
ARTIGO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

Tuberculose, uma doença social – estudo casuístico em internamento hospitalar*

Tuberculosis, a social disease – revision study in hospital patients

GRAÇA RODRIGUES**

* Trabalho realizado no Serviço de Pneumologia (internamento) do Hospital de S. João do Porto
Director do Serviço de Pneumologia: Prof. Doutor J. Agostinho Marques

** Assistente Social do Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João do Porto

Recebido para publicação: 01.03.26

Aceite para publicação: 01.11.26

RESUMO

Em Portugal, como no resto do Mundo, a situação da tuberculose continua a representar um grave problema de saúde pública, sendo mesmo considerada uma doença social. Alguns aspectos de desvantagem social e económica estão relacionados com o aumento da incidência da tuberculose, nomeadamente a pobreza, habitações degradadas e superlotadas, nutrição inadequada, falta de acesso a cuidados de saúde e estilos de vida.

O presente estudo foi baseado em 30 doentes com tuberculose, internados no Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João – Porto, no período compreendido entre 1 de Abril e 31 de Dezembro de 2000.

Feito o estudo casuístico ao nível social, económico, cultural, da acessibilidade aos serviços de saúde e ao nível da doença, constatou-se que a tuberculose ocorreu mais nas faixas etárias entre os 15-24 anos e entre os 25-34 anos, mais nos homens (90%) do que nas mulheres, existindo uma correlação estreita entre tuberculose e condições socioeconómicas (habitação, trabalho, baixa capacidade económica e alcoolismo), constituindo assim um importante motivo de internamento, sendo a tuberculose pulmonar a mais frequente e a mais importante no aspecto de saúde pública.

A Direcção Geral da Saúde (DGS) e as Administrações Regionais de Saúde (ARS), através de objectivos e metas, conjugam esforços no sentido de cumprir as metas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com vista a obter resultados comparáveis aos dos outros países da União Europeia.

REV PORT PNEUMOL 2002; VIII (1): 21-31

Palavras-chave: tuberculose; doença social; população-alvo; baixa capacidade económica; alcoolismo.

ABSTRACT

In Portugal, as in the World, tuberculosis continues to represent a serious problem of public health, being even considered as a social disease.

Some aspects of social disadvantage and economic are related with the increase of the incidence of the tuberculosis, namely the poverty, degraded and crowded houses, inadequate nutrition, lack of access to cares of health and lifestyles.

The present study was based on 30 patients with tuberculosis in the Service of Pneumology of Hospital de S. João – Porto, in the period understood among April 1, and December 31, 2000.

Made the revision study at the social level, economic, cultural, of the accessibility to the services of health and the level of the disease, was verified that tuberculosis happened more in the age group between 15-24 years and 25-34 years, more in the men (90%) than in the women, existing a narrow correlation between tuberculosis and socio economic conditions (house, work, low economic capacity and alcoholism), thus constituting an important reason of admission, being the pulmonary tuberculosis the most frequent and the most important in the aspect of public health.

The General Management of Health and the Regional Administrations of Health, through purposes and goals, conjugate efforts in the sense of accomplishing the defined goals by the World Organization of Health with view to obtain results comparable to the other countries of the European Union.

REV PORT PNEUMOL 2002; VIII (1): 21-31

Key-words: tuberculosis; social disease; population objective; low capacity economic; alcoholism.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença de natureza infecciosa, contagiosa, caracteristicamente social e incapacitante, que atinge os indivíduos de qualquer idade, raça ou nacionalidade. Ainda que a sua mortalidade específica tenha diminuído em muitos países e em alguns atinja já taxas muito baixas, a tuberculose continua a ser um problema fundamental de saúde pública em quase todas as áreas do Mundo, dada a sua alta contagiosidade, prevalência e incidência¹.

Mesmo em alguns países industrializados, a incidência da tuberculose tem vindo a crescer desde 1985, relacionando-se, em parte, com os problemas crónicos da pobreza, da toxicodependência, do alcoolismo, dos sem-abrigo e dos marginalizados pelos sistemas de saúde, em conjugação com a epidemia da infecção da imunodeficiência humana (VIH) e da SIDA². Pode-se mesmo dizer, pela existência de vários documentos contemporâneos e históricos, que existe uma correlação estreita entre tuberculose e nível de vida, traduzido pelos rendimentos pessoais, sobretudo nos jovens adultos, e entre tuberculose e condições sociais (habitação, trabalho, nutrição, baixa capacidade económica, alcoolismo e outras taras sociais); declinando a doença com a elevação do nível de vida e melhoria do ambiente social¹.

A situação de Portugal relativamente aos restantes países da Europa comunitária é lamentável.

É o país com maior taxa de casos notificados, mas é necessário ter em conta as diferentes características dos sistemas de informação e o facto de termos das mais altas taxas de notificação³.

A tuberculose continua a ser um grave problema do presente e do futuro. Pela alta incidência, duração do tratamento, evolução longa e gravidade das manifestações, tornou-se uma doença social¹ que é necessário travar, constituindo ainda um importante motivo de internamento.

OBJECTIVOS

Identificar e analisar os factores que caracterizam o doente internado com tuberculose, sendo esta considerada como uma “doença social”.

MATERIAL E MÉTODOS

A população-alvo do presente estudo foi constituída por 30 doentes diagnosticados com tuberculose, internados no Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João. A recolha dos dados teve início a 01 de Abril de 2000 e terminou a 31 de Dezembro do mesmo ano, tendo sido aplicado um questionário que foi elaborado para o efeito.

AS VARIÁVEIS CONSIDERADAS PARA ANÁLISE DO PRESENTE ESTUDO FORAM AS SEGUINTE:

- Relativas às características da população-alvo: idade, sexo, estado civil, escolaridade, proveniência geográfica.
- Relativas aos factores socioeconómicos e culturais: habitação, profissão, rendimentos, hábitos tabágicos, consumo de álcool/drogas.
- Relativas à acessibilidade dos serviços de saúde: ida regular ao médico antes deste internamento, se não vai ao médico porquê, número de vezes no último ano.
- Relativas à doença: tipo de tuberculose, se já teve tuberculose, fez tratamento até ao fim, se não porquê.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Caracterização da População-Alvo

Dos 30 indivíduos inquiridos, constatou-se que 90% pertenciam ao sexo masculino e 10% ao sexo feminino, incidindo o maior número de casos no grupo etário entre os 15 e os 24 anos (24,5%). Em segundo lugar, com 20%, encontravam-se os indivíduos no grupo etário entre os 25 e os 34 anos, como se pode verificar na Fig.1.

É de salientar que o grupo etário com mais de 65 anos pode ser um indicador crítico, pois, segundo o conhecimento empírico, quanto mais elevada é a idade menos eficaz é o sistema imunitário, sendo portanto mais vulneráveis a doenças.

Relativamente ao estado civil e habilitações literárias, constatou-se que a maioria dos inquiridos são casados (43,5%) e mais de metade da população possui o ensino básico (63,5%) – Quadros I e II.

Como se pode verificar pela Fig. 2, a proveniência geográfica dos doentes é maioritariamente da Área Metropolitana do Porto (AMP: Gaia, Gondomar, Maia, Matosinhos, Valongo), com predominância para os Concelhos de Gondomar (35%) e Valongo (25%).

Factores Socioeconómicos e Culturais

Relativamente à profissão, a maior percentagem (80%) dos inquiridos tinham ou tiveram actividades na área do operário especializado e semi-especializado, como se verifica pela Fig. 3. O maior grupo profissional nesta categoria são os operários da construção civil e fabril.

Quanto à situação profissional, pode verificar-se pela Fig. 4 que 46,8% dos indivíduos encontravam-se no activo e 23,3% já estavam reformados. Dos indivíduos que se encontravam no activo, apenas 71,4% tiveram direito a subsídio de doença, sendo os restantes encaminhados para a Segurança Social, ou para subsídio eventual ou para se candidatarem ao Rendimento Mínimo Garantido (RMG), em virtude da situação de doença prolongada e/ou associada a outras patologias crónicas. Dos indivíduos que se encontravam desempregados, 57,1% estavam a receber o RMG.

Ao nível habitacional, verificou-se que dos 30 indivíduos inquiridos, 36,6% possuem habitação própria e 63,3% dos indivíduos possuem habitação alugada. A maior parte dos indivíduos reside numa casa (70%) sendo a sua maioria uma habitação já bastante antiga e degradada, e 20% vivem em andar de um bairro social (Fig. 5). Quanto ao nível das divisões da habitação, predomina a de 3 divisões com 36,8% (Fig. 6).

Ao nível das condições higiénico-sanitárias, é de referir que 86,6% dos indivíduos possui casa de banho, sendo 88,5% no interior e 11,5% no exterior (Quadro III).

Todos os indivíduos inquiridos possuíam luz eléctrica. Em contrapartida, 80% dos indivíduos possuíam água canalizada e 20% tinham que recorrer a poço ou fonte.

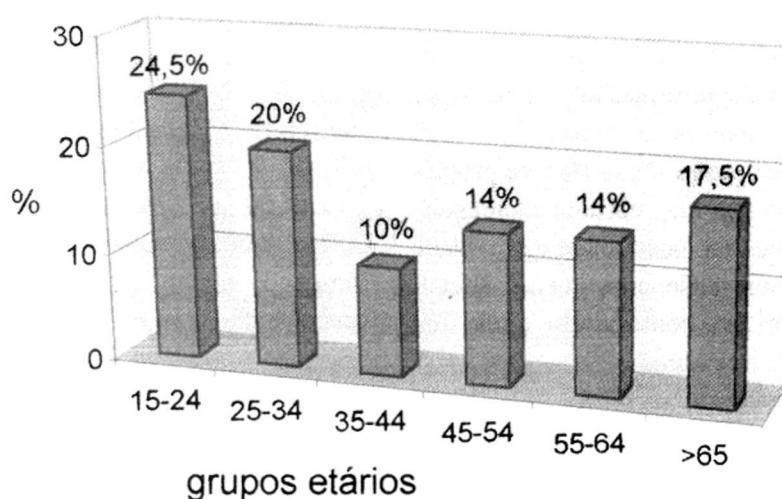


Fig. 1 – Distribuição por grupos etários da população-alvo

QUADRO I

Distribuição da população-alvo por estado civil

Estado civil	Nº.	%
Solteiro	11	36,6
Casado	13	43,5
Viúvo	1	3,3
Sep./Divorciado	2	6,6
União de Facto	3	10
TOTAL	30	100

QUADRO II

Distribuição da população-alvo por habilitações literárias

Habilitações Literárias	Nº.	%
Sem Instrução	5	16,6
1º. Ciclo	19	63,5
2º. Ciclo	3	10
3º. Ciclo	2	6,6
Ensino Secundário	1	3,3
TOTAL	30	100

Relativamente ao número de elementos do agregado familiar, predomina o número de 3 e 4 elementos com 26,6%. O número de elementos do agregado familiar igual ou superior a 5 também é significativo (23,2%) (Fig. 7).

Da Fig. 8 podemos concluir que o vencimento mensal da maioria dos indivíduos inquiridos situa--se entre os 60 e os 89 mil escudos (46,6%), existindo um número significativo de indivíduos que recebe o ordenado mínimo nacional. A percentagem de indivíduos sem rendimento mensal (16,8%) também é significativa e preocupante. Como se pode verificar pela Fig. 9, a maioria dos indivíduos inquiridos possui um rendimento *per capita* do agregado familiar entre zero e trinta e nove mil escudos mensais (40%), sendo um valor muito baixo, seguindo-se 26,6% da população com um rendimento entre os 40 e 59 mil escudos.

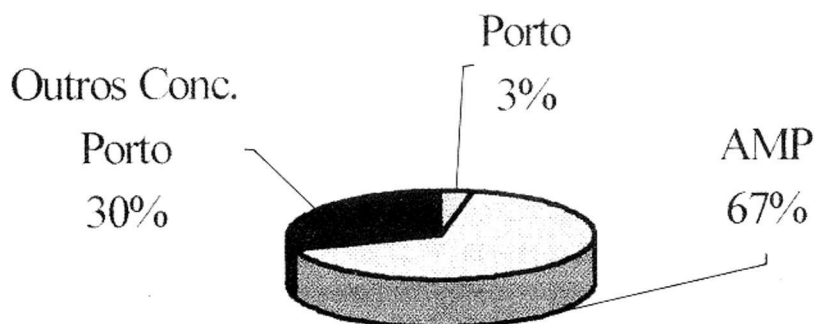


Fig. 2 – Distribuição por proveniência geográfica

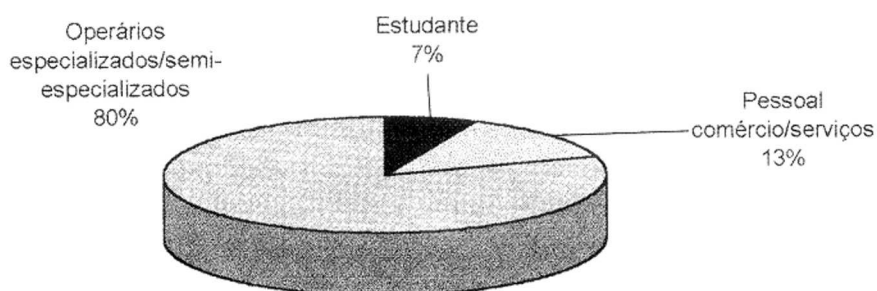


Fig. 3 – Distribuição da população-alvo por actividade profissional

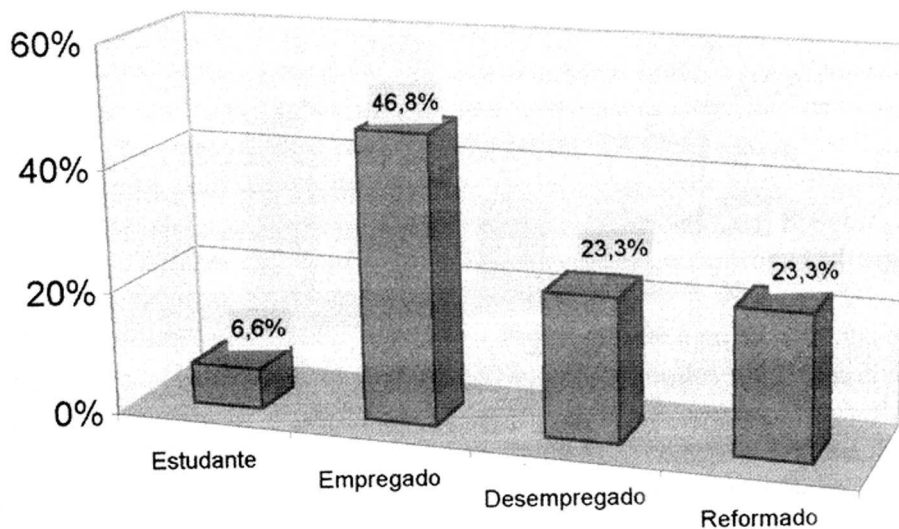


Fig. 4 – Distribuição da população-alvo por situação profissional

Os hábitos tabágicos e o consumo de álcool têm valores significativos. Como se pode verificar pela Fig.10, 56,6% dos indivíduos eram fumadores e 43,3% tinham hábitos alcoólicos marcados, sendo este último um dos factores críticos para contrair a doença. Dos 30 inquiridos nenhum era toxicod dependente nem VIH.

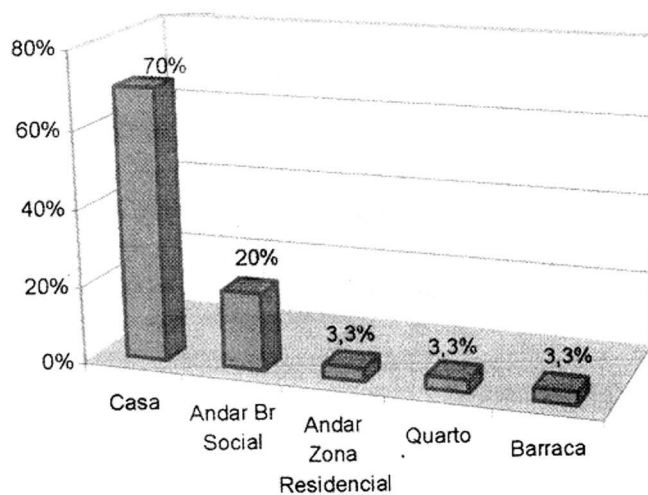


Fig. 5 – Tipo de habitação

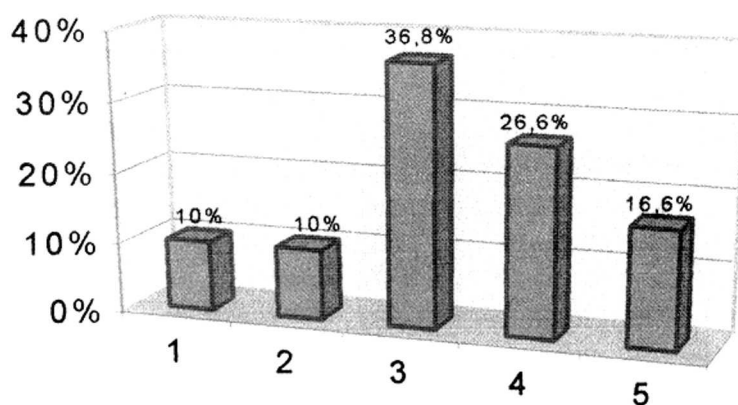


Fig. 6 - Divisões da habitação

QUADRO III
Condições sanitárias da população-alvo

Casa de banho	Sim	%	Não	%	Interior	%	Exterior	%
	Nº.		Nº.		Nº.			
	26	86,6	4	13,4	23	88,5	3	11,5

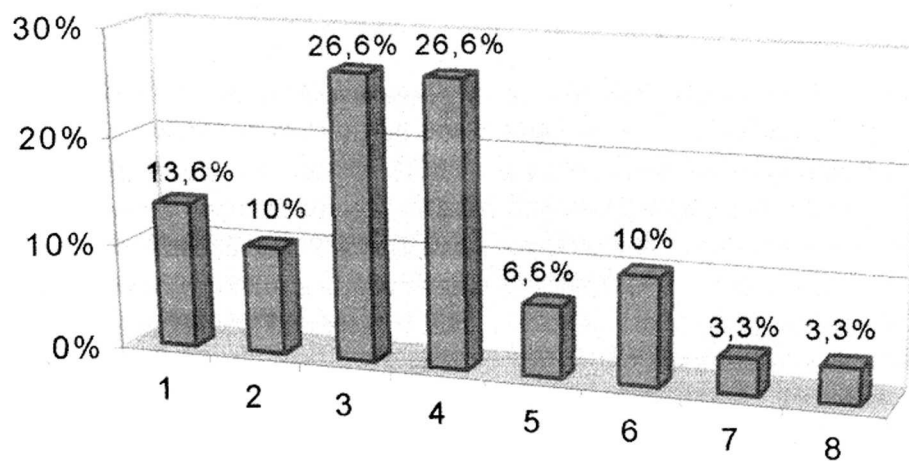


Fig. 7 - Nº de elementos do agregado familiar da população-alvo

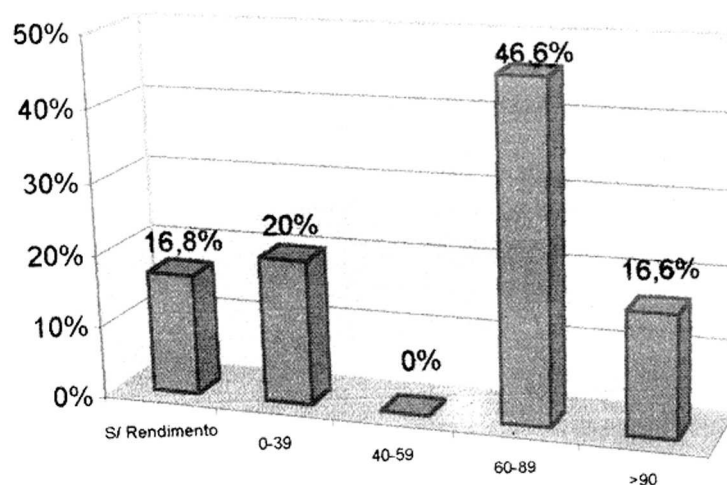


Fig. 8 – Vencimento em contos da população-alvo

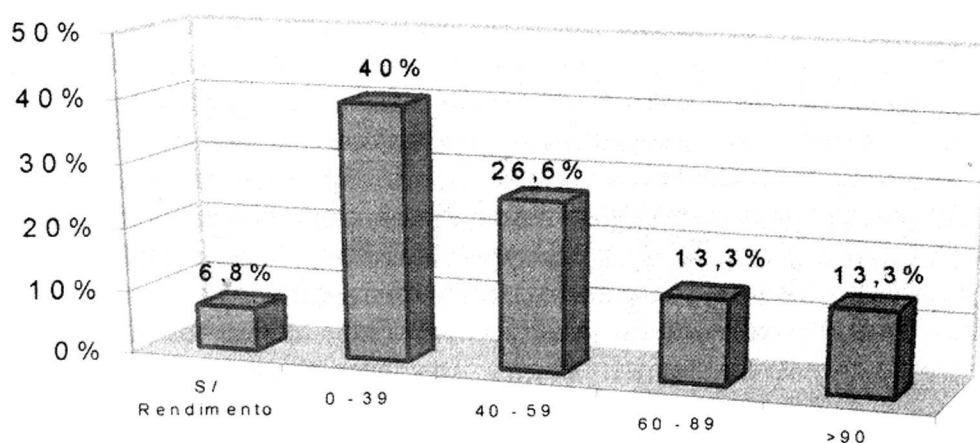


Fig. 9 – Rendimento *per capita* em contos do agregado familiar

Acessibilidade aos Serviços de Saúde

Dos 30 indivíduos inquiridos, 60% referiu não ir ao médico com alguma regularidade, nomeadamente antes deste internamento. A razão principal apontada pelos doentes é o facto de não se sentirem doentes (83,3%), como se pode verificar pela Fig.11. Os doentes referiram não haver necessidade de “perder tempo” na ida ao médico. É de salientar que um indivíduo referiu não ir ao médico de família por falta dos mesmos no seu Centro de Saúde, necessitando de ir muito cedo para marcar consulta quando se sente mesmo doente.

Apesar de a maioria dos indivíduos referir que não vai ao médico com regularidade, os que vão (40%) referiram ter ido mais que 6 vezes no último ano.

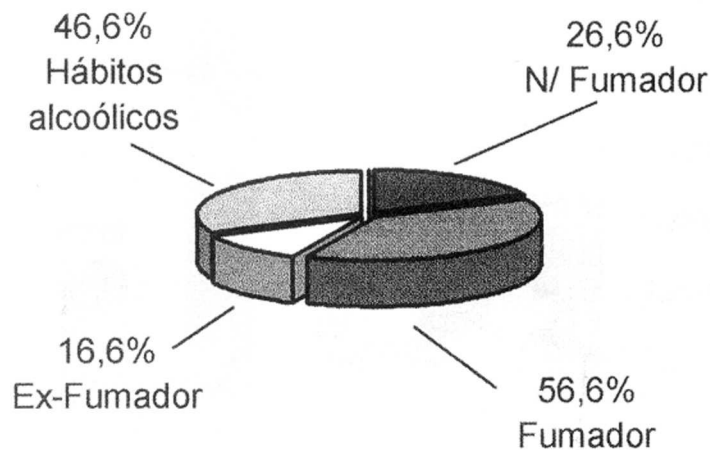


Fig. 10 – Hábitos tabágicos/alcoólicos da população-alvo

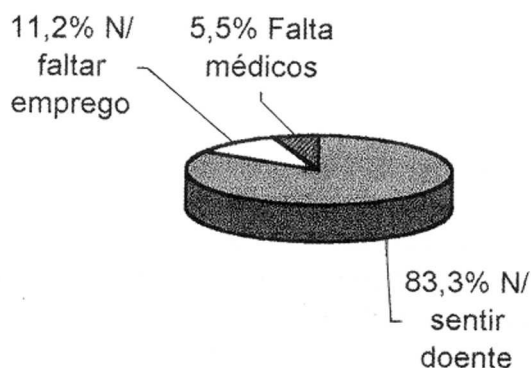


Fig. 11 – Factores pessoais que levam o doente a não ir ao médico

Aspectos Relativos à Doença

Como se pode verificar pela Fig. 12, dos 30 indivíduos inquiridos, predominou a tuberculose pulmonar com 83,4% e em segundo lugar a tuberculose pleural (10%).

É de referir que 23,3% dos inquiridos referiu já ter tido tuberculose, tendo apenas 57,1% feito o tratamento até ao fim. Os indivíduos que responderam não ter feito o tratamento até ao fim alegaram como razão individual: 1) ter que trabalhar para poder sustentar a família visto não ter direito a subsídio de doença; 2) muita medicação que levou ao desinteresse, com falta de incentivos; 3) não ter dinheiro para transportes e desentendimento com o funcionário que fornecia as senhas de transporte.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO DOS RESULTADOS

Considerada a apresentação e análise dos dados recolhidos, apresentados anteriormente, podemos chegar a diversas conclusões.

Relativamente à identificação da população-alvo, podemos constatar que a maior percentagem da população é do sexo masculino (90%), é casada (43,5%) e é proveniente da área metropolitana do Porto (67%). A maior concentração de casos situa--se nos grupos etários entre os adultos jovens, isto é, entre os 15 e os 24 anos (24,5%) e entre os 25 e os 34 anos (20%).

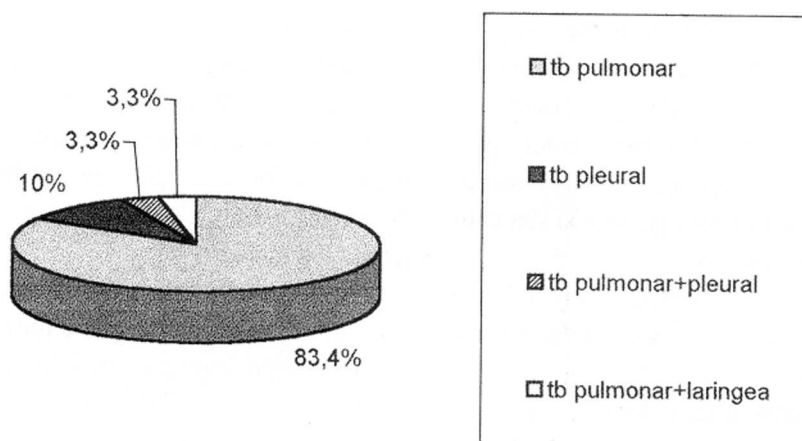


Fig. 12 – Tipo de tuberculose da população-alvo

De acordo com a análise do número de casos estudados, verifica-se que a actividade profissional da maioria dos doentes é a de operários especializados e semiespecializados (80%), com especial destaque para os operários da construção civil, estando no activo (46,8%), apesar do elevado número de inactivos se adicionarmos os reformados e os desempregados. O factor profissional poderá ser de extrema importância para a saúde do indivíduo, dado que um grupo significativo pertence a grupos profissionais mais desfavorecidos, cujas condições de trabalho são mais exigentes, levando-os a consumir as suas energias mais rapidamente.

Ao nível económico, a população-alvo apresentava valores baixos, constatando-se que a baixa capacidade económica é uma determinante do estado de saúde do indivíduo, nomeadamente o seu relacionamento com o aumento da incidência da tuberculose.

A população-alvo possuía condições habitacionais precárias e o número de elementos do agregado familiar era significativo, existindo algumas habitações superlotadas. Possuía também hábitos tabágicos (56,6%) e alcoólicos marcados (46,6)%, sendo o alcoolismo um indicador crítico de contrair a doença.

A acessibilidade aos serviços de saúde revela-nos, pelo estudo efectuado, que a população-alvo não recorre com frequência aos serviços de saúde, em virtude de não se acharem doentes, logo não usufruem de benefícios que daí advêm, como medida preventiva para a sua saúde.

Inerente a este último factor, o baixo nível de instrução da população-alvo poderá levar, segundo o conhecimento empírico, a que esta população tenha um conceito de saúde ou doença errado, pois a tuberculose é uma doença tipicamente social, sendo desconhecida para muitas pessoas a sua causa, bem como a sua prevenção.

A tuberculose pulmonar continua a ser a forma mais frequente e é, de longe, a mais importante no aspecto de saúde pública¹.

Tendo-se identificado os factores que caracterizam a tuberculose como uma doença social, isto é, habitação precária, trabalho, baixa capacidade económica e alcoolismo, importa agora opinar que o controle das doenças no aspecto social só poderá ser feito com o conhecimento da sua epidemiologia, necessitando para isso de esforços bem coordenados de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, vigilância e cuidados de reabilitação, que diferem das medidas simples do tratamento médico, por dependerem duma orgânica de serviços médicos, sociais, educativos e profissionais, de custo elevado para a sociedade¹.

Desta forma, a tuberculose continua a ser um grave problema de saúde pública, com custos sociais elevados, afectando sobretudo as pessoas com menos recursos e os jovens adultos, na fase mais produtiva das suas vidas.

Torna-se efectivamente necessário reforçar a luta contra a tuberculose numa perspectiva global, nomeadamente, garantir a toma directa (TOD) da medicação a todos os casos de tuberculose através de um acompanhamento diário e apoio psicossocial ao doente, se possível por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.), sendo de extrema importância sensibilizar o doente para a importância do cumprimento do tratamento até ao fim; mobilizar novos parceiros na luta contra a tuberculose, onde as autarquias, grupos sociais, organizações não governamentais, etc., têm um enorme potencial na mobilização e treino de pessoal, angariação de fundos e prestação de cuidados⁴. Há que investir nos cuidados de saúde primários no sentido de promover a saúde e a prevenção da doença, isto é, educação para a saúde, por meio de serviços prestados tão perto quanto possível dos locais de vida e de trabalho das pessoas; continuar a pôr em prática o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e divulgá-lo a toda a população.

A educação para a saúde, a melhoria das condições de trabalho, habitação e nutrição são medidas de prevenção importantes a ter em conta e que é necessário não descurar, sendo certo que fica mais barato investir na prevenção do que no tratamento das doenças.

Com esforços bem coordenados e determinados será possível lutar contra a tuberculose. Assim, as estruturas envolvidas na luta contra a tuberculose em Portugal – a DGS e as ARS – conjugam esforços no sentido de cumprir as metas definidas pela OMS com vista a obter resultados comparáveis aos dos outros países da União Europeia.

BIBLIOGRAFIA

1. FERREIRA GONÇALVES AF. “Moderna Saúde Pública”, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 6ª. Ed., Lisboa 1990; p. 989 e 1131-1135.
2. VALENTE JESUS MAIA. “Tuberculose: doença da pobreza e do subdesenvolvimento”, in Pina, Jaime, et al., A tuberculose na Viragem do Milénio, Lidel, Ed. Técnicas Lda 2000; p. 565.
3. PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE 1995; DR II Série, nº. 218.
4. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA TUBERCULOSE-DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA-ENQUADRAMENTO DOS PLANOS DE ACÇÃO SUB-REGIONAIS 1999; Ed. Direcção Geral da Saúde.