



CAÁLA
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

DEPARTAMENTO DE ENSINO INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DE
SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM GERAL

ANTÓNIO SACATO HOSSI

**GUIA DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM VOLTADO À PACIENTES COM
TUBERCULOSE, SEGUIDOS PELO HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO, NO
PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2022 A JUNHO DE 2023.**

CAÁLA/2023

ANTÓNIO SACATO HOSSI

**GUIA DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM VOLTADO À PACIENTES COM
TUBERCULOSE, SEGUIDOS PELO HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO, NO
PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2022 À JUNHO DE 2023.**

Projecto de Fim do Curso, apresentado ao Departamento de Ensino e Investigação em Ciências de Saúde, no Instituto Superior Politécnico da Caála, como requisito para obtenção do grau de Licenciatura no Curso de Enfermagem geral.

ORIENTADOR: Orlando António Chimaqui, MSc.

CAÁLA/2023

Dedico este trabalho a minha família.

AGRADECIMENTO

Seria injusto e imoral não reagir perante a generosidade de que fomos beneficiários, para tornar este trabalho possível. Agradeço primeiramente a Deus por me fornecer as condições básicas para qualquer realização, saúde e paz. Acima de tudo, aos meus pais – os melhores do universo – Armando Isaac e Jorgina Mangrinha, pois nada disso seria possível sem vocês. Eu espero um dia ser capaz de retribuir todo o carinho e dedicação que vocês deram a mim.

Gostaria de expressar os meus profundos agradecimentos aos grandes homens que tonaram meu sonho possível, Lucas Mangrinha Hossi, Estevão Ulo Vachia Sangolossi, Luciano Nguaió Timóteo, que de forma pacífica e incansável contribuíram significativamente na minha formação, ao professor **Orlando António Chimaqui**, por ter aceitado ser o meu orientador e ter-me apoiado de forma decisiva no decorrer da minha investigação.

Agradeço também a todos os elementos dos **Carbonilas**, detentores do slogan: **Um dia Seremos, Um dia Teremos**, que dedicaram todo seu empenho um ao outro, aos professores do curso de Enfermagem que dedicaram todo o seu tempo na minha personalidade profissional com os seus conhecimentos que hoje me tornaram um homem novo com novas perspectivas de olhar para o futuro próspero. Por fim, agradeço o apoio inabalável da minha família em geral para a realização deste trabalho e a todos os meus amigos, em especial aqueles que, devido ao cotidiano e amizade, hoje somos irmãos. Orgulham-se que este trabalho nos pertence.

Ser feliz é reconhecer que vale apenas viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz não é apenas comemorar o sucesso, mas aprender lições nos fracassos. Não é apenas ter júbilo nos aplausos, mas encontrar alegria no anonimato.

“Augusto Cury”

RESUMO

A tuberculose é endêmica em Angola e é considerada como uma das principais causas de morbimortalidade no país. Para o controlo da tuberculose é necessário a identificação precoce dos casos e o tratamento adequado por serem os indicadores mais importantes no controlo da doença numa comunidade. A demora, tanto no diagnóstico como no tratamento da tuberculose, aumenta a gravidade da doença podendo levar até a morte. O progresso no controlo da tuberculose em países subdesenvolvidos exige acção sobre os determinantes socioeconómicos além do fortalecimento nos programas de controlo, diagnóstico e tratamento da doença. O aumento do risco de adoecer por tuberculose é reconhecidamente associado ao aumento da pobreza. Enquanto em países de baixa incidência de TB estão a lutar pela eliminação da doença, nos países subdesenvolvidos a doença permanece como uma grande ameaça. Apesar disso, poucos estudos sobre a doença têm sido realizados. **Objetivo:** Propor acções de conhecimento aos profissionais de Enfermagem, para pacientes com tuberculose em relação ao guia de enfermagem, no Hospital Sanatório, Província do Huambo. Identificar na literatura mundial quais os guias de enfermagem existentes para pacientes com Tuberculose; Elaborar um guia de enfermagem dirigido ao Hospital Sanatório para profissionais de enfermagem, aos pacientes com Tuberculose; Comparar os tipos de Tuberculose tendo em conta as bibliografias consultadas, olhando na realidade do Hospital Sanatório do Huambo. **Método:** foi aplicado um questionário aos pacientes diagnosticados por tuberculose aqueles pacientes que estiveram internados no hospital Sanatório durante o período entre de Novembro de 2022 a Junho de 2023. A tarefa foi realizada pelos profissionais treinados para o efeito através da utilização dos processos dos pacientes, onde foram recolhidas informações sociodemográficas, características clínicas e factores de risco para a doença. O questionário foi aplicado no momento das consultas de seguimento trimestral para os pacientes em tratamento em internamento num ambiente controlado logo após a consulta e da assinatura do consentimento livre e esclarecido. Foi realizado também um estudo retrospectivo. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de carácter descritivo e exploratório. A abordagem única foi escolhida pelo facto da ausência de estudos sobre o tema na região em questão e pela necessidade de explorá-lo. A pesquisa qualitativa permitiu uma melhor compreensão dos pacientes com tuberculose e descrição da complexidade do problema, possibilitando o aprofundamento do tema. **Resultados:** Incluímos neste estudo 417 pacientes com tuberculose numa população total e 36 pacientes em tratamento no hospital, internados sanatório do Huambo. **Conclusão:** Na província do Huambo os factores associados ao tempo de demora no tratamento e abandono, condições socioeconómicas até ao diagnóstico da tuberculose. Para os factores associados ao abandono de tratamento da tuberculose temos a considerar a idade, a falta de apoio familiar e o tabaco. Portanto, devem ser feitos esforços para reduzir os atrasos no diagnóstico, melhorando o encaminhamento do sector privado para o serviço público de saúde. O apoio alimentar da parte das famílias desempenhado um papel importante na adesão ao tratamento, estando a ele associadas menores taxas de insucesso de tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose, diagnóstico, factores associados, Abandono do Tratamento.

ABSTRACT

Tuberculosis is endemic in Angola and is considered one of the main causes of morbidity and mortality in the country. Early identification of cases and adequate treatment are necessary for tuberculosis control because they are the most important indicators of disease control in a community. Delay in both diagnosis and treatment of tuberculosis increases the severity of the disease and may even lead to death. Progress in TB control in underdeveloped countries requires action on socio-economic determinants in addition to strengthening TB control, diagnosis and treatment programmes. The increased risk of becoming ill with TB is recognised to be associated with increased poverty. While countries with a low incidence of TB are striving to eliminate the disease, in underdeveloped countries the disease remains a major threat. Despite this, few studies on the disease have been conducted. Objective: Propose knowledge actions for nursing professionals, for patients with tuberculosis in relation to the nursing guide, at the Sanatorium Hospital, Huambo Province. Identify in the world literature which nursing guides exist for patients with Tuberculosis; Elaborate a nursing guide directed to the Sanatorium Hospital for nursing professionals, to patients with Tuberculosis; Compare the types of Tuberculosis taking into account the bibliographies consulted, looking at the reality of the Sanatorium Hospital of Huambo. Method: a questionnaire was applied to patients diagnosed with tuberculosis those patients who were hospitalised at the Sanatorium hospital during the period from November 2022 to June 2023. The task was carried out by professionals trained for this purpose using the patients' files, where sociodemographic information, clinical characteristics and risk factors for the disease were collected. The questionnaire was administered at the time of quarterly follow-up visits for patients undergoing inpatient treatment in a controlled environment immediately after the consultation and the signing of informed consent. A retrospective study was also conducted. This is a qualitative study, descriptive and exploratory in nature. The unique approach was chosen because of the lack of studies on the subject in the region in question and the need to explore it. The qualitative research allowed a better understanding of patients with tuberculosis and description of the complexity of the problem, enabling the deepening of the theme. Results: This study included 417 patients with tuberculosis in a total population and 36 patients being treated in hospital, admitted to Huambo sanatorium. Conclusion: In the province of Huambo, the factors associated with the time of delay in treatment and abandonment, socioeconomic conditions until the diagnosis of tuberculosis. For the factors associated with abandonment of tuberculosis treatment we have to consider age, lack of family support and tobacco. Therefore, efforts should be made to reduce delays in diagnosis by improving referral from the private sector to the public health service. Family support plays an important role in treatment adherence, and lower treatment failure rates are associated with it.

Keywords: Tuberculosis, diagnosis, associated factors, Treatment Abandonment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Esquema de Tratamento	28
Tabela 2 - Na tabela 2 relação ao nível académico.....	41
Tabela 3 - Distribuição dos profissionais quanto ao nível de humanização no ambiente de trabalho.	43
Tabela 4 - Distribuição de benefícios quanto aos cuidados a paciente com tuberculose.	43
Tabela 5 - Distribuição das dificuldades no cuidado do paciente com tuberculose.	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição de tuberculose no Brasil segundo idades e formas clínicas.....41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes com tuberculose quanto ao sexo.	39
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes com tuberculose quanto as idades.	40
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes com tuberculose quanto a relação profissional.	42
Gráfico 4 - Distribuição quanto ao aparecimento de casos por tuberculose.	45

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

Centro Pop - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social

E - Etambutol

H - Isoniazida

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IGRA - Interferon-Gamma Release Assays

ISPC - Instituto Superior Politécnico da Caála

ILTB - Infecção Latente da Tuberculose

MNT - Micobactéria não tuberculosa

MTB - Mycobacterium tuberculosis

MS - Ministério da Saúde

PT - Prova tuberculínica

PVHIV - Pessoa vivendo com HIV

R - Rifampicina

Raio X - Radiografia

SAE - Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

TARV - Terapia antirretroviral

TB - Tuberculose

TBDR - Tuberculose drogarresistente

TODO - Tratamento Diretamente Observado

TR - Teste Rápido

TRM-TB - Teste Rápido Molecular para Tuberculose

TS - Teste de sensibilidade

Z - Pirazinamida

Sumário

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Descrição da Situação Problemática	17
1.2. Objectivos	17
1.2.1. Geral	17
1.2.2. Específicos	17
1.3. Contribuição do trabalho	17
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - EMPÍRICA	18
2.1. As principais teorias sobre conceito de tuberculose	18
2.2. A tuberculose como problema mundial	19
2.3. A tuberculose em África	20
2.4. Perfil epidemiológico da tuberculose em Angola	21
2.5. A tuberculose no Huambo	21
2.6. Estratégias para o controlo da tuberculose no Huambo	22
2.7. Outras medidas para monitorar a tuberculose no Huambo	22
2.7.1. Princípios da estratégia pelo fim da tuberculose	23
2.7.2. Caracterização da tuberculose no Hospital Sanatório do Huambo	23
2.7.3. Período de incubação	24
2.7.4. Caracterização no diagnóstico da tuberculose	24
2.8. Diagnóstico bacteriológico	24
2.8.1. Baciloscopia	25
2.8.2. Cultura	25
2.8.3. Testes moleculares	25
2.8.4. Diagnóstico Radiológico	25
2.8.5. Diagnóstico Histopatológico	26
2.9. Quadro Clínico da Tuberculose	26

2.10.	Tratamento	27
2.10.1.	Esquema de Tratamento	28
2.10.2.	Interrupção do tratamento e suas consequências	28
2.10.3.	Sucesso no tratamento	29
2.10.4.	Disponibilidade dos pacientes com tuberculose no tratamento	29
2.10.5.	Importância da adesão	29
2.10.6.	O processo de adesão	30
2.11.	Adesão durante o seguimento do tratamento	30
2.11.1.	Retenção aos cuidados e ao serviço	30
2.11.2.	Seguimento do tratamento	30
2.11.3.	Factores de Risco	31
2.11.4.	Importância do Guia de Orientação de Enfermagem	32
2.12.	Sistema de alimentação de pacientes com tuberculose no Huambo	32
2.13.	Intervenções de alimentação e nutrição	33
2.13.1.	Acesso ao tratamento	33
2.13.2.	Recuperação nutricional	33
2.14.	Os indicadores ambientais e fisiológicos no aparecimento da tuberculose	33
2.15.	Complicações da tuberculose	34
2.16.	Actuação do Enfermeiro no tratamento da tuberculose	34
3.	MATERIAL E MÉTODO	36
3.1.	Metodológica	36
3.2.	Caracterização da Area de estudo	36
3.3.	Delineamento Experimental	36
3.4.	Instrumentos	37
3.5.	Amostra: Sua caracterização	37
3.6.	População em estudo	37

3.7.	Procedimento de recolha de dados	37
3.8.	Critério de inclusão	38
3.9.	Critério de exclusão	38
3.10.	Aspectos éticos e bioéticos	38
4.	DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
5.	PROPOSTA DE SOLUÇÃO	46
5.1.	Guia de enfermagem dirigido aos profissionais	47
5.2.	Esquemas de tratamento	48
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
	GLOSSÁRIO	54
	ANEXOS	55

1. INTRODUÇÃO

Após cinco anos de percurso académico curricular no curso de Enfermagem no Instituto Superior Politécnico da Caála, urge a necessidade de atingir a parte final, que visa a elaboração de um trabalho de pesquisa para obtenção do grau de Licenciatura. Assim sendo, a elaboração deste projecto do tipo comuna marca o primeiro passo de uma pesquisa científica de carácter exploratório descritivo com o propósito de indagar pacientes com tuberculose, seguidos pelo Hospital Sanatório do Huambo, Secção Masculina no período de Novembro de 2022 a Junho de 2023 na Província do Huambo.

Sendo a tuberculose que continua a ser um dos maiores problemas de Saúde Pública em todo o Mundo. Em 2016 a OMS lançou um apelo aos governos, às comunidades, à sociedade civil e ao sector privado para estarem “Unidos para Pôr Fim à Tuberculose”, promovendo o diálogo e a colaboração que una as pessoas e as comunidades de modo a implementar novas formas para acabar com a epidemia da tuberculose (TB) e, em particular, da tuberculose resistente aos fármacos que continua a aumentar em alguns pacientes na secção masculina. Este apelo motivou a escolha do tema, entre os diferentes factores relacionandos, demonstrando inúmeros esforços dos programas nacionais de controlo, dos laboratórios de referência, da academia e do Hospital Sanatório do Huambo. O ano de 2015 representou o momento decisivo na luta contra a tuberculose (TB), assinalando o fim do prazo estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs) traçados em 2000. No Huambo A luta contra a TB já superou várias barreiras para que se chegasse ao quadro atual. Há cerca de vinte e cinco anos, em 1993, a OMS declarou a TB como emergência de Saúde Mundial (Organization, 2018). Para tal, novos desafios surgiram no intuito de controlar e erradicar esta doença. A fraca adesão dos pacientes ao tratamento precoce da TB tem contribuído para o cenário actual, promovendo a geração e a transmissão de multirresistência, (PEREIRA, 2017).

Para Angola, o fim da TB como problema de Saúde Pública é uma realidade considerada distante de ser ultrapassada (Organization, 2018). Isso ocorre porque após o início do tratamento, surgem vários desafios ao paciente, desde o cumprimento da medicação à diminuição da vontade de terminar o tratamento (Story et al., 2016). Em Angola a taxa de mortalidade por TB reduziu 21% por 100.000 habitantes entre 2019 e 2020 a nível da região e, essa redução da taxa de mortalidade da TB ocorreu nas Províncias do Huambo, Benguela, Bié, Kwanza Sul, (ORGANIZATION, 2017).

1.1. Descrição da Situação Problemática

A falta de um seguimento do guia de orientação de enfermagem, em pacientes com tuberculose, criam dificuldades no atendimento no Hospital Sanatório do Huambo na Secção Masculina.

1.2. Objectivos

1.2.1. Geral

Propor ações de informação aos profissionais de Enfermagem, para pacientes com tuberculose em relação ao guia de enfermagem, no Hospital Sanatório, Província do Huambo.

1.2.2. Específicos

1. Identificar na literatura mundial quais os guias de enfermagem existentes para pacientes com Tuberculose;
2. Elaborar um guia de enfermagem dirigido ao Hospital Sanatório para profissionais de enfermagem, aos pacientes com Tuberculose;

1.3. Contribuição do trabalho

Pressupõe-se que com o seguimento do guia de enfermagem pode reduzir as dificuldades que os profissionais apresentam num curto espaço de tempo, garantindo assim um tratamento eficaz e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com tuberculose.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - EMPÍRICA

2.1. As principais teorias sobre conceito de tuberculose

A tuberculose (TB), antiga enfermidade descrita como tísica, foi conhecida no século XIX, como peste branca, ao dizimar centenas de milhares de pessoas em todo o mundo. A partir da metade do século XX, houve acentuada redução da incidência e da mortalidade relacionadas à TB, já observada àquela ocasião em países desenvolvidos, sobretudo pela melhoria das condições de vida das populações, (BUTCHER H, *et al.*, 2013).

A TB é uma doença que pode ser prevenida e curada, mas ainda prevalece em condições de pobreza e contribui para perpetuação da desigualdade social, (BRASIL, 2011).

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* que pode afetar diversas áreas do organismo, atingindo prioritariamente os pulmões, e que pode ser transmitida pelas vias aéreas por meio da eliminação de bacilos, (BOEHME CC, *et al.* 2016). Além da suscetibilidade imunológica, a TB está diretamente associada ao cuidado inadequado da saúde e às condições de miséria, como desnutrição, superpopulação e moradia insalubre, (CARVALHO, 2014).

A tuberculose é uma doença infecciosa produzida pelo bacilo de Koch e que caracteriza-se pelo aparecimento de um pequeno nódulo chamado **tubérculo**. Esta doença pode apresentar-se de variadas formas dependendo do órgão afectado, (AZEVEDO, 2017).

A tuberculose é uma enfermidade infectocontagiosa crónica provocada pela bactéria *Mycobacterium Tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), descoberto por Koch, em 1882, que afecta principalmente os pulmões, e pode ocorrer em outros órgãos do corpo, como rins, meninges e ossos, (NETO, *et al.*, 2012).

Micobactérias são pequenos bacilos aeróbios de crescimento lento. São diferenciados por um envelope complexo de células ricas em lipídios que as tornam resistentes à acidez (isto é, resistentes à descoloração pelo ácido após coloração com carbolfucsina) e relativamente resistentes à coloração de Gram. Tuberculose (TB) é uma das principais causas infecciosas de morte em adultos em todo o mundo, matando cerca de 1,5 milhão de pessoas em 2020, a maioria delas em países de baixa e média renda, (OMS, 2021).

Embora o mais habitual seja a tuberculose afectar os pulmões, também pode atacar o sistema circulatório, o sistema nervoso central, os ossos e a pele, por exemplo. Dos sintomas

mais frequentes, destacam-se a tosse com expectoração (escarro) e/ou com sangue, os enjoos e a perda de peso, (OMS, 2021).

2.2. A tuberculose como problema mundial

No mundo, a TB continua sendo considerada um importante problema de saúde pública por estar vinculada às condições de sobrevivência das pessoas e à coinfeção do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), (BARBOSA IR, COSTA ICC, 2017). Em 2015, a doença esteve entre as 10 principais causas de mortes no mundo, sendo registrados cerca de 10,4 milhões de novos casos, e mesmo havendo redução de 22% de óbitos entre 2000 e 2015, ainda foram notificadas 1,4 milhão de mortes nesse período, (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O ano de 2015 representou o momento decisivo na luta contra a tuberculose (TB), assinalando o fim do prazo estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) traçados em 2000. Foi um ano de transição para uma nova era, referente aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), com uma mudança que permitiu à Organização Mundial da Saúde (OMS) o avanço da estratégia Stop TB para a redução da incidência da TB e a sua eliminação (OMS, 2015).

A luta contra a TB já superou várias barreiras para que se chegasse ao quadro atual. Há cerca de vinte e cinco anos, em 1993, a OMS declarou a TB como emergência de saúde mundial (ORGANIZATION, 2018). Para tal, novos desafios surgiram no intuito de controlar e erradicar esta doença. A fraca adesão dos pacientes ao tratamento precoce da TB tem contribuído para o cenário atual, promovendo a geração e a transmissão de multirresistência (PEREIRA, 2017).

Para muitos países, o fim da TB como problema de saúde pública é uma realidade considerada distante de ser ultrapassada (ORGANIZATION, 2018). Isso ocorre porque após o início do tratamento, surgem vários desafios ao paciente, desde o cumprimento da medicação à diminuição da vontade de terminar o tratamento (STORY *et al.*, 2016). Globalmente, em 2015 havia cerca de 10,4 milhões de casos incidentes de TB, correspondente a 142 casos/100.000 habitantes. Sessenta por cento do total global dos casos foram representados por seis países: Índia, Indonésia, China, Nigéria, Paquistão e África do Sul. A taxa de mortalidade por TB reduziu 37% por 100.000 habitantes entre 2000 e 2016 a nível global. Regionalmente, essa redução da taxa de mortalidade da TB ocorreu na Região

Europeia e na Região do Pacífico Ocidental da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b). A epidemia pela co-infecção TB/VIH é responsável pelo aumento na incidência de TB em várias regiões do mundo. Os objetivos da estratégia Stop TB estabelecem uma redução de 90% nas mortes por TB e 80% na incidência de TB até 2030, (WHO, 2017b).

2.3. A tuberculose em África

O crescimento da epidemia da TB em África é atribuível a vários fatores, sendo o mais importante a epidemia do VIH. Embora o VIH seja uma das causas de morte em África, a TB é a condição mais comum em pessoas que morrem de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), (CHAISSON & MARTINSON, 2008). A principal razão para o reaparecimento da TB em África não se deve apenas pelo declínio dos programas de controlo da doença, deve-se também pela ligação entre a TB e o VIH/SIDA, (JAMISON, *et al.*, 2006).

Tal facto coloca em maior risco o paciente de TB, ao desenvolver a doença ativa pelo enfraquecimento do sistema imunológico (JAMISON *et al.*, 2006). Por outro lado, devido ao declínio da economia, à insuficiente aplicação de medidas para o controlo da TB e a epidemia de VIH/SIDA, a incidência e a prevalência da doença está num nível elevado, (BAINGANA, *et al.*, 2012).

A estratégia da OMS sobre o controlo da TB, que se baseia no Tratamento Observado Direto (TOD) e curto, não conseguiu conter a epidemia de tuberculose africana devido aos efeitos da epidemia do VIH na região. Para tal, em Agosto de 2005, o Comité da OMS para África declarou a epidemia da tuberculose como uma emergência regional africana (BEKKER, *et al.*, 2006).

África enfrenta a epidemia da TB desde a era do surgimento dos antibióticos. Tal facto deveu-se aos sistemas de saúde fracos, laboratórios inadequados e condições que propagam a infeção da TB, favorecendo o surgimento de cepas resistentes a drogas antiTB, (CHAISSON & MARTINSON, 2008). O crescimento da epidemia da TB em África é atribuível à epidemia de VIH que, apesar de ser a principal causa de morte, cede o lugar à TB na condição principal e mais comum em pacientes que morrem de SIDA. A OMS estimou mais do dobro da incidência da TB em países africanos entre 1990 a 2005, de 149 para 343/100 000 habitantes, enquanto que noutras regiões as taxas mantiveram-se estáveis ou em decréscimo durante o mesmo período (Chaisson & Martinson 2008). Em 2016, a 7 incidência estimada dos casos de TB na Região Africana foi 25% (OMS, 2017b).

2.4. Perfil epidemiológico da tuberculose em Angola

A tuberculose ainda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2016, houve 10,4 milhões de novos casos de tuberculose, e que, no mesmo ano, a tuberculose causou a morte de 1,3 milhão de indivíduos não infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de 374.000 indivíduos infectados pelo HIV. Também em 2016, a tuberculose foi uma das dez principais causas de morte no mundo, ficando à frente do HIV/AIDS como principal causa de morte por um único agente infeccioso, (OMS, 2017).

Angola, apesar de ser um país de maior extensão e rico em recursos naturais da região africana, é um país marcado pelas grandes endemias como principais causas de morbimortalidade. Destas destacamos o VIH/SIDA, a malária, a TB e outras doenças infecciosas, tais como doenças diarreicas agudas e infecções respiratórias. Além dos riscos de saúde associados à pobreza e à qualidade de vida, a TB em Angola tem aumentado nos últimos anos de forma exponencial, (VELOSO DA VEIGA, *et al.*, 2016).

Em 2015, estima-se que houve um milhão de casos novos de tuberculose e 210.000 mortes por tuberculose em crianças, (OMS, 2016).

2.5. A tuberculose no Huambo

Os casos de tuberculose na província do Huambo têm vindo a aumentar devido a diversos factores como a pobreza, a associação do VIH/SIDA, o acesso limitado aos cuidados de saúde, entre outros, (GABINETE PROVINCIAL DE SAÚDE, 2022).

Apesar das debilidades existentes, o governo provincial, especificamente a Direção Provincial da Saúde (DPS) do Huambo, tudo tem feito para que mais unidades de diagnóstico e tratamento da TB sejam criadas. Atualmente fazem parte da rede sanitária as seguintes unidades de diagnóstico e tratamento de TB na província: Dispensário Anti-TB (DAT) e Hospital Sanatório do Huambo (HSH), que são as unidades de referência, seguida das unidades dos municípios do Bailundo, Caála, Catchiungo, Mungo, Ukuma, Londuimbali (Alto-Hama), Ekunha, Longonjo e outros serviços na comuna da Chipipa, bairro da Chiva, Comarca Prisional do Huambo, Centro de Saúde de Casseque e Hospital Municipal do Huambo.

2.6. Estratégias para o controlo da tuberculose no Huambo

O controlo da TB no Huambo é feito mediante os padrões internacionais alinhados em protocolos nacionais e compreendem três etapas nomeadamente: a prevenção, diagnóstico e tratamento, (MINSa, 2018).

A estratégia de prevenção tem consistido no processo de sensibilização da comunidade em geral sobre os riscos de infecção da TB. Têm-se realizado palestras em escolas, instituições estatais e privadas, nas próprias unidades sanitárias e têm também sido usadas a televisão e a rádio como meios rápidos de comunicação;

O Ministério da Saúde em colaboração com o Gabinete Provincial de Saúde, adoptaram as estratégias para o controlo da tuberculose envolve várias medidas, incluindo:

1. Diagnóstico precoce: Identificar casos de tuberculose o mais cedo possível por meio de exames de diagnóstico, como a radiografia de tórax e o teste de escarro.
2. Tratamento adequado: Iniciar o tratamento imediatamente com uma combinação de antibióticos específicos para tuberculose e garantir que o tratamento seja concluído conforme prescrito.
3. Rastreamento de contactos: Identificar e rastrear pessoas que estiveram em contacto próximo com pacientes infectados para detectar casos adicionais.
4. Medidas de prevenção: Promover medidas de prevenção, como a vacinação com a vacina BCG em áreas de alta incidência e educação sobre a importância da higiene pessoal e da ventilação adequada.
5. Eliminação do estigma: Combater o estigma associado à tuberculose, promovendo a conscientização, a educação e a compreensão da doença.

2.7. Outras medidas para monitorar a tuberculose no Huambo

Para monitorar a tuberculose em uma determinada área, algumas medidas podem ser adoptadas:

1. Notificação de casos: Garantir que todos os casos de tuberculose sejam notificados às autoridades de saúde, conforme exigido pela legislação local.
2. Coleta de dados: Coletar dados sobre casos de tuberculose, incluindo informações demográficas, sintomas, resultados de exames e tratamento.
3. Vigilância epidemiológica: Realizar vigilância epidemiológica para identificar tendências, padrões de transmissão e grupos de risco na área.

4. Testagem e rastreamento: Promover a testagem regular para identificar novos casos e rastrear contatos próximos de pacientes infectados.
5. Análise e relatórios: Analisar os dados coletados regularmente e gerar relatórios que descrevam a incidência, prevalência e outras informações relevantes sobre a tuberculose na área.

Essas medidas ajudam a monitorar a situação da tuberculose em uma determinada área, permitindo uma resposta efetiva e direcionada para o controle da doença. É importante envolver profissionais de saúde, laboratórios e autoridades locais nesse processo, (MINSA, 2021).

A outra forma de prevenção que tem sido usada é a vacinação dos recém-nascidos com a vacina BCG e que faz parte do calendário vacinal do Programa Alargado de Vacinação de Angola, em especial no Huambo. Esta vacina previne as formas graves e disseminadas da tuberculose, nomeadamente tuberculose miliar e meníngea, prevenindo 60-90% das formas graves nos imunizados, (MINSA, 2018).

Tendo em vista o alcance das metas, a estratégia foi baseada em quatro princípios. Além dos princípios, foram identificados três pilares norteadores para o processo de alcance das metas, sendo o primeiro voltado para a atenção ao paciente, o segundo para o componente social e o terceiro para a pesquisa e inovação (WHO, 2015).

2.7.1. Princípios da estratégia pelo fim da tuberculose

1. Gestão e responsabilização do governo, com componentes de monitoramento e avaliação;
2. Forte envolvimento das organizações da sociedade civil e de base comunitária;
3. Proteção e promoção dos direitos humanos, éticos e de equidade;
4. Adaptação da estratégia e metas nos países, com colaboração no âmbito global.

2.7.2. Caracterização da tuberculose no Hospital Sanatório do Huambo

A província do Huambo está localizada no planalto central de Angola, possuindo uma área de 35.771,15 km², uma população de 2.019.555 habitantes e densidade populacional de 63,3 habitantes/km². A sua capital é a cidade do Huambo, fazem parte dela onze municípios e dista 600 km de Luanda, capital do país. A rede sanitária da província do Huambo é constituída pelo setor público, gerido pelo Ministério da Saúde (MINSA), e pelo

setor de saúde privado com fins lucrativos constituídos por clínicas, centros médicos, consultórios, laboratórios e outros, (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2016).

2.7.3. Período de incubação

O período de incubação da tuberculose pode variar de algumas semanas a vários meses, dependendo do estado de saúde da pessoa e da quantidade de bactérias que foram inaladas. Em média, o período de incubação é de cerca de 2 a 12 semanas após a exposição à bactéria. É importante notar que uma pessoa infectada com a bactéria pode não apresentar sintomas imediatamente e pode permanecer assintomática por um longo período de tempo, (OMS, 2020).

2.7.4. Caracterização no diagnóstico da tuberculose

A tuberculose se manifesta por uma síndrome infecciosa, normalmente de curso crônico, e a maioria dos pacientes apresenta febre, adinamia, anorexia, emagrecimento, e sudorese noturna, além dos sintomas específicos do local acometido, (BRASIL, 2019). Em torno de 85% e 15% dos pacientes têm a forma pulmonar e extrapulmonar, respectivamente, (OMS, 2021).

2.8. Diagnóstico bacteriológico

O diagnóstico da TB no Huambo é feito por profissionais qualificados e treinados. O diagnóstico pode ser feito na US para os pacientes que se dirigem a esses locais com sinais e sintomas sugestivos a TB, onde são solicitadas amostras de escarro, aspirado gástrico, ou outras amostras extrapulmonares (líquido cefaloraquidiano, punção aspirativa ganglionar). Em seguida dependendo de cada caso e complexidade da US, são feitos exames laboratoriais como, (MINSa, 2021):

1. Baciloscopia, para a detecção do MTB em amostras através da microscopia de luz e de fluorescência. É feita a baciloscopia como teste inicial em casos em que GeneXpert não esteja disponível ou para monitoria do tratamento (Controlo BK segundo e quinto mês);
2. Genexpert (caso esteja disponível) como teste inicial para todos os pacientes presuntivos de TB. Este teste para além de detectar o MTB, mede também a resistência para rifampicina (RIF);

A outra forma de diagnosticar a doença é através do rastreio dos contactos. Deve-se entrevistar o paciente com diagnóstico de TB (paciente índice) o mais cedo possível após o

diagnóstico, para avaliar o período de infecciosidade (através do tempo em que ele/ela tem estado a tossir), com o objectivo de identificar os contactos que devem ser rastreados. Após o rastreio, é importante oferecer testes para VIH a todos os contactos rastreados, (MINSa, 2018).

2.8.1. Baciloscopia

A baciloscopia do escarro é importante para o diagnóstico de tuberculose porque detecta os pacientes bacilíferos, que alimentam a cadeia de transmissão da doença. A pesquisa de BAAR é um método rápido e de baixo custo. Porém, apesar de a sensibilidade da baciloscopia direta em escarro espontâneo chegar a 80% na presença de lesões cavitadas e extensas, em média, essa apresenta sensibilidade de 40-60% e é positiva em apenas 20% dos pacientes com lesão mínima. Além disso, a baciloscopia apresenta menor sensibilidade em pacientes com a coinfeção por HIV (de 20-60%), (MÉNDEZ-SAMPERIO P, 2017).

2.8.2. Cultura

A cultura para micobactérias de material respiratório apresenta sensibilidade em torno de 80% e especificidade de 98%. Nos casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa, a cultura aumenta a detecção da doença em 20-40%. Os métodos para cultura que utilizam a sementeira em meios sólidos, como o Löwenstein-Jensen e o Ogawa-Kudoh, são os mais comumente utilizados por apresentarem a vantagem de ter menor custo e um baixo índice de contaminação, (BRASIL, 2019).

2.8.3. Testes moleculares

O teste molecular Xpert é baseado na amplificação de ácidos nucleicos para a detecção de DNA dos bacilos do complexo *M. tuberculosis* e triagem de cepas resistentes à rifampicina pela técnica de reação em cadeia da polimerase (RCP) em tempo real, com resultados em aproximadamente 2 h, sendo necessária somente uma amostra de escarro. Em 2011, a OMS endossou o uso do Xpert MTB/RIF para o diagnóstico rápido da tuberculose e da resistência à rifampicina em indivíduos com suspeita de tuberculose, mesmo naqueles infectados pelo HIV. A sensibilidade do teste em amostras de escarro de adultos é em torno de 90%. Em relação à resistência à rifampicina, a sensibilidade é de 95%, (BRASIL, 2019).

2.8.4. Diagnóstico Radiológico

A abordagem inicial dos pacientes com doenças respiratórias inclui os métodos de imagem, representados pela radiografia de tórax e pela TC. Esses métodos são considerados imprescindíveis por fornecerem informações relevantes relacionadas à forma de apresentação

da doença, à sua extensão e à evolução no decorrer do tratamento. No que diz respeito à tuberculose, a radiografia de tórax, por sua facilidade de execução, acessibilidade, baixo custo e baixa dose de radiação, é o método de escolha na avaliação inicial. Embora com baixa especificidade diagnóstica, a radiografia é extremamente útil na definição da forma de apresentação, na avaliação de possíveis comorbidades e na evolução durante o tratamento. A radiografia do tórax pode ainda ser utilizada como método de triagem no diagnóstico da tuberculose, notadamente em populações confinadas, cuja incidência da doença é extremamente elevada, (SANCHEZ A, *et al.*, 2017).

2.8.5. Diagnóstico Histopatológico

A histopatologia é um importante método para o diagnóstico da tuberculose pulmonar e extrapulmonar a partir de fragmentos dos tecidos acometidos pelo *M. tuberculosis*. A lesão histopatológica usual na tuberculose pulmonar é o granuloma com necrose caseosa, composto por histiócitos epitelioides em torno de um centro necrótico, geralmente acompanhado de um número variável de células gigantes multinucleadas e linfócitos, encontrados em até 80% dos casos. Granulomas não necróticos também podem estar presentes, especialmente em pacientes imunodeprimidos quando a reação inflamatória não é completa. Os granulomas sem necrose de caseificação devem ser interpretados com cautela e em conjunto com os achados clínicos e epidemiológicos, visto que podem ser encontrados em outras doenças granulomatosas pulmonares e sistêmicas, como na silicose, micoses e sarcoidose, por exemplo, (BRASIL, 2019).

2.9. Quadro Clínico da Tuberculose

Infecção primária é quase sempre assintomática, mas quando os sintomas ocorrem, normalmente são inespecíficos e incluem febre baixa e fadiga sem tosse proeminente, (CONDE, *et al.*, 2015).

Na **tuberculose pulmonar ativa**, mesmo na doença moderada ou grave, o paciente pode não ter nenhuma sintoma, exceto “não se sentir bem” junto com anorexia, fadiga e perda ponderal, que se desenvolvem gradualmente ao longo de várias semanas, ou ter sintomas mais específicos. Tosse é muito comum. A princípio, ela pode ser minimamente produtiva de escarro amarelo ou verde, frequentemente ao levantar de manhã, mas a tosse pode ficar mais produtiva com a evolução da doença. Hemoptise só ocorre com tuberculose cavitária (devido a danos granulomatosos nos vasos, mas às vezes por causa de crescimento fúngico na cavidade), (CONDE, *et al.*, 2015).

A febre baixa é comum, mas não invariável. Suores noturnos são sintomas clássicos, mas não são tão comuns e nem tão específicos para tuberculose. Dispneia pode ser o resultado de envolvimento de parênquima pulmonar, pneumotórax espontâneo, ou tuberculose pleural com derrame, (LIMA, CONDE, *et al.*, 2017).

Na coinfeção pelo HIV, muitas vezes a apresentação clínica é atípica por causa da deficiência de hipersensibilidade tardia; é mais provável que os pacientes tenham sintomas extrapulmonares ou disseminação da doença, (LIMA, *et al.*, 2011).

Tuberculose extrapulmonar causa várias manifestações sistêmicas e localizadas, dependendo dos órgãos afetados. Os sintomas mais comuns da TB pulmonar são: tosse persistente produtiva (muco e eventualmente sangue) ou não, febre, sudorese noturna e emagrecimento. No exame físico, pode ser encontrado também linfadenomegalias, às vezes relacionadas tanto à presença de TB extrapulmonar concomitante, quanto à existência de coinfeção pelo HIV, (OMS, 2017).

2.10. Tratamento

A tuberculose é uma doença curável em praticamente todos os casos, em pessoas com bacilos sensíveis aos medicamentos antituberculose (antiTB), desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e que haja a adequada operacionalização do tratamento, (OMS, 2020).

Em relação ao tratamento, há que salientar que Huambo segue os protocolos da OMS. Contudo, exigem-nos protocolos, particularidades para o tratamento da TB dependendo de cada caso. No tratamento de primeira linha e em pacientes adultos e para crianças com peso $\geq 25\text{kg}$, sem tratamento prévio para TB, sem contacto com caso TB-resistente e sem evidência de resistência, na fase intensiva o tratamento é diário durante 2 meses com 4 comprimidos numa dose fixa combinada de isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol e na fase de manutenção, o tratamento é também diário durante 4 meses com 2 comprimidos numa dose fixa combinada de isoniazida e rifampicina, (CAMINERO, J. A., 2016).

Para o sucesso do tratamento da tuberculose, é fundamental que o profissional de saúde acolha o usuário no serviço de saúde, desde o diagnóstico até a alta. A abordagem humanizada e o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e usuário, com escuta de saberes, dúvidas, angústias e a identificação de vulnerabilidades, auxiliam tanto no diagnóstico como na adesão ao tratamento, (ARBEX, M. A. *et al.*, 2010).

O paciente deve ser orientado, de forma clara, quanto às características clínicas da TB e do tratamento ao qual será submetido. Informações referentes aos medicamentos, consequências do uso irregular, eventos adversos, controle de contatos e duração do tratamento devem ser fornecidas desde o primeiro contato com o paciente, (BOEHME, C. C. *et al.*, 2010).

2.10.1. Esquema de Tratamento

Os medicamentos com maior actividade bactericida precoce são a isoniazida, estreptomicina e rifampicina, (WHO, 2016).

1. **Características desejáveis:** rápida melhora clínica, redução das chances de óbito, diminuição rápida da capacidade infectante e redução da possibilidade de selecionar bacilos resistentes.

2. **Indicações:** Casos novos de tuberculose ou retratamento (recidiva e reingresso após abandono que apresentem doença activa), em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade); todas as apresentações clínicas (pulmonares e extrapulmonares), exceto a forma meningoencefálica e ostearticular.

Quadro 1 - Esquema de Tratamento

ESQUEMA	Kg/Peso	Dose	Duração
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 Comprimidos	2 meses (Fase Intensiva)
	36 a 50 Kg	3 Comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 Comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 Comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (Fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003).

2.10.2. Interrupção do tratamento e suas consequências

Uma das principais preocupações com respeito à tuberculose é a redução das taxas de abandono de tratamento, (VAN HELDEN PD, 2018).

Os profissionais da saúde tendem a abordar a questão de adesão/não adesão ao tratamento de saúde sob as suas perspectivas, ignorando as do paciente. Eles deixam de considerar a variabilidade e negam a legitimidade dos comportamentos que diferem das suas prescrições. Agindo assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-los e entendê-los, (AZEVEDO CR, VIEIRA MA, 2010).

A adesão tende a ser menor se a comunicação e a interação entre o paciente e o profissional de saúde é deficiente, (SOUSA, 2016).

2.10.3. Sucesso no tratamento

1. Morbidade reduzida;
2. Redução da mortalidade;
3. Transmissão reduzida.

2.10.4. Disponibilidade dos pacientes com tuberculose no tratamento

A adesão aos tratamentos prescritos por equipes de saúde é um desafio constante. No caso da tuberculose, a não adesão ao tratamento pode ter consequências importantes para o paciente e para a comunidade, diminuindo a possibilidade de cura, mantendo a cadeia de transmissão e aumentando o risco de resistência aos medicamentos e de óbitos por tuberculose, (BRASIL, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), define a adesão do paciente como o grau de correspondência entre o comportamento e as recomendações acordadas com os profissionais da saúde: tomar os remédios, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a adesão é definida como “um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de um determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo”. Portanto, a adesão deve ser compreendida como um processo de negociação entre usuários e profissionais de saúde, reconhecendo as responsabilidades de cada um para fortalecimento da autonomia e do autocuidado.

2.10.5. Importância da adesão

A tuberculose é uma doença curável em praticamente todos os casos sensíveis aos medicamentos antiTB, desde que o tratamento seja realizado corretamente.

O diagnóstico precoce, o esquema terapêutico adequado, a prescrição e o uso por tempo corretos são princípios básicos do tratamento que, associados à boa adesão, evitam a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos, assegurando a cura do paciente, (OMS, 2016).

2.10.6. O processo de adesão

A adesão é um processo dinâmico e os fatores que vão interferir no seu resultado também podem mudar ao longo do tempo. Apesar da importância da fase inicial, o serviço de saúde deve estruturar-se para atuar nessa perspectiva durante todo o tratamento, (NETO, *et al.*, 2012).

2.11. Adesão durante o seguimento do tratamento

2.11.1. Retenção aos cuidados e ao serviço

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia valiosa para vincular o indivíduo aos cuidados e ao serviço. Além disso, durante o TDO é possível identificar dificuldades enfrentadas pelos pacientes e intervir oportunamente frente a situações que representem riscos à tomada dos medicamentos, (BRASIL, 2016).

2.11.2. Seguimento do tratamento

O acompanhamento do tratamento consiste nas seguintes atividades: acompanhamento clínico para todos os casos; controle bacteriológico para os casos pulmonares; e controle radiológico, principalmente quando o exame de imagem tiver sido utilizado como parâmetro auxiliar para o diagnóstico. As recomendações para o acompanhamento da pessoa com TB, (CARVALHO, *et al.*, 2019).

O acompanhamento clínico deve ser realizado mensalmente, visando à identificação de queixas, sinais e sintomas que indicam a evolução e/ou regressão da doença após o início do tratamento, o monitoramento do peso para eventuais ajustes posológicos das medicações e a ocorrência de reações adversas para o adequado manejo. Caso disponível, recomenda-se a solicitação de função hepática, função renal e glicemia de jejum ao início do tratamento. Em pacientes com comorbidades, é mandatória a solicitação desses exames de acordo com a avaliação clínica. Recomenda-se também a solicitação de provas de função renal em idosos ou quando houver utilização de medicamentos injetáveis. Outros exames complementares poderão ser solicitados a partir da avaliação clínica, especialmente na suspeita de efeitos adversos, (SINHA, P. *et al.*, 2017).

2.11.3. Factores de Risco

Os **fatores de risco** para o abandono de tratamento da TB pulmonar são diversos. Tem-se detectado que: baciloscopia negativa no diagnóstico, ausência de trabalho fixo, uso diário de bebida alcoólica, relato de não apresentar melhora clínica durante o tratamento e rejeição ao serviço de saúde, traduzida por sua informação de não voltar ao mesmo serviço e/ou ter procurado outro serviço, têm certa relevância, (ALVES *et al.*, 2012).

Considerando-se que, para a redução das taxas de abandono de tratamento, é prioritário o conhecimento dos fatores associados a esse abandono, no sentido de reorientar as pessoas em tratamento de TB para práticas e cuidados de saúde, surge a necessidade de conhecer o estado atual do conhecimento sobre o assunto. Assim, tem-se como questão deste estudo: quais os conceitos e os fatores associados ao abandono do tratamento em pessoas com TB, (BRASIL, 2017).

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos antiTB, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento. O paciente deve compreender e aceitar o esquema do tratamento 2RHZE/4RH, este esquema no Brasil é padronizado desde 1979 pelo Ministério da Saúde, (ALVES *et al.*, 2012).

Após a confirmação da doença, o tratamento é iniciado através do uso de medicamentos como rifampicina, isoniazida e pirazinamida, além da quimioterapia, podendo ou não gerar algumas reações adversas além de efeitos colaterais, (SILVA, *et al.*, 2013).

O tratamento só deverá ser interrompido quando os valores das enzimas atingirem três vezes o valor normal, com início de sintomas, ou logo que a icterícia se manifeste, encaminhando o doente a uma unidade de referência secundária para acompanhamento clínico e laboratorial, além da adequação do tratamento, caso seja necessário. Se, após a interrupção do tratamento, houver redução dos níveis séricos das enzimas hepáticas e resolução dos sintomas, indica-se a reintrodução do esquema básico, da seguinte maneira: rifampicina + etambutol seguida pela isoniazida e, por último, a pirazinamida, com intervalo de três a sete dias entre elas. A reintrodução de cada medicamento deverá ser precedida da análise da função hepática. O tempo de tratamento será considerado a partir da data em que foi possível retomar o esquema terapêutico completo. Se a dosagem das enzimas hepáticas não reduzirem para menos de três vezes o limite superior normal em quatro semanas, ou em casos graves de tuberculose, iniciar esquema alternativo, (ALVES, *et al.*, 2012).

2.11.4. Importância do Guia de Orientação de Enfermagem

Segundo UPLEKAR, M. *et al.*, (2015), dissertou sobre orientação do papel do guia, dizendo que o profissional de enfermagem deve assumir um papel de protagonista na assistência ao paciente com Tuberculose Pulmonar, desenvolvendo ações de orientação, desmistificação, conscientização, e informando ao paciente sobre a importância do tratamento para que o mesmo possa alcançar a cura.

O guia de orientação de enfermagem é uma ferramenta importante para garantir a qualidade da assistência prestada aos pacientes e promover a segurança do paciente. Algumas das principais razões pelas quais um guia de orientação é importante incluem:

1. Padronização da assistência: O guia de orientação ajuda a padronizar a assistência prestada pelos enfermeiros, garantindo que todos os pacientes recebam cuidados consistentes e de alta qualidade.
2. Melhoria da comunicação: O guia de orientação pode melhorar a comunicação entre enfermeiros, pacientes e outros profissionais de saúde, garantindo que todos estejam na mesma página em relação ao plano de cuidados.
3. Redução de erros: O guia de orientação pode ajudar a reduzir erros na assistência ao paciente, fornecendo orientações claras sobre procedimentos, medicações e outras intervenções.
4. Melhoria da segurança do paciente: O guia de orientação pode ajudar a melhorar a segurança do paciente, fornecendo informações sobre precauções para evitar infecções, prevenção de quedas e outras medidas preventivas.
5. Foco no paciente: O guia de orientação pode ajudar os enfermeiros a se concentrarem nas necessidades individuais dos pacientes, adaptando o plano de cuidados às suas necessidades específicas.

Em resumo, o guia de orientação de enfermagem é uma ferramenta importante para melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes e promover a segurança do paciente.

2.12. Sistema de alimentação de pacientes com tuberculose no Huambo

O **Programa Alimentar Mundial** (PAM) e seus parceiros forneceram ajuda alimentar ao país durante o auge da guerra, pois muitos angolanos foram afetados pelo conflito armado. Como resultado, a insegurança alimentar e a pobreza foram comuns tanto para a população rural como para a urbana. Muitas populações civis afetadas receberam assistência

alimentar como ajuda para a sobrevivência. A guerra civil terminou em 2002, mas o país continua a enfrentar inúmeros desafios. Apesar da abundância de recursos naturais, a população angolana continua pobre. A adesão ao tratamento e o sucesso na conclusão do tratamento inclui fatores relevantes tais como o estado socioeconómico do paciente e da família, a doença e o sistema de saúde, que é fundamental para o controlo da tuberculose, (GREDE, *et al.*, 2016)

A TB é muitas vezes agravada pela pobreza e pela fome, particularmente nos países em situação de emergência (OMS, 2007). Portanto, as intervenções feitas através do uso de incentivos alimentares são estratégias de apoio a adesão que pode influenciar na conclusão do tratamento de formas a aliviar o efeito da pobreza.

2.13. Intervenções de alimentação e nutrição

2.13.1. Acesso ao tratamento

Na província do Huambo, após assinatura dos acordos de paz em 2002, resultantes do fim do conflito armado que teve a duração de quase três décadas, o PAM forneceu cestas básicas aos doentes com TB internados no Hospital Sanatório do Huambo e aos que estavam em tratamento ambulatorio no DAT. A distribuição da cesta básica teve a duração de seis anos e era efetuado uma vez por mês. Com a falta de financiamento, o PAM pôs termo à ajuda humanitária em Angola e essa tarefa passou a ser da responsabilidade do governo através do Ministério do Planeamento e do Ministério de Assistência e Reintegração social (MINARS) até 2008 (WORLD FOOD PROGRAM, 2006).

Segundo PEDRAZZOLI *et al.*, 2016, o apoio alimentar pode contribuir para o sucesso do tratamento:

2.13.2. Recuperação nutricional

1. Maior resistência do sistema imunológico;
2. Ganho de peso mais rápido (reconstrução de tecidos de corpos que foram perdidos);
3. Liberação mais rápida de expectoração;
4. Redução de mortalidade.

2.14. Os indicadores ambientais e fisiológicos no aparecimento da tuberculose

Tendo em conta os os indicadores ambientais e fisiológicos da tuberculose, de acordo com TANNURE (2010), são apresentados da seguinte forma:

1. Ambiente: A tuberculose é mais comum em áreas com condições precárias de higiene, como falta de ventilação e aglomeração;
2. Sistema imunológico: Pessoas com sistema imunológico enfraquecido, como portadores do vírus HIV, têm maior risco de desenvolver tuberculose;
3. Idade: A tuberculose é mais comum em pessoas com idade avançada e crianças pequenas;
4. Nutrição: A desnutrição pode aumentar o risco de desenvolver tuberculose;
5. Fatores de risco adicionais: Outros fatores que podem aumentar o risco de tuberculose incluem tabagismo, uso excessivo de álcool e doenças crônicas como diabetes.

2.15. Complicações da tuberculose

Tendo em conta as complicações da tuberculose, segundo CARVALHO, *et al.*, 2019, incluíram:

1. Derrame pleural: Acúmulo de fluido entre as camadas do revestimento do pulmão, causando dor no peito e dificuldade para respirar.
2. Meningite tuberculosa: Infecção das membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal, causando dor de cabeça intensa, febre e confusão.
3. Danos pulmonares permanentes: Em alguns casos, a tuberculose pode causar danos permanentes aos pulmões, levando a insuficiência respiratória crônica.
4. Infecção disseminada: A tuberculose pode se espalhar para outras partes do corpo, como os rins, ossos e articulações.
5. Resistência aos medicamentos: Algumas cepas de tuberculose podem ser resistentes aos medicamentos antituberculose padrão, tornando o tratamento mais difícil.
6. Morte: A tuberculose pode ser fatal se não for tratada adequadamente.

2.16. Actuação do Enfermeiro no tratamento da tuberculose

Tendo em conta as actuações do Enfermeiro perante um paciente crítico, de acordo com JOHNSON, *et al.*, citado no ano 2013, identificamos as actuações seguintes:

- 1. Educação e aconselhamento:** Fornecer informações sobre a tuberculose, seu tratamento e medidas de prevenção aos pacientes e suas famílias;

2. Monitoramento e acompanhamento: Realizar avaliações regulares dos pacientes, monitorando a adesão ao tratamento, avaliando os sintomas e realizando exames de acompanhamento;

3. Administração de medicamentos: Administrar os medicamentos antituberculose prescritos corretamente, garantindo que a dosagem seja adequada e que o regime de tratamento seja seguido;

4. Apoio emocional: Oferecer apoio emocional aos pacientes, uma vez que o tratamento da tuberculose pode ser longo e desafiador;

5. Prevenção e controle de infecções: Orientar os pacientes sobre medidas de prevenção, como o uso correto de máscaras e a adoção de práticas de higiene adequadas para evitar a disseminação da doença;

6. Trabalho em equipe: Colaborar com outros profissionais de saúde, como médicos e assistentes sociais, para garantir uma abordagem abrangente no tratamento da tuberculose.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Metodológica

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de carácter descritivo e exploratório. A abordagem única foi escolhida pelo facto da ausência de estudos sobre o tema na região em questão e pela necessidade de explorá-lo. A pesquisa qualitativa permitiu uma melhor compreensão de processos e descrição da complexidade do problema, possibilitando o aprofundamento do tema.

3.2. Caracterização da Area de estudo

O Hospital Sanatório do Huambo é uma entidade Provincial vocacionada ao tratamento de enfermidades do fórum respiratório, construído pelo Governo Português no ano de 1972. O campo de acção do Hospital em referência é a prestação de saúde permanente onde engloba actuação especial a doentes com a patologia da tuberculose, por se tratar de uma doença infecto-contagiosa.

O estudo foi realizado no Hospital Sanatório do Huambo e é um Hospital de nível terciário, que presta os seguintes serviços: Medicina Geral, Pediatria, Laboratórios: Bioquímica, Bacteriologia (Baciloscopia), Microbiologia e Urgências; Serviços de imagiologia: Radiografia e Ecografia; Serviços de Electromedicina e Serviços Gerais, assegurado por de 262 profissionais e conta com mais 125 camas, sendo 63 na secção masculina. O hospital atende aproximadamente 300 pacientes por mês, dos quais 200 são resistentes ao tratamento.

3.3. Delineamento Experimental

Para a realização deste trabalho foi utilizado o método de análise do sistema físico operacional, com objectivo de obter-se a síntese através da normalidade.

O teste de shapiro-wilk, proposto em 1965, por SAMUEL SANFORD e MARTIN WILK, que é baseado na estatística de normalidade sobre as frequências que por sua vez são usada para determinar conjunto de dados de uma dada variável aleatória, é bem modelada por uma distribuição normal ou não. Assim contou com a participação de pacientes com nacionalidade angolana residentes no Huambo.

Amostra (N=36)

É composta por um grupo de pacientes do género masculino.

Amostra relativa ao grupo de pacientes foi recolhida no Município do Huambo, a recolha propriamente dita decorreu entre os meses de Janeiro a Julho, num primeiro momento foi solicitada a autorização para a recolha de dados, junto da Instituição, posteriormente, procedeu-se ao esclarecimento acerca dos objectivos da pesquisa a confidencialidade e o anonimato das respostas dos pacientes, com apresentação do documento do consentimento informado (Anexo nº). Importa referir que para responder o questionário, todos foram inqueridos no Hospital Sanatório do Huambo.

3.4. Instrumentos

Para o presente trabalho, utilizamos um questionário por nós elaborados com as técnicas quantitativas (Inquérito por questionário), e qualitativas (Entrevista), tendo permitido uma visão ampla e abrangente no objecto de estudo que analisamos: prevelegiamos uma abordagem interpretativa, uma vez que estamos interessados em compreender a forma de aplicado ao Guia de Oorientação de enfermagem voltados a pacientes com tuberculose, seguido pelo Hospital Sanatório do Huambo, secção masculina, período de Novembro de 2022 a Junho de 2023, sendo que o questionário constituído por 9 perguntas, com objectivo de colher informações cuja análise e interpretação levou-nos a compreender o nível de conhecimento e cumprimento dos profissionais sobre o cumprimento do guia.

3.5. Amostra: Sua caracterização

A população foi constituída 417 pacientes, sendo 212 do sexo masculino que corresponde a 50,8% e um total de 159 do género feminino que corresponde a 38,1%, tendo também um total de crianças 49, que corresponde a 11,1%

3.6. População em estudo

O estudo foi realizado com uma população 417 de pacientes com tuberculose que são acompanhados pelo hospital sanatório, e que concordaram em participar da pesquisa. Para tal foram entrevistados 36 pacientes que se fizeram presente nos dias indicados do mesmo período.

3.7. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada num período de 17 de Janeiro a 31 de Julho. Para tal foi elaborado um questionário com 7 questões, que buscam informações sobre os aspectos socioemograficos e sobre aspectos relacionados aos pacientes com tuberculose.

3.8. Critério de inclusão

Todos os pacientes com tuberculose internado ao Hospital Sanatório do Huambo, que mostraram-se disponíveis a colaborar neste estudo e não apresentavam outras comorbidades.

3.9. Critério de exclusão

Todos os pacientes com tuberculose internado ao Hospital Sanatório do Huambo, que mostraram-se indisponíveis a colaborar neste estudo.

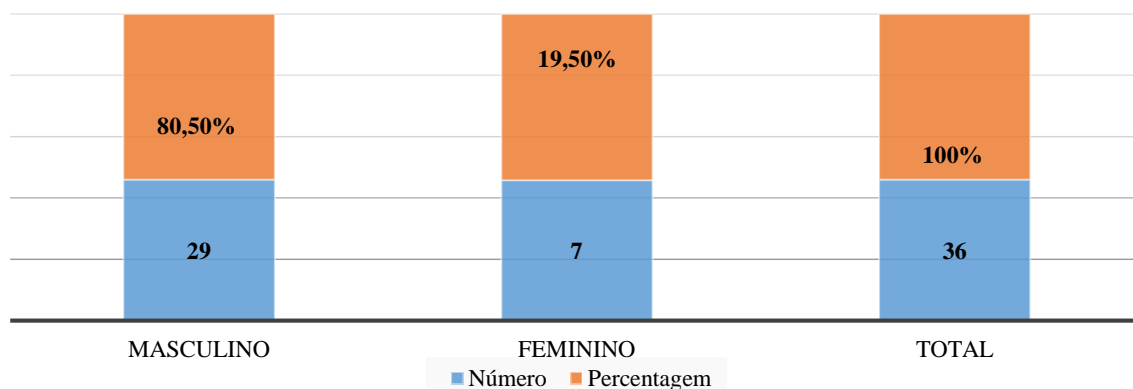
3.10. Aspectos éticos e bioéticos

O Projecto foi submetido ao Comité de Ética do Instituto Superior Politécnico da Caála aprovado sob o número 837/2023. Será salvaguardada a privacidade e o consentimento informado. Para a coleta de dados, foi endereçada uma carta à Direcção do Hospital Sanatório do Huambo a fim de obter a autorização. O presente estudo não apresentará conflitos de interesse.

4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como podemos constatar no gráfico nº1, dos 100% dos pacientes com tuberculose, mesmo sendo de gêneros diferentes, maior parte deles são do sexo masculino, o que corresponde 80,50%, e por sua vez a sua menor parte 19,50% correspondem ao sexo feminino.

Gráfico nº 1 - Distribuição dos pacientes com tuberculose quanto ao sexo.



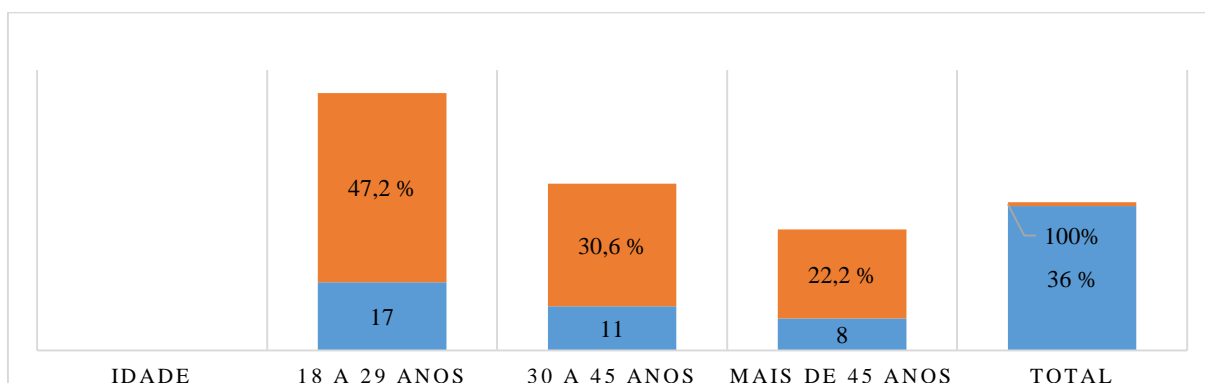
Fonte: própria, (2023).

Ora aos nossos resultados estão de acordo com DOLIN (1998), quando realçou que as desigualdades de gênero podem levar a pouco acesso à saúde e ao atraso no diagnóstico e no tratamento da tuberculose, onde as mulheres tendiam a procurar clínicas de saúde de pior qualidade, a demorar mais para procurar o médico e a fazer uso de automedicação mais frequentemente.

Ainda (THORSON, 2000), alinhado aos nossos resultados, afirmou que, além disso, os homens mais prontamente fornecem amostras de escarro para exame, e dificilmente completam o tratamento, o que por sua vez aparecem os homens em maior número com tuberculose, sugeriu-se também que as mulheres negligenciam sua doença, por enfrentarem mais barreiras para obter atenção de saúde e abandonam o tratamento mais frequentemente, o que levaria a um viés nas estatísticas sobre a incidência de tuberculose em alguns países, Atitudes distintas dos médicos em relação a pacientes homens e mulheres também podem ter um papel no diagnóstico e manejo da doença.

Como podemos constatar no gráfico nº2, dos 100% dos pacientes com tuberculose, mesmo sendo de idades diferentes, maior parte deles são de intervalo de 18 a 29 anos, o que corresponde 47,2%, enquanto que dos 30 a 45 anos corresponde a 30,6%, e por sua vez a menor parte de acima de 45 anos em diante corresponde 22,2%.

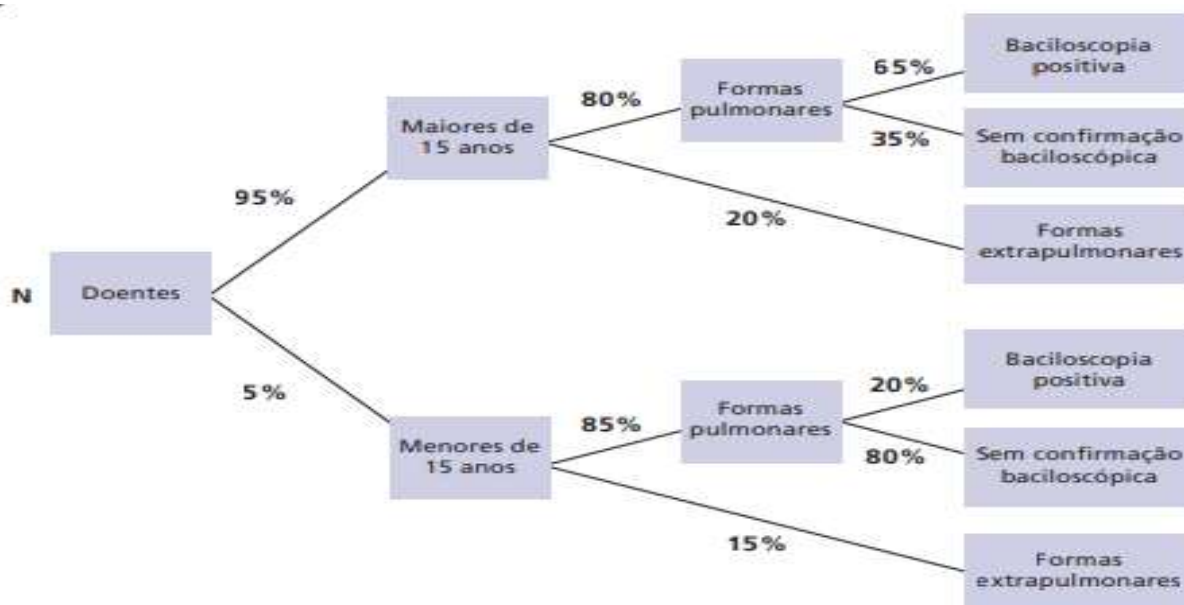
Gráfico nº 2 - Distribuição dos pacientes com tuberculose quanto as idades.



Fonte: própria, (2023).

A nossa abordagem de resultados, concorda com CLANCY *et al.* (1991), quando analisou as taxas de idades, está diretamente relacionada com a qualidade e a cobertura das ações de descoberta de casos e com os exames bacteriológicos realizados, tomando por base a realidade da distribuição dos casos de tuberculose por forma e idade dos pacientes, foi possível criar um modelo que representa um padrão de comportamento epidemiológico brasileiro. Esse modelo pode ser usado para comparação com os dados obtidos das notificações de determinado local e tempo. Por exemplo: se o número de formas extrapulmonares em crianças se apresenta muito maior que a média esperado, disse ainda que para contornar essa dificuldade, procura-se examinar a tendência da notificação de casos bacilíferos por grupos etários, especialmente nos grupos adultos mais jovens; esse é um bom indicador da evolução do problema. A incidência da tuberculose bacilífera no grupo etário de 15 a 29 anos tende a refletir melhor a verdadeira situação da tuberculose em um país, pois traduz melhor a ocorrência de casos derivados de infecções recentes. Entretanto, nos países onde a cobertura com a vacina BCG é alta, pelo efeito direto da vacinação, a incidência da tuberculose contagiosa nesse grupo etário não é um indicador confiável da tendência do problema da tuberculose, porque superestima a diminuição real da situação da doença. (ver **fig. nº1**)

Figura nº 1 - Distribuição de tuberculose no Brasil segundo idades e formas clínicas



Em relação ao nível académico 36,2% dos participantes são do nível básico, 44,4% dos participantes são do nível médio e 19,4% são do nível superior.

Tabela nº 2 - Relação ao nível académico.

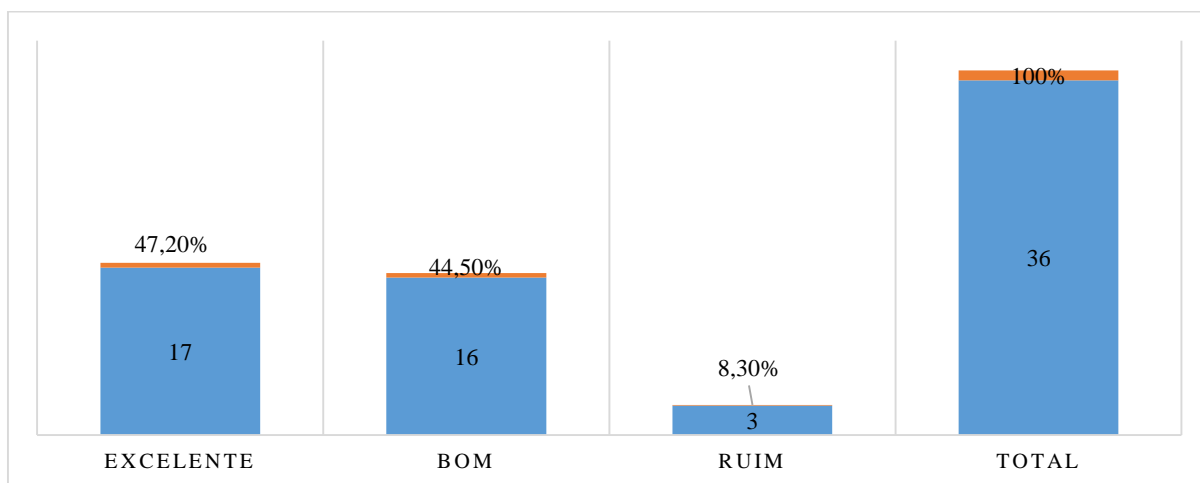
Nível Académico	Número	%
Básico	13	36,2
Médio	16	44,4
Superior	7	19,4
Total	36	100%

Fonte: própria, (2023).

O nosso resultado está de acordo com QUEIROZ, *et al.*, (2016), quando dissertou que, o conhecimento da população acerca da tuberculose é um factor relevante na identificação da doença e para as ações a serem desenvolvidas. Em um estudo realizado em 2012, na cidade de Natal/RN, evidenciou-se um conhecimento satisfatório das famílias sobre a TB. Contudo, a compreensão da transmissibilidade e dos cuidados mostrou-se preocupante, por acreditarem na disseminação da doença por meio de compartilhamento de utensílios. Constatou-se ainda que os indivíduos de baixa renda apresentavam menores chances de conhecimento sobre a patologia.

Como podemos constatar no gráfico nº3, dos 100% dos profissionais que atendem pacientes com tuberculose, mesmo sendo de qualidades diferentes, maior parte deles são de excelência, o que corresponde 47,20%, enquanto que dos bons corresponde a 44,50%, e por sua vez ruim corresponde 8,30%.

Gráfico nº 3 - Distribuição dos pacientes com tuberculose quanto a relação profissional.



Fonte: própria, (2023).

De acordo ao nosso resultado, BERTOLOZZI, (2005), quando ressaltou que deste modo, as relações de vínculo em muito podem contribuir para o processo de adesão terapêutica do paciente, uma vez que este passa a entender a significância de seu tratamento, a confiar nas recomendações dos profissionais que o atendem e seguir corretamente as recomendações prescritas, do mesmo modo que os profissionais passam a desempenhar suas ações, buscando o bem-estar do usuário do serviço e proporcionando uma assistência holística.

TAKEMOTO, *et al.*, 2007, concorda com BERTOLOZZI, (2005), ao afirmarem que, o estreitamento das relações deve ser extensivo à família e à comunidade, pois, o indivíduo deve ser encarado dentro de seu contexto e os profissionais devem buscar dentro da área adscrita, as principais necessidades da comunidade atendida.

Como podemos constatar na tabala nº2, dos 100% quanto a humanização dos profissionais no ambiente de trabalho, sendo de qualidades diferentes, maior parte deles são bom, o que corresponde 41,7%, enquanto que a qualidade excelencia corresponde a 36,1%, a qualidade regular corresponde a 22,2%, e por sua vez péssimo corresponde 0,0%.

Tabela nº 3 - Distribuição dos profissionais quanto ao nível de humanização no ambiente de trabalho.

Designação	Número	%
Excelente	13	36,1%
Bom	15	41,7%
Regular	8	22,2%
Péssimo	0	0,0%
Total	36	100%

Fonte: própria, (2023).

De acordo com os resultados, PITTA, (1990); VOLICH, (1995), quando ressaltaram que o trabalho na área da saúde tem um custo elevado para seus trabalhadores. O ambiente insalubre, o regime de turnos, os plantões, os baixos salários, o contato muito próximo com os pacientes, mobilizando emoções e conflitos inconscientes tornam esses trabalhadores particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico e ao adoecimento devido ao trabalho, quanto da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde, destacaram que: o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade; compromisso com a democratização das relações de trabalho; valorização dos profissionais da rede, estimulando processos de educação permanente, concentram os principais fatores psicossociais relativos ao ambiente de trabalho.

Como podemos constatar na tabala nº5, dos 100% quanto aos cuidados ao paciente com tuberculose, sendo de que o aumento de adesão ao tratamento corresponde 33,3%, enquanto que a promoção de aceitação da hospitalização corresponde a 30,6%, em relação a redução de ansiedade corresponde a 25%, e por sua vez o aumento da autoestima corresponde 11,1%.

Tabela nº 4 - Distribuição de benefícios quanto aos cuidados a paciente com tuberculose.

Designação	Número	%
Aumento da adesão ao tratamento	12	33,3%
Redução da ansiedade	9	25%
Promover a aceitação da hospitalização	11	30,6%
Aumento da autoestima	4	11,1%
Total	36	100%

Fonte: própria, (2023).

De acordo os resultados, ALVES, *et al.*, (2011), ressalta que os pilares sobre a prevenção e cuidado integrado centrados no indivíduo com TB, houve a expansão da rede laboratorial e a qualificação da assistência às pessoas com TB. Promove políticas arrojadas e sistemas de apoio, estendendo o enfrentamento da TB em presídios, serão executadas ações de educação em saúde e campanhas de comunicação para a população carcerária.

ARAUJO, *et al.*, (2019), concordam com ALVES, *et al.*, (2011), que muitos avanços foram obtidos com a implementação do Plano Nacional de pôr o fim da Tuberculose, e como foi citado anteriormente o controle da tuberculose é uma prioridade nacional, portanto, é de grande importância que os enfermeiros e outros profissionais de enfermagem conheçam suas reais atribuições nesse processo, sendo assim, o Manual Técnico para o Controle da Tuberculose aponta algumas atribuições do enfermeiro.

Como podemos constatar na tabala nº6, dos 100% quanto as dificuldades nos cuidados ao paciente com tuberculose, sendo que a mal condições de trabalho corresponde 44,4%, enquanto que sobrecarga de trabalho corresponde a 27,8%, em relação a satisfação profissional corresponde a 19,4%, e por sua vez a falta de capacitação profissional corresponde a 8,3%.

Tabela nº 5 - Distribuição quanto as dificuldades no cuidado do paciente com tuberculose.

Designação	Número	%
Falta de capacitação profissional	3	8,3
Mal condições de trabalho	16	44,4
Sobrecarga de trabalho	10	27,9
Satisfação profissional	7	19,4
Total	36	100%

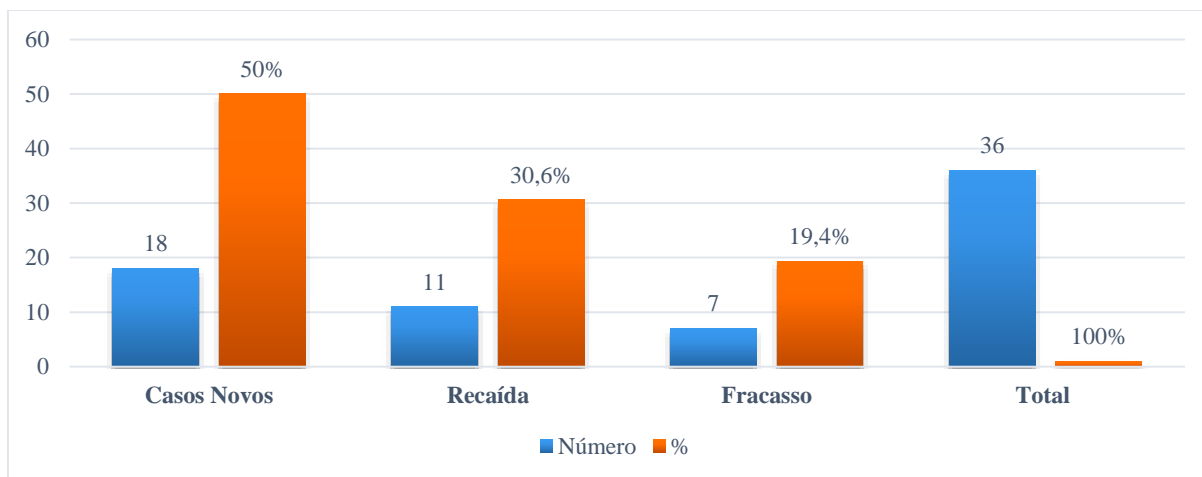
Fonte: própria, (2023).

De acordo com os resultados, PAZ e SÁ (2009, p. 184), ressalta que, parece não haver co-responsabilização pelo tratamento por parte dos profissionais, e o doente passa a ser o único responsável pelo seu êxito. O sistema de saúde já oferece diagnóstico, tratamento gratuito e profissional para entendê-lo de modo que as possíveis falhas serão advindas do não segmento das orientações recebidas, mesmo sabendo que os esquemas terapêuticos, não combinarem pelo menos três drogas de uso prolongado, podem provocar sintomas como desconforto digestivo, astenia, prurido intenso, artralgia entre outros efeitos adversos, que faz

com que rejeitem a medicação e pensam em desistir do tratamento, porque a qualidade de vida fica seriamente afectada.

Como podemos constatar no gráfico nº6, dos 100% quanto ao aparecimento de casos por tuberculose, sendo que os casos novos corresponde 50%, enquanto que os casos de recaída corresponde a 30,6%, e por sua vez o fracasso corresponde a 19,4%.

Gráfico nº 4 - Distribuição quanto ao aparecimento de casos por tuberculose.



Fonte: própria, (2023).

De acordo com os resultados, ROCHA *et al.*, (2019), ressalta que O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foi desenvolvido para identificar doenças transmissíveis, acompanhar os casos e tratamento, monitorar a evolução do paciente, planejar e intervir na disseminação destas doenças. A pessoa com tuberculose passa a realizar o tratamento, que consiste em medicamentos antituberculosos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) apresentados em dose fixa combinada (medicamentos associados em um só comprimido) ou separados. Por se tratar de um programa consolidado e eficiente, foi possível observar através dos relatos que raras vezes ocorreram problemas com o abastecimento das medicações para tratamento contínuo da tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

SAITA (2020), concorda com ROCHA *et al.*, (2019), que nem sempre o usuário é assíduo quanto ao tratamento e em caso de abandono, a equipe da atenção básica tentará localizá-lo e fará novos exames para saber se houve resistência dos antibióticos. Um estudo descreveu que o abandono do tratamento é a principal causa de casos multirresistentes e da não obtenção de cura da doença. Neste sentido, existem estratégias específicas para realizar a busca e acompanhamento destas pessoas.

5. PROPOSTA DE SOLUÇÃO

O tratamento para tuberculose deve ser feito com o uso de antibióticos orais, como a rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol ou rifapentina, que eliminam do organismo a *Mycobacterium tuberculosis* que provoca o surgimento da doença.

Os medicamentos utilizados no tratamento são disponibilizados gratuitamente pelo HSH, e variam de acordo com a fase da doença e idade da pessoa, e, por isso, devem ser indicados pelo infectologista ou pneumologista.

Além dos antibióticos, o tratamento da tuberculose pode envolver o uso de outros remédios, como vitamina B6 para evitar toxicidade neurológica, corticoides para a tuberculose meningoencefálica, analgésicos para baixar a febre, ou outros remédios de acordo com os sintomas.

O tratamento da tuberculose envolve a combinação de diferentes antibióticos, de acordo com a fase da doença, sendo os esquemas de tratamento principais:

Rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol

O esquema básico utilizando a combinação de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, é indicado para o tratamento intensivo inicial da tuberculose pulmonar e extrapulmonar, para adultos ou crianças com mais de 10 anos.

O tratamento inicial com esses antibióticos deve ser feito por 2 meses, com doses recomendadas pelo médico, de acordo com o peso corporal. Saiba como usar a rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.

Após o tratamento intensivo inicial, deve-se fazer o tratamento de manutenção.

Rifampicina, isoniazida e pirazinamida

O esquema básico utilizando a combinação de rifampicina, isoniazida e pirazinamida é indicado para o tratamento inicial intensivo ou retratamento da tuberculose pulmonar e extrapulmonar, em crianças com menos de 10 anos.

5.1. Guia de enfermagem dirigido aos profissionais

Os principais objectivos do MINISTÉRIO DA SAÚDE em relação a tuberculose são: reduzir a mortalidade e a gravidades de caso, reduzir a incidência, manter a doença ausente em locais onde a transmissão foi interrompida no Huambo. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, utiliza várias estratégia que pode ser entendida como um conjunto de boas práticas para o controle da TB e fundamenta- -se em cinco componentes:

1. Diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade;
2. Tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente;
3. Fornecimento e gestão eficaz de medicamentos;
4. Sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso.

Esta estratégia apresenta seis componentes, sendo que a estratégia DOTS continua sendo central. Sendo eles:

1. Buscar a expansão e o aperfeiçoamento da qualidade da estratégia DOTS;
2. Tratar a coinfeção TB/HIV, TB-MDR e outros desafios: Implementar atividades colaborativas TB/HIV, executando atividades integradas; Prevenir e controlar a TB-MDR; Tratar as pessoas privadas de liberdade, refugiados, pessoas vivendo em situação de rua e outras populações mais vulneráveis;
3. Contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde: Participar ativamente nos esforços para melhorar as políticas de saúde, de recursos humanos, de financiamento, de gestão, de atenção e os sistemas de informação; Compartilhar inovações para fortalecer o sistema de saúde, incluindo a abordagem integral à saúde pulmonar; Adaptar inovações de outras áreas.
4. Envolver todos os provedores da saúde: Abordagens público-pública e público-privada; Padronizações internacionais de atenção à TB.
5. Empoderar portadores de TB e comunidades: Advocacia, comunicação e mobilização social; Participação comunitária na atenção à TB; Carta de direitos do paciente.
6. Capacitar e promover a pesquisa: Pesquisas operacionais, levando em consideração as necessidades dos programas de controle; Pesquisa para o desenvolvimento de novos meios diagnósticos, medicamentos e vacinas.

5.2. Esquemas de tratamento

O esquema de tratamento da tuberculose (TB) é padronizado e deve ser realizado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e compreende duas fases: a intensiva, ou de ataque, e a de manutenção.

Em Angola, o esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção. A apresentação farmacológica dos medicamentos, atualmente em uso, para o esquema básico é de comprimidos em doses fixas combinadas, como a apresentação: “4 em 1” (RHZE: R-rifampicina; H-Isoniazida; Z-Pirazinamida; E-Etambutol), ou “2 em 1” (RH).

O esquema básico para tratamento da TB em crianças (< de 10 anos de idade) é composto por três fármacos na fase intensiva (RHZ), e dois na fase de manutenção (RH), com apresentações farmacológicas individualizadas (comprimidos e/ou suspensão).

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg* ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comprimido 300/150mg; <u>ou</u> 2 comprimidos 150/75mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comprimido 300/150mg + 1 comprimido 150/75mg; <u>ou</u> 3 comprimidos 150/75mg	
	51 a 70 Kg	2 comprimidos 300/150mg; <u>ou</u> 4 comprimidos 150/75mg	
	Acima 70 Kg	2 comprimidos 300/150mg + 1 comprimido 150/75mg; <u>ou</u> 5 comprimidos 150/75mg	

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Concluimos que no Hospital Sanatório do Huambo, os fatores socioeconômicos são tidos como facilitadores para a demora no tratamento e abandono de tratamento da tuberculose. Destacamos ainda as condições de vida do paciente como ao abandono do tratamento e vemos que os indivíduos em idade produtiva levam mais tempo. A demora no tratamento, além de aumentar a probabilidade de morte, piora a transmissão da tuberculose na comunidade onde o paciente estiver inserido.

2. A grande dificuldade dos pacientes nos últimos dias está ligada à falta alimentos nutritivos, o que constitui uma grande ameaça para o tratamento luta contra a tuberculose no Hospital Sanatório do Huambo. Aliada a isso, a maior necessidade da província prende-se com a realização de testes de sensibilidade antibiótica a todos os pacientes com TB, especialmente para os casos com tratamento prévio.

3. Ainda verificamos que a responsabilidade no tratamento recair estar sobre os pacientes de forma individual, sabendo que, com a doença activa, podem infectar e prejudicar os outros na comunidade. Para melhor adesão dos pacientes com TB, ao tratamento as unidades de diagnóstico e tratamento devem ser facilmente acessíveis e bem equipadas. Tendo em conta as debilidades decorrentes com os programas de controlo da TB no hospital sanatório do Huambo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Rayanne Santos et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 3. 2010 - 2012.

ARBEX, M. A. et al. Drogas antituberculose: interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em situações especiais—parte 1: fármacos de primeira linha. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 36, n. 5, p. 641–656, 2010.

BARBOSA IR, COSTA ICC. A emergência da coinfeção tuberculose – HIV no Brasil. *Hygeia (Uberlândia)* [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 16];15 (8):232-44. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/17350/11177>.

BOEHME, C. C. et al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. *The New England journal of medicine*, v. 363, n. 11, p. 1005–1015, 9 set. 2010.

BRASIL EGM, QUEIROZ MVO, CUNHA JMH, MAGALHÃES SS, MAIA EG. *Tratado sobre tuberculose: vislumbrando o cuidado à paciente com tuberculose. Rev Pesqui Cuid Fundam online 2016 [cited 2016 Oct 22];*

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para controle da tuberculose no Brasil. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2021 Feb 1]. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2021 Feb 1]. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil 2019. [Adobe Acrobat document, 364p.]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf

CAMINERO, J. A. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Revista Clínica Española*, v. 216, n. 2, p. 76–84, 2016.

CARVALHO, W. M. DO E. S. Avaliação da aplicabilidade de um instrumento para aferição da adesão do paciente ao tratamento antirretroviral nos serviços do Sistema Único de Saúde que assistem pessoas vivendo com HIV. PhD Thesis—[s.l.] Universidade de São Paulo, 2014-2019.

CHAISSON, R.E., & MARTINSON, NA. (2008). Tuberculosis in Africa—Combating an HIV-Driven Crisis. *New England Journal of Medicine*, 358(11), 1089-1092. doi:10.1056/NEJMp0800809.

CLANCY, L. et al. Tuberculosis elimination in the countries of Europe and other industrialized countries. *European Respiratory Journal*, Copenhagen, n. 4, p. 1288-1295, 1991.

COUTO DSC, CARVALHO RN, AZEVEDO EB, MORAES MN, PINHEIRO PGOD, FAUSTINO EB. Determinant factors for tuberculosis treatment dropout: representations of patients at a public hospital. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 16];102(38):572-81. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140053>.

DOLIN P. Tuberculosis epidemiology from a gender. In: Diwan V, Thorson A, Winkvist A, eds. *Gender and tuberculosis*. Goteborg, Sweden: Nordic School of Public Health, 1998, 29-40.

GABINETE PROVINCIAL DE SAÚDE, 2022-Aumento de casos de tuberculose no Huambo.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, Caracterização do Hospital Sanatório do Huambo, 2016.

JAMISON, D.T., FEACHAM, R.G., MAKGOBA, M.W., BOS, E.R., BAINGANA, F.K., HOFMAN, K.J., & BEKKER ROGO, K.O. (2006). *Disease and mortality in sub-Saharan Africa*: Washington, DC: World Bank.

JOHNSON, M.; BULECHEK, G.; BUTCHER H.; DOCHTERMAN, J.M., CONDE, MAAS M. Ligações entre: NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013-2015.

LIMA, T. et al. Teste Rápido Molecular GeneXpert para diagnóstico da tuberculose. *Revista Pan-Amaz Saúde*, v. 8, n. 2, p. 67-78, 2010-2017.

MÉNDEZ-SAMPERIO P. Diagnosis of Tuberculosis in HIV Co-infected Individuals: Current Status, Challenges and Opportunities for the Future. *Scand J Immunol*. 2017;86(2):76-82. <https://doi.org/10.1111/sji.12567>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Programa Nacional de Controle da tuberculose. manual técnico para controle da tuberculose. 7ª ed. Brasília (DF): MS; 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direção Nacional de Saúde Pública, Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Avaliação e Manejo de Pacientes com TB, Protocolos Nacionais. Huambo, 2018-2021.

NETO, R. DA J. P. et al. Tuberculose em ambiente hospitalar: perfil clínico em hospital terciário do ceará e grau de conhecimento dos profissionais de saúde acerca das medidas de controle. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 23, n. 3, p. 260-267, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2017) - Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report - 2002-2017.

PAI M, BEHR MA, DOWDY D, DHEDA K, DIVANGAHI M, BOEHME CC, et al. Tuberculosis. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 16];27(2):1-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2016.76>

PAZ, E.P.A.; SÁ, A.M.M. Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose em unidades básica de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ver Latino-am Enfermagem*. V.17, n.2, p: 180-186, 2009 (periodico on line). 2009 (capturado em 16 abr. 2011).

- PEDRAZZOLI, D., HOUBEN, R. M., GREDE, N., DEPEE, S., & BOCCIA, D. (2016). Food assistance to tuberculosis patients: lessons from Afghanistan. *Public Health Action*, 6(2), 147-153. doi:10.5588/pha.15.0076.
- PEREIRA N, Heldal E, Sarmiento J, Araujo RM, Rolandsen EB, KELLY PM (2017) Tuberculosis control in conflict-affected East Timor, 1996-2004. *Int J Tuberc Lung Dis*.
- PROCÓPIO MJ. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 7th ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
- REINERS AAO, AZEVEDO CR, VIEIRA MA, GAWLINSKI AL. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2006 Jul; 13(2):2294-305.
- ROCHA, SEMIRAMIS MELANI MELO; ALMEIDA, MARIA CECÍLIA PUNTEL DE. O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA E A INTERDISCIPLINARIDADE. *Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000. Disponível em: . Acesso em: 13 mai. 2019.
- SAITA et. al, Estratégias de controle da Tuberculose no SUS: revisão sistemática dos resultados obtidos. *Boletim Informativo Geum, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas – Universidade Federal do Piauí*. v. 6, n. 3, p. 50-58, jul./set. 2020. ISSN 2237-7387. Disponível em: < <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/geum/article/viewFile/3879/2896> >
- SANCHEZ A, GERHARDT G, NATAL S, CAPONE D, ESPINOLA A, COSTA W, et al. Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005-2017;9(6):633-639.
- SILVA, PATRICK LEONARDO NOGUEIRA, ANDERSON GERALDO DOS SANTOS, EDILENE OLIVEIRA AMARAL. Diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose notificados em Montes claros/ MG durante 2007 a 2009. *Revista Multidisciplinar das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros*, ano 11, n. 17, nov. 2013.
- SINHA, P. et al. Association of risk factors and drug resistance pattern in tuberculosis patients in North India. *Journal of global infectious diseases*, v. 9, n. 4, p. 139, 2017.
- SOUSA SS, SILVA MG, AZEVEDO CR, VIEIRA MA, VAN Helden PD. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. *Texto Contexto Enferm*. 2010-2018 Out-Dez; 19(4):636-43.
- STORY, RAMOS J, COUTO I, CADIR N, NARCISO I, COELHO E, VIEGAS S, VIVEIROS M. (2016) Assessment of the BD MGIT TBc identification test for the detection of Mycobacterium Assay and Characterization of Multi and Poly Drug-Resistant Tuberculosis in Guinea- Bissau, West Africa. *PLoS One*.
- TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P.. Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- THORSON A, DIWAN VK. Background to gender and tuberculosis workshop: tuberculosis: a global public health problem. In: Diwan V, Thorson A, Winkvist A, eds. *Gender tuberculosis*. Goteborg, Sweden: Nordic School of Public Health, 1998,9-16.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Treatment guidelines for drugresistant tuberculosis, 2016 update ,OCTOBER 2016 REVISION. WHO – Genebra, 2016a.

World Health Organization (ed.), Genebra Raviglione, MC (200 - 2007). The new Stop TB Strategy and the Global Plan to Stop TB, 2006-2015. Bull World Health Organ, v.85, n.5, p.327-7.

World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2017 Aug 16]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

World Health Organization (WHO): Global Tuberculosis Report 2021. Acessado em 17/04/2022.

World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2021 Feb 1]. Global tuberculosis report 2019. [Adobe Acrobat document, 297p.]. Available from: [https:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1)

World Health Organization. (2016). Global tuberculosis report 2016. Switzerland: WHO.

World Health Organization.(2017a).Ethics guidance forthe implementation of theEnd TBstrategy. ISBN 978–92–4-151211–4. 2017.

World HealthOrganization.(2013).Global tuberculosis report 2015:World HealthOrganization.

WorldFoodProgram.(2006).After30years,WorldFoodProgramendsfoodaidtoAngola.United Nations, p. 1. Retrieved from <http://reliefweb.int/report/angola/after-30-years-wfp-ends-foodaid-angol>

WorldHealthOrganization.(2015). Implementingthe endTBstrategy: the essentials. WHO/HTM/TB/2015.31. 2015.

WorldHealthOrganization.(2017b). Globaltuberculosisreport. ISBN978-92-4-156551-6.Switzerland, WHO/HTM/TB/2017.2.

WorldHealthOrganization.(2020).WHODiagnosticandtreatmentdelay intuberculosis.Geneva:WHO.

GLOSSÁRIO

Abandono do Tratamento – Acto de abandonar o tratamento de uma enfermidade;

Antibióticos – Substância usada no tratamento de infecções, que mata ou impede o desenvolvimento (ou reprodução de microrganismos uni- ou pluricelulares, sendo geralmente inofensiva para o organismo hóspede;

Coinfecção - Infecção simultânea de um hospedeiro por várias espécies de patógenos;

Diagnóstico – Conhecimento ou determinação de uma doença, pela observação dos seus sintomas; conjunto de sintomas em que se funda essa determinação;

Dispneia – Sintoma no qual a pessoa tem desconforto para respirar, normalmente com sensação de respiração incompleta;

Emagrecimento – Falta de nutrição;

Enfermidade – Doença ou molestia;

Enfraquecimento – Debilidade ou fraqueza;

Epidemia – Ocorrência repentina de muitos casos de uma doença;

Fatores associados – elementos que contribuem para um resultado ou situação particular;

Imunológico – Parte da biologia e da medicina que estuda os fenômenos da imunidade;

Incubação – Acto ou processo por meio do qual se cultivam microrganismos com fim de estudar-lhes o seu desenvolvimento;

Infecção contagiosa – Causar ou sofrer contágio ou contaminação;

Morbimortalidade - Incidência das doenças e/ou dos óbitos numa população;

Mycobacterium- Bactéria causadora de uma determinada enfermidade;

Parênquima – Conjunto de células vivas que são responsáveis pela função de um determinado órgão;

Pneumotórax – É a presença de ar na cavidade da pleura, uma membrana fina que envolve o pulmão;

Profilaxia – Uso de qualquer artifício para impedir a instalação ou propagação de doenças;

Quimioprofilaxia – Uso de substâncias ou meios químicos para impedir o desenvolvimento de uma doença ou infecção;

Rastreio - Investigação de sinais de uma doença numa dada população;

Síndrome – Agregado de sinais e sintomas associados a uma mesma patologia e que em seu conjunto definem o diagnóstico e o quadro clínico de uma condição médica;

Tratamento – Cuidados médicos dispensados a um paciente;

Tuberculose – Doença infectocontagiosa e endêmica provocada pelo Bacilo de Koch.

ANEXOS

Anexo nº 1 – Solicitação do ISPC para o HSH.

1-1-1-1
2-1-1-1
3-1-1-1
4-1-1-1
5-1-1-1
6-1-1-1
7-1-1-1
8-1-1-1
9-1-1-1
10-1-1-1
11-1-1-1
12-1-1-1
13-1-1-1
14-1-1-1
15-1-1-1
16-1-1-1
17-1-1-1
18-1-1-1
19-1-1-1
20-1-1-1
21-1-1-1
22-1-1-1
23-1-1-1
24-1-1-1
25-1-1-1
26-1-1-1
27-1-1-1
28-1-1-1
29-1-1-1
30-1-1-1
31-1-1-1
32-1-1-1
33-1-1-1
34-1-1-1
35-1-1-1
36-1-1-1
37-1-1-1
38-1-1-1
39-1-1-1
40-1-1-1
41-1-1-1
42-1-1-1
43-1-1-1
44-1-1-1
45-1-1-1
46-1-1-1
47-1-1-1
48-1-1-1
49-1-1-1
50-1-1-1
51-1-1-1
52-1-1-1
53-1-1-1
54-1-1-1
55-1-1-1
56-1-1-1
57-1-1-1
58-1-1-1
59-1-1-1
60-1-1-1
61-1-1-1
62-1-1-1
63-1-1-1
64-1-1-1
65-1-1-1
66-1-1-1
67-1-1-1
68-1-1-1
69-1-1-1
70-1-1-1
71-1-1-1
72-1-1-1
73-1-1-1
74-1-1-1
75-1-1-1
76-1-1-1
77-1-1-1
78-1-1-1
79-1-1-1
80-1-1-1
81-1-1-1
82-1-1-1
83-1-1-1
84-1-1-1
85-1-1-1
86-1-1-1
87-1-1-1
88-1-1-1
89-1-1-1
90-1-1-1
91-1-1-1
92-1-1-1
93-1-1-1
94-1-1-1
95-1-1-1
96-1-1-1
97-1-1-1
98-1-1-1
99-1-1-1
100-1-1-1



GABINETE DO VICE-PRESIDENTE PARA OS ASSUNTOS CIENTÍFICOS E POS GRADUAÇÃO

Visto
Presidente
Helder Lucas Chipirido, Ph.D.
Professor Associado

A:
Directora do Hospital Sanatório

837 /GAB.VPAC/ISPCAÁLA

Assunto: Solicitação

Para que não se coloque impedimento, declara-se que António Sácaro Afonso é estudante desta Instituição, matriculado no 5º ano do curso de Graduação em Enfermagem Geral no ano lectivo de 22/23.

El tendo em vista a realização do trabalho de pesquisa, vimos por meio desta solicitar a Directora do Hospital Sanatório, no sentido de autorizar o(a) estudante acima citada para recolha de dados.

Cientes de que o assunto merecera a Vossa melhor atenção, desejamos votos de bom trabalho.

Gabinete do Vice-presidente para os assuntos Científicos e Pos Graduação. Na Caala aos 29 1 06 de 2023

O Vice Presidente Para os Assuntos Científicos e Pós Graduação
Arlindo da Costa Afonso, Ph.D.



Anexo nº 2 – Nota acusativa do HSH, no sentido de autorização da recolha de dados.



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO DA PROVÍNCIA DO HUAMBO
HOSPITAL SANATÓRIO
GABINETE DO DIRECTOR GERAL

AO
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DA CAÁLA GABINETE
DO VICE- PRESIDENTE PARA ÁREA CIENTÍFICA PÓS GRADUAÇÃO

H U A M B O

119 / HSH/GDG/4/2023

ASSUNTO: NOTA ACUSATIVA

Os nossos melhores e respeitosos cumprimentos.

Em aditamento a Solicitação nº 837 GAB.VPAC/ISPCAÁLA, datada de 29 de Junho de 2023, atinente a “Solicitação de trabalho de pesquisa de dados”, nesta Unidade Hospitalar, a favor do estudante **ANTÓNIO SICATO HOSSI**, matriculado no 5º ano do Curso de **Graduação em Enfermagem Geral, no ano lectivo de 2023**, vimos por este intermédio informar que a mesma está autorizada.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com a estima consideração, desejando-vos bom trabalho.

GABINETE DO DIRECTOR GERAL DO HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO, AOS 11 DE JULHO DE 2023.

O DIRECTOR GERAL

Dr. MANUEL GONÇALVES DOS SANTOS BOTELHO

= Médico Especialista em Dermatologia e Venereologia =

inf-Alberto

Caldeia Alta
Bairro de Ilhéus Urbanos
Rua governador da cavalleia nº 11
Casa postal nº 384
Huambo
Angola
Correio Electrónico:
hospitalsanatoriohuambo@gmail.com
MF: 5000353191



GOVERNO DE
ANGOLA

huambo.gov.ao
Governo Provincial do Huambo

Anexo nº 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido, de recolha de dados a um determinado paciente.

Termo de consentimento livre e esclarecido

Caro Senhor (a):

No âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem Geral a realizar no **Instituto Superior Politécnico da Caála**, estou a realizar um estudo com o tema “**guia de orientação de enfermagem, voltado à paciente com tuberculose, seguido pelo Hospital Sanatório do Huambo, período de Novembro de 2022 a Junho de 2023**”. Cujo objetivo é Propôr um Guia de Orientação de Enfermagem aos profissionais que fazem seguimento aos pacientes com tuberculose dirigido ao Hospital Sanatório do Huambo.

Com tudo, asseguro que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois consagro como obrigação e dever o sigilo profissional.

Desta forma:

- Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.
- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar.
- Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.
- Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.
- Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo.

Data: _____/_____/2023

Assinatura do Entrevistado

Orlando António Chimaqui

Pesquisador responsável

António Sacato Hossi

Pesquisador principal

Anexo nº 4 – O presente anexo faz menção o inquérito dirigido ao paciente, para obtenção de dados.

INQUÉRITO_ PACIENTES-2023

1-Idade: (___)

2-Sexo: Masculino (___) Feminino (___)

3-Nível Académico: Básico (___) Médio (___) Superior (___)

4-Relação profissional

1. Excelente (___)
2. Bom (___)
3. Ruim (___)

5-Nível de humanização no ambiente de trabalho

1. Excelente (___)
2. Bom (___)
3. Regular (___)
4. Péssimo (___)

6-Benefícios quanto aos cuidados ao paciente com tuberculose.

1. Aumento da adesão ao tratamento (___)
2. Redução da ansiedade (___)
3. Promover a aceitação da hospitalização (___)
4. Aumento da autoestima (___)

7-Dificuldades no cuidado a pacientes com tuberculose.

1. Falta de capacitação profissional (___)
2. Más condições de trabalho (___)
3. Sobrecarga de trabalho (___)
4. Satisfação profissional (___)

8. Aparecimento de Casos por tuberculose.

1. Casos Novos (___)

2. Recaida (___)

3. Fracasso (___)

O Orientador: Orlando António Chimaqui, MSc.

O Encarregado: António Sacato Hossi.