

EVOLUÇÃO CLÍNICA DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM NAMPULA

Graciano Mauricio Francisco Cumaquela¹
Atumane Alide²
Carolina Remígio³

RESUMO

Moçambique, um país com uma população de cerca de 28.861.863 habitantes, está entre os 20 países que contribuem com 80% de casos de tuberculose no mundo e ocupa atualmente a 11^a posição, com uma incidência de 551 casos a cada 100 mil habitantes. O objetivo foi avaliar a evolução clínica do tratamento de tuberculose pulmonar, através do seguimento dos casos desde o primeiro ao último mês de tratamento. Foi realizado um estudo de natureza descritiva, prospetivo, que incluiu uma amostra de 21 doentes com tuberculose pulmonar no Hospital Geral de Marrere (HGM), Nampula. Na coleta de dados foram realizadas entrevistas e observações através de um questionário fechado elaborado com base no modelo PNCT-3. Resultados: A incidência de casos novos foi de 90% enquanto que o restante foram casos previamente tratados e foi maior no sexo masculino. A coinfeção da tuberculose pelo Vírus de Imunodeficiência Humano na amostra foi de 52%. As baciloscopias feitas mostraram um decréscimo de positividade desde o início, ao fim da fase I e II (71%, 0% e 5%). Os resultados do tratamento quanto a cura, abandono, falência terapêutica e óbito foram respetivamente 71%, 19%, 5% e 5%. Conclusão: A evolução clínica não foi satisfatória pois a taxa de cura não atingiu as metas recomendadas pelo Programa Nacional de Controlo de Tuberculose (PNCT).

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar. Tratamento. Evolução clínica

¹Farmacêutico; Mestrando em Nutrição e Biotecnologia Alimentar. Docente Assistente Estagiário. Universidade Lúrio, Direção do Curso de Farmácia. Cidade de Nampula. Moçambique. E-mail: gcumaquela@gmail.com

²Farmacêutico. Funcionário do Ministério da Saúde. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do Centro de Saúde 25 de Setembro. Docente. Universidade Lúrio. Direção do Curso de Farmácia. Cidade de Nampula. Moçambique. E-mail: atumane2009@gmail.com

³Carolina Remígio. Farmacêutica. Funcionária do Ministério da Saúde. Serviços Farmacêuticos Hospitalares do Hospital Central de Nampula. Cidade de Nampula. Moçambique. E-mail: carolinaserrote@gmail.com

CLINICAL COURSE OF TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN NAMPULA

ABSTRACT

Mozambique, a country with a population of about 28.861.863, is among the 20 countries that account for 80% of tuberculosis cases in the world and currently holds the 11th position, with an incidence of 551 cases per 100 thousand inhabitants. The purpose was to evaluate the outcome of pulmonary tuberculosis treatment by following up cases from the first to sixth / eighth months of treatment. A study was conducted descriptive, prospective, which included a sample of 21 patients with pulmonary tuberculosis in Marrere General Hospital (MGH), Nampula. In the collection data were interviews and observations through a closed questionnaire prepared based on the NTCP-3 model. Results: The incidence of new cases was 90%, while the remainder were previously treated cases and was higher in males. The co-infection of TB by the Human Immunodeficiency Virus in the sample was 52%. The smear made positivity showed decrease from the beginning to the end of phase I and II (71%, 0% and 5%). The results of the treatment as a cure, abandonment, treatment failure and death were respectively 71%, 19%, 5% and 5%. Conclusions: The clinical outcome was not satisfactory because the cure rate did not reach the targets recommended by the National Tuberculosis Control Programme (NTCP).

Keywords: Pulmonary tuberculosis. Treatment. Clinical evolution

INTRODUÇÃO

Desde 2013, Moçambique já se encontra na 11ª posição entre os 22 países de alta prevalência de tuberculose no mundo, e por isso o Governo declarou como um problema de saúde pública no país (ONU, 2014 e WHO, 2014). Dados mais recentes colocam Moçambique entre os 20 países (incidência global de 84%) de alta prevalência de tuberculose no mundo, mantendo-se na mesma posição, com uma incidência de 551 casos a cada 100 mil habitantes. Se olharmos para a associação Tuberculose e HIV, o país encontra-se entre os 20 países de alta prevalência de tuberculose/HIV no mundo, na 12ª posição (WHO, 2017).

A Tuberculose, é considerada a segunda causa de morbi-mortalidade no mundo depois do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), com uma prevalência actual de 45% de soropositividade nos casos incidentes de tuberculose em Moçambique (WHO, 2017). Esta infeção tem uma grande associação com a pobreza e o estado de imunodepressão, o que justifica as maiores prevalências em indivíduos que vivem nos países subdesenvolvidos e em pessoas com doenças debilitantes, tais como: malnutrição, SIDA, diabéticos entre outras (MISAU, 2011). O relatório mundial de tuberculose de 2017, indica que em 2016 houve 10.4 milhões de pessoas que desenvolveram tuberculose (sendo 6.6 milhões notificados a Organização Mundial da Saúde), 10% dos quais soropositivos e 1.3 milhões de

mortes por tuberculose em pessoas sem HIV (e um adicional 374 000 de mortes em soropositivos). Dos casos notificados, cerca de 6.3 milhões são classificados como casos novos ou recidivas (61% do total de pessoas). Estes dados mostram um aumento comparando com o relatório mundial de tuberculose de 2014, que indica que em 2013 houve 9 milhões de pessoas que desenvolveram tuberculose (sendo 6.1 milhões notificados a OMS), destes, houve 1.1 milhões de mortes por tuberculose em soronegativos e 360 000 em soropositivos.

Esta é uma doença que foi declarada uma emergência global desde 1993, pela OMS, tendo sido tomada como estratégia para derrota-la, a criação de programas mais efetivos para o controlo em cada país (Programas Nacionais de Controlo de Tuberculose, PNCT) e recomenda-se que a administração dos medicamentos seja assistida por profissionais de saúde (MISAU, 2011).

Por causa dos fatores acima descritos, surgiu a necessidade de realizar um estudo em Moçambique, Nampula, no qual escolheu-se o Hospital Geral de Marrere (HGM), um hospital de referência para tratamento de casos de tuberculose a nível da zona norte. Dados disponíveis neste hospital indicam que de 2012 a 2014, foram registados e acompanhados um total de 365 casos, sendo, 82.74% casos com Tuberculose Pulmonar, incidência de 93.42% (aproximadamente 10 casos novos/mês), abandono de 13.15% e uma taxa de óbitos de 13.42% (\cong 1 caso/mês).

Os medicamentos da primeira linha disponíveis em Moçambique, são: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E) e Estreptomicina (S). E para facilitar a prescrição do tratamento para a Tuberculose, existe a padronização das doses a administrar em relação ao peso e os medicamentos apresentam-se na forma de comprimidos em DFC (Doses Fixas Combinadas), exceto a Estreptomicina (MISAU, 2011).

METODOLOGIA

Quanto aos objetivos, tratou-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, no qual no qual fez-se um seguimento (prospetivo) dos doentes. O universo foi definido com base no total de doentes com tuberculose que deram entrada no período de agosto a outubro de 2014, num total de 27 casos. Usou-se o método de seleção de elementos para composição de amostra probabilística, do tipo aleatória simples, calculada de acordo com a fórmula de Barbeta (2002): $n_0 = \frac{1}{E_0 \times E_0}$; $n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$ que passou a ser de composta por 21 doentes com tuberculose pulmonar. Foram incluídos doentes classificados como casos novos e retratamento, seropositivos e com tuberculose ativa, idade compreendida entre 21-55 anos vida, e que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Os dados foram colhidos através de um questionário (adaptado do modelo PNCT-3) com perguntas fechadas para cada doente preenchida desde o início ao fim dos seis e/ou oito meses de tratamento.

Usou-se o Microsoft Office Excel 2010 como banco e tratamento estatístico de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir estão apresentados os resultados do estudo, as análises e discussões são feitas nos parágrafos seguintes às tabelas e gráficos.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos doentes acometidos por Tuberculose pulmonar no Hospital Geral de Marrere, 2015.

Variável	N	Fr (%)
Sexo		
Masculino	16	76.19
Feminino	5	23.81
Total	21	100
Grupo etário		
[21-30]	8	38.09
[31-40]	9	42.86
[41-50]	4	19.05
[51-55]	0	0.00
Total	21	100
Proveniência		
Marrere	5	23.81
Substação	1	4.76
Napipine	2	9.52
Nathere	1	4.76
Namuatho	1	4.76
Muahivirri	1	4.76
Murapaniua	2	9.52
Natikiri	6	28.57
Mutauanha	1	4.76
Namadeira	1	4.76
Total	21	100
Nível de escolaridade		
Primário	14	66.67
Secundário (1º e 2º ciclo)	5	23.81
Superior	0	0.00
Técnico profissional	2	9.52
Nenhum	0	0.00
Total	21	100
Situação conjugal		
Solteiro	4	19.05
Casado	17	80.95
Total	21	100

Fonte: Base de dados da investigação.

A soroprevalência do VIH (Vírus de Imunodeficiência Humano) foi notável em 52% dos doentes (Tabela 2 a seguir), isto mostra que a tuberculose continua sendo

uma das maiores doenças oportunistas em pessoas soropositivas, por serem imunocomprometidas. Alguns estudos em Moçambique revelam mesma tendência nesta variável de associação de TB *versus* VIH. Por exemplo, no estudo de CUMAQUELA (2011) sobre a adesão ao TARV, mostrou que dos 300 pacientes, 50% tiveram alguma enfermidade ou infecção associada à infecção por HIV como a tuberculose.

Tabela 2 – Distribuição dos doentes segundo a variável de Caracterização clínica dos doentes com Tuberculose pulmonar no Hospital Geral de Marrere, 2015.

Variável	Numero	Fr (%)	
Forma clínica			
Pulmonar	21	100,0	
Total	21	100,0	
Co-infecção			
Tuberculose e VIH	11	52,0	
Só Tuberculose	10	48,0	
Total	21	100,0	
Tipo de doente			
Caso novo	19	90.47	
Retratamento após abandono	1	4.76	
Previamente tratados	Recorrente	1	4.76
Total	21	100,0	

Fonte: Base de dados da investigação

Dos dados globais que estimam 10.4 milhões de pessoas com tuberculose no mundo, 10% vivem com HIV e destes 74% encontram-se em África, isto traz a ribalta a necessidade de implementar diversas estratégias que visam reduzir a incidência e prevalência deste problema de saúde pública (WHO, 2017).

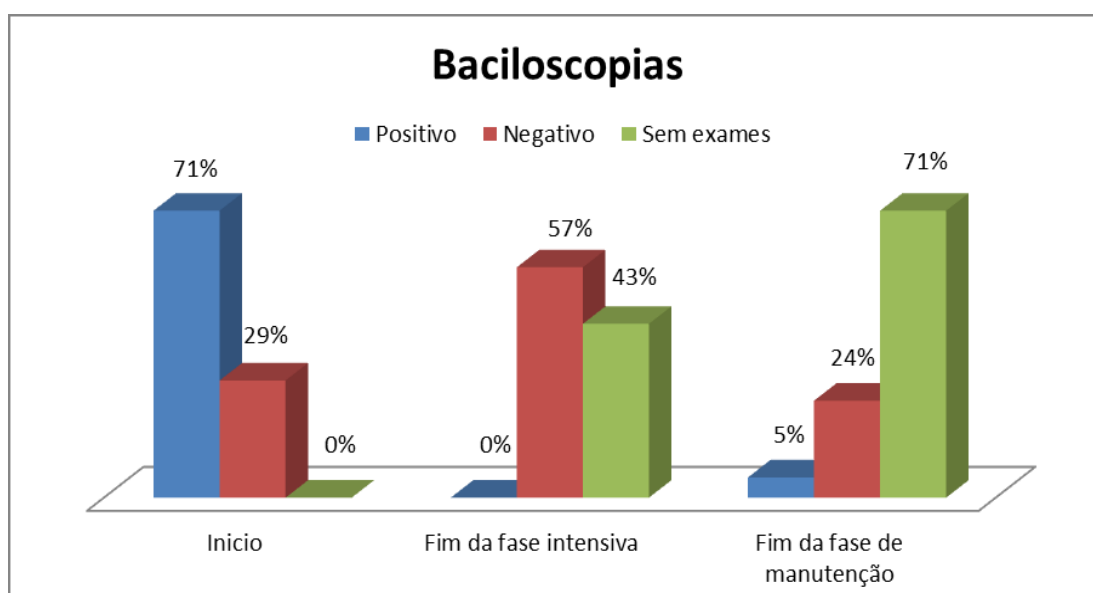
Também, viu-se que maior parte dos doentes eram casados, algo que sugere que os parceiros destes co-infectados possam ser soropositivos e com risco acrescido de contrair a tuberculose. As bibliografias indicam que com exceção da candidíase oral, a tuberculose é a doença oportunista mais freqüente no paciente infectado pelo VIH (JAMAL; MOHERDAUI, 2007). De referir que estes doentes são provenientes de áreas suburbanas com fraco saneamento, provavelmente isto pode ter influenciado na contaminação pelo bacilo, independentemente do seu estado imunológico.

Os resultados da forma clínica da Tuberculose noutros estudos são convergentes com este. Mas a prevalência do VIH na Tuberculose é muito inferior na maior parte de estudos de outros países em relação a este, provavelmente isto seja causado pela divergência no tipo de cultura, pois o uso do preservativo cá não é uma prática bem aceite em populações suburbanas. O baixo nível de escolaridade nos doentes do HGM também pode ter sido outro fator destas divergências.

Este estudo focou-se nos pacientes com tuberculose pulmonar, por se tratar da forma clínica mais comum e fácil de diagnosticar. Em Moçambique por exemplo, 90% de casos reportados no relatório global de 2017 são de tuberculose pulmonar. Também a situação é similar em várias partes do mundo. Um estudo sobre tratamento de tuberculose feito por Ferreira et al (2013), em Goiânia, mostrou que a forma clínica de tuberculose mais frequente foi a pulmonar (92.5%) e apenas 5% dos pacientes estudados tiveram tuberculose associada ao VIH.

Como ilustra a Tabela 2 acima, maior percentagem de doentes (90%) foram casos novos, sendo os restantes 2 casos previamente tratados. Isto mostra a alta taxa de incidência desta doença neste país, que a OMS tem vindo a publicar. Provavelmente esta taxa queira mostrar que algo está a falhar no Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT), como o fraco rastreio dos contatos nas comunidades aliado a fraca existência de ativistas comunitários, bem como os casos de abandonos que vão contagiando outros indivíduos saudáveis.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo a variável de periodicidade do controlo da baciloscopia, no seguimento do tratamento de Tuberculose pulmonar no Hospital Geral de Marrere, 2015.



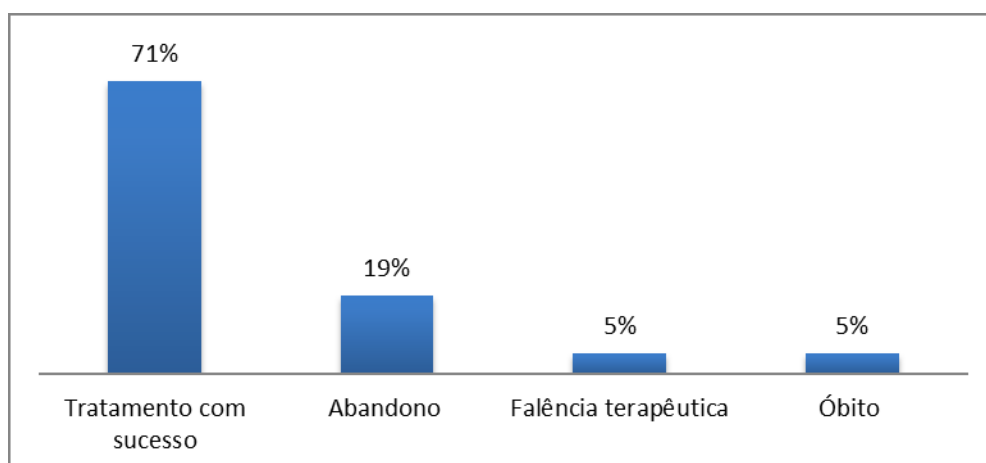
Fonte: Base de dados da investigação

Durante o estudo, os doentes foram monitorados através do controlo de exames estabelecidos pelo PNCT e a Baciloscopia (BK) é um dos exames de expectoração que não pode faltar.

Neste destaca-se o fato de ao fim da fase intensiva, 43% dos casos não terem feito baciloscopia, pois, foram aprovados para a fase seguinte por critérios clínicos. Mas ao fim da fase de manutenção, verificou-se que 5% dos casos teve baciloscopia positiva, é provável que esta situação pudesse ter sido evitada se todos os casos tivessem feito a baciloscopia antes da sua aprovação à esta última fase, considerando que Moçambique é uma zona endémica.

Exemplo de estudos feitos, como o caso de Wada (2001) mostrou que a taxa de conversão a baciloscopia negativa após 2 meses de tratamento foi de 70-95%. Uma outra realidade próxima que revela a cobertura dos exames bacteriológicos em Moçambique, pode ser observada no relatório global de tuberculose de 2017 que indica que houve 45% de confirmação bacteriológica dentre 90% de casos de tuberculose pulmonar no período em alusão.

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes estudados, segundo os resultados pós-tratamento de Tuberculose pulmonar no Hospital Geral de Marrere, 2015.



Fonte: Base de dados da investigação

Este resultado está muito abaixo ao comparar-se com a meta do PNCT que recomenda em suas diretrizes o alcance de cura acima de 85% e de abandono abaixo dos 5% (MISAU, 2011).

Algum aspecto não menos importante que possa ter contribuído para este insucesso é provável que seja pelo fato do tratamento previsto para “Tratamento Diretamente Observado” ter-se feito em dias alternados, onde o doente recebia outros medicamentos para tomar em casa, algo que está a quem de certificar-se que o doente cumpriu a tomada do medicamento.

Maior parte dos abandonos foi entre o 2º e 4º mês (faixa etária maior [21-30]), um período de transição em que os doentes deixam de ser infectantes, no entanto, a interrupção do tratamento reactiva os bacilos com maior probabilidade de criar cepas resistentes. Não se pode falar dos abandonos deixando de fora as Reações Adversas aos Medicamentos (RAMs) pois contribuem para a adesão do tratamento da Tuberculose, neste estudo, observou-se que 24% dos doentes reportaram RAMs – com efeitos menores e 5% efeitos maiores. Algo não esperado é que estas RAMs ocorreram em doentes que conseguiram terminar o tratamento, desta forma pensa-se que provavelmente os abandonos foram por causa dos doentes sentirem uma melhoria do estado clínico após a fase intensiva e outros ainda por acreditar nos poderes da medicina tradicional, dado que a sua proveniência na maior parte são bairros suburbanos da cidade de Nampula. Outro motivo dos abandonos pode ser que seja pela distância das zonas de origem, pois na sua maioria distam a mais de

1km; sem se esquecer que estes doentes possuem um baixo nível de escolaridade, algo que pode ter influenciado-os a não compreender sobre a necessidade de completar o tratamento.

Existem estudos comparáveis com este, por exemplo, Orofino et al (2012) no estudo que analisou os desfechos do tratamento da tuberculose e seus preditores, concluiu que as taxas de cura, de abandono, de mortalidade e de falha terapêutica foram, respectivamente, 72%, 19%, 6% e 2%.

Esta situação de não atingir taxas elevadas de sucesso no tratamento continua sendo um grande desafio, não só para o Hospital Geral de Marrere, mas também outras regiões. Por exemplo, os resultados de tratamento de casos novos/recaída de tuberculose em 2015, indicam que a taxa de tratamento com sucesso em África está fixada em 83%, igual porcentagem global; portanto, como estratégia global para acabar com a tuberculose, definiu-se a meta para 2035: redução de 95% nas mortes por tuberculose e redução de 90% na taxa de incidência, comparada com os níveis em 2015 (WHO, 2017).

CONCLUSÕES

Dos casos estudados, mais da metade (52%) tiveram co-infecção da TB pelo VIH, predominância do sexo masculino para ambos. Muitos foram casos novos (90%). Foram feitas somente baciloscopias, não houve o seguimento conforme diretrizes do PNCT; As taxas de cura, abandono, falência terapêutica e óbito foram respectivamente 71%, 19%, 5% e 5%, portanto, a evolução clínica não foi satisfatória, pois não atingiu a meta de PNCT.

REFERÊNCIAS

BARBETA, P. Alberto. Estatística aplicada às ciências sociais. 5.ed. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2002.

CUMAQUELA, Feliciano Pedro Maurício. **Adesão a terapêutica anti-retroviral (TARV):** Experiência dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Central de Maputo. 2011. 71p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Eduardo Mondlane. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane; 2011. Disponível em: <<http://www.saber.ac.mz/.../>>.

FERREIRA, Anna Carolina Galvão et al. Desfechos clínicos do tratamento de tuberculose utilizando o esquema básico recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil com comprimidos em dose fixa combinada na região metropolitana de Goiânia. **J Bras Pneumol**, Goiânia, v. 39, n. 1, p. 76-83, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Gabinete do Presidente: **Divulgação dos resultados preliminares do IV Recenseamento Geral da População e Habitação**. Maputo: INE, 2017.

JAMAL, Leda Fátima; MOHERDAUI, Fábio. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl 1, p. 104-110, 2007.

MISAU (Ministério da Saúde). Departamento de Formação. **Tuberculose: Atualização para docentes das Instituições de Formação**. I-TECH. Maputo, Janeiro de 2011, 86p. Cd-rom.

OROFINO, Renata de Lima et al. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. **J Bras Pneumol**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 88-97, 2012.

POTA, Ouri. Tuberculose ainda é questão preocupante em Moçambique. **ONU News**, Maputo, 22 out. 2014. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2014/10/1489761-tuberculose-ainda-e-questao-preocupante-em-mocambique>>

WADA, M. Effectiveness and problems of PZA-containing 6-month regimen for the treatment of new pulmonary tuberculosis patients. **Kekkaku**. Japan, v. 76, n.1, p. 33-43, jan. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=WADA%2C+M.+Effectiveness+and+problems+of+PZA-containing+6-month+regimen+for+the+treatment+of+new+pulmonary+tuberculosis+patients>>.

WHO. **Global tuberculosis report 2014**. Geneva: World Health Organization; 134p, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_main_text.pdf>.

WHO. **Global tuberculosis report 2017**. Geneva: World Health Organization; 262p, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>

Artigo recebido em: 28/03/2017

Artigo aprovado em: 29/06/2018

Artigo publicado em: 11/07/2018