**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR ATENDIDOS NO CENTRO ANTI-TUBERCULOSE DE BENGUELA EM 2020**

**SOCIODEMOGRAPHIC AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS ATTENDED AT THE ANTI-TUBERCULOSIS CENTER OF BENGUELA IN 2020**

*João Sebastião Cololo1*

*Helena Diakiesse Songo Jose2*

[[1]](#footnote-1)

[[2]](#footnote-2)

**RESUMO**

A tuberculose é uma das doenças mais antigas da humanidade, causada por bactérias pertencentes ao complexo *Mycobacterium tuberculosis.* Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 100 milhões de pessoas são infectadas pelo *M. tuberculosis* a cada ano e, nos países subdesenvolvidos, entre 30% e 60% dos adultos estão infectados. Dos infectados, 8 a 10 milhões desenvolverão a doença durante a vida, sendo que cerca da metade apresentará formas contagiantes. O presente Trabalho teve o propósito de identificar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes assistidos por Tuberculose pulmonar no Centro Anti-tuberculose de Benguela em 2020. Os resultados do nosso estudo indicam que no periodo considerado foram registados no Centro anti-tuberculose de Benguela 587 casos. Consideramos este número como estatisticamente significativo. Em todas as idades analisadas foi constatada uma prevalência significativa de tuberculose: Entre os menores de 10 anos foi registada uma taxa de 5,62% (n=33); no intervalo de idade de 10 a 20 foram registados 153 casos que correspondem a 26,064%; na faixa etária de 21 a 30 anos foram registados 130 casos que perfazem 22,14%; O intervalo de 31 a 40 teve o maior número com 187 casos; entre os individuos da idade de 41 a 50 foram registados 43 casos e entre os maiores de 50 anos foram identificados 41 casos. Foram registados 4 óbitos que correspondem a uma taxa de letalidade de 0,68%.

**Palavras-Passe**: Tuberculose; Factores de risco; Perfil sociodemográfico; Prevalência; Morbimortalidade.

**ABSTRACT**

Tuberculosis is one of the oldest diseases of mankind, caused by bacteria belonging to the Mycobacterium tuberculosis complex. According to the World Health Organization, about 100 million people are infected with M. tuberculosis each year and, in underdeveloped countries, between 30% and 60% of adults are infected. Of those infected, 8 to 10 million will develop the disease during their lifetime, about half of which will have contagious forms. The present work had the purpose of identifying the sociodemographic and epidemiological profile of patients assisted by pulmonary tuberculosis at the Anti-tuberculosis Center in Benguela in 2020. The results of our study indicate that in the period considered, 587 cases were registered at the Anti-tuberculosis Center in Benguela. We consider this number to be statistically significant. In all analyzed ages, a significant prevalence of tuberculosis was found: Among the children under 10 years old, a rate of 5.62% was registered (n = 33); in the age range of 10 to 20, 153 cases were registered, corresponding to 26.064%; in the age group of 21 to 30 years, 130 cases were registered, making up 22.14%; The range from 31 to 40 had the highest number with 187 cases; among individuals aged 41 to 50, 43 cases were registered, and among those over 50, 41 cases were identified. Four deaths were recorded, corresponding to a lethality rate of 0.68%.

**Passwords:** Tuberculosis; Risk factors; Sociodemographic profile; Prevalence; Morbidity and mortality.

**INTRODUÇÃO**

A tuberculose é uma das doenças mais antigas da humanidade, causada por bactérias pertencentes ao complexo *Mycobacterium tuberculosis (*Veronesi e Focaccia, 2010).

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. A doença é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. Trata-se duma doença infecciosa, de declaração obrigatória, causada pelo bacilo *Mycobacterium* t*uberculosis* (M. tuberculosis). É, ainda nos nossos dias, uma doença com elevada mortalidade e morbilidade, constituindo um problema de saúde global. A TB está intimamente relacionada com a infecção por VIH, correspondendo a mais de 10% dos novos casos anuais de TB. Por outro lado, 80% destes casos ocorrem no continente Africano (OMS, 2013).

 Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 100 milhões de pessoas são infectadas pelo M. tuberculosis a cada ano e, nos países subdesenvolvidos, entre 30% e 60% dos adultos estão infectados. Dos infectados, 8 a 10 milhões desenvolverão a doença durante a vida, sendo que cerca da metade apresentará formas contagiantes. O quadro completa-se com três milhões de óbitos conhecidos e determinados, anualmente. O bacilo da tuberculose é transmitido por inalação de gotículas infecciosas dispersas no ar por um paciente infectado através da tosse, do espirro e da fala ( OMS, 2014)

A Tuberculose constitui um problema de saúde da população angolana e está entre as cinco principais causas de morbilidade no País. Múltiplos factores têm contribuído para a vulnerabilidade das pessoas à Tuberculose, nomeadamente o alcoolismo, a má nutrição, o VIH e SIDA, e pobreza ( ANGOLA-PNDS, 2014).

Dados do Programa provincial de luta contra a tuberculose apontam que no primeiro trimestre de 2020 foram registados 2888 casos de tuberculose na província de Benguela, contra 2.582 do mesmo período de 2019, um incremento de 306 novos casos (MENDOCA, 2020).

 Ao longo da história a tuberculose teve diversas denominações: Peste branca, tísica consumpção/consunção ou popularmente chamada de doença do peito. Estes são alguns dos termos pelos quais essa velha moléstia foi e é conhecida através dos tempos. O termo tuberculose é recente: ele foi cunhado em 1839 por Schöenlein (1793-1864), baseado no nome dado em 1680 por Sylvius à lesão nodular, o *tubérculo*, encontrado em pulmões de doentes autopsiados ( Gourgel, 2018).

 As origens desta enfermidade infecto-contagiosa não estão, até o momento, completamente esclarecidas. A hipótese mais aceita é que ela tenha surgido há aproximadamente oito mil anos, a partir do contacto com auroques (*Bos primigenus)* – bois selvagens - contaminados com a bactéria causadora da tuberculose bovina – *Mycobacterium bovis.* Acredita-se que pequenos núcleos populacionais mantiveram desde o período pré-histórico uma discreta endemicidade e a disseminação da tuberculose teria acompanhado as sucessivas e crescentes correntes migratórias humanas (Gourgel, 2018)

 O presente Trabalho objetiva analisar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes assistidos por Tuberculose pulmonar no Centro Anti tuberculose.

**MATERIAL E METODOS**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de carácter retrospetivo na vertente quantitativa efetuado por meio de uma análise documental. O estudo foi realizado no Centro da desnutrição do Hospital municipal da Catumbela. Neste estudo foram usadas as seguintes fontes para a obtenção de dados: Livros de registo de pacientes, diários de enfermagem e processos clínicos dos pacientes atendidos no Centro Anti-Tuberculose de Benguela no período considerado. A população objeto de estudo foi composta pelos indivíduos com o diagnóstico de tuberculose no Centro Anti tuberculose de Benguela no período considerado. Foram analisados intencionalmente todos os casos diagnosticados durante o período em estudo.

Como variáveis deste estudo foram consideradas as seguintes e categorizadas de seguinte forma:

**a) Dados socio-demográficos:** Idade: <10 anos; 10 -20; 21-30; 31-40 ; 41-50 e >50**;** Sexo: Masculino e Feminino.Residência: Benguela e outras localidades**.** Escolaridade: Ensino Primário; Ensino secundário; Ensino Superior.Situação laboral: Empregado e Desempregado**.** Estado civil: Casado, Solteiro, Convivência de fato e divorciados**.** Tipo e local de trabalho**;** Núcleo familiar (nº de membros na mesma casa); Tipo de residência**:** Definitiva com água e luz ou Pau a pique sem água e sem luz.

**b) Estilos de vida:** Tabagismo:Sim ou Não**;** Alcoolismo**:** Sim ou Não.

**c) Dados Epidemiológicos:** Nº de casos e taxa de prevalência;Nº de óbitos e taxa de letalidade

Os dados foram recolhidos por meio de um instrumento pré-construído para o efeito (**Formulário**). O formulário continha os seguintes indicadores resumidos: dados sociodemográficos, estilos de vida e dados epidemiológicos.

Os dados da investigação foram tratados utilizando o programa informático Microsoft Office Excel 2007 e apresentados em tabelas.

O Projecto foi encaminhado e aprovado pela comissão científica do Instituto Superior politécnico Jean Piaget de Benguela e depois enviou-se uma carta para o pedido de recolha de dados à Repartição municipal da Saúde de Benguela.

**RESULTADOS**

**Tabela 1: Distribuição da morbimortalidade por tuberculose**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intervalo de idade** | **Casos** | **Óbitos** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| **< 10 anos** | **33** | **5,62** | **1** | **3,03** |
| **10-20 anos** | **153** | **26,064** | **1** | **0,65** |
| **21-30 anos** | **130** | **22,14** | **1** | **0,76** |
| **31-40 anos** | **187** | **31,85** | **1** | **0,53** |
| **41-50 anos** | **43** | **7,32** | **-** | **-** |
| * **50 anos**
 | **41** | **6,98** | **-** | **-** |
| **Total** | **587** | **100** | **4** | **0,68** |

A tabela nº1 apresenta a distribuição as taxas de morbimortalidade por tuberculose no Centro Anti-tuberculose de Benguela em 2020 nas diversas faixas etarias. Entre os menores de 10 anos de idade foram registados 33 casos que correspondem a 5,62% e um óbito que correesponde a uma taxa de letalidade de 3,03%. No intervalo de idade entre 10 e 20 anos foram registados 153 casos que correspondem a 26,064% e um óbito que correesponde a uma taxa de letalidade de 0,65%.

No intervalo entre 21 e 30 anos foram registados 130 casos que perfazem 22,14% e um óbito que correesponde a uma taxa de letalidade de 0,76%. Entre 31 e 40 anos foram registados 187 casos que correspondem a 31,85% e um óbito que correesponde a uma taxa de letalidade de 0,53%. Entre os 41 e 50 anos de idade foram registados 43 casos que Finalmente no intervalo entre os maiores de 50 anos foram registados 41 casos que correspondem a 6,98%. Não foram registados òbitos.

**Tabela 2: Distribuição da morbilidade total por sexo entre os pacientes com o dianóstico de tuberculose**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sexo** | **Casos** |
|  | **n** | **%** |
| M | **400** | **68,14** |
| F | **187** | **31,85** |
| **Total** | **587** | **100%** |

 A tabela nº2 apresenta a distribuição total das taxas de morbilidade por tuberculose no Centro Anti-Tuberculose de Benguela em 2020. Foram registados 587 casos que correspondem a 100% dos quais 400 (68,14%) são do sexo masculino e 187(31,35%) são do sexo feminino.

**Tabela 3: Distribuição da mortalidade total por sexo entre os pacientes com o dianóstico de tuberculose**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sexo** | **Óbitos** |
|  | **n** | **%** |
| M | **4** | **100** |
| F | **-** | **-** |
| **Total** | **4** | **100%** |

A tabela nº3 apresenta a distribuição total das taxas de mortalidade por tuberculose no Centro Anti-Tuberculose de Benguela em 2020. Foram registados 4 óbitos todos do sexo masculino o que corresponde a uma taxa de letalidade de 0,68%.

**3.2 Discussão dos Resultados**

 Os resultados do nosso estudo indicam que no periodo considerado foram registados no Centro Anti-Tuberculose de Benguela 587 casos. Consideramos este número como estatisticamente significativo. Traduzido em termos percentuais, corresponde a uma taxa de prevalência considerável e que vai de acordo com a tendência provincial que estimou uma taxa de prevalência estatiticamente significativa. Dados do Programa provincial de luta contra a tuberculose apontam que no Primeiro Trimestre de 2020 foram registados 2888 casos de tuberculose na província de Benguela, contra 2.582 do mesmo período de 2019, um incremento de 306 novos casos (Mendonça, 2020).

 Esses dados também concordam com os do Programa Nacional de luta contra a Tuberculose que apontam uma prevalência de tuberculose alta. Em Angola, a situação epidemiológica da Tuberculose (TB) é preocupante, com variações nas diferentes regiões do país devido à múltiplos fatores: limitada adesão ao tratamento, altas taxas de abandonos, difícil acesso aos grupos vulneráveis, aumento da coinfecção TB/VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), existência de cepas resistentes aos fármacos antituberculosos, desigualdades sociais, pobreza e discriminação, que fazem da Tuberculose uma doença de difícil controlo (ANGOLA, 2015).

 Nossos dados corroboram também com os do continente africano. Dados da OMS indicam que o continente africano apresenta cerca de 25% da totalidade de casos de TB, tendo uma das maiores taxas de mortalidade. A OMS estima que a incidência de TB em países Africanos subiu para mais do dobro entre os anos 1990 e 2005, passando dos 149 para os 343 casos por 100.000 habitantes (OMS,2009).

 Esses dados estão também em alinhamento com a tendência mundial. A tuberculose continua a ser um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um terço da população mundial (cerca de 2 biliões de pessoas) está infetado com *M. tuberculosis*, estimando-se que cerca de 9,6 milhões de pessoas terão desenvolvido tuberculose ativa em 2014: 5,4 milhões de homens, 3,2 milhões de mulheres e 1 milhão de crianças (OMS, 2015)

 Em todas as idades analisadas foi constatada uma prevalência significativa de tuberculose. Entre os menores de 10 anos foi registada uma taxa de 5,62% (n=33). Este dado sugere que não obstante a disponibilização da vacina BCG nos primeiros meses da vida, a tuberculose tem uma incidência significativa entre as crianças em Angola. A prevenção e deteção precoce de casos de TB em crianças são metas essenciais para o controlo da doença. Segundo alguns autores, uma das estratégias de controlo mais facilmente exequíveis e eficazes, e também mais simples, para a deteção do caso índice é o exame de contactos de crianças e adolescentes de até 15 anos com TB.

 Estudos apontam alguns fatores importantes que favorecem o surgimento da tuberculose entre as crianças e adolescentes. Entre eles destaca-se a desnutrição. As crianças desnutridas, recém-saídas de viroses graves, em uso de drogas imunossupressoras ou sob outras condições que baixem sua resistência às infeções, podem desenvolver a tuberculose primária, tanto na forma pulmonar, quanto nas localizações extrapulmonares (Sant’Anna, 2011).

 Os aspetos epidemiológicos da tuberculose na infância não são ainda totalmente conhecidos. As crianças são usualmente infetadas por um adulto ou adolescente que seja seu contacto mais próximo, quase sempre dentro de sua própria casa. As crianças são elos importantes na cadeia de transmissão da doença, não por atuarem como fonte de transmissão direta para seus contactos domiciliares, mas por funcionarem como “reservatórios” do bacilo que permaneceria em estado de latência, manifestando a doença anos após a infeção (Sant’Anna, 2011).

 A prevalência foi maior entre os adultos de ambos os sexos no intervalo de 31 a 40 anos de idade com 31,85% de todos os casos registados.

 Em muitos estudos analisados, as taxas de tuberculose são elevadas entre os adultos. Num Trabalho efectuado por Makengo (2016) sobre o perfil dos doentes com tuberculose multirresistente registados no Hospital Sanatório de Luanda entre Janeiro de 2015 e Junho de 2016, a idade média de pacientes foi de 33 anos onde a moda foi de 30.

 Um estudo realizado na India por Pallavi et al. revela que num total de 721 participantes compreendendo 429 pacientes de sexo masculino e 292 pacientes de sexo feminino, a maioria (46%) estava na faixa etária de 21 a 45 anos (a média de idade foi de 35,7 anos ( Pallavi et al., 2009).

 Quanto ao sexo, a incidência foi maior entre os adultos de sexo Masculino com uma taxa de 68,14%. No que se refere a este dado, concordamos com Makengo ao referir que este especto parece ser ligado a uma característica das sociedades tradicionais africanas onde os homens são mais ativos em relação as mulheres. Na África tradicional a maioria das mulheres ficam em casa a cuidar filhos ou vender na porta da casa, assim raramente são expostas a aglomerações ou em coabitação com as pessoas. Os homens estão obrigados a estar em contacto com pessoas no trabalho, nas reuniões, às vezes partilham mesmo hábitos com colegas (uso de bebidas alcoólicas ou fumar juntos), facilitando a transmissão de doenças (Makengo, 2016).

 Também a literatura aponta como fatores de risco para tuberculose o género onde o sexo masculino é apontado como predominante. Conforme já nos referimos acima, dados da OMS confirmam essa tendência: Segundo o Relatório de OMS de 2009 sobre a tuberculose, foram notificados 2,55 milhões de casos de tuberculose pulmonar positiva, procedentes de 42 170 países, dos quais 1,65 milhões de homens e 0,9 milhões de mulheres (WHO, 2009).

 Quanto à letalidade, o nosso estudo identificou 4 óbitos num total 587 casos, o que corresponde a uma taxa de letalidade de estimou uma taxa de 0,68%. Este dado indica uma taxa de mortalidade não muito elevada tendo em conta o número de casos. Trata-se de um dado que vai de acordo com a tendência mundial que considera que a taxa de mortalidade associada à tuberculose desceu cerca de 45% desde 1990. Também a incidência da infeção diminuiu na grande maioria dos países, a nível mundial (OMS, 2013). Dados mais recentes apontam que em todo o mundo a taxa de mortalidade da doença está caindo a 3% ao ano e a incidência a cerca de 2% ao ano. Os dados indicam ainda que 16% dos pacientes morrem por causa da doença.

 O presente estudo pretendia entre outros objetivos identificar os fatores associados à doença no período considerado. Para tal havíamos preconizado analisar algumas variáveis importantes para tentar estabelecer uma possível relação entre a doença e alguns fatores de risco. No entanto não foi possível estabelecer essa relação porque os documentos (Livros de Registo) por nós avaliados não continham informações importantes como: local de residência, tipo de trabalho e condições laborais, situação económica, escolaridade, comorbilidades e estilos de vida. Pelo que, não foi possível atingir esse objetivo específico. E sublinhamos isso como uma das limitações do nosso trabalho.

**CONCLUSÕES**

Os resultados do nosso estudo indicam que no periodo considerado foram registados no Centro Anti-Tuberculose de Benguela 587 casos. Consideramos este número como estatisticamente significativo.

 Em todas as idades analisadas foi constatada uma prevalência significativa de tuberculose: Entre os menores de 10 anos foi registada uma taxa de 5,62% (n=33); no intervalo de idade de 10 a 20 foram registados 153 casos que correspondem a 26,064%; na faixa etária de 21 a 30 anos foram registados 130 casos que perfazem 22,14%; O intervalo de 31 a 40 teve o maior número com 187 casos; entre os individuos da idade de 41 a 50 foram registados 43 casos e entre os maiores de 50 anos foram identificados 41 casos. Foram registados 4 óbitos que correspondem a uma taxa de letalidade de 0,68%. Não foi possível identificar os fatores associados à tuberculose porque os documentos (Livros de Registo) por nós avaliados não continham informações importantes como: local de residência, tipo de trabalho e condições laborais, situação económica, escolaridade, comorbilidades e estilos de vida. Pelo que, não foi possível atingir esse objetivo específico. E sublinhamos isso como uma das limitações do nosso trabalho.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. ANGOLA. MINISTÉRIO DA SAÚDE ANGOLA. (2015). *Programa Nacional de Controlo da Tuberculose*. Luanda.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Tuberculose. (2008). *Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Dados atualizados em 08/07/2008*. Acesso em: 20 jul. 2008.
3. BRASIL. (2021). *Tuberculose 2021*. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde Número Especial, Mar. 2021
4. BRASIL. (2010). *Tuberculose - casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação* - Sinan Net. Dados actualizados em 08/07/2010. Acesso em: 27 Maio 2021
5. BRASIL. (2019).*Como prevenir a tuberculose.* Disponível em: [http://www.aids.gov.br/pt-br/como-prevenir-tuberculose. Acesso em 19/05/2021](http://www.aids.gov.br/pt-br/como-prevenir-tuberculose.%20Acesso%20em%2019/05/2021)
6. CAMPOS H.S. (2006). *Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas*. Pulmão RJ;15(1):29-351
7. GOURGEL M.F. (2018). *A tuberculose na História*. Boletim da FCM, VOL.12 N.3
8. HIJJAR M.B. et al. (2011). *A tuberculose no Brasil e no mundo*. Boletim de Pneumologia Sanitária - Vol. 9, Nº 2 - Jul/dez – 2011
9. LIENHARDT, C. (2001). *From exposure to disease: the role of environmental factors in susceptibility to and development of tuberculosis*. Epidemiol Rev., v. 23, n. 2, p. 288- 301.
10. SANT’ANNA C.C. (2011). *Tuberculose na Infância*. Jornal de Pediatria - Vol. 74, Supl. 1.
11. MAKENGO L. (2019). *Perfil dos doentes com tuberculose multirresistente registados no hospital sanatório de luanda entre Janeiro de 2015 e Junho de 2016. Lisboa.*
12. MARTIRE T. (2009). *Diagnóstico laboratorial da tuberculose na infância: métodos convencionais e métodos rápidos.* Pulmão RJ 2009;Supl 1:S20-S27.
13. MOÇAMBIQUE-MINISTERIO DA SAÚDE. (2009). *Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Resistente e Multi-Droga Resistente*. Maputo.
14. PEDROZO C. et al. (2010). *Eficácia do sistema de pontuação, preconizado pelo Ministério da Saúde, para o diagnóstico de tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes infectados ou não pelo HIV*. J Bras Pneumol 2010;36:92-98.
15. OMS. (2015). *Global tuberculosis report 2015*. World Health Organization (ed.), Genebra e Copenhaga; Disponível em <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>
16. PAALAVI C.L. et al.(2009). *Mechanisms of drug resistance in mycobacterium tuberculosis.* Mol Microbiol.;13 (11):1320–30.
17. ROSEMBERG J. (2009). *Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação*, Bol. Pneumol. Sanit. v.7 n.2 Rio de Janeiro
18. SOUZA, A. O. et al. ( 1997). *An epidemic of tuberculosis with a high rate of tuberculin anergy among a population previously unexposed to tuberculosis, the Yanomami Indians of the Brazilian Amazon.* Proc Natl Acad Sci U S A., v. 94, n. 24, p. 13227-13232, 1997.
19. WHO. (2013). *Global Tuberculosis Report 2013*, Geneva. World Health Organization.
20. WHO. (2017). *Global tuberculosis report* 2015. Vol. 32, World Health Organization. Geneva: World Health Organization;. 310-316.
21. VAN DER E.I.J.K. et al. (2007). *Heredity versus environment in tuberculosis in twins: the 1950s United Kingdom Prophit Survey Simonds and Comstock revisited*. Am J Respir Crit Care Med., v. 176, n. 12, p. 1281- 1288.
1. *Lic. Em Ciências e Técnicas de Enfermagem; Dr. (Ph.D) em Epidemiologia* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Lic. Em Analises Clinicas e saúde pública* [↑](#footnote-ref-2)