



CAÁLA
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM GERAL**

CELESTINO CHIENJA CHIMEMA

**IMPORTANCIA DE UM PROTOCOLO DE PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA DOENTES ADULTOS COM
TUBERCULOSE PULMONAR INTERNADOS NO HOSPITAL
MILITAR DO HUAMBO, NO PERIODO DE JANEIRO A JUNHO DE
2023**

CAÁLA/2023

CELESTINO CHIENJA CHIMEMA

**IMPORTANCIA DE UM PROTOCOLO DE PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA DOENTES ADULTOS COM
TUBERCULOSE PULMONAR INTERNADOS NO HOSPITAL
MILITAR DO HUAMBO, NO PERIODO DE JANEIRO A JUNHO DE
2023**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Departamento de Ensino e Investigação, como requisito parcial à obtenção de grau de Licenciatura, no Curso de Enfermagem do Instituto Superior Politécnico da Caála.

Orientador: Orlando António Chimaqui, MsC.

CAÁLA/2023

Dedico este trabalho aos meus pais Artur Chimema (memoria) e Lúcia Ngueve, a minha esposa Rosalina Nganga Daniel, ambos por terem me dado o privilégio e oportunidade de me formar e que em nenhum momento mediram esforços para realização dos meus sonhos, me guiaram ao caminho certo e me ensinaram a fazer as melhores escolhas mostrando que a honestidade e o respeito são essenciais a vida e que sempre devemos lutar para alcançarmos os nossos objectivos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, nosso refúgio onde sempre encontramos respostas para os nossos problemas.

A minha Mãe Lúcia Ngueve, a minha esposa Rosalina Ganga Daniel, pelo apoio incondicional, aos irmãos José, Jaime, Cesário, Laurinda, e aos meus filhos Artur, João, Felisbina, Faustino, Celestino, Elísio, Dário, Venâncio e Luciane pela vossa compreensão.

Expresso o meu sincero agradecimento ao doutor Orlando António Chimaqui orientador do trabalho de conclusão do curso, por todo o conhecimento partilhado, e dedicação, facilitando desta maneira, a minha aprendizagem ao longo desta jornada, pela motivação, acompanhamento e disponibilidade demonstrada na orientação do presente trabalho.

Aos meus colegas por me entenderem, por me ajudarem, por me darem forças, na verdade só vocês fizeram o ISPC comigo, sempre que tinha alguma dificuldade eram vocês que me ouviam e me aconselharam por tudo isso e muito mais, estarão sempre comigo.

Ao corpo directivo e a todos os professores do ISPC-Huambo, muito já se foram, outros continuam, mas todos contribuíram para o meu crescimento, obrigados pelo conhecimento transmitido e por estarem sempre dispostos a me atenderem.

A aqueles que directa ou indirectamente contribuíram para que eu chegasse até aqui com todo o carinho, **MUITO OBRIGADO.**

O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra vantagem.

(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

As mudanças que se têm verificado na gestão das organizações de saúde impõem que os papéis desempenhados pelos enfermeiros sejam clarificados de modo a compreender a sua contribuição para a gestão dos seus recursos, dos processos de cuidados e para a qualidade dos cuidados que se prestam. A presente investigação centra-se nas práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros e pretende compreender quais as práticas destes profissionais neste âmbito e de que forma estas contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Para melhor complementar, a pesquisa contou com um estudo de caso por meio da realização de entrevista dos profissionais de saúde no Hospital Militar do Huambo localizado no município Sede do Huambo, onde foi possível identificar e traçar o perfil dos profissionais em actuação. Através das análises realizadas, identificou-se que a tuberculose pode afectar as mais diferentes classes sociais e principalmente as mais vulneráveis ou de menor renda económica. Soma-se a isso, o baixo grau de instrução, além do factor idade, outras patologias, o uso de bebidas e tabagismos; factores esses que podem contribuir directamente para a manutenção da doença. Esse estudo teve como objectivo avaliar a importância da implementação do protocolo, estabelecer uma relação entre o rendimento dos profissionais e identificar os factores relacionados a prováveis falhas no seu rendimento. Trata-se de um estudo transversal, descritivo com uma abordagem interpretativa, uma vez que estamos interessados em compreender a forma de aplicação do protocolo de enfermagem no H.M.R.C. A amostra foi constituída por 10 profissionais, os dados foram analisados através dos testes de normalidade de frequências de Shapiro Wilk. levando em consideração o perfil do indivíduo acometido pela doença que em sua maioria trata-se de pessoas com baixo grau de instrução e renda e por viver em condições de baixa insalubridade, factores esses que acabam sendo determinantes para a continuidade da doença, o que requer uma maior atenção dos órgãos públicos de saúde quanto ao combate e controlo da doença, e maior conscientização do indivíduo, quanto a continuidade do tratamento e os cuidados devidos. Assim, conclui-se que o tratamento da TB continua fundamental em qualquer estratégia de controlo por ter alto valor preditivo na identificação e está disponível nos Serviços Públicos de Saúde do Huambo.

Palavras-chave: Tuberculose. Tratamento da Tuberculose. Protocolo de enfermagem. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The changes that have occurred in the management of health organizations require that the roles played by nurses be clarified in order to understand their contribution to the management of their resources, care processes and the quality of care provided. This research focuses on nurses' care management practices and aims to understand the practices of these professionals in this area and how they contribute to the quality of nursing care. To better complement, the research had a case study by conducting an interview with health professionals at the Huambo Military Hospital located in the Huambo Headquarters municipality, where it was possible to identify and trace the profile of the professionals in action. Through the analyses carried out, it was identified that tuberculosis can affect the most different social classes and especially the most vulnerable or of lower economic income. Added to this, the low level of education, in addition to the age factor, other pathologies, the use of drinks and smoking; These factors can contribute directly to the maintenance of the disease. This study aimed to evaluate the importance of implementing the protocol, establish a relationship between the performance of professionals and identify factors related to probable failures in their performance. This is a cross-sectional, descriptive study with an interpretative approach, since we are interested in understanding the way the nursing protocol is applied in the H.M.R.C. The sample consisted of 10 professionals, the data were analyzed through the Shapiro Wilk frequency normality tests. Taking into account the profile of the individual affected by the disease, which is mostly people with low education and income and lives in conditions of low unhealthiness, factors that end up being determinant for the continuity of the disease, which requires greater attention from public health agencies as for the fight and control of the disease, and greater awareness of the individual, as to the continuity of treatment and proper care. Thus, it is concluded that TB treatment remains fundamental in any control strategy because it has high predictive value in the identification and is available in the Public Health Services of Huambo.

Keywords: Tuberculosis. Tuberculosis treatment. Nursing protocol. Nursingcare.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TB- Tuberculose

OMS- Organização Mundial da Saúde

BK- Bacilo de Koch

TB-M.D.R- Tuberculose resistente a múltiplas drogas

TB X.D.R- Tuberculose com resistência extensiva a drogas

BAA R- Bacilo Álcool Ácido Resistente

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

E- Etambutol

H- Isoniazida

EPI- Equipamento de Protecção Individual

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

ILTb- Infecção latente pelo M. tuberculosis

R- Rifampicina

S- Estreptomicina

2 HRZE- 2 meses com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol

4HR- 4 meses com Isoniazida e Rifampicina

SAT- Serviço de aconselhamento e testagem

ORL- Otorrinolaringologia

HTA Hipertensão arterial

BCG- Bacilo Calmante Gureri

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1.Distribuição dos profissionais que avaliaram de que formas são repassadas as informações para os colegas de outro turno.	30
Gráfico nº 2.Distribuição dos profissionais, quanto ao tempo de trabalho na Instituição.....	31
Gráfico nº 3.Distribuições dos profissionais de saúde se sabem algo sobre os protocolos assistenciais de enfermagem.....	32
Gráfico nº 4.Distribuições dos profissionais de saúde se sabem da existência de protocolo elaborado na instituição onde você trabalha.....	33
Gráfico nº5.Distribuições dos profissionais de saúde se sabem da existência de sistematização da assistência na sua secção.....	35
Gráfico nº 6.Distribuição dos profissionais de saúde sobre quais as vantagens do protocolo de enfermagem.	36
Gráfico nº 7.Distribuição dos profissionais de saúde, se fazem a investigação com os familiares dos doentes com tuberculose?	37
Gráfico ° 8.Distribuição dos profissionais, se fazem o controlo da toma observada diariamente dos medicamentos no tratamento institucional.....	38
Gráfico nº 9.Distribuição dos profissionais de saúde, se observam os cuidados de biossegurança relativos à redução da transmissão da tuberculose no âmbito da unidade de saúde.	39

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes.	26
Tabela 2. Distribuição dos profissionais que responderam se fazem o uso protocolo para prestação de cuidados de enfermagem.	Erro! Indicador não definido. 4

1. SUMÁRIO

1.	SUMÁRIO.....	11
1.	INTRODUÇÃO.....	13
	OBJETIVO GERAL.....	15
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	AS PRINCIPAIS TEORIAS SOBRE A TUBERCULOSE.....	17
2.2	HISTÓRICO DA TUBERCULOSE NO MUNDO.....	18
2.2.1	A tuberculose em África.....	18
2.2.2	A tuberculose em Angola.....	18
2.2.3	A tuberculose no Huambo.....	19
2.2.4	Conceitos de tuberculose.....	19
2.3	AGENTE ETIOLÓGICO.....	20
2.4	FISIOPATOLOGIA DA TUBERCULOSE.....	20
2.4.1	Infecção primária por tuberculose.....	20
2.4.2	Infecção latente.....	21
2.4.3	Doença activa.....	21
2.5	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA TUBERCULOSE.....	21
2.6	TRANSMISSIBILIDADE.....	22
2.7	FACTORES DE RISCO.....	22
2.8	COMPLICAÇÕES.....	23
2.9	DIAGNÓSTICO.....	23
2.9.1	Diagnóstico clínico.....	23
2.9.2	Diagnóstico radiológico.....	23
2.9.3	Diagnóstico a Prova ou reacção tuberculínica (PPD).....	24
2.9.4	Diagnóstico laboratorial (baciloscópic e cultura).....	24
2.9.5	Diagnóstico diferencial.....	24
2.10	PERÍODO DE INCUBAÇÃO.....	25
2.11	TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR.....	25
3.	MATERIAL E MÉTODOS.....	27
3.1	METODOLOGIA.....	27
3.1.1	Caracterização da área de estudo.....	27

3.2	BANCO DE URGÊNCIAS	27
3.3	CONSULTAS EXTERNAS	28
3.4	DELINEAMENTO EXPERIMENTAL	28
3.5	INSTRUMENTOS	29
3.6	POPULAÇÃO EM ESTUDO	29
3.7	AMOSTRA: SUA CARACTERIZAÇÃO	29
3.8	CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	29
3.9	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	29
3.10	ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS	29
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.	PROPOSTA DE SOLUÇÃO	40
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43
7.	ANEXOS	48

1. INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem sem suporte teórico e padronização adequados favorece o exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, podendo ocasionar danos à pacientes, problemas legais e éticos aos profissionais e descrédito da classe pela sociedade. A construção de Protocolos assistenciais em enfermagem deve atender aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde, em suas três esferas de gestão, e da instituição onde será utilizado.

Sendo a enfermagem uma profissão eminentemente prática, a formação do enfermeiro deve passar por um processo de ensino no qual o saber científico associado à competência técnica deve fazer parte da construção do conhecimento para o exercício da profissão. No decorrer de sua história, a enfermagem vem lutando para conquistar seu espaço e reconhecimento profissional. Como profissão, foi fortemente marcada por concepções que a relacionava ao fazer “técnico”, havendo dificuldades no que diz respeito ao pensar/reflectir para a construção de um saber científico que confira especificidades à sua acção (BRUM, 2007).

A existência de protocolo não anula a autonomia profissional – o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claras as razões para não fazê-lo, quais evidências científicas dão suporte a essa decisão e compreender que responderá individualmente por sua conduta. Se seguir um protocolo institucional também continuará sendo responsável pelo que faz, mas nesse caso, terá o endosso da instituição (PIMENTA *et al.*, 2015).

A elaboração da Sistematização da assistência de enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição de seu papel. As actividades de competências e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão.

Hoje percebemos a ênfase que se tem dado, por parte dos enfermeiros, à importância na documentação e registro do plano de cuidados de saúde de seus pacientes, inclusive exigido pela Lei do Exercício Profissional - Documentos Básicos de Enfermagem: COREN-SP (COFEN, 1997). Assim sendo, precisamos encontrar caminhos para desvincular as

actividades de enfermagem de tarefas burocráticas alheias as suas actividades específicas e assegurar o exercício profissional centrado na assistência ao paciente.

Concordamos com Évora (1998), Quando diz que os enfermeiros ao longo da sua prática profissional têm sido, historicamente, sobrecarregados com actividades envolvendo registros, anotações, relatórios e comunicações, utilizando grande parte de seu tempo em actividades burocráticas e na busca e documentação das informações. Diversos estudos estimam que os Enfermeiros dedicam 50% de seu tempo colectando, administrando e documentando informações.

Protocolos clínicos são recursos de tecnologia em saúde classificados como lógicos ao lado dos recursos humanos, físicos ou materiais. O benefício esperado para a saúde do ser humano em função do avanço da tecnologia nas últimas décadas encontra-se comprometida pela limitação dos recursos e pela dificuldade para sistematizar de forma racional a disponibilização e a distribuição desses recursos (REVISTA AMRIGS, 2003).

O Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo o profissional nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação de saúde (WERNECK, 2009)

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de acção e cooperação entre os diversos profissionais. Este protocolo tem como objectivo fornecer orientações práticas para toda a equipe hospitalar envolvida na abordagem dos pacientes com início agudo de sintomas sugestivos de Tuberculose pulmonar. (JÚNIOR *et al.*, 2016).

Os protocolos de assistência e cuidado são uma tentativa de sistematizar e padronizar a prática de enfermagem enquanto integram o conhecimento actual e a pesquisa. O impacto dos protocolos na prática de saúde tem sido avaliado sistematicamente, e os pesquisadores acreditam que eles podem ser eficazes no processo de mudança da prática, bem como na melhoria do resultado dos pacientes (CORREA *et al.*, 2012).

O protocolo tem como objectivo de oferecer subsídios técnicos à equipa de enfermagem que atua nas unidades de atenção primária, norteando a assistência, contribuindo com a

valorização profissional e com a mudança de processos de trabalho da categoria envolvida na abordagem dos pacientes com início agudo de sintomas sugestivos de Tuberculose pulmonar.

Vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos de assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado.

SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

A proposta do projecto de pesquisa fundamenta-se na constatação de que, muito frequentemente, os profissionais envolvidos com a assistência de enfermagem pouco conhecem ou se envolvem com os protocolos de cuidados de enfermagem, motivo pelo qual não há rotinas assistenciais na instituição hospitalar em questão.

A falta de padronização das rotinas assistenciais faz com que a informação não é repassada aos profissionais dos turnos seguintes, sem a responsabilização de um profissional e planificação de revisões periódicas.

Percebe-se que não há um processo de sistematização da prestação de cuidados de enfermagem aos doentes com tuberculose internados no Hospital Militar Regional Centro do Huambo e por não existir educação continuada na maioria das vezes, os profissionais são treinados sem protocolos.

OBJETIVO GERAL

Explicar a importância dos protocolos de cuidados de enfermagem para os profissionais da enfermagem que cuidam dos doentes com tuberculose pulmonar internados no HMRC no período de Janeiro a Junho de 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os protocolos de enfermagem como um possível instrumento para a qualidade da prática de cuidados dos pacientes com tuberculose;

Incentivar a utilização do protocolo, na prestação de cuidados de enfermagem ao doente com tuberculose;

Melhorar o comportamento, habilidades e conhecimento pessoal e promover mudança de atitude.

CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO

O estudo justifica-se por demonstrar as contribuições nos cuidados da profissão de enfermagem, que são fundamentais na recuperação de pacientes com tuberculose e no acompanhamento em quanto pacientes e a necessidade de se aprofundar um pouco mais no estudo dos pacientes com tuberculose, com vista a maior orientação na prestação de cuidados de Enfermagem no Hospital Militar Regional do Huambo, visto que muito pouco se fala.

A escolha do tema em questão encontram-se correlacionados com a prática profissional da enfermagem, pois nesta, podemos desenvolver um trabalho organizado e sistematizado que evidencie a capacidade dessa categoria profissional em produzir novos saberes ao mesmo tempo em que dirige e planifica com autonomia o seu fazer.

Pressupõe-se que com adoção de protocolos de cuidados de saúde aos pacientes com tuberculose pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o usuário, maior segurança na realização dos procedimentos e, conseqüentemente, maior segurança para este usuário, objectivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como implementar e controlar as acções assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade; tratando-se de um importante instrumento para a implementação de boas práticas devendo funcionar efectivamente como material de consulta no dia-a-dia dos profissionais de enfermagem acerca do protocolo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As principais teorias sobre a tuberculose

As origens do género *Mycobacterium* remontam ao período Jurássico, estimando-se que estas bactérias existam há mais de 150 milhões de anos. Evidências genéticas apontam para a existência de um progenitor da espécie *Mycobacterium tuberculosis* em África há pelo menos 3 milhões de anos, que poderá ter infectado os homínídeos primitivos que habitavam essa região e potencialmente causado os primeiros casos de tuberculose (SANTOS *et al.*, 2010).

No entanto, a natureza infecciosa da tuberculose apenas foi sugerida em 1790 por Benjamin Marten e demonstrada em 1865 por Jean-Antoine Villemin. A 24 de Março de 1882, Herman Heinrich Robert Koch realizou, frente à “Berlin Physiological Society”, a sua famosa apresentação “Die A etiologie der Tuberculose”, durante a qual introduziu os seus postulados, que lhe valeram o Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia em 1905 e que constituem ainda hoje bases fundamentais para o entendimento da etiologia da tuberculose e da generalidade das doenças infecciosas (DANIEL TM, 2006).

O desenvolvimento de quimioterapia efectiva, no início do século XX, era uma grande promessa para a erradicação da TB, mas entre o final da década de 1980 e o início dos anos 90, a incidência de TB começou a aumentar novamente, em parte, devido ao aparecimento da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), o maior factor de risco individual para desenvolver TB, e também à complacência nos programas de controlo da T.B (RANGEN *et al.*, 2006).

Actualmente, a TB é uma das causas líderes da mortalidade e morbilidade no mundo, especialmente em países em desenvolvimento, onde a infecção por VIH está a aumentar rapidamente. Apesar de a situação ser particularmente dramática no Sudeste Asiático e na África Subsariana, existem muitas regiões da Europa (em que muitos países estão próximos da sua extinção), com reaparecimento desta epidemia (Saúde D-Gd, 2008).

Apesar da maioria dos casos (90%) afectarem os pulmões (tuberculose pulmonar), uma vez que este é o primeiro órgão a ser atingido e reúne as condições ideais para o crescimento bacteriano, esta também ocorre, especialmente nas pessoas infectadas com o VIH, em locais extra pulmonares (CAMPOS HS, 2006).

2.2 Histórico da tuberculose no mundo

No ano de 2013, a Organização Mundial da Saúde estimou que 9 milhões de pessoas tenham desenvolvido tuberculose no mundo, o que corresponde a uma taxa de incidência de 126/100.000 habitantes, e, destas, 1,1 milhão eram H.I.V seropositivos. Considerou que 1,5 milhões de pessoas morreram devido a essa doença, dessas 360.000 eram H.I.V seropositivos. Para 2014, a estimativa foi de 9,6 milhões de novos casos mundiais e cerca de 1,5 milhões de mortes causadas pela doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015)

A tuberculose segue como uma das principais ameaças a saúde pública mundial. Em 2015, cerca de 10,4 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose, 580 mil delas na sua forma multirresistente ou resistente a Rifampicina, com 1,4 milhão de mortes.

Em relação aos desfechos de tratamento, em 2014, o percentual de sucesso de tratamento foi de 83% entre os casos novos e recidivas, 52% entre os casos de TB MDR e 28% entre os casos de TB com resistência extensiva a drogas (TB XDR). Assim como nos casos com diagnóstico de resistência, os resultados obtidos na coorte de casos de TB coinfectados com HIV são preocupantes. Nesses indivíduos o percentual de sucesso de tratamento foi de 75% (DYE, CHRISTOPHER, 2006).

2.2.1 A tuberculose em África

A Região Africana está crescentemente a ser confrontada com o problema da tuberculose resistente aos medicamentos, cujo tratamento é bastante dispendioso. Só em 2015, quase 27 mil casos de tuberculose resistente aos medicamentos foram notificados, dos quais apenas 70% tiveram acesso ao tratamento. Somente cerca de metade das pessoas com tuberculose resistente aos medicamentos que seguiram o tratamento estão curadas (OMS, 2021).

2.2.2 A tuberculose em Angola

Em Angola, a situação epidemiológica da Tuberculose (TB) é preocupante, com variações nas diferentes regiões do país devido à múltiplos factores que se agravam pela limitada adesão ao tratamento, altas taxas de abandonos, difícil acesso aos grupos vulneráveis, aumento da infecção TB/HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), existência de cepas resistentes aos fármacos antituberculosos, desigualdades sociais, pobreza e discriminação, que fazem da Tuberculose uma doença de difícil controlo (CAM, *et al.*, 2017).

Em Angola o número de mortes por tuberculose preocupa as autoridades angolanas. O país já encomendou medicamentos urgentes para tratar a doença. Os especialistas estão preocupados com as muitas pessoas que abandonam o tratamento. Angola tem medicamentos e laboratórios para tratar a tuberculose, mas a doença é actualmente a terceira maior causa de mortalidade no país. Angola é um dos 30 países do mundo com mais casos de tuberculose. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o país registou 325 casos por 100 mil habitantes, em 2021. Estima-se 51 mortes por 100 mil habitantes (BANDEIRA PEDRO, 2022).

2.2.3 A tuberculose no Huambo

O Hospital Sanatório da Província do Huambo registou de Janeiro a Abril do ano em curso, 103 casos de tuberculose, dos quais 32 resultaram em morte, informou ao jornal de Angola o infectologista Joaquim Isaac, Director Geral da Instituição. Neste momento a situação contínua estacionária em relação ao nº de casos e os doentes controlados, num total de 1200, têm sido acompanhados através de consultas ambulatoriais. Os pacientes são consultados, medicados e depois vão para casa onde continuam o tratamento. O Hospital Sanatório do Huambo ainda não teve necessidade de aumentar o nº de camas para internamento de doentes graves. Ainda tem capacidade de atender os casos que obrigam internamento.

O responsável disse que muitos pacientes habitualmente só acorrem ao hospital numa fase em que a doença já está muito avançada, depois de passarem por tratamento tradicional. Estes doentes depois de lhes serem administrados medicamentos fortes e de forma não regulamentada, em locais não convencionais, acabam por contrair outras patologias, como por exemplo pela intoxicação de medicamentos tradicionais (HOSPITAL SANATORIO, 2023)

2.2.4 Conceitos de tuberculose

A Tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afecta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. A doença é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch (em homenagem ao Dr: Robert Koch, descobridor da causa da doença em 24 de Março de 1882). A tuberculose é uma das doenças reemergentes mais letais, sendo também uma das doenças mais antigas, afectando a Humanidade desde 2000 a.C (FITERMAN *et al.*, 2011).

A Tuberculose é uma doença infecciosa crónica granulomatosa causada por bactérias do grupo das micobactérias é considerada a doença mais infecciosa e mortal do mundo, sendo

responsável por mais de 4 mil mortes diárias no mundo todo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (NOGUEIRA *et al.*, 2012).

A Tuberculose (TB) é uma das doenças mais antigas, que afecta a espécie humana desde os tempos ancestrais e que tem acompanhado a evolução da Humanidade (PROENÇA R, 2004).

2.3 AGENTE ETIOLÓGICO

O BK é um parasita intracelular facultativo, aeróbio estrito, tem uma parede celular rica em lípidos e é transmitido quase exclusivamente pela inalação de aerossóis de indivíduos com doença pulmonar (GREENE RJ *et al.*, 2012).

2.4 FISIOPATOLOGIA DA TUBERCULOSE

O *Mycobacterium tuberculosis* infecta o organismo e entra nos macrófagos pela fagocitose. A partir daí ele inibe a maturação do fagossoma e formação do fagolissoma, permitindo sua multiplicação incontrolada mente, protegida da acção dos lisossomas. Logo a infecção primária ocorre ao primeiro contacto com o bacilo de Koch, havendo uma reacção do sistema imunológico do indivíduo, particularmente por meio da fagocitose, como forma de controlar a infecção. A tuberculose pode ocorrer em três estágios: Infecção primária, Infecção latente e Infecção activa (BRAZIL, 2009)

2.4.1 Infecção primária por tuberculose

Para dar início a infecção, bacilos *Mycobacterium tuberculosis* devem ser ingeridos pelos macrófagos alveolares. Os bacilos que não são mortos pelos macrófagos na verdade se replicam dentro dos macrófagos, matando-os no final com ajuda dos linfócitos. Células inflamatórias são atraídas para a área, causando pneumonia focal que coalescem e evolui para os característicos observados na histologia. Nas semanas iniciais da infecção, alguns macrófagos infectados são transportados para linfonodos regionais. A disseminação hematogenica para qualquer parte do corpo, em particular para a porção apical posterior dos pulmões, epífises dos ossos longos, rins, corpos vertebrais e meninges pode ocorrer (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

2.4.2 Infecção latente

Ocorre após a maioria das infecções primárias. Em cerca de 95% dos casos, após aproximadamente 3 semanas de intensa multiplicação, o sistema imunitário suprime a replicação bacilar, geralmente antes que os sintomas ou sinais apareçam.

Focos dos bacilos no pulmão ou em outros locais se transformam em granulomas de células epitelióide, que podem ter centros caseosos e necróticos. Bacilos da tuberculose podem sobreviver nesse material durante anos; o equilíbrio entre a resistência do hospedeiro e a virulência microbiana determina se a infecção essencialmente desaparece sem tratamento, permanece latente ou torna-se activa (SHAPOVALOVA, 2016).

2.4.3 Doença activa

Pessoas saudáveis infectadas pela tuberculose têm aproximadamente 5% a 10% de risco durante a vida de desenvolverem a doença activa, embora a percentagem varie significativamente de acordo com a idade e outros factores de risco.

Em 50% a 80% daquelas que desenvolvem doença activa, ocorre reactivação da Tuberculose após os dois primeiros anos, mas também pode ocorrer reactivação de cada vez mais tarde.

Qualquer órgão inicialmente infectado pode tornar-se um local de reactivação, mas esta ocorre com frequência nos ápices pulmonares, presumivelmente por causa das condições locais favoráveis como alta tensão de oxigénio (LANGE, 2010)

Doenças que comprometem a imunidade celular (essencialmente para defesa contra tuberculose) facilitam significativamente a reactivação. Assim, os pacientes co infectados pelo HIV e que não recebem terapia anti-retroviral apropriada têm cerca de 10% de risco anual de desenvolverem doença activa (CAMPOS *et al.*, 2001).

2.5 MANIFESTAÇÕES CLINICAS DA TUBERCULOSE

Na grande maioria dos pacientes, a infecção primária da tuberculose pulmonar é geralmente assintomática (infecção latente da TB), ou com pouca sintomatologia, uma vez que raramente causa doença. A TB primária é caracterizada por tosse seca ou pouco produtiva, dor torácica, dispneia e eritema nodoso. Além destes, podem ocorrer sintomas sistémicos como febre, sudorese nocturna e perda de peso (LAZARUS, *et al.*, 2001).

Nos casos de tuberculose pulmonar activa, as manifestações clínicas podem ser múltiplas, em especial quando há envolvimento extra pulmonar. Os sintomas mais comuns da TB pulmonar consistem em tosse com expectoração e por vezes com sangue, febre, sudorese nocturna, perda de peso, apetite, dor torácica, fadiga, fraqueza muscular e sudorese nocturna (UNIVERSITY OF STELLEBOSCH, 2009).

Na co-infecção pelo VIH, muitas vezes a apresentação clínica é atípica por causa de deficiência de hipersensibilidade tardia, e é mais provável que os pacientes tenham sintomas extrapulmonares ou disseminação da doença. Em termos gerais o quadro clínico não apresenta nenhum sinal ou sintoma característico (BRASIL. Ministério da Saúde, 2019).

2.6 TRANSMISSIBILIDADE

Em cerca de 90% dos casos, a transmissão da tuberculose pulmonar é efectuada de homem para homem, por via inalatória e pode atingir qualquer órgão ou sistema. É uma doença de transmissão aérea, ou seja, que ocorre a partir da inalação de aerossóis. Ao falar, espirrar e, principalmente ao tossir, as pessoas com tuberculose activa lançam no ar partículas em forma de aerossóis que contêm bacilos denominados de bacilíferas (WILBUR AK *et al.*, 2008).

A transmissão da tuberculose é plena enquanto o indivíduo estiver eliminando bacilos. Com início do esquema terapêutico adequado, a transmissão tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias de tratamento chega a níveis insignificantes. No entanto, o ideal é que as medidas de controlo de infecção pelo bacilo da tuberculose sejam implantadas até a negatividade da baciloscópica (FURLAM, 2011).

2.7 FACTORES DE RISCO

O risco de infecção com o bacilo da tuberculose parece estar intimamente ligado ao grau de exposição (proximidade e duração do contacto), e não só a factores inerentes ao hospedeiro ou à agressividade do agente (VEIGA, 2016).

Diante de um indivíduo com possibilidade de ser portador de tuberculose, o profissional da saúde deve considerar abrir investigação diagnóstica diante dos seguintes factores: idade, estado imunológico, nutricional e comorbilidade, renda familiar baixa, educação precária, habitação ruim/inexistente, famílias numerosas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, alcoolismo, tabagismo e drogas, doenças infecciosas associadas, desnutrição alimentar, diabetes e coinfeção com VIH. Por isso recomenda-se que o teste anti VIH seja feito o mais

cedo possível a todo indivíduo com diagnóstico estabelecido de tuberculose pulmonar (RIEDER, 2013).

2.8 COMPLICAÇÕES

A cura da doença ocorre com reabsorção do material caseoso, acompanhada pela deposição de colágeno (fibrose) e suas complicações são: retracções parenquimatosas fibroatelectásicas, bronquiectasias, etc (DINASO FC *et al.*, 2011).

2.9 DIAGNÓSTICO

A suspeita de casos de tuberculose pulmonar pode ser feita com base em critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos. A confirmação de um caso de TB pulmonar é feita pelo exame bacteriológico da expectoração (exame directo ou cultura) (PINTO MFT *et al.*, 2017)

2.9.1 Diagnóstico clínico

Possibilita ter o diagnóstico preliminar da doença baseando-se nos sintomas apresentados pelo paciente, porém, precisa de ser confirmado por outros exames.

A tuberculose pulmonar pode manifestar-se sob diferentes apresentações clínicas, relacionadas com o órgão acometido. Desta forma, outros sinais e sintomas, além da tosse prolongada, podem ocorrer e devem ser valorizados na investigação diagnóstica. De forma geral os sintomas respiratórios suspeitos de tuberculose pulmonar são: tosse, com duração de 2 ou mais de 3 semanas, expectoração, hemoptise, dor torácica e dispneia. Os sintomas constitucionais mais frequentes são: febre de predomínio vespertino, anorexia, emagrecimento progressivo, suores nocturnos e astenia (SANT, 2012).

2.9.2 Diagnóstico radiológico

Entre os métodos de imagem, a radiografia de tórax é o de escolha na avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar. Juntamente com as radiografias de tórax, sempre devem ser realizados exames laboratoriais (Baciloscópicos e cultura) na tentativa de buscar o diagnóstico bacteriológico e acompanhar a evolução baciloscópica. O exame radiológico em pacientes com diagnóstico bacteriológico tem como principais objectivos excluir outra doença pulmonar associada, avaliar a extensão do acometimento e sua evolução radiológica durante o

tratamento. Geralmente são realizadas duas radiografias, uma no diagnóstico e a segunda no final do tratamento (CAPONE, D. *et al.*, 2006).

2.9.3 Diagnóstico a Prova ou reação tuberculínica (PPD)

A prova tuberculínica (PT) é utilizada para diagnóstico da infecção latente por tuberculose (ILTb), e pode também auxiliar no diagnóstico de tuberculose activa em crianças (WHO, 2015).

A prova tuberculínica é um teste diagnóstico que se baseia em uma reação de hipersensibilidade cutânea após a aplicação do PPD por via intradérmica, em que a leitura é realizada 48 a 72 horas após a aplicação, podendo ser estendido até 96 horas (BRASIL, 2014).

2.9.4 Diagnóstico laboratorial (baciloscópica e cultura)

Permite ter o diagnóstico seguro da tuberculose pulmonar. A baciloscópica é a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) em esfregaços de amostras preparados e corados segundo uma metodologia padronizada, através do microscópio. A cultura é um exame que permite o isolamento e a multiplicação de BAAR, através da inoculação da amostra em meios de cultura específicos para micobactérias (MACEDO, *et al.*, 2013).

2.9.5 Diagnóstico diferencial

A Tuberculose deve ser incluída no diagnóstico diferencial dos casos de febre de origem indeterminada, síndrome consumptiva, pneumonias de resolução lenta e em todo paciente com tosse prolongada sem causa conhecida, pneumonias, micoses pulmonares (paracoccidioidomicose, histoplasmose), sarcoidoses, carcinoma brônquico, dentre outras enfermidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Segundo Stout (2008) apud Ministério da Saúde (2019), a forma pulmonar, o diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com silicose, infecções fúngicas, neoplasias, infecções bacterianas, outras micobacterioses, doenças auto-imunes, embolia pulmonar, pneumonia bacteriana, abscesso pulmonar, nocardiose pulmonar, sarcoma de kaposi pulmonar, carcinoma, linfoma, insuficiência cardíaca congestiva, asma entre outras.

2.10 PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Após a infecção pelo *M. tuberculosis*, as pessoas infectadas transcorrem, em média, 4 a 12 semanas para a detecção das lesões primárias. Embora o risco de adoecer tuberculose seja maior durante os dois primeiros anos após a infecção, pode persistir por toda a vida, na forma de infecção latente. Cerca de 90% dos infectados permanecem nesta condição pelo resto da vida, apenas 10% vão adoecer, 5% logo após a infecção e os outros 5% ao longo da vida, desde que tenham sua imunidade conservada (RIBEIRO A *et al.*, 2012).

2.11 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR

O tratamento da tuberculose tem como objectivo a cura e a rápida redução da transmissão da doença, para que isso ocorra, os fármacos utilizados devem ser capazes de reduzir rapidamente a população bacilar, desta forma, interrompendo a transmissão, para prevenir a selecção de cepas naturalmente resistentes (impedindo o surgimento de resistência durante a terapia) e esterilizar a lesão (prevenindo a recidiva de doença).

A adesão dos pacientes com tuberculose ao tratamento é considerada a maior barreira para o controlo e o término desta doença no campo da saúde pública, apesar do acesso universal e gratuito ao diagnóstico e ao tratamento e da ampla cobertura pela rede de serviços básicos de saúde (FIOCRUZ, 2011).

Um esquema terapêutico eficaz deve ser constituído por vários fármacos, aos quais os microrganismos são sensíveis e deve ser usado durante um período de tempo suficiente (mínimo de 6 meses) (LAZARUS A. MARTIN G, 2001).

Actualmente, com a emergência da resistência aos fármacos, é recomendada a utilização de um esquema inicial com 4 fármacos. O esquema mais utilizado é denominado de 2HRZE + 4HR, ou seja, 2 meses com todos os fármacos de 1ª linha, como a Insoniazita (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E) (fase intensiva do tratamento) e os 4 meses seguintes com H e R fase de manutenção (DOMINGUES A, 2001).

Tabela 1 Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes.

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade dose	Meses
2RHZE Fase Intensiva	RHZE 150 mg 75 mg 400mg 276 mg Comprimidos em dose fixa Combinada	20 Kg a 35 Kg	2 comprimidos	2
		36 Kg a 50 Kg	3 comprimidos	
		50 Kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula 300 mg 200 mg ou 150 mg 100 mg	20 Kg a 35 Kg	1 comp. ou caps. 300 mg 200 mg	4
		36 a 50 Kg	1 comp. Ou caps. 300 mg 200 mg + 1 Comp ou caps. 150 100 mg	
		50 g	2 Comp. ou caps. 300 mg 200 mg	

Fonte (Autor, 2023).

Também pode-se instituir um tratamento nutricional em paralelo com o farmacológico em pacientes com TB pulmonar que tem por objectivo de manter o peso/ evitar a perda de peso do paciente, normalizar os níveis de cálcio no sangue, repor a perda de nutrientes no caso de hemorragia pulmonar, favorecer a cura das cavidades necrosadas durante a infecção, combater a neurite periférica, estimular o apetite, evitar a desidratação e a inflamação pulmonar (pleurisia), entre outras complicações (ESCOTT-STUMP S, 2004).

2.12 MEDIDAS DE PROTECÇÃO

São considerados, factores determinantes para a disseminação de TB pulmonar: a falta de infra-estrutura, a falta de isolamento respiratório, a demora no diagnóstico, a falta de utilização de equipamentos de protecção individual.

Assim para conter a transmissão da TB pulmonar existem medidas de controlo recomendadas divididas em três categorias: administrativas, de controlo ambiental (ou de engenharia) e de protecção respiratória.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Metodologia

3.1.1 Caracterização da área de estudo

O Hospital Militar Regional Centro, é a Unidade mais diferenciada na prestação de cuidados médicos e medicamentosos a nível da Região. É classificado como sendo do 3º escalão na prestação de cuidados de saúde com beneficiários directos efectivos das FAA, Policia Nacional, Órgão de Defesa e Segurança, membros do governo, entidades eclesiásticas e tradicionais, trabalhadores civis das unidades militares e seus familiares directos e outros.

O Hospital Militar Regional tem 669 efectivos, destes 455 militares, 199 civis e 09 expatriados. Deste universo, 14 são Médicos Angolanos (12 Militares e 2 civis), equipa médica Cubana com 7 e equipa médica Russa com 2 especialistas; 49 licenciados em Enfermagem (42 militares e 07 civis); 6 licenciados em cardiopneumologia, 1 assistente social, 5 electromédicos, 8 psicólogos clínicos, 6 estomatologistas e 5 fisioterapeutas. Os demais efectivos distribuem-se entre técnicos médio de saúde, socorristas, maqueiros e pessoal administrativo.

O Hospital tem uma capacidade de 108 camas físicas, destas 81 camas reais (Medicina 39: Cuidados intensivos 6; Cirurgia-10; Ortopedia-8; Infecto-18;)

O mesmo dispõe das seguintes áreas de serviços: Banco de Urgências, Consultas Externas, Ortopedia, Medicina, Cirurgia, Infecçiology, Fisioterapia, Estomatologia, Bloco Operatório e esterilização, Unidade de Cuidados Intensivos, Farmácia, ORL.

Meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica: Laboratório de análises clínicas, Hemoterapia, Electrocardiografia e Imagiologia (Rx e Ecografia).

SAT - apetrechado com o apoio da “*Charles Drew University*”, através da Embaixada Norte-Americana.

3.2 Banco de urgências

Funciona 24 horas com equipas constituídas por: Médico de Clínica Geral, Técnicos superiores de Enfermagem, Técnicos, médios e básicos de saúde, Maqueiros, Equipa Médico-

Cirúrgica (Cirurgião e Anestésista) que funcionam em regime de chamada (no período nocturno, feriados e fins de semanas).

3.3 Consultas externas

Realizam-se de segunda a sexta-feira, das 09H:00 às 15H:30 nas especialidades de Medicina, Cirurgia Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, oftalmologia, urologia, endocrinologia. Realça-se que por falta de médicos especialistas em ortopedia, neurocirurgia, Maxilo-facial, ORL, as referidas marcações são feitas e os doentes encaminhados ao hospital provincial.

Em termos de programas de saúde, no Hospital estão em pleno funcionamento os seguintes: Tuberculose Pulmonar, V.I.H-Sida, Malária, HTA e Diabetes mellitus, Medidas fitossanitárias.

Em termos de técnica o Hospital Militar conta com: 1 Mini-autocarro operacional, 2 Ambulância operacional e outra avariada, 1 Motorizada de 3 rodas, 1 Motorizada de 2 rodas e 1 Grupo gerador de 630kv.

3.4 Delineamento experimental

Para a realização desta pesquisa foi utilizado o método de análise do sistema físico operacional, com objectivo de obter-se a síntese do sistema através de normalidade. O teste Shapiro -Wilk, proposto em 1965, por SAMUEL SANFORD SHAPIRO e MARTIN WILK, que é baseado na estatística de normalidade sobre as frequências, que por sua vez são usados para determinar conjuntos de dados de uma dada variável aleatória, é bem modelado por uma distribuição normal ou não. Assim contou com a participação dos técnicos de saúde.

A população total é composta por um grupo de pacientes (25) com tuberculose. A amostra relativa ao grupo de pacientes ($n = 10$) foi toda recolhida no hospital Militar do Huambo. A recolha propriamente dita decorreu entre os meses de Janeiro a Junho de 2023, num primeiro momento foi solicitada autorização para a recolha dos dados junto da instituição hospitalar, posteriormente, procedeu-se ao esclarecimento acerca dos objectivos da investigação, a confidencialidade e anonimato das respostas, aos pacientes, com a apresentação do documento de consentimento informado (Anexo nº 01). Importa referir que para responder ao questionário, todas os profissionais foram inqueridos na unidade hospitalar.

3.5 Instrumentos

Procedimentos Para o presente trabalho, utilizámos como instrumento um questionários por nós elaborados, utilizamos em simultâneo as técnicas quantitativas e qualitativas, tendo permitindo uma visão mais abrangente do objecto de estudo que analisámos; privilegiamos uma abordagem interpretativa, uma vez que estamos interessados em compreender a forma de aplicação do protocolo de enfermagem sendo que o questionário foi dirigido para os profissionais de saúde, que eram constituído por 10 (dez) perguntas, com objectivo de colher informações cuja análise e interpretação levou-nos a compreender o nível de conhecimento dos profissionais sobre aplicação do protocolo de enfermagem.

3.6 População em estudo

Identificado o universo populacional de 25 profissionais já tendo sido elaboradas as entrevistas (guião), marcamos um pré-encontro com os 10 profissionais saúde que disponibilizaram o seu tempo no sentido de permitir a realização do estudo ou entrevista.

3.7 Amostra: Sua Caracterização

A amostra foi constituída por 10 profissionais que trabalham na secção de infecciologia do HMH 60% do género feminino e 40 % do género masculino na faixa etária entre 28 e 48 anos de idade, escolhidos aleatoriamente.

3.8 Critério de inclusão

Todos os profissionais, que se mostraram disponíveis a colaborarem neste estudo.

3.9 Critério de exclusão.

Todos profissionais que não quiseram participar do estudo e aqueles que não estavam disponíveis.

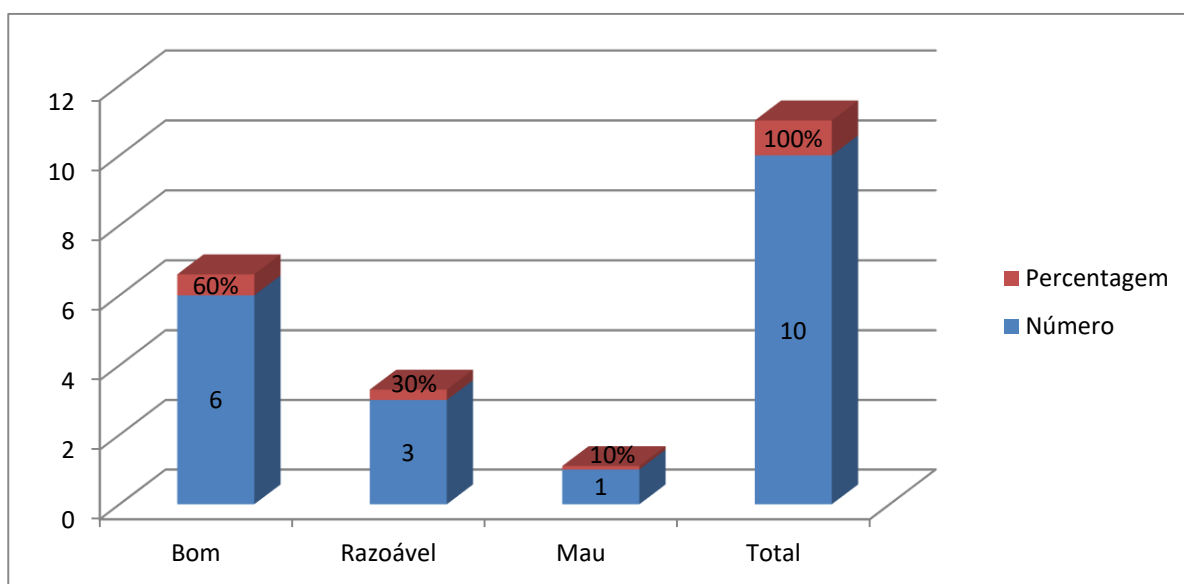
3.10 Aspectos éticos e bioéticos

O Projecto foi submetido ao Comité de Ética do ISPC aprovado sob o número 183/2023. Será salvaguardada a privacidade e o consentimento informado. Para a colecta de dados, foi endereçada uma carta à Direcção do Hospital Militar. O presente estudo não apresentará conflitos de interesse.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Gráfico nº 1. Distribuição dos profissionais que avaliaram de que formas são repassadas as informações para os colegas de outro turno.

O gráfico mostra que dos 100% dos profissionais que avaliaram de que forma são repassadas as informações para os colegas de outro turno, 6 que corresponde a 60% responderam que é bom, 3 responderam que é razoável que correspondeu a 30% e 1 que corresponde a 10% respondeu que é mau.



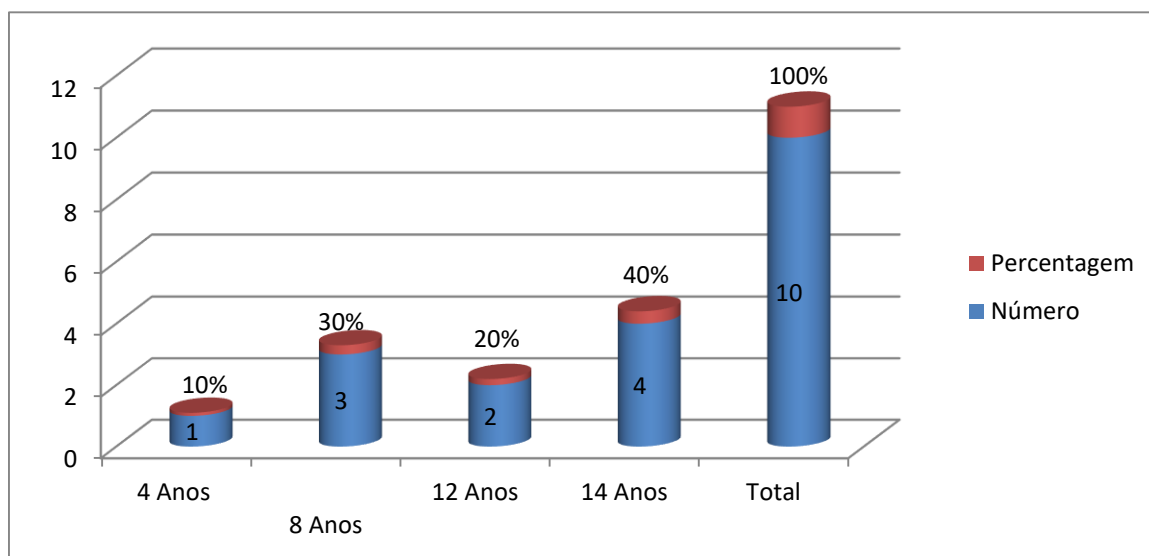
Fonte: (Autor, 2023)

O nosso resultado está de acordo com (TELLINGEN *et al.*, 2012) quando decertou que um dos principais objectivos da passagem de turno é a promoção da qualidade e continuidade dos cuidados de forma segura. O serviço de urgência é um serviço peculiar, onde há uma constante actividade propícia à ocorrência de interrupções, o que se pode repercutir em falhas de comunicação. A eficácia da qualidade das passagens de turno está associada à melhoria da qualidade dos cuidados, pelo que se torna imprescindível encontrar o que constitui um estilo de passagem de turno efectivo para reduzir o número de eventos adversos, resultantes de uma passagem de turno incompleta

A World Health Organization, 2007) alinhados com Tellingén *et al.*, 2012) quando realçou que a segurança do paciente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde, pelo que as falhas na comunicação aquando da passagem de turno podem ter consequências nefastas para o paciente, tanto por omissão de dados como por incongruência dos mesmos.

Gráfico nº 2. Distribuição dos profissionais, quanto ao tempo de trabalho na Instituição.

De acordo o gráfico é possível identificar que 1 profissional de saúde trabalha a 4 anos, o que corresponde a 10%, 3 que corresponde a 30% trabalham a 8 anos, 2 trabalham a 14 anos o que corresponde a 20% e 4 trabalham a 14 anos o que corresponde a 40%



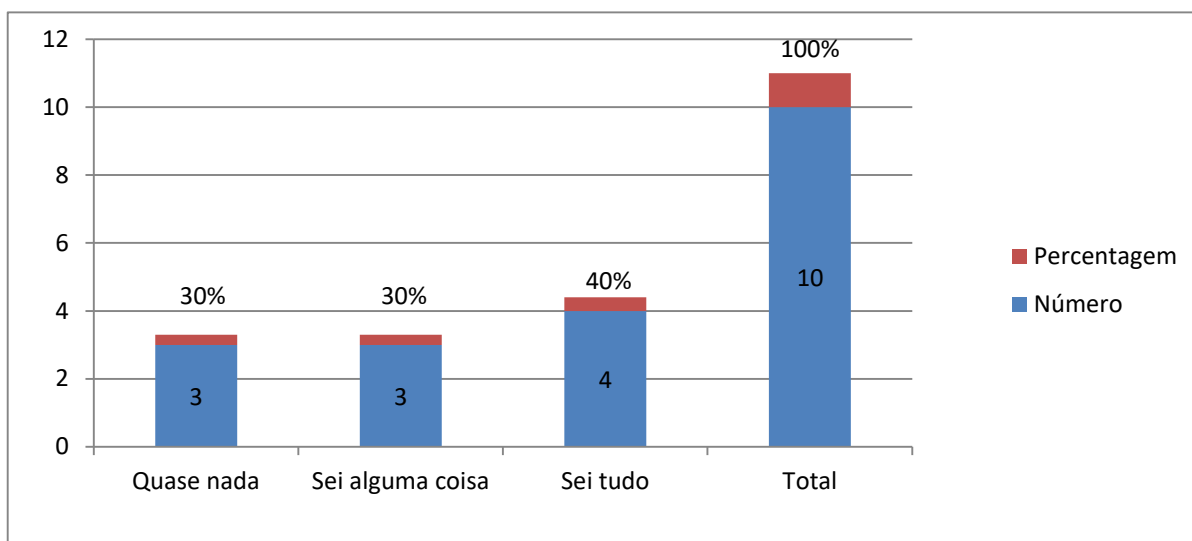
Fonte: (Autor, 2023)

Concordando com o nosso resultado (GRAVETO, *et al.*, 2005) afirmou que o local de trabalho é, ... um local de eleição único, dada a interactividade e confrontação permanentes entre os diversos saberes e a prática quotidiana. Devem adquirir todo um conjunto de competências, privilegiando para tal as situações de trabalho, de forma a desenvolver um perfil profissional próprio pela integração dos diversos saberes

Ainda, (DIAS 2006), alinhado ao resultado de (GRAVETO, *et al.*, 2005), realçou que sendo a prática um local de eleição para o desenvolvimento do saber fazer, saber ser, torna-se primordial que os enfermeiros peritos sejam “modelos” para os enfermeiros iniciados e criem nos locais de trabalho espaços de debate, reflexão e partilha de saberes. A noção de competência é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da acção adquiridas ao longo do tempo de forma empírica, não sistematizada, que se manifesta em situações concretas de trabalho.

Gráfico nº 3. Distribuições dos profissionais de saúde se sabem algo sobre os protocolos assistenciais de enfermagem.

O gráfico mostra que 3 profissionais que corresponde a 30% responderam não sabem quase nada, 3 que corresponde a 30% sabem alguma coisa e 4 sabem tudo sobre protocolo o que corresponde a 40%



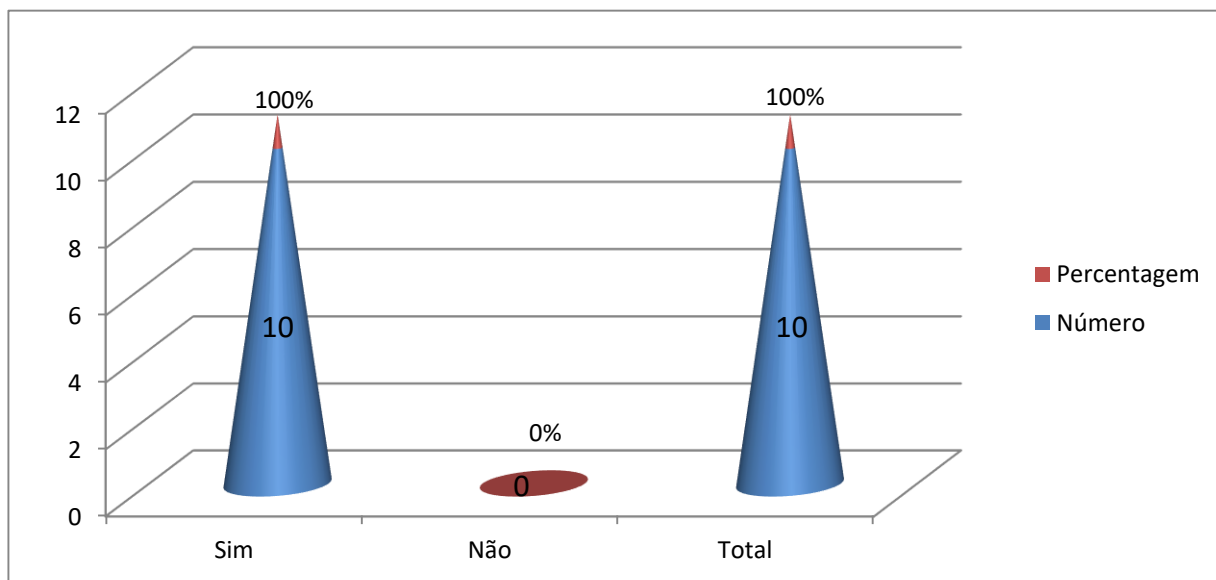
Fonte: (Autor, 2023)

Os protocolos emitidos pela OMS devem ser conhecidos e aplicados pela equipa de enfermagem porque direccionam estes profissionais a realizarem procedimentos básicos no cuidado ao paciente, como reduzir a ocorrência de incidentes, mortalidade, contaminação, além da saúde e bem-estar no paciente.

Os enfermeiros necessitam conhecer e aplicar os protocolos porque direcciona o trabalho que devem seguir para cuidar do paciente e evitar possíveis problemas pela falta de itens básicos de higiene, prevenção e segurança, como higienizar as mãos, lidar com a prescrição e administração dos medicamentos além dos cuidados com as quedas dos pacientes.

Gráfico n° 4. Distribuições dos profissionais de saúde se sabem da existência de protocolo elaborado na instituição onde você trabalha.

O gráfico mostra que os 100% dos profissionais de saúde responderam que existe um protocolo de prestação de cuidados



Fonte: (Autor, 2023)

Ao descrever este protocolo para Descrição de Procedimentos Assistenciais de Enfermagem no Âmbito Hospitalar consideramos que de acordo com Jericó, Peres e Kurcgant, 2008, tais normas, desenhos, manuais de técnicas e procedimentos são ferramentas utilizadas pelas organizações de saúde que são moldadas pelas crenças de quem as constituíram (fundadores ou dirigentes) e que adoptam recursos e geram uma produção assistencial, em busca de atingir os objectivos organizacionais.

Tabela nº 02. Distribuições dos profissionais de saúde que responderam se fazem o uso do protocolo quando prestam cuidados de enfermagem.

100% dos profissionais de saúde responderam que não fazem o uso de protocolos na prestação de cuidados de enfermagem

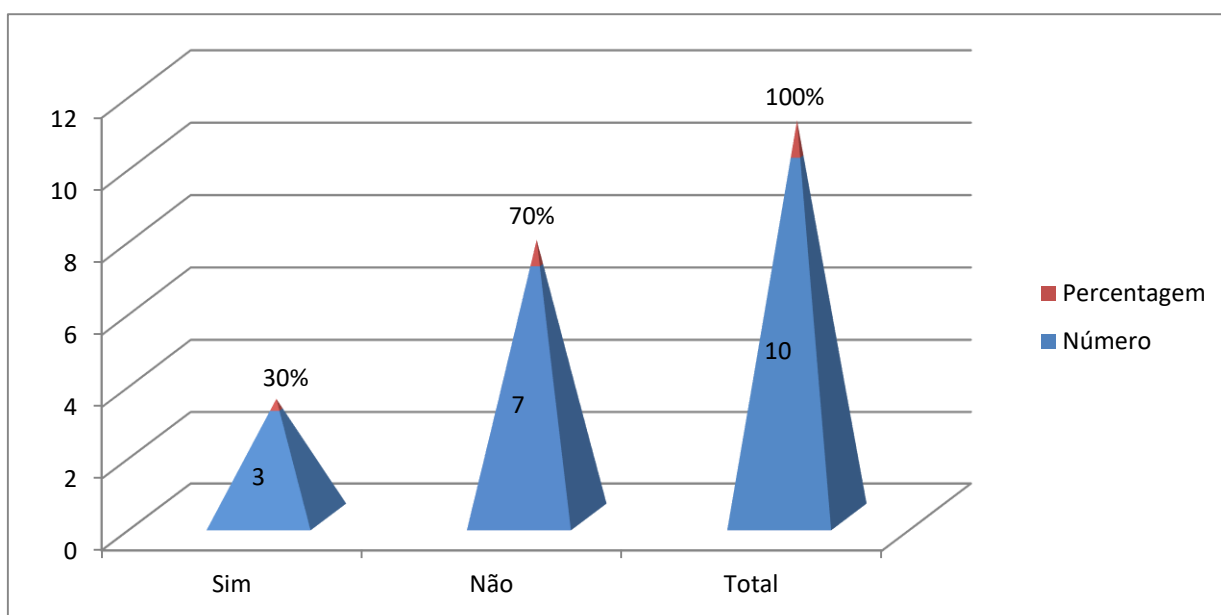
Fazem o uso do protocolo de enfermagem quando prestam os cuidados de enfermagem	Número	Porcentagem
Sim	00	00%
Não	10	100%
Total	10	100%

Fonte: autor (2023)

Alinhado ao nosso resultado (JÚNIOR, *et al.*, 2016), quando afirmou que, o uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de acção e cooperação entre os diversos profissionais. Este protocolo tem como objectivo fornecer orientações práticas para toda a equipe hospitalar envolvida na abordagem dos pacientes com início agudo de sintomas sugestivos de Tuberculose pulmonar.

Gráfico nº5. Distribuições dos profissionais de saúde se sabem da existência de sistematização da assistência na sua secção.

O gráfico mostra que 3 profissionais que corresponde a 30% responderam que existe sistematização da assistência e 7 que corresponde a 70% responderam que não existe sistematização da assistência.

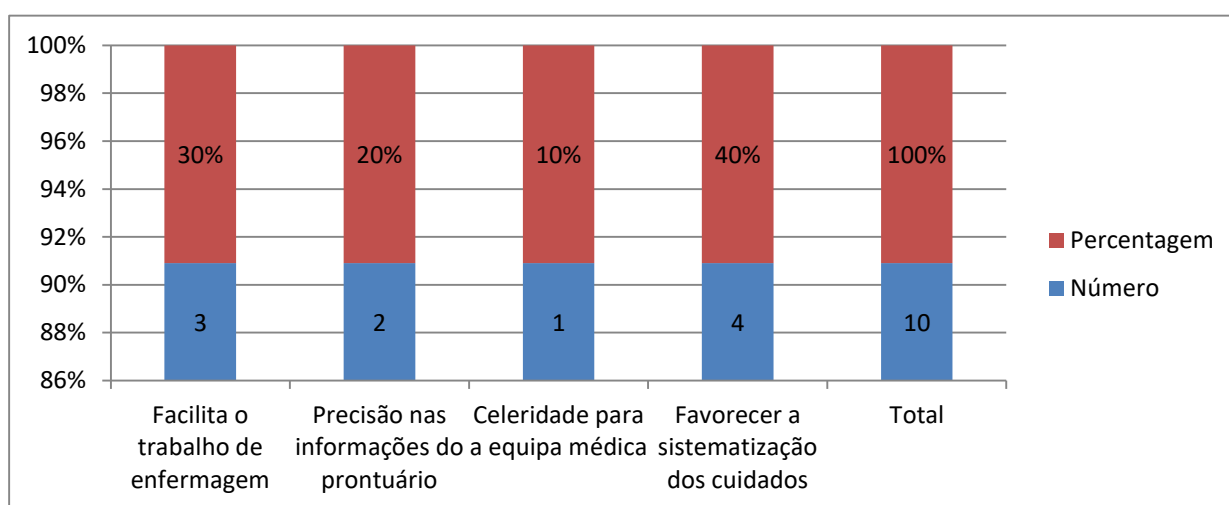


Fonte: (Autor, 2023)

(COSTA, E. T. S 2003) alinhado ao nosso resultado realçou que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia que organiza toda a operacionalização do Processo de Enfermagem. A SAE planeja o trabalho da equipe e os instrumentos que serão utilizados, de acordo com o procedimento que será realizado. O método é organizado em cinco etapas, que ajudam a fortalecer o julgamento e a tomada de decisão clínica assistencial do profissional de enfermagem. Dessa forma, o profissional consegue agir de acordo com a priorização, a delegação, gestão do tempo e contextualização do ambiente cultural do cuidado prestado.

Gráfico nº 6. Distribuição dos profissionais de saúde sobre quais as vantagens do protocolo de enfermagem.

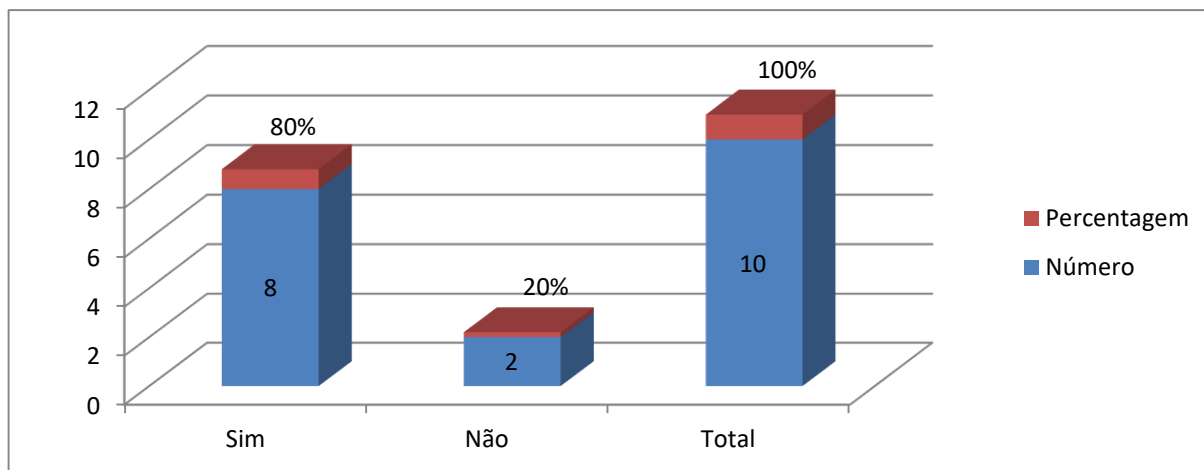
O gráfico ilustra-nos que 3 profissionais de saúde responderam que o protocolo facilita o trabalho de enfermagem o que corresponde a 30%, 2 profissionais o que corresponde a 20% responderam que da precisão nas informações do prontuário, 1 que corresponde a 10% respondeu que da celeridade para a equipa médica e 4 profissionais que correspondeu a 40% responderam que favorece a sistematização dos cuidados



Fonte: (Autor, 2023)

Gráfico nº 7. Distribuição dos profissionais de saúde, se fazem a investigação com os familiares dos doentes com tuberculose?

O gráfico mostra que 8 profissionais de saúde o que corresponde a 80% responderam que não há investigação e 2 profissionais que corresponde a 20% responderam que há investigação com os familiares dos pacientes com tuberculose

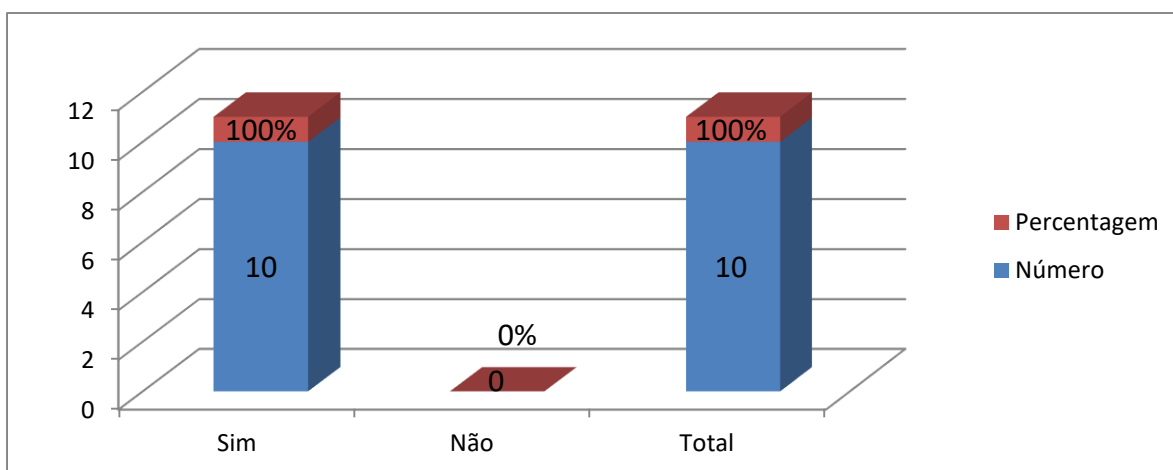


Fonte: (Autor, 2023)

O nosso resultado está de acordo com (Sousa AS, *et al.*, 2004) quando disse que hoje, a representação da doença na família conserva muitas das imagens que fizeram da TB uma das doenças mais temidas em todos os tempos. Segundo autores, diante do adoecimento a família reage de forma peculiar e própria, uma vez que este processo é determinado por múltiplas variáveis. Portanto, são relevantes estudos que apresentem os determinantes associados ao estigma da TB, a fim de se estabelecer o perfil das famílias acometidas pelo evento.

Gráfico ° 8. Distribuição dos profissionais, se fazem o controlo da toma observada diariamente dos medicamentos no tratamento institucional.

O gráfico mostra que 100% dos profissionais responderam que fazem o controlo da toma observada diariamente no tratamento institucional

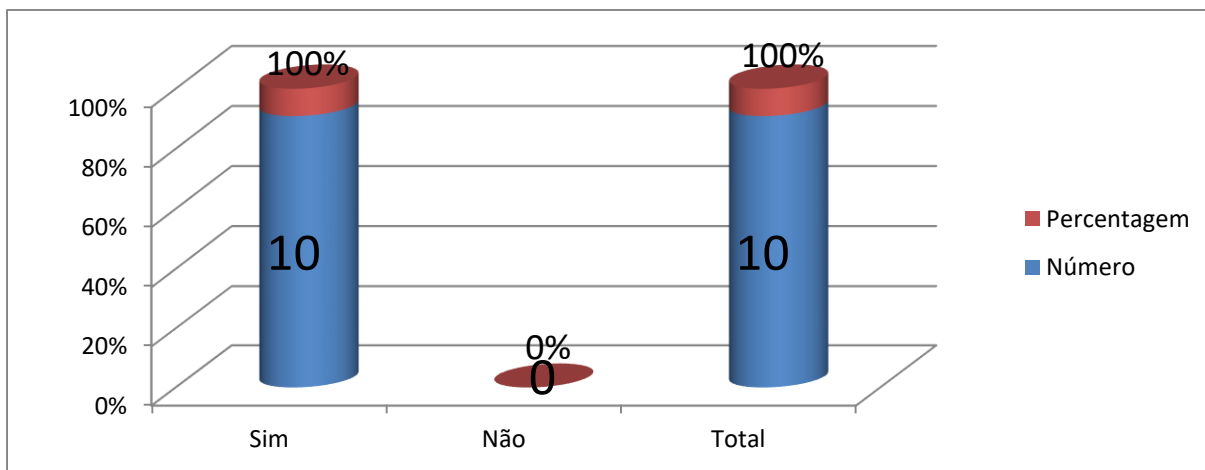


Fonte: (Autor, 2023)

O nosso resultado está de acordo a (TEIXEIRA 2012), quando afirmou que, garantir o sucesso terapêutico, a estratégia DOTS prevê a implantação do tratamento supervisionado (TS), que consiste na administração directa do medicamento por uma segunda pessoa, que entrega, observa e regista a ingestão de cada dose da medicação. Este procedimento pode realizar-se na unidade de saúde, no domicílio do paciente, no hospital ou local de trabalho.

Gráfico nº 9. Distribuição dos profissionais de saúde, se observam os cuidados de biossegurança relativos à redução da transmissão da tuberculose no âmbito da unidade de saúde.

100% dos profissionais de saúde responderam que observam os cuidados de biossegurança relativos a redução da transmissão da tuberculose



Fonte: (Autor, 2023)

Diversos estudos e documentos publicados por organizações de grande peso, como a Organização Mundial da Saúde e Centers for Disease Control and Prevention, classificam essas medidas de biossegurança em três grandes grupos: medidas administrativas, medidas de engenharia e medidas de proteção individual. Independentemente do tipo de serviço de saúde, recomenda-se que as medidas administrativas sejam priorizadas, pois, a partir de uma avaliação realizada a nível gerencial, serão definidos que tipos de medidas de engenharia e de proteção individual serão necessários em função do perfil do serviço.

5. PROPOSTA DE SOLUÇÃO

A tuberculose tem vindo a diminuir no país, encontrando-se a incidência abaixo do limite definido como baixa incidência desde 2015 (<20/100 000 habitantes). A sua concentração nos grandes centros urbanos, a sua associação com diferentes Comorbilidade exige a actuação conjunta entre as instituições de saúde e estruturas sociais.

A abordagem da tuberculose deve ser sempre dirigida em benefício individual do doente (diagnóstico célere, tratamento adequado evitando a emergência de resistências e reduzindo risco de mortalidade) e em benefício colectivo (redução do risco de transmissão e identificação da população de maior risco de exposição instituindo tratamento preventivo).

Este protocolo traz como solução uniformizar atitudes nas práticas clínicas e assim o sucesso no controlo da tuberculose na comunidade. Destacam-se as seguintes propostas orientadoras:

1-Perante um caso suspeito de tuberculose devem ser efectuados todos os esforços no sentido de um diagnóstico correcto e célere recorrendo à colheita de amostras biológicas e aplicação de testes laboratoriais que visam a identificação de *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) e de eventuais resistências aos antimicrobianos.

2-Para o tratamento da tuberculose susceptível continua a ser recomendado o esquema diário inicial de 4 fármacos (Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol, seguido de esquema diário de manutenção de 2 fármacos (Isoniazida + Rifampicina).

3-Perante a resistência à Isoniazida (mas susceptibilidade à Rifampicina), recomenda-se que seja efectuado um esquema com 4 fármacos (Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol e Levofloxacina) por um período de 6 meses.

4-Recomenda-se que durante o tratamento seja feito o controlo bacteriológico com colheitas quinzenais de expectoração até três amostras consecutivas com exame directo negativo.

5-Fazer uso de um protocolo, sempre que preste cuidados de enfermagem aos doentes, de forma a evitar repetição e manter a sistematização dos cuidados.

6-Garantia de elevada cobertura da vacina BCG;

7-Descentralização das acções de detecção, diagnóstico e acompanhamento da TB.

8-Ampliação da participação da sociedade civil no enfrentamento da doença;

9-Desenvolvimento de estratégias de análise de dados para o monitoramento

10-Formação e fortalecimento de rede de pesquisa em TB;

11-Implantação de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento da doença;

12-Vigilância do óbito por TB, da infecção latente e da tuberculose resistente;

- 13-Fortalecimento das acções de controlo da doença nas populações mais vulneráveis;
- 14-Abordagem da TB na perspectiva dos determinantes sociais;
- 15-Melhoria dos indicadores de desfecho do tratamento;
- 16-Solicitar teste de HIV após consentimento e aconselhamento.
- 17-Registar em prontuário a evolução clínica dos casos de TB e de seus contactos.
- 18-Preencher livro de registo do “Sintomático Respiratório nos Serviços de Saúde” e de “Registo de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento”.
- 19-Realizar assistência integral às pessoas e famílias, inclusive, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- 20-Convocar/convidar contactos de TB para investigação.
- 21-Orientar os técnicos e auxiliares de enfermagem quanto ao acompanhamento de TDO.
- 22-Contribuir e participar nas actividades de educação permanente (EP) dos membros das equipas quanto à prevenção, manejo do tratamento, acções de controlo da doença.
- 23-Realizar o TDO e registar em “Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação”.
- 24-Realizar e avaliar anualmente a programação das acções do programa local de TB, estabelecida para cada unidade de saúde.
- 25-Observar os cuidados de biossegurança relativos à redução da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* no âmbito da unidade de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando a excelência do cuidado na enfermagem, consideramos o processo de conhecer o protocolo de cuidados enfermagem, para a actuação do enfermeiro, que busca compreender e facilitar a interacção com o paciente e equipas multiprofissionais. O conhecimento do mesmo implica em abertura, disponibilidade, flexibilidade, vontade de conhecer o outro e deixar-se conhecer.

Considerando a indiscutível relevância, do protocolo de cuidados de enfermagem e informações de suas relações com o meio onde interage, o assunto merece especial atenção no que concerne a sua utilização na enfermagem.

A proposta do presente trabalho sugere a incorporação dos protocolos de cuidados de enfermagem no prontuário, buscando atender às necessidades da instituição hospitalar, através da aproximação teórico- prática e da atenção à integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base nas análises realizadas entende-se que a pesquisa se justifica por se tratar de um tema pontual dentro da saúde pública e de extrema necessidade de tratamento da TB e de controlo, visto que a tuberculose ainda tem sido uma doença recorrente no meio social afectando a diferentes classes sociais e principalmente as mais vulneráveis.

Conclui-se que a tuberculose ainda é dentro do contexto da saúde pública no HMRC, uma das maiores preocupações quanto as doenças transmissíveis, fato esse que requer com base no perfil pacientes entrevistados, maior pré-disposição dos órgãos da unidade hospitalar no combate e controlo da doença, e maior conscientização do indivíduo em tratamento, quanto a continuidade do tratamento e os cuidados devidos, a fim de evitar a proliferação doença a outros indivíduos. Por ser um tema de bastante abrangência dentro do cenário da saúde pública no huambo e de inúmeros caminhos de estudo, a pesquisa realizada servira de base e mostra a oportunidade de estudos futuros.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BANDEIRA, Pedro. “Mortalidade por tuberculose em Angola pode aumentar 20% em 2021 devido à pandemia.” Luso, 2021.

BERTOLOZZI MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento directamente observado(DOTS) ao município de são Paulo-SP(teste). São P Escola de Enfermagem, Universidade se São Paulo; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica Brasília: Ministério da Saúde, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. 2019.

CAM, Pimenta, Pastana ICASS, Keri SICHIERI, e RKT Solha. “Guia para construção de protocolos assistenciais de Enfermagem.” COREN-SP, 2017.

CAMPOS HS. Etiopatologia da tuberculose e formas clínicas. Pulmão RJ.

CAPONE, D.et alt. Diagnostico por imagem da turberculose pulmonar. Pulmão RJ, Rio de Janeiro, v 15, n.3p.166, 2006

CORREA AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino PS, Leão ER, ChimentãoDMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev. Esc. Enferm. USP [online]. 2012 fev [citado 2012 out 11];46(1):67.

COREN-GO. Padronização na Enfermagem: o que é, como se faz e para quê? COREN-GO: Goiânia, mar. 2014.

COSTA FD, AZEVEDO RCS. Empatia, relação medico-doente com o benéfico para o doente e para adesão medica. Dissertação (mestrado em medicina geral e familiar – faculdade de medicina. Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014; 50p

DANIEL TM (2006) The history of tuberculosis. Respir Med 100:1862–1870. doi: 10.1016/j.rmed.2006.08.006.

DI NASO FC, Pereira JS, Schuh SJ, et al. Avaliação funcional em pacientes com sequela de tuberculose. Rev Port Pneumol 2011; 17:216-221.

DOMINGUES A. Comentário ao Simpósio. Postgraduate Medicine. 2001;16(5):44-48.

DYE, Christopher (2006) Global Epidemiology Of Tuberculosis. EssayFocus. Geneva. 938-0 p.

DIAS, M.^a Fátima Batista – Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências de enfermagem para o grau de Licenciado. Lusociência, (1.^a edição) 2005.

ESCOTT-STUMP S. Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento. 4^aed.São Paulo: Manole; 2004. p. XVIII, 760.

FERRI, Anise Ozório. Et al. Diagnostico da tuberculose: uma revisão. Revista liberato. VOL. 15, n. 24, p. 105-212, Novo Hamburgo Juldez.2014.

FIOCRUZ. Manual do usuário do SITETB: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose. Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

FITERMAN; Lima, 2011; sbpt ; comissão de tuberculose , 2009; tb Care i, 2015).

FURLAN, M.C.R., et al. O vículo com o profissional de saúde no tratamento de tuberculose: percepção dos usuários. Revista de Enfermagem do centro Oeste mineiro., v.7, e .1934, p.1-12, 2017.

GRAVETO, João Manuel G. N. – Cosntrução e Validação de uma Escala de Percepção de Competências Profissionais do préLicenciado em Enfermagem.. Tese de Doutorado apresentada na Universidade da Extremadura – Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação. 2005.

GREENE RJ, Harris ND. Patologia e Terapeuticas para farmaceuticos: Bases para a Prática da Farmacia Clínica..3^a edição. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HOSPITAL SANATORIO. Jornal de angola; Isaac joaquim.Tuberculose na Província do Huambo, Angola. Porto: U.P,2023.

JUNIOR, Cesar Souza e Vinicius Pain BRAZIL. Protocolo de Enfermagem. Florianapolis: Creative Commns, 2016.

LANGE C, Mori T, Advances in the diagnosis of active tuberculosis: state of the art and future prospects.

LAZARUS A, Martin G. Epidemiologia e diagnóstico da tuberculose.Postgraduate Medicine. 2008; 16(5):13-22.

LEVINSON, Warren.Microbioogia Médica e Imunologia. 13 ed. – Porto Alegre: AMGH, 2016.Xii788P.

MACEDO R, Silva AS, Rodrigues IJ, et al (2013) Vigilância Laboratorial da Tuberculose em Portugal: relatório 2012. Lisboa.

MATSUMOTO, k. ET AL. The association between smoking and sputum smear-positive pulmonary tuberculosis in Osaka city. *Kekkaku*, Tokyo, V. 87, n.8,p.541-547, aug. 2012.

MIRANDA NETO, M. V. et al. Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde? *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 71, Supl. 1, p. 716-21, 2018.

MINISTERIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Tratamento directamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem – Brasília : Ministerio da saúde. 2011.

NOGUEIRA, Antônio Francisco. “Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos *Rev. Bras. Farm.*” *Rev. Bras. Farm*, 2012: 3-9.

OMS. OMS: Novos casos de tuberculose estão a diminuir em África. *JA*, 2021

PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar de Almeida - . Saude coletiva: teoria e prática / Organizadores: Jairnilson Silva Pai, naomar de almeida – Filho. – 1. Ed. Rio de Janeiro: med

PIMENTA, C.A.M.et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015. Book, 2014.

PINTO MFT, Steffen R, Entringer A, Costa ACCD, Trajman A. Budget impactof the incorporatio of genexpert MTB/RIF for diagnosis of pulmonary.

PROENÇA R. Sida e Tuberculose. In: Lecour H, e Castro RS, editores. *Infecção VIH/SIDA*. 1st ed ed. V. N. Famalicão: Papelmunde; 2004. p. 145-52.

QUEIROZ AAR, Dantas DNA, lopes RH, Menezes RMP, Enders BC, Arcencio RA. Conhecimento das famílias de pacientes com tuberculose sobre a doença: estudo transversal. *Cogitare Enfermagem*.2016;21(1):1-9.

RANGE N, Chungalucha J, Krarup H, Magnussen P, Andersen AB, Friis H. The effect of multi-vitamin/mineral supplementation on mortality during treatment of pulmonary tuberculosis: a randomised two-by-two factorial trial in Mwanza, Tanzania. *Br J Nutr*. 2006; 95(4):762-70.

RIBEIRO A, Pereira ÀA, Silvestre AM, ete al (2012) Manual sobre Doenças Infecciosas, 2nd ed. Permanyer Portugal.

RIEDER, Laszlo Hans. Bases epidemiológicas do controlo da tuberculose. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2013.

ROSSO, C.F.W.et al. Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde do Estado de Goiás – Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.

SANT Ana CC. Diagnóstico da tuberculose na infancia e na adolescencia. Pulmão RJ.2012;21 (1):60-64.

SANTOS, António Fernando. “O Combate à Tuberculose uma Abordagem Demográfico Epidemiológica.” 2010.

SAUDE D-Gd. Dia Mundial da Tuberculose 2009 [Internet]. 2008.

SHAPOVALOVA, Oscar. “Tuberculose latente em profissionais de saúde.” Revista Smeulers, M., Tellingén, V., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2012). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. ⊕e Cochrane database of systematic reviews, 6, CD009979. doi:10.1002/14651858.CD009979 Portuguesa de Saúde Pública, 2016.

TEXEIRA, G.DOTS – A retomada de uma estratégia. Rio de Janeiro 2017 5p mineografo.

UNIVERSITY OF STELLENBOSCH.Nutrition Information Centre.Tuberculosis (TB) and Nutrition [internet]. [citado em: 15-04-2009].

VEIGA, Ana Margarida. Controlo da Tuberculose. Lisboa: ENSPUNL, 2016.

VERONESI, Ricardo. Tratado de infectologia 5ª ed./ editor científico Roberto FOCACCIA – São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

WERNECK, Marcos Azeredo, Horácio Pereira de FRARIA, e Kátia Ferreira CAMPOS. Protocolos de Cuidado à Saúde e de Organização do Serviço. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2009.

WILBUR AK, Farnbach AW, Knudson KJ, Buikstra JE.Diet, tuberculosis, and the paleopathological record.Curr Anthropol. 2008; 49(6):963-77; discussion 77- 91.

Sousa AS, Kantorski LP, Bielemann VLM. A AIDS no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social. Acta sci Health sci 2004; 26(1):1-9.

GLOSSARIO

Incidência-----é o número de novos casos da doença que tiveram início no mesmo local e período.

Quimioterapia-----é o tratamento que utiliza medicamentos para destruir as células doentes que formam um tumor ou se multiplicam desordenadamente.

Morbilidade -----conjunto de indivíduos da mesma população que adquiriram doença num dado intervalo de tempo.

Tuberculose-----é uma doença infecciosa e transmissível que afecta principalmente os pulmões.

Tratamento da Tuberculose é o uso de medicamentos anti bacilares para tratar a tuberculose.

Protocolo de enfermagem----- é a descrição de uma situação sobre o que se faz, quem faz e como se faz.

Cuidados de enfermagem -----são acções e procedimentos realizados pelos enfermeiros no contacto directo com os pacientes.

Comorbidade ----- é a ocorrência de duas ou mais doenças relacionadas no mesmo paciente e ao mesmo tempo.

Comorbilidade ----- qualquer patologia independente e adicional a uma outra existente e em estudo num paciente.

7. ANEXOS

ANEXOS 1. CREDENCIAL

Autenticado
05/06/2023



CAÁLA
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

Gabinete do Vice-Presidente Para Área Científica e Pós-graduação



Á:

**DIREÇÃO DO HOSPITAL
MILITAR REGIONAL CENTRO
DO HUAMBO**

« HUAMBO »

CREDÊNCIAL Nº 183/GB-VP.ACPG-AAcVE/2023

Para que não se coloque impedimento, declara-se que **Celestino Chienja Chimema**, é Estudante desta Instituição, matriculado no 5º ano do Curso Graduação em Enfermagem no Ano lectivo de 2022-2023.

E tendo em vista a realização do Trabalho de Pesquisa, vimos por meio desta solicitar á Direção do Hospital Militar Regional Centro do Huambo, no sentido de autorizar o Estudante acima citado para a recolha de dados.

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

Direcção do Vice-Presidente Para Área Científica do Instituto Superior Politécnico da Caála, aos 18 de Maio do ano de 2023.

O Vice-Presidente Para Área Científica e Pós-graduação



Artindo da Costa Afonso, PhD
Professor Auxiliar



ANEXO 2-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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 “Protocolo de orientação de enfermagem, voltado à paciente com tuberculose, seguido pelo Hospital Militar Regional do Huambo, período de Janeiro a Junho de 2023. Cujo objectivo é Propor um protocolo de prestação de cuidados de Enfermagem aos pacientes com tuberculose internados no Hospital Militar Regional 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

Orientado

Orlando A. Chimaqui

Pesquisado responsável

Celestino Chienja Chimema

ANEXO Nº 3 – IMAGEM DO HOSPITAL MILITAR REGIONAL CENTRO- HUAMBO





ANEXO Nº 4- QUESTIONARIO PARA PROFISSIONAIS DE SAUDE

- 1-De que forma as informações são repassadas para os colegas de outro turno? Como você avalia.
- 2-Há quanto tempo você trabalha na Instituição?
- 3- O que você sabe sobre protocolos de assistenciais de enfermagem?
- 4 -Existe algum protocolo elaborado na instituição onde você trabalha?
- 5- Fazem o uso do protocolo de cuidados de enfermagem?
- 6 -Existe uma sistematização da assistência na sua secção?
- 7-Que vantagens têm os Protocolos de enfermagem
- 8-Após o diagnóstico de um caso de tuberculose, fazem a investigação com os familiares deste doente?
- 9-Fazem o controlo da toma observada diariamente dos medicamentos no tratamento institucional?
- 10-Observam os cuidados de biossegurança relativos à redução da transmissão da tuberculose no âmbito da unidade de saúde.