

DOIS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM PRIMO-INFECÇÃO TUBERCULOSA

Maria Helena Pessini de Oliveira¹ e Vera Heloisa Pileggi Vinha²

Apesar da existência de facilidades diagnósticas e de tratamento, a tuberculose constitui um problema da saúde pública, por envolver aspectos sócio-econômicos, culturais e psicológicos. Neste estudo sobre dois níveis de assistência de enfermagem—ambulatorial e domiciliária—procurou-se determinar qual a mais eficaz no tratamento e controle das crianças com primo-infecção tuberculosa.

Introdução

“A tuberculose é um problema médico, familiar, social e de saúde pública: afasta do trabalho, empobrece o indivíduo, empobrece a nação, invalida e mata. Pela elevada mortalidade, pela prolongada morbidade, ambas de terríveis conseqüências, a tuberculose representa, sobretudo, problemas de segurança nacional” (3). A tuberculose constitui um problema de saúde mundial. Existem de 15 a 20 milhões de tuberculosos no mundo, na fase infecciosa, encontrando-se mais de 80% dos casos nos países em desenvolvimento (9).

No Brasil, a tuberculose ocupa um dos primeiros lugares entre as doenças transmissíveis. Atinge todos os estados do país, inclusive os da região mais desenvolvida, com mais recursos financeiros e melhor assistência de saúde. Estimativa feita em 1965 assinalava 400.000 casos ativos da doença (4). Há no Brasil cerca de 30 a 40 milhões de indivíduos infectados, e es-

tudos longitudinais sobre a incidência da infecção em oito capitais brasileiras prevêem um risco médio de infecção de entre 1% a 3% ao ano. Calcula-se, assim, que se infectem, em cada ano, entre 750.000 e 1.500.000 pessoas. Estima-se ainda que existem 500.000 a 600.000 casos novos e que adoecem cerca de 100.000 indivíduos por ano (1). A previsão mínima será: em 1 minuto se infectam de 1 a 2 pessoas; em cada 5 minutos surge um caso novo; entre 30 a 40 minutos morre um doente de tuberculose.

A incidência da tuberculose no Brasil, para o ano de 1979, obtida a partir das notificações dos casos novos em tratamento, alcançou a taxa de 5 pacientes por 1.000 habitantes, o que significa cerca de 57.000 casos novos por ano. Sabe-se, entretanto, que tal incidência na realidade deve estar na ordem de 100.000 casos novos anuais. Considerando o período médio de duração e a letalidade da doença, pode-se estimar em 300.000 pessoas o estoque atual de pacientes tuberculosos existentes no país (2).

A pesar de contarmos com a determinação etiológica, investigação terapêutica e facilidades diagnósticas e de tratamento, a tuberculose constitui ainda problema de

¹ Auxiliar de Ensino, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, CEP 14.100, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Professora Assistente, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, CEP 14.100, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

difícil controle no campo de saúde pública, por envolver aspectos sócio-econômicos, culturais e psicológicos. Esses aspectos, na maioria das vezes, contribuem para o aumento de pacientes crônicos, que por sua vez constituem fontes de infecção constante, aumentando o número de casos da doença, isto é, de primo-infecção tuberculosa.

A primo-infecção tuberculosa não constitui problema menor do que a tuberculose doença, pois pode evoluir para esta e caminhar para as possíveis complicações. Por outro lado, a sintomatologia é pouco evidente, fato que contribui para um diagnóstico tardio e tratamento prolongado, assim como para a desvalorização do problema pelos familiares.

É atribuição da enfermagem de saúde pública assistir às crianças com primo-infecção tuberculosa, para que seus responsáveis e demais familiares assumam a responsabilidade que têm perante a doença, levando a termo o tratamento com o sucesso necessário. Propõe-se, então, a estudar qual é o tipo de assistência de enfermagem mais eficaz nos casos de primo-infecção tuberculosa: ambulatorial ou domiciliária.

Material e método

Foi estudada uma população constituída de 52 crianças matriculadas na área de fisiologia do Centro de Saúde I da Divisão Regional de Saúde No. 6, de Ribeirão Preto, entre 0 a 12 anos de idade, apresentando diagnóstico médico de primo-infecção tuberculosa, e de seus familiares, em número de 157. Foram incluídos na pesquisa apenas os casos novos recém-diagnosticados.

Foram formados dois grupos, denominados I e II, e a inclusão das crianças obedeceu ao método de amostragem casual simples, ficando, pois, 27 crianças para o Grupo I e 25 para o Grupo II. O primeiro grupo recebeu assistência de enfermagem no ambulatório, começando por uma

entrevista individual após a primeira consulta médica, na qual eram abordados os seguintes assuntos: o que é primo-infecção tuberculosa, importância do tratamento, dos retornos médicos e de enfermagem, responsabilidade e participação dos familiares para descoberta de focos. Isso tinha por objetivo fazer com que levassem ao ambulatório todos aqueles que coabitavam com a criança, para fazerem a prova tuberculínica (reação de Mantoux) e exames subsidiários. Em contatos posteriores realizados por ocasião das pós-consultas de enfermagem, eram abordados assuntos relativos às prioridades detectadas e reforçadas as orientações anteriormente ministradas. Os retornos às consultas médicas e de enfermagem ocorriam a cada dois meses, fazendo-se visitas domiciliárias apenas nos casos de abandono de tratamento, com o objetivo único de convocar os pacientes a retornarem ao ambulatório.

O segundo grupo recebeu a mesma assistência ambulatorial dada ao primeiro grupo, acrescida de visitas domiciliárias periódicas de acordo com as necessidades encontradas nos domicílios. As orientações de enfermagem eram adequadas às necessidades das famílias, segundo suas condições sócio-econômicas e sanitárias e seu nível de escolaridade. Não havia um roteiro pré-estabelecido para as orientações e a seqüência destas era determinada pela situação vigente no momento, pelo prognóstico da doença e pela regularidade do tratamento e dos retornos médicos.

As provas tuberculínicas (reação de Mantoux), para pesquisa de foco, eram feitas no próprio domicílio e os encaminhamentos para os exames complementares ocorriam após diálogos sobre a importância de se encontrar o foco para sucesso do tratamento.

Resultado e discussão

A tabela 1 mostra a distribuição por grupos etários, sexo e grupo em que foram di-

TABELA 1—Crianças portadoras de primo-infecção tuberculosa segundo os grupos ambulatorial e domiciliar, distribuídas por idade e sexo, freqüência e percentagem.

Grupos etários (em anos)	Grupo I (ambulatorial)				Grupo II (domiciliar)				Total	
	Sexo		Total		Sexo		Total		Freq.	%
	M	F	Freq.	%	M	F	Freq.	%		
0-2	2	5	7	25,92	2	—	2	8,00	9	17,30
2-4	1	2	3	11,11	3	3	6	24,00	9	17,30
4-6	—	3	3	11,11	—	1	1	4,00	4	7,69
6-8	1	2	3	11,11	1	2	3	12,00	6	11,53
8-10	1	2	3	11,11	2	7	9	36,00	12	23,07
10-12	3	5	8	29,62	—	4	4	16,00	12	23,07
Total	8	19	27	99,98	8	17	25	100%	52	99,96

TABELA 2—Renda mensal *per capita* dos familiares das crianças portadoras de primo-infecção tuberculosa.

Renda mensal <i>per capita</i> em relação ao salário mínimo %	Renda mensal <i>per capita</i> em Cr\$ ^a	Freqüência	%
0-20	0-75,36	3	5,76
20-40	75,36-150,72	18	34,61
40-60	150,72-226,08	11	21,15
60-80	226,08-301,44	9	17,30
80-100	301,44-376,80	8	15,38
100 e mais	376,80 e mais	3	5,76
Total		52	99,96

^a O salário mínimo para o ano de 1975 é de Cr\$376,80.

Para o Grupo I os valores máximos encontram-se nos grupos etários de 0 a 2 anos, com 25,92%, e 10 a 12 anos, com 29,62%; e para o Grupo II, nos de 2 a 4 anos, com 24%, e 8 a 10 anos, com 36%. Entretanto, na somatória dos dois, foram obtidos valores semelhantes para todos os grupos etários, excetuando-se apenas os de 4 a 6 anos e de 6 a 8 anos, com 7,69% e 11,53%. As maiores freqüências foram encontradas no sexo feminino, em ambos os grupos, com 19 (70,37%) e 17 (68%) para os Grupos I e II, respectivamente (tabela 1). Embora 100% dos pais exerçam atividade remunerada, é baixa sua renda, uma vez que a renda mensal *per capita* da maioria das famílias (61,52%) é de até 60% do salário mínimo (tabela 2).

Com relação à ocupação materna, 67,30% exerciam atividades no domicílio, tendo, portanto, condições para cuidar da criança em tratamento. Considera-se ainda que o maior índice populacional é constituído de pré-escolares (tabela 1), totalmente dependentes do cuidado materno. Esse fator é muito importante, uma vez que o tratamento depende do valor que aqueles que dispõem cuidados às crianças atribuem tanto à ministração das

vidas as crianças com primo-infecção tuberculosa. Observa-se que a distribuição por grupos foi semelhante, sendo 27 (51,92%) para o Grupo I ambulatorial, e 25 (48,07%) para o Grupo II—domiciliário. A distribuição por idade não foi igual para os dois grupos, uma vez que a inclusão da criança em um ou outro obedecia ao critério de amostragem casual simples.

TABELA 3—Ocupação dos pais das crianças portadoras de primo-infecção tuberculosa, frequências e percentagens.

Ocupação	Pai		Mãe	
	Freq.	%	Freq.	%
Afazeres domésticos	—	—	35	67,30
Empregadas domésticas	—	—	7	13,46
Lavadeiras	—	—	4	7,69
Motoristas	7	15,21	—	—
Pedreiros	5	10,88	—	—
Polícia militar	3	6,53	—	—
Guardas noturnos	4	8,70	—	—
Mecânicos	3	6,53	—	—
Recepcionistas de hotel	2	4,34	—	—
Empreiteiros	2	4,34	—	—
Funcionários públicos municipais	2	4,34	—	—
Donos de bar	2	4,34	—	—
Outros	16	34,78	6	11,53
Total	46	99,99	52	99,98

^a Seis crianças não tinham pais.

drogas como à alimentação e a outros cuidados preventivos de focos bacilíferos dentro do domicílio (tabela 3).

Os pais, na sua maioria (51,02%), tem curso primário incompleto; 35,71% são semianalfabetos, caracterizando uma população constituída de crianças cujas famílias apresentam baixas condições sócio-econômicas e de escolaridade (tabela 4). A maioria das crianças residia em moradias de alvenaria, com iluminação elétrica; 76,93% tinham água dentro de casa; 63,4% tinham instalações sanitárias dentro de casa; 67,31% das casas tinham até quatro cômodos pequenos.

Com relação às acomodações domésticas, 96,16% das crianças dormiam no quarto, 61,54% tinham sua própria cama e 38,46% dormiam com os pais ou com irmãos. Na maioria das famílias, eram precárias as condições higiênicas. Além disso, 50% jogavam lixo em terrenos baldios, o que denota uma falta de educação quanto

aos princípios higiênicos e desconhecimento dos fatores que interferem na saúde.

Sabe-se que é mais difícil levar famílias nessas condições a compreender a importância de um problema vigente como, no caso, a tuberculose. A ignorância é a maior barreira ao incentivo e à motivação para o tratamento e a outros cuidados que se fazem necessários para solução completa do problema. Famílias desse nível requerem incentivo mais adequado para responderem ao estímulo que é dado, e isso nem sempre se consegue no ambulatório, onde o paciente não só não relata a verdadeira situação, como também pode deturpá-la. Há necessidade de levar assistência de enfermagem até o domicílio, onde a enfermeira terá maiores subsídios para uma visão real do problema, podendo fazer um diagnóstico mais preciso e firmar as condutas e orientações segundo uma escala de prioridades.

O Grupo I, que recebeu assistência de enfermagem no ambulatório, apresentou incidência elevada de faltas, resultando em freqüentes comparecimentos fora do dia pré-estabelecido e interferindo na rotina do trabalho e, por vezes, no padrão da orientação. De fato, com um acúmulo de consultas em certo dia, o tempo destas era diminuído. Acresce que muitas vezes a criança doente comparecia ao serviço acompanhada de irmãos mais velhos para buscar medicação. O tempo médio das pós-consultas de enfermagem era 15 minutos. Interrogados quanto aos motivos de falta, os familiares alegavam esquecimento, perda de condução, não poder faltar ao trabalho e rejeição da medicação.

O Grupo II recebeu a mesma assistência citada, acrescida de visitas domiciliares nas quais eram reiteradas as orientações e demonstrações, e a ingestão do medicamento pela criança era controlada mais seguramente, contando-se os comprimidos que restavam no vidro e confrontando-se seu número com o previsto para aquela data.

TABELA 4—Grau de instrução dos pais das crianças portadoras de primo-infecção tuberculosa, frequências e percentagens.

Grau de instrução	Pai		Mãe		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Analfabetos	3	6,52	3	5,76	6	6,12
Semianalfabetos	16	34,78	19	36,53	35	35,71
Primário incompleto	24	52,17	26	50,00	50	51,02
Primário completo	—	—	2	3,84	2	2,04
Secundário incompleto	3	6,52	2	3,84	5	2,04
Total	46	99,99	52	99,97	98	96,93

A fonte de infecção era objeto de criteriosa investigação, pois, conhecendo as condições sanitárias do ambiente, aliadas ao número de moradores no domicílio, isto é, de coabitantes, tanto como a situação geográfica dos demais moradores, vizinhos e parentes, a enfermeira podia, juntamente com a família, enumerar os prováveis focos. Para incentivar os prováveis focos a se submeterem à reação de Mantoux e a outros exames complementares, bem como, quando necessário, a comparecer ao Centro de Saúde, a enfermeira promovia um diálogo no qual se iniciava um processo de conscientização mais completo. O mesmo não ocorreu no Grupo I, cujos prováveis focos, ao invés de serem incentivados, eram encaminhados pelas mães de crianças matriculadas na área de tisiologia.

No tocante à duração do tratamento de crianças com primo-infecção tuberculosa (tabela 5), os melhores resultados foram observados no Grupo II. No tratamento com três meses de duração, registrou-se conclusão do processo em 16% do Grupo II e 3,70% do Grupo I. No tratamento com 12 meses de duração, os resultados correspondentes são em forma de 80% para o Grupo II e 44,40% para o Grupo I. Para o tratamento com seis meses de duração, encontraram-se 18,51% para o Grupo I e 4,00% para o Grupo II. As interrupções de tratamento por grupos encontram-se na

TABELA 5—Duração e conclusão do tratamento das crianças portadoras de primo-infecção tuberculosa, segundo os grupos ambulatorial e domiciliar.

Conclusão e duração do tratamento (em meses)	Grupo I (ambulatorial)		Grupo II (domiciliar)	
	Freq.	%	Freq.	%
3	1	3,70	4	16,00
6	5	18,51	1	4,00
12	12	44,44	20	80,00
Total	18 ^a	66,65	25	100

^a Nove não concluíram o tratamento.

tabela 6, onde os Grupos I e II aparecem com 51,85% e 84% de tratamento completo sem interrupção, respectivamente. Considerou-se completo sem interrupção o tratamento de crianças que compareciam assiduamente aos retornos médicos e para buscar medicação. Os que deixaram de comparecer aos retornos médicos e para buscar medicação foram incluídos no grupo de tratamento completo com interrupção (tabela 6). Os que faltavam aos retornos e uma vez convocados não compareciam no prazo de três meses, todos do Grupo I, foram incluídos no grupo de tratamento incompleto com interrupção total, ou seja, abandono de tratamento (nove casos, ou 33,33%).

TABELA 6—Interrupção do tratamento das crianças com primo-infecção tuberculosa, por grupos ambulatorial e domiciliar.

Tratamento	Grupo I (ambulatorial)		Grupo II (domiciliar)	
	Freq.	%	Freq.	%
Completo sem interrupção	14	51,85	21	84
Completo com interrupção	4	14,81	4	16
Incompleto com interrupção total ^a	9	33,33	—	—
Total	27	99,99	25	100

^a Abandono do tratamento.

TABELA 7—Focos de tuberculose descobertos em familiares de crianças que apresentavam primo-infecção, segundo os grupos ambulatorial e domiciliar e grau de parentesco.

Grau de parentesco	Grupo I (ambulatorial)		Grupo II (domiciliar)	
	Freq.	%	Freq.	%
Pais	—	—	6	24,00
Mães	1	3,70	—	—
Irmãos	1	3,70	6	24,00
Tios	4	14,81	3	12,00
Primos	—	—	2	18,00
Vizinhos	3	11,11	5	20,00
Total	9	33,32	22	88,00

Um trabalho educativo directo com os familiares e também a supervisão constante contribuem para um índice inferior a 10% de abandono do tratamento (6), como o demonstram os melhores resultados consignados para o grupo domiciliar. Castro Filho e col. (4) referem que o uso controlado de drogas, com previsão correcta da quantidade, é um sucesso do programa no controle da tuberculose. Nascimento e Lima (8), referindo-se ao percentual

de cura, em relação ao total de matrículas encerradas por vários motivos, afirmam que essa proporção em cada ano, deveria chegar a 90%.

O objetivo do controle da tuberculose é interromper a cadeia da infecção, o que pode ser conseguido através da descoberta de suas fontes (pacientes bacilíferos) (7). Foram descobertos focos de infecção de 22 (88%) crianças do Grupo II, enquanto que foram detectados apenas nove (33,32%) do Grupo I (tabela 7). Desses focos, registraram-se frequências maiores entre pessoas que coabitavam com a criança, seguidas de pessoas que visitavam amiúde seu domicílio.

Atribuiu-se essa diferença de focos descobertos ao total comparecimento dos elementos indicados e encaminhados para realização dos exames e à busca mais acurada por parte das enfermeiras. O mesmo não ocorreu com os do Grupo I, cuja frequência de comparecimento para a realização dos exames foi bem menor. Por outro lado, como o contato com outros membros da família era mais amplo no Grupo II, nos casos em que não se descobria o foco em grupos de discussão, procuravam-se novos caminhos que levassem a outras pessoas. O mesmo não ocorreu no ambulatório, onde o diálogo era estabelecido sempre com os mesmos indivíduos.

Além do fator anteriormente citado, pensou-se na possibilidade de ser essa diferença ocasionada pela ausência de mãe no domicílio. Os dados mostram, porém, que se ocupavam de afazeres domésticos 62,96% das mães do Grupo I e 78% das do Grupo II. A diferença percentual encontrada (15,05%) é insuficiente para indicar que a ausência da mãe do domicílio pudesse interferir ou não na descoberta dos focos, como também na duração do tratamento.

O fato de ter havido nove casos de abandono no Grupo I (33,33%) foi atribuída à falta de motivação das mães para o término

no do tratamento, mesmo considerando que elas foram convocadas várias vezes.

Conclusão

A assistência de enfermagem domiciliar às crianças com primo-infecção tuberculosa mostrou-se mais eficaz pelas seguintes razões:

1. Permitiu descobrir maior número de focos de infecção (88%) do que a ambulatorial (33,32%);

2. A conclusão do tratamento foi de 100% para o grupo domiciliar e 66,6% para o grupo ambulatorial;

3. Obtiveram-se 84% de tratamentos completos sem interrupção para o grupo domiciliar e 51,85% para o grupo ambulatorial;

4. A percentagem de tratamentos incompletos com interrupção total, ou seja, abandono de tratamento, foi de 33,32% para o grupo ambulatorial, enquanto que não houve nenhum caso no grupo domiciliar.

Resumo

Apesar de contar com determinações etiológicas, facilidades diagnósticas e de

tratamento, a tuberculose constitui um problema de difícil controle no campo da saúde pública, por envolver aspectos sócio-econômicos, culturais e psicológicos. Estes contribuem para o aumento do número de pacientes crônicos, que, por sua vez, constituem fontes de infecção constantes, aumentando o número de casos novos da doença.

Objetivando verificar qual a assistência de enfermagem mais eficaz no tratamento da criança com primo-infecção tuberculosa — ambulatorial ou domiciliária — 52 crianças até 12 anos de idade foram seguidas durante 12 meses; 27 delas receberam assistência apenas no ambulatório e 25 no ambulatório e no domicílio. Os resultados mostraram que a assistência de enfermagem ambulatorial e domiciliária permitiu descobrir maior número de focos de infecção; que 100% das crianças visitadas no domicílio concluíram o tratamento, contra 66,6% do grupo ambulatorial; que 84% delas concluíram o tratamento sem interrupção, contra 51,85% do outro grupo; e que só houve abandono de tratamento no grupo ambulatorial (33,33%). ■

REFERÊNCIAS

- (1) Ação Antituberculose em Nível Nacional. *Comissão técnica da Campanha Nacional contra a Tuberculose da Divisão Nacional de Tuberculose*. Rio de Janeiro: Sul Americana, S. A., 1971.
- (2) Barros, Vieira César Augusto. Tratamento da tuberculose pulmonar no Brasil. *Rev Dir Nasc Pre Sanit* 23 (89-90):57-65, 1979.
- (3) Blundi, E. *Programa de Trabalho. Divisão Nacional de Tuberculose*. Rio de Janeiro: Sul Americana, S. A., 1972.
- (4) Castro, F. de P. F. et al. Controle da tuberculose nas Unidades da Fundação SESP, na Bahia. *Rev Div Nac Tuber* 10(46):157, 1968.
- (5) Brasil. Ministério da Saúde. Divisão de Epidemiologia, Estatística e Informação. *Bol Epidemiol* II(1), 1970.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Divisão de Epidemiologia, Estatística e Informação. *Bol Epidemiol* VI(4), 1974.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Divisão de Epidemiologia, Estatística e Informação. *Bol Epidemiol* X(2), 1978.
- (8) Nascimento, E. A. do e R. de L. Lima. Algumas informações sobre tuberculose no Brasil. *Rev Div Nac Tuber* 20(78):119-139, 1976.
- (9) Organização Mundial da Saúde. *A Saúde do Mundo*, maio de 1966.

Dos niveles de asistencia de enfermería a pacientes con primoinfección tuberculosa (Resumen)

Aunque se conoce su etiología y se cuenta con medios de diagnóstico y de tratamiento, la tuberculosis constituye un problema difícil de salud pública por los factores socioeconómicos, culturales y psicológicos que intervienen. Estos contribuyen a que aumente el número de pacientes crónicos, los que, a su vez, constituyen fuentes de infección permanentes e incrementan el número de casos nuevos de la enfermedad.

Con el propósito de averiguar qué tipo de asistencia de enfermería, en ambulatorio o a domicilio, es más eficaz para tratar a los niños con primoinfección tuberculosa, en un centro

de salud de Ribeirão Preto, Brasil, se observó durante 12 meses a 52 niños de hasta 12 años de edad; 27 de ellos fueron atendidos solo en el ambulatorio y los 25 restantes en el ambulatorio y a domicilio. Se obtuvieron los resultados siguientes: la asistencia de enfermería en el ambulatorio y a domicilio permitió descubrir mayor número de focos de infección; 100% de los niños visitados a domicilio terminaron el tratamiento, frente a 66.6% del grupo ambulatorio; 84% de los primeros terminaron el tratamiento sin interrupción, frente a 51.85% del otro grupo; solo hubo abandono del tratamiento en el grupo ambulatorio (33.33%).

Two levels of nursing assistance for patients with a primary tuberculosis infection (Summary)

Although its etiology is known, and the means for diagnosis and treatment are available, tuberculosis is a difficult public health problem because of the socioeconomic, cultural, and psychological factors involved. These factors contribute to an increase in the number of chronic patients, who in turn are permanent sources of infection, and to an increase in the rate of new cases of the disease.

With the purpose of investigating which type of nursing assistance is more effective for the management of children with a primary tuberculosis infection, either at the outpatient clinic or the patient's home, 52 children up to 12 years of age were studied over a 12-month

period in a health center in Ribeirão Preto, Brazil; 27 were assisted only at the outpatient clinic, while the remaining 25 were managed both at the outpatient clinic and home. The following results were obtained: nursing assistance at both the outpatient clinic and the patient's home allowed to detect a higher number of infection foci: 100% of the children assisted at their homes completed their treatment, as compared to 66.6% in the outpatient group; 84% in the first group completed the treatment without interruption as compared to 51.85% in the second group; only in the outpatient group was therapy abandoned (33.33%).

Deux niveaux de soins donnés par des infirmiers à des patients atteints de primo-infection tuberculeuse (Résumé)

La tuberculose, bien que l'on connaisse son étiologie et que l'on dispose de moyens de diagnostic et de traitement, constitue un problème difficile de santé publique, à cause des facteurs socio-économiques, culturels et psychologiques qui interviennent. Ceux-ci contribuent à l'accroissement du nombre de patients chroniques, qui, à leur tour, constituent des sources

d'infection permanente qui augmentent le nombre de cas nouvellement atteints de la maladie.

Dans un centre de santé de Ribeirão Preto, au Brésil, dans le but d'étudier quel type de soins d'infirmiers — traitement ambulatoire ou à domicile — est le plus efficace pour traiter les enfants atteints de primo-infection tubercu-

leuse, on observa, pendant 12 mois, 52 enfants allant jusqu'à 12 ans d'âge; 27 d'entre eux furent soignés par traitement ambulatoire seulement et les 25 autres par traitement ambulatoire et à domicile. On obtint les résultats suivants: les soins des infirmiers, dans le traitement ambulatoire et à domicile, permit de découvrir un nombre supérieur de foyers d'infec-

tion; 100% des enfants visités à domicile terminèrent leur traitement, par rapport à 66,6% du groupe soigné par le traitement ambulatoire seul; 84% des premiers terminèrent leur traitement sans interruption, par rapport à 51,85% de l'autre groupe; il n'y eut abandon du traitement que dans le groupe recevant le traitement ambulatoire seul (33,33%).

NUEVO SISTEMA DE INFORMACION

El Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) ha iniciado la Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA), operada conjuntamente por la OPS y la OMS.

El objetivo primordial de REPIDISCA es hacer más accesible la información sobre ingeniería sanitaria y ciencias del ambiente a los usuarios de la Región de las Américas. Al comienzo se dará especial importancia al suministro de agua y al saneamiento, en apoyo de las actividades nacionales para alcanzar los objetivos del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental. Las actividades de REPIDISCA se desarrollan en colaboración con centros nacionales dispuestos a participar; otros centros se incorporarán a la red posteriormente. Se han creado centros en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Venezuela y se proyectan otros en Bolivia, Ecuador, Guatemala y Jamaica. Cada centro nacional colaborará con las instituciones nacionales de su propio país que trabajan en ingeniería sanitaria y salud ambiental.

CEPIS ha elaborado un Microtesauro de Términos de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (MISCA, versión preliminar, mayo de 1979) para indización y formación de glosarios, así como manuales sobre el uso del Microtesauro, normas y técnicas de indización y tratamiento de documentos y procedimientos bibliotecarios. Las operaciones de REPIDISCA se basarán en el uso de computadoras, utilizando los programas de computación ISIS elaborados inicialmente por la OIT.