender um caso antigo, ou vir o contágio de fora e, se não persistir a cautela, poderá reaparecer a difusão do bacilo de Koch.

9. Num mundo que é hoje global, tornou-se imprescindível pesquisar o HIV e fazer o TSA em todos os casos em

que seja possível isolar a bactéria (ou promover a, mais moderna, análise genotípica dos marcadores de resistência⁵, muito mais rápida e que pode nem necessitar do crescimento da cultura bacilar). Outra inovação a ter em conta é a tipagem das estirpes resistentes, possibilitando novas ferramentas de trabalho à epidemiologia⁹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pina J. A Tuberculose na viragem do milénio. Lidel - edições técnicas; 2000.
2. Moura ES. Conceitos de etiopatogénese da tuberculose. Rev Port Doen Infec 2000; 23:11-7.
3. Maltez F, Machado H, Morgado A, Proença R. Tuberculose multi-resistente – a 3ª pandemia? Med Interna 1998; 5:80-5.
4. Antunes ML, Aleixo-Dias J, Antunes AF, Pereira MF, Raymundo E et al. Anti-tuberculosis drug resistance in Portugal. Int J Tuberc Lung Dis 2000; 4:223-31.
5. Gomes C. Tuberculose multi-resistente: a experiência da Unidade de tuberculose do Hospital de Pulido Valente. Rev Port Pneumol 2000; 6:587-94.
6. Espinal MA, Laerson K, Camacho M, Fusheng Z, Kim SJ et al. Determination of drug-resistant tuberculosis: analysis of 11 countries. Int J Tuberc Lung Dis 2001; 5:887-93.
7. Rodrigues G. Tuberculose, uma doença social: estudo casuístico em internamento hospitalar. Rev Port Pneumol 2002; 8:21-31.
8. Vilar M, Gomes MC. Tuberculose no ambulatório – o que fazemos. Rev Port Doen Infec 1998; 21:7-14.
9. Covas MJ, Brum L, Portugal I, Bernardo JV, Viveiros M et al. Estudo epidemiológico de um surto de tuberculose multi-resistente na área metropolitana de Lisboa. Rev Port Doen Infec 1998; 21:38-44.
10. Rifés G, Serra T, Villar M. Rastreio de conviventes: análise da actuação de um Serviço de Tuberculose e Doenças Respiratórias (STDR). Rev Port Pneumol 1997; 3:393-403.
11. Pascoal I, Vanzeller M, Duarte R, Dias AB. A tuberculose nos contactos. Rev Port Pneumol 2000; 6:123-8.

Recebido para publicação em: 13/02/03

Aceite revisto para publicação em: 24/10/03

Endereço para correspondência:

Luis Osório Gonçalves
Quinta da Trêmoa
6290 Nespereira
E-mail: losorio@oninet.pt

TEN YEARS OF TUBERCULOSIS (1993-2002) IN THE GOUVEIA AND SEIA COUNCILS

ABSTRACT

Objective: To characterize tuberculosis infection between 1993 and 2002 in two Beira Interior councils – Gouveia and Seia.

Study type: Incidence study with a descriptive observational component.

Setting: Centre of Pneumological Diagnosis (CPD) of the Gouveia Health Centre.

Population: All tuberculosis patients living in the Gouveia and Seia councils, followed up at CPDs of Gouveia and Guarda, registered between 1 January 1993 and 31 December 2002.

Methods: Case registration records at individual records from the CPDs of Gouveia and Guarda were studied. These records are the result of direct consultations between patients and doctors. Only variables directly related to the patient and tuberculosis were studied.

Results: In 10 years 142 patients were followed up. Average incidence rate of tuberculosis (31.3/100.000) was lower than the national average and seems to be slowly declining. Gender distribution (two thirds male) was the same found nationwide. Less youngsters and more elderly were found than at national level: 35.9% were 64 or older (country:12.7%) and 39.4% were 15-44 years old (country: 64.3%). Middle-lower classes were predominant, with 56.3% of cases. In 83.8% of cases the lower respiratory tract was affected. In 20.4% of cases alcoholism was present, in 7.7% there was diabetes and in 2.1% HIV infection existed. One case of multi-drug resistance and another of poly-drug resistance were found. The study elicited four villages in which the number of cases and younger age set them apart of the whole sample, and three settlements where the alcoholic group was particularly important.

Conclusions: Contrary to the national situation, tuberculosis in Gouveia and Seia seems to be responding adequately to measures instituted by the CPDs. There seems to exist a progressive reduction of annual cases and older ages predominate, which suggests recrudescence. Challenges facing the Gouveia CPD include the first case of multi-drug resistant case, the first three HIV-related cases, the high association with alcohol consumption and the identification of four villages straying from the local pattern.

Key-Words: Tuberculosis; Family Medicine; Alcoholism; AIDS.

NITROMINT

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO 1. **Denominação do Medicamento:** NITROMINT. 2. **Composição Qualitativa e Quantitativa:** Cada comprimido contém como substância activa 0,5mg de nitroglicerina. Excipientes, ver 6.1. 3. **Forma Farmacêutica:** Comprimido sublingual. 4. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** 4.1 - **Indicações Terapêuticas:** NITROMINT está indicado no alívio de ataques agudos de angina pectoris, assim como na angina vasospástica. 4.2 - **Posologia e Modo de Administração:** No início ou na prevenção de uma crise, trincar ou deixar dissolver na boca uma ou várias vezes por dia 1-3 comprimidos. A posologia diária não deve exceder 10 comprimidos pelo risco de "tolerância aos nitratos. Nos doentes com insuficiência hepática ou renal, o metabolismo e a eliminação estão atrasados, o que requer vigilância. Nota: No caso de administração sublingual a nitroglicerina pode provocar uma sensação de ardor na língua. 4.3 - **Contra-Indicações:** Hipersensibilidade aos nitratos orgânicos, hipotonia essencial, colapso vascular (insuficiência circulatória aguda) choque. NITROMINT está contra indicado no caso de administração simultânea de sildenafil (vide Advertências, Precauções e Interações). 4.4 - **Advertências e Precauções Especiais de Utilização:** O NITROMINT deve ser administrado com precaução na presença de cardiomiopatia hipertrófica, pericardite constritiva, estenose aórtica ou estenose mitral. Com base na sua acção farmacológica (activação do GMPc) o sildenafil potencia o efeito hipotensivo dos nitratos e outros dadores de grupos NO (nitratos e nitritos) o que pode conduzir a uma hipotensão grave resistente à terapêutica. Daí que a administração de sildenafil está contra indicada durante o tratamento com NITROMINT. O doente deve ser informado acerca desta potencial interacção que pode colocá-lo em perigo de vida. 4.5 - **Interações Medicamentosas e Outras:** Outros vasodilatadores, antagonistas dos canais de cálcio, bloqueadores - beta adrenérgicos, diuréticos, anti - hipertensores e preparações de ergotamina, assim como o consumo de álcool podem, quando em terapêutica concomitante, aumentar a acção hipotensora do NITROMINT. O ácido acetilsalicílico e os anti-inflamatórios não esteróides, assim como o consumo excessivo de nicotina podem diminuir a acção do NITROMINT. A acção hipotensora dos nitratos aplicados de forma aguda e crónica e de outros dadores de grupos NO (nitratos e nitritos) está aumentada pelo sildenafil. Por este motivo está contra - indicada a administração de sildenafil durante o tratamento com NITROMINT. No caso em que mesmo assim é administrado o sildenafil, está contra-indicada a administração de NITROMINT no prazo de 24 horas após a administração de sildenafil. 4.6 - **Gravidez e Aleitamento:** Não se encontram disponíveis estudos sobre o uso deste medicamento em animais e mulheres grávidas. Nestas condições, o medicamento só deve ser administrado quando os potenciais benefícios excederem o risco para o feto. Na ausência de estudos sobre a excreção do medicamento no leite humano, é necessário ponderar os benefícios para a mãe face aos riscos para o lactente. 4.7 - **Efeitos Sobre a Capacidade de Conduzir e Utilizar Máquinas:** No caso de doentes muito sensíveis, o medicamento pode afectar a capacidade de condução e/ou de manipulação de máquinas. 4.8 - **Efeitos Indesejáveis:** Como acontece com todos os nitratos orgânicos, podem surgir dores de cabeça e eventualmente náuseas, sobretudo no início do tratamento. Contudo, estes efeitos são de curta duração. 4.9 - **Sobredosagem:** Os sintomas relacionados com a sobredosagem são: tonturas, colapso vascular, dores de cabeça, dores intestinais, eventualmente também cianose devido a metahemoglobinémia. Como medidas a seguir no caso de sobredosagem aconselha-se a activação da circulação sanguínea (colocar a cabeça num nível intersticiais das pernas a um nível mais elevado), eventualmente a administração de glicosídeos cardíacos, hipertónicos (noradrenalina, adrenalina, etc.). Em caso de metahemoglobinémia pode ser administrado azul de tolueno ou ácido ascórbico, por via endovenosa. 5 - **PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS:** 5.1 - **Propriedades Farmacodinâmicas:** A nitroglicerina pertence ao grupo dos nitratos orgânicos, com acção relaxante da musculatura lisa utilizados na cardiopatia isquémica. As dosagens terapêuticas habituais dilatam principalmente as veias e artérias coronárias epicárdicas de maior calibre com fraca acção sobre o leito arterial e músculo liso intestinal e brônquico. A dilatação venosa reduz o volume telediastólico, a pressão de enchimento e o consumo de oxigénio pelo coração, a qual é decisiva para o efeito favorável na angina de peito. A redução de pressão de enchimento conduz a uma melhor circulação sanguínea nas camadas inferiores do miocárdio, particularmente postas em perigo pela isquémia; por conseguinte, a capacidade de resistência aumenta. NITROMINT contém nitroglicerina dissolvida em óleo essencial de hortelã pimenta, o que confere um sabor agradável aos comprimidos. 5.2 - **Propriedades Farmacocinéticas:** A nitroglicerina é rapidamente absorvida pela mucosa bucal. A acção farmacológica tem início ao fim de 2 - 3 minutos, permanecendo 10 - 15 minutos. Após 30 minutos está eliminada cerca de metade da nitroglicerina. No fígado, a nitroglicerina é rapidamente metabolizada a mononitratos e dinitratos, tendo estes últimos ainda cerca de 10% de actividade. Os dinitratos de glicerol têm um volume de distribuição de 0,34 L/Kg e são eliminados através dos rins, obtendo-se uma concentração plasmática de metade, às 1,8 horas. A depuração plasmática é de 0,3 - 1l/min/Kg. 5.3 - **Dados de Segurança Pré - Clínica:** A nitroglicerina, administrada por via oral, demonstrou potencial carcinogénico no rato, mas não no ratinho. Os tumores desenvolvidos no rato, por administração de até 434 mg/Kg dia de nitroglicerina, incluíam carcinomas hepáticos e tumores nas células intersticiais dos testículos. A nitroglicerina foi fracamente mutagénica no teste de Ames. Não se verificou evidência de genotoxicidade de ensaios *in vivo*, (letalidade dominante), ou em testes citogénicos *in vitro*, sobre tecidos de rato e cão. Num estudo de reprodução, com o rato, a administração oral de nitroglicerina, até 434 mg/Kg/dia, ao longo de três gerações, não demonstrou uma clara evidência de teratogenicidade. 6 - **INFORMAÇÕES TERAPÊUTICAS:** 6.1 - **Lista dos Excipientes:** Sacarose, tragacanta, óleo essencial de hortelã pimenta, ácido esteárico, cerasina (parafina sólida pulverizada), talco e aerosil. 6.2 - **Incompatibilidades:** Não aplicável. 6.3 - **Prazo de Validade:** O prazo de validade indicado é de três anos. 6.4 - **Precauções Especiais de Conservação:** Conservar o NITROMINT a baixa temperatura (8°-15° C), ao abrigo da luz e da humidade e fora do alcance das crianças. 6.5 - **Natureza e Conteúdo do Recipiente:** Frasco de vidro âmbar, devidamente rotulado, com tampa inviolável, contendo 60 comprimidos, embalado em caixa de cartão. 6.6 - **Instruções de Utilização, Manipulação e Eliminação:** Recomenda-se que depois de cada utilização o frasco fique bem fechado, ao abrigo da luz, da humidade e do calor e dentro da respectiva cartonagem. 7 - **TITULAR da AUTORIZAÇÃO de INTRODUÇÃO no MERCADO:** Victor Hugo da Silva Cordeiro, Largo Cidade de Vitória, 7- 2754 - 510 Cascais 8 - **NÚMERO(S) de AUTORIZAÇÃO de INTRODUÇÃO no MERCADO:** 8896415 - 60 comprimidos 9 - **DATA de RENOVAÇÃO da AUTORIZAÇÃO de INTRODUÇÃO no MERCADO:** Data da primeira renovação - 5 de Julho de 2001 10 - **DATA da REVISÃO do TEXTO:** Junho de 2002. 11 - **PREÇOS:** P.V.P.: 4,64 Euros. **Utente - Regime Geral:** 1,39 Euros. **Utente - Regime Especial:** 0,70 Euros