

DEPARTAMENTO DE TÉCNICA DE SAÚDE PÚBLICA

(Diretor: Prof. Dr. G. H. de Paula Souza)

CADEIRA DE TISIOLOGIA

(Prof. Dr. Raphael de Paula Souza)

A IMPORTÂNCIA DO FOCO DE CONTÁGIO FAMILIAR
NA DIFUSÃO DA TUBERCULOSE INFANTIL

HERMELINO HERBSTER GUSMAO

Livre-Docente

Élo fundamental da tenaz cadeia de fatores responsáveis pela persistência, em níveis epidêmicos, dos índices estatísticos que atestam a elevada incidência da Tuberculose no Brasil, o *Foco de Contágio Familiar* deve estar sempre presente nas preocupações de quantos se interessam pelo mais grave e mais extenso problema sanitário nacional.

A importância do fator *Foco de Contágio Familiar* é por demais conhecida e reconhecida, e, talvez por isto mesmo, as pesquisas tendentes a comprová-la com a força objetiva dos números, estejam escasseando. Somos, entretanto, dos que julgam necessário o estudo incessante e cada vez mais esmiuçado a respeito da importância de encarar a luta antituberculosa dentro dos moldes científicos de quem enfrenta uma moléstia infecto-contagiosa e, como tal, oferecendo como problema decisivo evitar o ataque do germe virulento ao organismo susceptível. E, nessa ordem de idéias, forçoso é reconhecer que, onde houver casos de bacilose aberta em convivência com organismos expostos, haverá sempre casos novos de tuberculose a serem isolados e os índices de mortalidade permanecerão em tórno das cifras de expressão epidêmica que as estatísticas brasileiras acusam já há mais de 50 anos.

No presente trabalho, procuramos pôr em foco a grave ação disseminadora que o *Foco de Contágio Familiar* exerce sobre a população infantil.

Vamos apresentar a situação epidemiológica da população infantil de 0 a 12 anos de uma amostra de 201 famílias fichadas e examinadas no Dispensário da Cadeira de Tisiologia da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Para a comprovação da influência nefasta dos *Focos de Contágio Familiar*, dividimos o total de 403 crianças estudadas em um grupo de 181 pertencentes a 100 famílias isentas de Tuberculose, e outro de 222 que fazem parte de 101 famílias todas possuindo pelo menos um caso de Tuberculose Evolutiva em casa.

Vejamos o que revelam os números:

A) ÍNDICE DE INFECÇÃO

O Cadastro tuberculínico de rotina no serviço, se faz com uma primeira prova com a técnica de Von Pirquet, a qual, quando negativa, é seguida diretamente por uma intradermo-reação de Mantoux com diluição de 1/10. As crianças que não

chegaram ao exame até Mantoux a 1/10 com leitura em tempo de 48 horas, estão incluídas na rubrica de Exames incompletos.

Tôdas elas se submeteram ao contrôlo roentgenfotografico periódico, em período de tempo variável de alguns meses até 6 anos.

	Alérgicas		Analérgicas		incompletos
	N.º	Percent.	N.º	Percent.	
Crianças de Fam. Isentas de Tbc.	39	25,6%	113	74,3%	29
Crianças de Fam. com casos de Tbc. Evolutiva	146	73,7%	52	26,3%	24

É flagrante o contraste. Enquanto as crianças do grupo de famílias sadias apresentam 25,6% de infecção, no grupo de crianças expostas ao *Foco de Contágio Familiar* a cifra de infectados se eleva ao nível de 73,7%, quase exatamente a proporção de analérgicos das famílias isentas da doença.

Linhas abaixo, ao estudar os resultados do contrôlo roentgenfotografico, veremos o pesado tributo pago por êsses 73,7% de crianças expostas ao contágio dentro de suas próprias casas.

a) *Índice de infecção segundo a côr:*

1.º Grupo		Alérgicos		Analérgicos		Incompl.
		N.º	Percent.	N.º	Percent.	
Crianças de Fam. sem Tuberculose	Branças	33	24,6%	101	75,3%	23
	De Côr	6	33,3%	12	66,6%	6
2.º Grupo Crianças de Fam. com Tuberculose	Branças	80	74,7%	27	25,2%	9
	De Côr	66	72,5%	25	27,4%	15

Os dados percentuais, como se vê pelo quadro acima, praticamente não diferem com a separação por côr, no grupo dos expostos ao contágio. Já no grupo sem casos de Tuberculose na família o índice de infecção das crianças de côr é maior. A grande oposição dos índices de infecção continua a ser entre o grupo de crianças expostas ao contágio, e o grupo isento dêsse perigo. Sejam elas brancas ou de côr, a realidade é que a proporção de analérgicos do primeiro grupo corresponde à cifra de infectados do segundo.

Entre crianças brancas e de côr não ha quase diferença na positividade tuberculínica quando ha foco intrafamiliar. Em igualdade de condições de contágio, o fator raça parece não exercer influência apreciável, pelo menos nessa amostra. Entretanto, é interessante notar que a proporção de elementos de côr entre as famílias com Tuberculose é bem maior do que no grupo sem a moléstia, como o demonstra, o quadro seguinte:

	Total	Branços		De Côr	
		N.º	Percent.	N.º	Percent.
Crianças de Fam. sem Tuberculose	181	157	86,7%	24	13,2%
Crianças de Fam. com Tuberculose	222	166	52,2%	106	47,7%

Tais cifras levariam à suposição de que seria o grupo de côr responsável pela elevada positividade tuberculínica.

Entretanto, apesar das crianças de côr figurarem com apenas 13,2% nas famílias sadias e com 47,7% nas famílias com tuberculose, vimos que não é esse o fator que influi na maior positividade tuberculínica, pois as crianças brancas tiveram 74,7% de positividade e as de côr 72,5%, diferença, portanto, insignificante e até favorável ao grupo de côr. Além da semelhança dos índices de infecção nos grupos de crianças brancas e de côr, comprovando a falta de influência do fator racial, podemos acrescentar que também o fator econômico-social não exerceu maior influência. Isto porque, em trabalho anterior, estudamos separadamente as condições econômico-sociais dos brancos e dos de côr, do grupo de famílias contagiadas. O elemento de côr apresentou visível inferioridade, como se pode ver pelos dados abaixo:

	Famílias de Brancos	Famílias de Côr
Rendimento mensal por família	Cr\$ 867,30	Cr\$ 543,00
Rendimento mensal por pessoa	Cr\$ 149,10	Cr\$ 79,30
Habitação Unifamiliar	56%	30%
Habitação Coletiva	44%	70%
Aluguel Médio	Cr\$ 207,60	Cr\$ 106,70
Pessoas por Dormitório	2,9	4,0

Lógica, pois, seria aqui a suposição de que, em tal inferioridade, os de côr tivessem índice de infecção mais elevado, o que não se verificou.

A maior proporção de crianças de côr no grupo infectado, não explica o elevado índice de positividade tuberculínica nem pelo fator raça nem pela influência de condições sociais, pois, como vimos, a separação dos grupos em brancos e de côr, não modificou as cifras elevadas de infecção, ficando, assim, como elemento preponderante o *Fator Contágio Familiar*.

B) CONTRÔLE ROENTGENFOTOGRAFICO

Naturalmente, aqui teremos que estudar as cifras de morbidade só das crianças pertencentes ao grupo das famílias com casos de Tuberculose evolutiva.

	Total		Branco		De Côr	
	N.º	Percent.	N.º	Percent.	N.º	Percent.
N.º de Examinados	222		116		106	
Pulmões Sadios	153	68,9%	81	69,8%	72	67,9%
Tuberculose	69	31,0%	35	30,1%	34	32,0%
Tubc. de Re-infecção	11	4,9%	5	4,3%	6	5,6%
Tubc. de Primo-infecção	58	26,1%	30	25,8%	28	26,4%

Cabe aqui o mesmo raciocínio, pois vê-se facilmente pelo quadro acima que os índices, tanto de sadios como de doentes, variam muito pouco, quer se trate de brancos ou de crianças de côr, não pesando a inferioridade social dos de côr, já provada em dados anteriores, nem a suposta inferioridade racial admitida por certos autores. Notam-se diferenças não significativas. O que pesa, e de forma impressionante, é a verdadeira devastação que o *Fóco de Contágio Familiar* exerce sobre a infância exposta ao ataque maciço e permanente do Bacilo de Koch, independentemente de condições econômico-sociais ou de influência racial.

O quadro acima mostra que, da população infantil de 0 a 12 anos das 101 famílias estudadas com focos de Tuberculose em casa, nada menos de 31% se apresenta afetada pelo mal de Koch. Praticamente podemos afirmar que em cada grupo de 3 crianças, uma está tuberculosa nessas famílias com *Fóco de Contágio aberto*.

De 222 fichados, 69 revelaram Tuberculose ao exame radiológico. Esses números exprimem, por si, toda a gravidade do problema da permanência de focos de contágio em presença de crianças.

Estudando a série de exames radiológicos de cada caso dessas 69 crianças doentes, classificamos 58 como Primo-infecção e 11 como Re-infecção, cifras que

relacionadas com o total de crianças examinadas dão os índices de 26,1% de Primo-infecção e 4,9% Re-infecção. Julgamos de interesse fazer um estudo à parte dos 58 casos de Primo-infecção encontrados.

C) 58 CASOS DE PRIMO-INFECÇÃO

A idade mínima foi de 6 meses e a máxima de 12 anos, sendo que a idade média das primo-infecções diagnosticadas foi 5 anos e 10 meses.

56% dos casos foram diagnosticados em crianças com menos de 5 anos, e 86% em crianças com menos de 10 anos. É este um outro detalhe a demonstrar o pesado tributo que as crianças pagam pela convivência com famílias bacilíferas.

Radiologicamente, 56% dos casos mostraram apenas imagens ganglionares anormais e os 43% restantes evidenciaram ao lado do infartamento linfático, participação do parênquima. A imagem bipolar, clássica para a caracterização do quadro radiológico da primo-infecção, só foi encontrada em 13,8% dos casos.

Quadro Radiológico	
Casos de Primo-infecção	58
Só Infartamento Ganglionar	56%
Gânglio mais Parênquima	43%
Imagem Bipolar	13,8%

Quanto à evolução, foi constatada em muitos casos até 6 anos com exames repetidos e, no mínimo, durante 3 meses.

Tendência Evolutiva	
Casos de Primo-infecção	58
Evolução Regressiva	77,58%
Evolução não Controlada	18,96%
Evolução Progressiva (Dois Óbitos)	3,44%

Os casos que não demonstraram regressão radiológica das imagens anormais e que, por qualquer motivo, deixaram de repetir exames em série razoável, foram rubricados como "não controlados". Nessa base, tivemos 77,58% de Evolução Regressiva para as Primo-Infecções, 18,96% de casos não controlados e 3,44% de casos em Exito Letal.

O valor da Educadora Sanitária no controle desses casos de Tuberculose infantil com focos intrafamiliares, se comprova pelo êxito das medidas anti-contagiantes e de higiene geral postas em prática pela referida auxiliar, diretamente no domicílio e em consequência das quais, 77,58% evoluíram regressivamente. Não é segredo para ninguém que em geral as Primo-infecções são de evolução benigna e poderia parecer forçado atribuir à profilaxia aquela benignidade. Mas, nessas famílias com tuberculose ativa dentro de casa e nas baixas condições sociais

demonstradas, quem asseguraria que sem a profilaxia do Dispensário-ativo, realizada por intermédio da Educadora Sanitária, aquelas crianças teriam a mesma evolução favorável?

CONCLUSÕES

1.º) Em grupo de crianças opostos segundo a exposição ao contágio intra-familiar, os índices de positividade à tuberculina do grupo contagiado se revelaram diametralmente opostos aos índices do grupo de crianças de famílias sadias.

2.º) A incidência de Tuberculose Evolutiva em 222 crianças de 101 famílias com focos intrafamiliares se elevou a 31%, ou seja aproximadamente a proporção de 1 criança tuberculosa em cada grupo de 3.

3.º) O índice de Tuberculose de Primo-infecção foi de 26,1% e o de Re-infecção foi de 4,9%.

4.º) Em grupos igualmente expostos ao contágio intenso, a diferença racial e a influência de más condições econômico-sociais não determinaram modificações sobre os índices de morbidade e de infecção, demonstrando, mais uma vez, que o élo fundamental da cadeia de difusão da tuberculose é sempre a existência do foco disseminador do báculo.

5.º) Os resultados do presente trabalho evidenciam nitidamente a importância de o Dispensário Anti-Tuberculoso ter como unidade de ação a família e não puramente o indivíduo. Somente pelo controle radiológico total e periódico das famílias expostas ao contágio é possível diagnosticar em tempo útil todos os novos casos de tuberculose provocados por focos antigos.

SUMMARY

The author studies the prevalence of infection and morbidity among 222 children from birth to 12 years of age, who had been under domiciliary contagion with bacilliferous foci of 101 familiar groups.

The infection rates were compared to that of other 403 children of 101 familiar groups not exposed to contagion.

Among those living with domiciliary foci there were the elevated proportion of 73,7% of tuberculin reactors compared to only 25,6% of reactors among the children of healthy families.

The morbidity rate was determined by systematic and periodical chest X-ray control.

Nothing less than 31,0% — (69 Tb. cases among 222 controled children) — of the children under contagion were tuberculous. The 69 cases were classified as 58 cases of primary tuberculosis and 11 of re-infection.

From the 58 primary cases, 56% had only ganglionic enlargement, 43% presented lesions both in the lungs and in the lymph nodes and only 13,8% showed the classical roentgenological picture of a dumb-bell shaped shadow.

Thanks to the good preventive work of the dispensary visiting service, 77,58% of the 69 cases had retrogression.