

COMPORTAMENTO DA FEBRE TIFÓIDE NO HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO

Autores: Marleni Pedroso Monterrey

Júlio Antonio Ríos Palacio

Eulisis Pérez Samón

E-mail: pedrosomarleni@gmail.com, jrpalacio1965@gmail.com, e eulisperez@gmail.com

Data de recepção: 24/04/2020

Data de aceitação: 13/06/2020

RESUMO

Realizou-se um estudo descritivo, com o objetivo de caracterizar o comportamento da Febre tifoide no Hospital Sanatório do Huambo durante o período julho-setembro de 2019. A amostra foi constituída pelos 1 185 pacientes que foram ao hospital. A recolha dos dados realizou-se a partir das histórias clínicas dos pacientes para determinar o grupo de idade, o sexo e o total de casos positivos, onde houve maior incidência nos maiores de 15 anos com 512 pacientes para 83,8 % e o sexo feminino com 435 para 71,2 %. Os pacientes que mais incidência têm são os de sexo feminino e os maiores de 15 anos.

Palavras-chaves: Febre Tifoide, Infeção Bacteriana, Tuberculose

BEHAVIOR OF TIFOID FEVER IN THE SANATORY HOSPITAL OF HUAMBO

ABSTRACT

A descriptive study was carried out with the main goal to characterize tifoid fever's behavior during the period July-September, 2019. The sample was constituted by the 1 185 patients who were assisted at hospital. The gathering of data was taken from patients' Clinical history to determine patients' age groups, sex, and total of positive cases, were major incidence over aged 15 with 512 patients for an 83,8 % and female gender with 435 cases representing a 71,2 %. Patients with a higher rank of incidence are female gender and older than age 15.

Keywords: Taifoid Fever, Bacterial Infection, Tuberculosis.

Introdução

A febre tifóide (FT) é uma doença bacteriana aguda de distribuição mundial. É causada pela *Salmonella* entérica sorotipo Typhi. Está associada a baixos níveis socioeconómicos, relacionando-se, principalmente, com precárias condições de saneamento e de higiene pessoal e ambiental. (Ministério de Saúde, 2008)

A febre tifóide apresentou um problema de diagnóstico ao longo da história. As primeiras descrições da enfermidade têm diferentes diagnósticos: febre maligna nervosa, febre mucosa, febre biliosa, febre adinâmica, entre outras. (Guillermo, 2017).

A sintomatologia clínica clássica consiste em febre alta, cefaléia, mal-estar geral, dor abdominal, falta de apetite, bradicardia relativa (dissociação pulso-temperatura), esplenomegalia, manchas rosadas no tronco (roséolas típicas), obstrução intestinal ou diarréia e tosse seca. Atualmente, o quadro clínico completo é de observação rara, sendo mais freqüente um quadro em que a febre é a manifestação mais expressiva, acompanhada por alguns dos demais sinais e sintomas citados. Nas crianças, o quadro clínico é menos grave do que nos adultos, e a diarréia é mais freqüente. Como a doença tem uma evolução gradual, embora seja uma doença aguda, a pessoa afetada é muitas vezes medicada com antimicrobianos, simplesmente por estar apresentando uma febre de etiologia não conhecida. Dessa forma, o quadro clínico não se apresenta claro e a doença deixa de ser diagnosticada precocemente. (Ministério de Saúde, 2008)

A FT é uma doença endémica em muitos países em desenvolvimento, particularmente, no Subcontinente Indiano, na América do Sul e Central e em África, com uma incidência (por 100.000 habitantes por ano) de 150 na América do Sul e 900 na Ásia. A doença pode ser fatal se não tratada e mata cerca de 10% de todas as pessoas infectadas. (Ministério de Saúde, 2008)

A via de transmissão é a fecal-oral. Transmite-se, na maioria das vezes, através de comida contaminada por portadores, durante o processo de preparação e manipulação dos alimentos. A água também pode ser um veículo de transmissão, podendo ser contaminada no próprio manancial (rio, lago ou poço) ou por ser tratada inadequadamente ou ainda por contaminação na rede de distribuição (rotura na canalização, pressão negativa na rede, conexão cruzada).

Entre doentes curados, o número de portadores temporários é de 5 a 10%, e os de portadores crónicos, de 2 a 3%. O período de transmissibilidade dura enquanto existirem bacilos sendo

eliminado nas fezes ou na urina, o que geralmente acontece desde a primeira semana de doença até à convalescença. Cerca de 10% dos doentes eliminam bacilos até 3 meses após o início do quadro clínico e 1 a 5% até 1 ano e provavelmente por toda a vida, são os portadores crónicos. A ocorrência de patologia da vesícula biliar aumenta a probabilidade de eliminação crónica da *S. Typhi*, sendo mais comum em mulheres acima dos cinqüenta anos. (Informe Net, 2013).

A febre tifoide é ainda um grande problema de saúde pública, afetando no mínimo 20 a 30 milhões de pessoas com uma significativa mortalidade em países em desenvolvimento. A ocorrência é maior em países em desenvolvimento da Ásia, África, Caribe e América Central e do Sul. Têm sido relatadas taxas de incidência de 198 casos/100.000 habitantes no Delta do Mekong, Vietname e de 980 casos/100.000 habitantes em Deli, Índia. É uma doença incomum em países industrializados como Estados Unidos, Japão, Canadá, Austrália e alguns países da Europa, sendo os novos casos notificados de pessoas que viajaram para áreas endémicas. (Lima et.al, 2008).

Na América Latina a febre tifoide continua a ser uma causa importante de mortalidade e morbidade, embora não exista informação completa que reflita a sua magnitude, devido à notificação incompleta e muito variável dos diferentes países. Para o ano 2004 a América Latina e o Caribe registravam um total de 273 518 casos de febre tifoide, América Central contribuiu com a maior incidência (58 *100.000 pessoas ano), seguido da Região o Caribe. (Sabogal, 2017).

No caso de Angola, na província do Huambo, observou-se um incremento dos pacientes com tuberculoses. Por isso o objetivo desta investigação é descrever o comportamento da febre tifoide no Hospital Sanatório do Huambo durante o período julho-setembro de 2019.

Desenvolvimento

Realizou-se um estudo descritivo com o objetivo de descrever o comportamento da Febre tifoide no Hospital Sanatório do Huambo durante o período julho-setembro de 2019. A amostra esteve constituída pelos 1 185 pacientes que foram ao hospital.

As variáveis que se utilizaram foram: idade e sexo dos pacientes atendidos no trimestre julho-setembro doentes de tuberculoses.

O recolhimento dos dados realizou-se com base nas histórias clínicas dos pacientes para determinar o grupo de idade, o sexo e o total de casos positivos.

Empregaram-se técnicas da estatística descritiva como os números absolutos e a percentagem para os processamentos dos dados obtidos.

Para a representação dos dados empregaram-se tabelas estatísticas.

Na Tabela 1 mostra-se a distribuição dos pacientes, segundo idade e sexo, que foram atendidos no trimestre (julho-setembro), onde houve maior incidência nos maiores de 15 anos com 974 pacientes para 82,2 % e o sexo feminino com 794 para 67,0 %.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo idade e sexo, que foram atendidos no trimestre (julho-setembro). Hospital Sanatório, Huambo. 2019.

Idades (anos)	Trimestre (julho-setembro)				Total	
	Masculino		Feminino			
	No	%	No	%	No	%
Menores de 15	87	7,3	124	10,5	211	17,8
Maiores o igual de 15	304	25,6	670	56,5	974	82,2
Total	391	33,0	794	67,0	1185	100

A febre tifóide atinge, com maior freqüência, a faixa etária entre 15 e 45 anos de idade em áreas endémicas. A taxa de doentes diminui com a idade. Observando-se o comportamento da febre tifóide em Angola, nas últimas décadas, constata-se uma tendência crescente nos coeficientes de prevalência nas zonas urbanizadas (OMS, 2012b; Ministério da Saúde de Angola, 2013).

Em Angola, são registrados casos em todas as províncias do país, com números elevados na província do Cuanza-Norte; nos cinco últimos anos registaram-se cerca de 20.860 casos. MSA, 2012

Na tabela 2 mostra-se a distribuição dos pacientes segundo idade e sexo que são casos positivos no trimestre (julho-setembro), onde houve maior incidência nos maiores de 15 anos com 512 pacientes para 83,8 % e o sexo feminino com 435 para 71,2 %.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo idade e sexo que são casos positivos no trimestre (julho-setembro). Hospital Sanatório, Huambo. 2019.

Idades (anos)	Trimestre (julho-setembro)				Total	
	Masculino		Feminino			
	No	%	No	%	No	%
Menores de 15	29	4,7	70	11,6	99	16,2
Maiores o igual de 15	147	24,1	365	59,7	512	83,8
Total	176	28,8	435	71,2	611	100

Os dados obtidos nesta investigação não coincidem com os de Chután (2016), segundo os dados obtidos no seu estudo, encontra-se uma predominância de febre tifóide pelo sexo masculino com uma incidência de 55% com um total de 66 casos. O sexo feminino apresentou uma incidência de 45% com um total de 55 casos. Tendo em conta que grande parte da população era menor de idade. Representando 66%, o grupo de idades de 1 a 20 anos, é o grupo de idade mais afetado por esta patologia.

Na investigação realizada por Samba (2013) verificou-se que as doenças respiratórias, diarreicas agudas, febre tifóide, disenteria, tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis são as mais prevalentes, sendo que a febre tifóide e a tuberculose registaram o aumento dos casos positivos.

Todos os indivíduos que viajam, por motivos profissionais, para locais endémicos, onde existe uma elevada prevalência de febre tifóide, estão sujeitos a um tratamento de profilaxia para prevenir situações de risco. A segurança alimentar é um fator indispensável para prevenir este tipo de infecções. (Karl Ekdahl et al., 2005).

Segundo Sonhi, A. (2012), as faixas etárias mais afectadas são as que apresentam mais baixo nível de vida. Existem três (3) razões básicas que poderiam justificar mais casos entre os indivíduos de idades ativas e reprodutivas; a maioria foi contaminada quando a tuberculose era mais frequente, com a passagem do tempo e o enfraquecimento do sistema imunitário, as bactérias inativas são reativadas e há mais contacto com as pessoas da mesma idade, correndo maior risco de contrair a patologia.

Quanto ao sexo, os homens apresentam maior taxa de prevalência, 69% em contraste com os 31% do sexo feminino A nível global, segundo a OMS, esta patologia afeta mais o sexo masculino e a

idade média da infecção os 43 anos de idade (WHO, 2014b). Pelo que os resultados do presente estudo estão de acordo com a bibliografia.

Segundo Belo, M. et al., (2010), as desigualdades de género podem ser causadas por factores económicos, culturais e sociais relacionados com exposição e, em muitas sociedades, como no Cuanza-Norte, com o facto de os homens serem os únicos provedores na família, vendo assim aumentada a exposição à *Mycobacterium tuberculosis* fora de casa, por isso poderão ser os mais afectados.

Os resultados do presente estudo estão de acordo com Paixão, L. et al., (2007), onde se desceve que, nos casos notificados em Belo Horizonte, no Brasil, predominaram os do sexo masculino com cerca de 69,7% de casos positivos.

Também Gustafson, P. et al., (2004), estudaram um conjunto de 247 isolados clínicos da Guiné-Bissau num período de 3 anos (1996 a 1998) e verificaram que a maior prevalência de casos ocorria no sexo masculino (67%).

Em Portugal, Ferreira, C. et al., (2014) estudaram durante quatro meses 78 doentes com tuberculose ativa e também verificaram uma maior prevalência da doença no sexo masculino (66,7%). Em suma, os resultados obtidos no presente estudo apresentam uma tendência para maior prevalência no sexo masculino, de acordo com vários dados publicados.

Este resultado é reforçado pelo tratamento estatístico já que se constatou que existe uma diferença significativa entre o sexo masculino e feminino.

O aumento do número da deteção da tuberculose neste mesmo período, pode ter sido devido ao mau acompanhamento dos casos, abandono do tratamento e má qualidade de vida dos doentes e ao quadro clínico de VIH/Sida como refere o autor Sonhi, A. (2012).

Ma, E., et al., (2015) referem que a tuberculose tem um peso socioeconómico importante para os países uma vez que a medicação é gratuita.

A OMS preconiza que os programas de tuberculose, tenham uma taxa de abandono de tratamento inferior a 5%, infelizmente no terreno a realidade é diferente. Por exemplo, em 2004, observou-se uma taxa de abandono de 12,4% na cidade de São Paulo e de 8,2% no município de Carapicuíba, no Brasil (Vieira,A. & Ribeiro S., 2008).

Segundo López (2014), o incremento agudo dos casos em alguns países deve-se a várias condições:

- 1) Rápido incremento da população,
- 2) Aumento da urbanização,
- 3) Inadequadas facilidades para processar os refugos humanos,
- 4) Diminuição do abastecimento de água e inadequada qualidade,
- 5) Consumo de alimentos preparados com águas poluídas e
- 6) Excesso de pessoas a atender nos serviços de saúde.

As ações de informação e educação para a comunidade devem ir dirigidas às medidas básicas de prevenção, as quais são:

- Consumo de água potável
- Eliminação sanitária adequada de excreta.
- Educação para a saúde especialmente referida à higiene pessoal e à higiene dos alimentos.
- Boas práticas de preparação.
- A profilaxia ativa é uma medida complementar que está indicada em: as pessoas que têm risco ocupacional viajam para zonas endémicas, vivem em zonas endémicas ou são conviventes de portadores identificados, manipuladores de mantimentos

Relativamente ao clima, no tempo húmido (chuvisco), os meses de Março e Abril distinguiram-se com maiores taxas de prevalência de febre tifóide e no tempo seco (frio), os meses de Junho, Julho e Agosto distinguiram-se com maiores taxas de prevalência de tuberculose durante o período deste estudo. Samba, 2013.

Algumas das recomendações a todos os viajantes são:

Evitar as verduras não cozinhadas e frutas que não podem ser cortadas, as verduras de folha como a alface são facilmente poluídas e são difíceis de lavar bem, evitar alimentos e bebidas de vendedoras ambulantes. Mesmo que este tipo de alimentos tenha sido preparado com segurança, é difícil manter-se em temperaturas seguras e sem contaminação nas ruas, a maior contaminação do dono de hospedaria dá-se por comida comprada na rua a vendedores ambulantes.

O ideal para evitar a infecção pela Salmonella é comer alimentos completamente cozidos, quando ainda estão quentes e fumegantes.

Tomar bebidas sem gelo, a menos que possa verificar que o gelo foi feito de água engarrafada ou fervida, comprar água engarrafada ou fervida, ao bebê-la assegure-se que o selo se encontre intacto.

As garrafas de água com gás são mais seguras que água sem gás. Samba, 2013

Segundo Escobar et.al (2017) dentro das medidas de controlo da enfermidade, são importantes tanto as que tratam de eliminar as fontes de infecção direta atuando sobre doentes e portadores para reduzir os reservorios, como o conjunto de medidas que contribuem para melhorar as condições do ambiente e vão interromper a via de transmissão da enfermidade.

O medicamento de primeira linha utilizado com mais freqüência, tanto para tratamento médico como tratamento cirúrgico, foi a Fluoroquinolona, Ciprofloxacina em 58 pacientes, o que corresponde 47.9% da população, seguido por uma Cefalosporina de terceira geração, Ceftriaxona foi utilizada em 45 pacientes o que corresponde a 37.1% da população e outra Cefalosporina de terceira geração, Cefotaxime utilizado em 8 pacientes correspondente a 6.8% da população. (Chután, 2016).

Em Cuba, produziu-se uma vacina nova de polisacárido Vi, de muito baixa reactogénidade local e sistémica e de uma só dose, a qual se começou a ser aplicada no ano 2002, para vacinação escolar e dos trabalhadores expostos a riscos (aqueamentos e rede de esgoto, comunais e saúde) e a população em zonas de riscos, segundo a disponibilidade da vacina. Esta vacina foi provada em ratos e os resultados obtidos neste trabalho estão em correspondência com os estudos precedentes realizados a vax-TyVi 9-11 e demonstraram a capacidade imunogénica da nova vacina cubana, a qual podia ser empregada no controlo da febre tifóide. (Escobar et.al, 2017).

Conclusões

1. Os pacientes que mais foram ao hospital são os de sexo feminino e os maiores de 15 anos.
2. Houve maior incidência de casos positivos por Tuberculoses nos maiores de 15 anos e do sexo feminino.

Referências Bibliográficas

- Belo, M. et al. (2010). Tuberculose e Género em um Município Prioritário no Estado do Rio de Janeiro. *Journal Brasileiro Pneumologia*, 36 (5), 621 - 625.
- Chután de León LF (2016). Caracterización Epidemiológica, Clínica y Terapéutica de pacientes con Fiebre Tifoidea durante el período de 2010 a 2014 en el Hospital de Cobán, A.V. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Disponible em: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/03/Chutan-Luis.pdf>
- Escobar, M. et.al (2017). Erradicación de fiebre tifoidea en Holguín. Logro de la Medicina cubana 1972-2016. *Correo Científico Médico de Holguín*; (4)
- Ferreira, C., Pinto, T., Neves, I., Duarte, R. (2014). Gender differences in active tuberculosis. *European respiratory Jornal*, 44(58), 2688.
- Guillermo Santos, R (2017). Fiebre Tifoidea. *Tropical Medicine and International Health*; 22(8): 918-925
- Gustafson, P. et al. (2004). Tuberculosis in Bissau: incidence and risk factors in an urban community in subSaharan Africa. *International Journal of Epidemiology*, 33, 163-172.
- Informe Net (2013). Manual das doenças transmitidas por alimentos. *Salmonella Typhi/Febre tifóide*.
- Karl Ekdahl. et al. (2005). Risk of travel-associated Typhoid and Paratyphoid fevers in various regions. *Journal of travel medicina*, 2005, 197-203.
- Lima Scodro RB, Falleiros de Pádua RA, Dias Ghiraldi L, Souza Santos Farah SM, Colleti Dias JR, Dias Siqueira VL, Fressatti Cardoso R (2008). Relato de caso de febre tifóide no Município de Maringá, Estado do Paraná. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*; 41(6):676-679
- López Pérez MP (2014). Fiebre Tifoidea y Paratifioidea. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud, Columbia.
- Ma, E. et al. (2015). Demographic and Socioeconomic Disparity in Knowledge About Tuberculosis in Inner Mongolia, China. *Journal of Epidemiology*, 27, 1-9.
- Ministério da Saúde de Angola. (2013). Relatório anual das atividades desenvolvidas. Luanda: Ministério da saúde.
- Ministério de Saúde (2008). Manual integrado de vigilância e controle da Febre Tifóide. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica, Editora MS, Brasília-DF.
- OMS. (2012b). Collaborating centre for reference and research on Salmonella. Institut Pasteur, 2012, 157-161.
- OMS. (2014b). Prevalencia da Tuberculose a nível mundial. Geneva: Hinari.
- Paixão., L. & Gontijo, D. (2007). Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública* 41(2), 205-213.

Sabogal Apolinar Amparo (2017). Protocolo de vigilancia en salud pública. Fiebre Tifoidea y Paratifioidea. PRO-R02.0000-59 V02. Disponível em: <https://cruevalle.org/files/PRO-Fiebre-Tifoidea.pdf>

Samba N (2013). Vigilância Epidemiológica de Doenças Infecciosas de Origem Bacteriana na Província do Cuanza-Norte. Dissertação submetida a Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto para cumprimento dos requisitos necessários a obtenção do grau de Mestre em Bioquímica em Saúde.

Sonhi, A. (2012). Jovens afetados pela tuberculose. Disponível em http://jornaldeangola.sapo.ao/25/0/jovens_afectados_pela_tuberculose

Vieira A.A e Ribeiro S.A. (2008). Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil . J. bras. pneumol, 34(3), 159-166.

Síntese Curricular dos Autores

MSc. Marleni Pedroso Monterrey. Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Ciências Médicas de Matanças, Cuba; Professora Assistente; Mestre em Urgências Médicas; realizou várias investigações relacionadas com enfermidades infecciosas. Desempenha a função de professora na Universidade José Eduardo dos Santos, Huambo, Angola. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8468-1901>

MSc. Júlio Antonio Ríos Palácio. Licenciado em Educação, Instituto Superior Pedagógico de Manzanillo; Professor Auxiliar; Mestre em Longevidade Satisfatória; desempenha a função de Professor Auxiliar na Universidade José Eduardo dos Santos, Huambo, Angola. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7735-338X>

Lic. Eulisia Pérez Samón. Licenciado em Educação na especialidade de Inglês pelo Instituto Superior Pedagógico do Santiago de Cuba; Professor Assistente na Universidade José Eduardo dos Santos, Huambo, Angola.