



DEPARTAMENTO DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

JOSÉ DE ALMEIDA CASSINDA SACAPA

**PROPOSTA DE GUIA DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM A
PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR NO HOSPITAL
SANATÓRIO DO HUAMBO.**

CAÁLA/2023

JOSÉ DE ALMEIDA CASSINDA SACAPA

**PROPOSTA DE UM GUIA DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM A
PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR NO HOSPITAL
SANATÓRIO DO HUAMBO.**

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

Orientadora Prof.^a: Doralys Arbelo Lopez. MsC.

CAÁLA/2023

A toda minha família sanguínea e acadêmica, que
muito fizeram para a minha formação.

AGRADECIMENTOS

De princípio a Deus, pelo amor, que nos cuidou e a ele temos pedido a graça dia pôs dia para nossas realizações.

A minha esposa `` Delfina Miséria Yungui, aos meus filhos Mateus Seyala de Almeida e Frederico Fecayamale Yungui

A minha estimada orientadora Doralys Arbelo Lopez, pela paciência e coragem que me deram no decorrer do trabalho.

São também extensivos a toda minha família pelo apoio em tempo conturbado e o além aparecia escura sem horizonte. Finalmente a minha Direção do Hospital Sanatório do Huambo.

Aos professores do Instituto Superior Politécnico da Caála, em especial, por serem excelentes, docentes.

A todos, o meu profundo agradecimento!

“As grandes coisas surgem da observação de pequenos detalhes”.

(Augusto Cury)

RESUMO

Introdução. A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pela micobactéria do gênero Mycobacterium, sendo a espécie Mycobacterium Tuberculosis (MTB) a mais comum afeta principalmente os pulmões, mas pode afetar praticamente todos os órgãos do corpo. É uma das doenças que mais causa mortes no mundo, sendo a mais letal causada por um único agente infeccioso dos quais milhões morrem anualmente. **O objetivo** deste trabalho foi Propor um Guia de Orientação de Enfermagem a Pacientes com Tuberculose Pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo no primeiro semestre de 2023. **Metodologia:** Tratou-se de uma Pesquisa descritiva e prospectiva, com abordagem quali-quantitativa, com ênfase na pesquisa Bibliográfica, as fontes de recolha de dados utilizadas foram observação questionário e entrevistas. O universo foi constituído por 12 profissionais de enfermagem, foi aplicado um inquérito por questionário a 7 enfermeiros do Hospital Sanatório do Huambo, escolhidos de forma intencional. **Resultados:** Quanto a formação destes, 5 enfermeiros são técnicos médios, equivalente a 80% e 2 enfermeiros são técnicos superiores, equivalente a 20%. Quanto ao tempo de serviço, trabalham mais de 7 anos. O perfil dos enfermeiros inqueridos é adequado para a emissão de informações úteis para a investigação. Concluiu-se que 90% maior parte dos enfermeiros sustentam que com a existência de um guia para assistência de enfermagem a pacientes com tuberculose pulmonar, terá contribuído para mais humanização dos serviços de saúde no Hospital Sanatório do Huambo.

Palavras Chave: Guia de Orientação; Pacientes; Hospital Sanatório; Tuberculose Pulmonar

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by mycobacteria of the genus *Mycobacterium*, the species *Mycobacterium Tuberculosis* (MTB) being the most common, which mainly affects the lungs, but can affect practically all organs of the body. It is one of the diseases that causes the most deaths in the world, being the most lethal caused by a single infectious agent from which millions die annually. The objective of this work was to propose a Nursing Guidance Guide for Patients with Pulmonary Tuberculosis at Hospital Sanatorio do Huambo in the first half of 2023. **Methodology:** It was a descriptive and prospective research, with a quali-quantitative approach, with emphasis on bibliographical research, the data collection sources used were observation, questionnaire and interviews. The universe consisted of 12 nursing professionals, a questionnaire survey was applied to 7 nurses from Hospital Sanatorio do Huambo, chosen intentionally. **Results:** As for their training, 5 nurses are medium technicians, equivalent to 80% and 2 nurses are senior technicians, equivalent to 20%. As for length of service, they work for more than 7 years. The profile of the nurses surveyed is suitable for issuing useful information for the investigation. It was concluded that 90% of most nurses maintain that the existence of a guide for nursing care for patients with pulmonary tuberculosis will have contributed to a more humanization of health services at Hospital Sanatório do Huambo.

Keyword: Guide in guidance, patient, hospital sanatorium, tuberculosis pulmonary.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DAT_ Dispensário Anti-TB

DPS_ Direção Provincial da Saúde

HGH_ Hospital Geral do Huambo

HSH_ Hospital Sanatório do Huambo

ISP-CAÁLA_ Instituto Superior Politécnico da Caála

MINSA_ Ministério da Saúde de Angola

OMS_ Organização Mundial da Saúde

TOD_ Tratamento Observado Direto

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição de acordo com Grau Acadêmico e o nível de conhecimento dos Profissionais de Enfermagem Hospital Sanatório do Huambo.....	35
Gráfico 2 Distribuição de acordo com Tempo de serviço dos Profissionais de Enfermagem Hospital Sanatório do Huambo.....	36
Gráfico 3 Distribuição dos Profissionais de acordo com a Educação sanitária ao paciente com Tuberculose Pulmonar. Hospital Sanatório do Huambo.	37
Gráfico 4 Distribuição de acordo com a resposta dos Profissionais sobre existência de um guia orientação para cuidados de enfermagem em pacientes com Tuberculose Pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo.	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição de acordo com Grau Acadêmico e o nível de conhecimento dos Profissionais de Enfermagem Hospital Sanatório do Huambo.....	47
Tabela 2 – Distribuição de acordo com Tempo de serviço dos Profissionais de Enfermagem Hospital Sanatório do Huambo.....	47
Tabela 3 – Distribuição dos Profissionais de acordo com a Educação sanitária ao paciente com Tuberculose Pulmonar. Hospital Sanatório do Huambo.	47
Tabela 4 Distribuição de acordo com a resposta dos Profissionais sobre existência de um guia orientação para cuidados de enfermagem em pacientes com Tuberculose Pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo.	48

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA.....	13
1.2 OBJECTIVOS.....	20
1.2.1 Geral	20
1.2.2 Específicos.....	20
1.3 CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO.....	20
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
2.1 EPIDEMIOLOGIA.....	22
2.2 DEFINIÇÃO DA TUBERCULOSE PULMONAR	24
2.2.1 Diagnóstico Da Tuberculose Pulmonar	25
2.2.2 Diagnóstico Clínico	25
2.3 TOSSE CRÓNICA:	25
2.3.1 Causas Pulmonares:.....	26
2.3.2 Causas cardíacas:.....	26
2.4 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	27
2.4.1 Exame Directo (baciloscopia)	27
2.4.2 Como pedir a Baciloscopia.....	27
2.5 REFLEXÕES SOBRE O USO DA RADIOGRAFIA DO TÓRAX NA TB.	28
2.5.1 Indicações da Radiografia do Tórax na TB:.....	29
2.6 INFECÇÃO POR TUBERCULOSE PULMONAR	29
2.7 TRANSMISSÃO POR TUBERCULOSE PULMONAR	30
2.8 SINAIS DA TUBERCULOSE PULMONAR	31
2.9 FÁRMACOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA TB	31
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO.....	32
3.1 CONTEXTO E LOCAL DA PESQUISA.	32
3.1.1 Universo e Amostra	32
3.1.2 Critério de Inclusão e Exclusão.....	32
3.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	33
3.3 MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO.....	33
3.3.1 Métodos teóricos	33
3.3.2 Métodos Práticos	34

3.4	TÉCNICAS PARA O TRATAMENTO DE DADOS	34
3.4.1	Aspetos Éticos da Pesquisa.....	34
4.	DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
5.	PROPOSTA DE SOLUÇÕES.....	39
5.1	PROPOSTA DE UM GUIA DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR NO HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO.	39
5.2	GUIA DE ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM	39
6.	CONCLUSÕES.....	41
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
	APÉNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	44
	APÉNDICE B QUESTIONARIO DE PESQUISA DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS (AS) DO HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO	46
	APÉNDICE- C TABELAS	47
	ANEXOS	49

1. INTRODUÇÃO

1.1 Situação Problemática

As primeiras comprovações da existência da TB em civilizações antigas foram encontradas em múmias egípcias, datadas de 4.400 atrás, que revelam deformidades esqueléticas típicas da TB. As lesões e as anormalidades características da doença são ilustradas no início da arte egípcia (BARBERIS *et al.*, 2017).

Essas descobertas revelaram que muitos faraós foram acometidos pela TB e morreram muito jovens. Amenófis IV e sua esposa Nefertiti provavelmente morreram de TB há 3.300 anos (ROSEMBERG, 2019).

Papiros médicos propunham inúmeras preparações para combater a tosse de uma doença hoje diagnosticada como TB. Os egípcios usavam a planta *djaret* (que seria a alfarroba ou a *colocíntida*), mel, tâmaras ou trevo amarelo. A terapia egípcia também incluía fumigações, destinadas a fazer o paciente inalar as substâncias medicamentosas, mas também para expulsar as respirações patogênicas: utilizavam-se resinas aromáticas, como polpa de tâmaras moída em uma massa; aqueciam-se sete pedras no fogo; colocava-se uma pedra aquecida untada com o emplastro em um pote, com o fundo perfurado; uma haste oca de cana era inserida nesse buraco, e o paciente colocava sua boca na abertura da haste, para inalar o vapor que ela exalava. O procedimento se repetia para as outras seis pedras. Em seguida, o paciente teria uma alimentação baseada em gordura, como carne, manteiga ou óleo (ZISKIND; HALIOUA, 2007).

Os primeiros documentos escritos sobre a TB foram encontrados na Índia e na China e datam de 3.300 e 2.300 anos atrás, respectivamente (BARBERIS *et al.*, 2017). Os termos “consunção” e “tísica”, usados para denominar a TB na Antiguidade e na Idade Média, surgiram na Índia e significam “emagrecimento ou depauperação do corpo” (BERTOLLI FILHO, 2021).

Na Índia, Sushruta, considerado o pai da cirurgia, descreveu a TB em *Sushruta samhita*, um compêndio de trabalhos sobre medicina e cirurgia escrito há 2.600 anos. A TB foi por ele chamada de *Kshaya* (definhamento) ou *Raja Yakshama* (rainha das doenças). Várias escrituras indianas descreveram métodos para tratar a doença. Além de medicamentos, leite (inclusive

humano), uma quantidade moderada de álcool e carne de aves e animais que habitavam áreas secas eram recomendados. O *Yajur Veda* recomendava que um tuberculoso deveria viver em altitudes elevadas (TYAGI; DHAR, 2013).

Na China antiga, acreditava-se que sacerdotes taoístas curavam a TB através de medicamentos, acupuntura e talismãs e encantamentos sobrenaturais. Talismãs mágicos ardentes faziam com que o paciente de TB tossisse, o que era considerado um tratamento eficaz. Para curar a doença, os sacerdotes produziam um jato de fumaça queimando trinta e seis encantamentos e instruíam o paciente a inalar seus gases, por mais incômodo que fosse. Textos famosos da Antiguidade também fazem menção ao que pode ter sido a TB: um pilar de pedra escrito durante o reinado de Hamurabi da Babilônia menciona uma doença pulmonar crônica (4.000 anos atrás), uma “doença debilitante” foi descrita em um dos primeiros trabalhos médicos encontrados: o chinês *Huangdi Neijing* (5.000 anos atrás) (FRITH, 2014).

A presença e a expansão da TB na China podem ter sido relatadas como uma doença de transmissão enigmática mas frequente, como encontrado em inúmeras descrições de “Lao-bing” (TB) em textos médicos históricos (LIU *et al.*, 2018). Também se encontra referência à TB em textos hebraicos, como nos livros Deuteronômio e Levítico do Antigo Testamento:

Então eu também vos farei isto: porei sobre vós terror, a tísica e a febre ardente, que consumam os olhos e atormentem a alma; e semeareis em vão a vossa semente, e vossos inimigos a comerão. (BÍBLIA SAGRADA, Levítico 26.16 p. 188).

Na Grécia Antiga, a TB era bem conhecida e era chamada de *Phtisis*. Hipócrates descreveu a *Phtisis* como uma doença letal, principalmente em jovens adultos, descrevendo com precisão seus sintomas e as lesões pulmonares em forma de tubérculos.

Vários médicos greco-romanos da Antiguidade fizeram descobertas assertivas sobre a TB: Isócrates presumiu que a TB era uma doença infecciosa; Aristóteles sugeriu que porcos e bois eram agentes contagiantes.

O médico pessoal do Imperador Romano Marco Aurélio, o grego Cláudio Galeano, postulou que os sintomas da TB incluíam febre, suor, tosse e expectoração manchada de sangue; ele recomendou aos doentes viagens a lugares costeiros e de ar fresco (BARBERIS *et al.*, 2017).

Outros tratamentos empregados na época encontram-se nos escritos de Plínio, o Jovem, várias prescrições, como:

Ingestão de pulmão de lobo cozido em vinho, acompanhado de uma bebida composta de bile de urso, saliva de cavalo e mel (...), carne de lebre e de caracol e a combinação de pó de chifre de cervo e um pouco de terra da ilha de Samos diluídos em vinho de murta. O leite, especialmente o de origem bovina, complementava qualquer prescrição medicamentosa, estando presente em todas recomendações clínicas, desde as primeiras observações registradas sobre a mortal enfermidade. (...) Além disso, alguns derivados minerais ganharam créditos curativos, destacando-se, entre outros, o arsênico e o enxofre, aconselhando-se também a recorrência a eméticos e purgativos e a prática continuada de sangrias (BERTOLLI FILHO, 2021).

A partir dos séculos 15 e 16, com o advento do Renascimento, novos conhecimentos surgiram, incluindo novos conhecimentos sobre doenças. Iniciaram-se várias tentativas médicas de expandir o conhecimento sobre a TB.

Destacam-se o médico italiano Girolamo Fracastoro que, em 1546, opôs-se ao princípio hipocrático que argumentava que “um tísico nasce de outro tísico”; também postulou, baseado nos seus conhecimentos da medicina árabe, que a TB era transmitida por “micropartículas” transportadas pelas correntes aéreas que se depositavam em objetos do convívio com a pessoa infectada; o francês Franciscus Sylvius descreveu pela primeira vez “a existência de pequenas granulações nos pulmões contaminados que, quando ganhavam aspecto purulento, faziam surgir cavidades” e sua dimensão e tamanho anunciavam a gravidade da doença. (BERTOLLI FILHO, 2021).

Em 1679, o médico de Amsterdã Sylvius de la Boë foi provavelmente o primeiro a usar o termo tubérculos na tísica do pulmão, que ele denominou *tubercula glanulosa* (FRITH, 2014)

A história da TB mudou drasticamente em 24 de março de 1882, quando Hermann Heinrich Robert Koch apresentou à Sociedade Fisiológica de Berlim demonstrações do bacilo da

TB que ele havia identificado, além de seus famosos postulados, que até hoje estabelecem o padrão para a demonstração de etiologia infecciosa (DANIEL, 2016).

Koch comprovou que a TB é uma patologia causada exclusivamente pelo bacilo do gênero *Mycobacterium*; que sua forma de contágio é resultado da eliminação da bactéria do corpo, através do espirro, de gotículas de saliva e de catarro; que a TB afeta tanto o ser humano quanto os animais; que as gotículas de Pflüger que o enfermo expele são extremamente perigosas, pois aumentam as chances de infecção dos sadios.

Graças ao seu postulado, aumentou-se a cobrança da sociedade para que médicos e infectados seguissem regras sanitárias rígidas, como desinfecção de objetos pessoais e de cuidado dos doentes (BERTOLLI FILHO, 2021).

As contribuições de Koch para a bacteriologia fizeram com que ele fosse agraciado com o Prêmio Nobel de Medicina em 1905 por sua elucidação da etiologia da TB. O Mtb ficou conhecido com o nome popular de bacilo de Koch graças às suas descobertas.

Em 1890, Koch declarou ter isolado uma substância de bacilos da TB que poderia “tornar inofensivas as bactérias patogênicas encontradas em um corpo vivo e fazer isso sem desvantagem para o corpo”. A substância foi chamada de tuberculina e injeções dela rapidamente entraram em voga como tratamento para a doença (DANIEL, 2016).

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa crônica causada pela micobactéria do gênero *Mycobacterium*, sendo a espécie *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) a mais comum. Uma das doenças que mais causam mortes no mundo, a TB afeta principalmente os pulmões (TB pulmonar), mas pode também afetar praticamente todos os órgãos do corpo humano (TB extrapulmonar).

A TB é transmitida quando pessoas doentes com TB pulmonar expelem o agente etiológico pelo ar, através da fala, da tosse ou do espirro. Taxas tão elevadas de infecção e óbitos são causadas principalmente pela pobreza, que aumenta os riscos de subnutrição e dificulta o acesso à educação e à informação, e a baixa ou inexistente seguridade social (saneamento básico e tratamento universal a doenças como AIDS, hepatite e diabetes) (WHO, 2018).

Além disso, o fato de o espectro da TB ser muito dinâmico também acarreta um aumento do número de doenças e de óbitos, pois a doença pode assumir várias fases: desde uma infecção

assintomática até uma enfermidade potencialmente letal, fazendo com que a pessoa infectada não acredite na gravidade da doença e abandone o tratamento antes do tempo recomendado ou faça uso errado ou irregular dos medicamentos (BARRY III et al., 2019).

Tuberculose é assim identificada (FRITH, 2014), pois o Mtb, ao infectar o tecido pulmonar, atrai os macrófagos alveolares, que, ao defenderem o organismo da ameaça, fagocitam os bacilos e criam pequenos tubérculos (granulomas) onde o MTB fica alojado em estado latente (ILTB), podendo sobreviver por décadas nesse estado.

São dois os estados da TB: a fase latente, na qual a doença é assintomática e não transmissível, e o estado ativo, no qual o Mtb consegue se proliferar e se espalhar no organismo, o que geralmente ocorre quando o sistema imunológico do indivíduo está deficiente (PAI et al., 2016).

Propagada por todo o mundo, a TB afeta 1/3 da população mundial e aproximadamente 10 milhões de pessoas desenvolvem TB a cada ano, resultando em 2 milhões de mortes (WHO, 2018).

De acordo com o Relatório Sobre a Tuberculose em 2018 da Organização Mundial da Saúde (OMS), a TB é uma das 10 principais causas de mortes em seres humanos, sendo a mais letal causada por um único agente infeccioso (acima do HIV/AIDS).

Estima-se que 10 milhões de pessoas desenvolveram TB em 2017 e a doença causou aproximadamente 1,3 milhão de mortes entre pessoas com HIV-negativo e cerca de 300.000 mortes por TB entre pessoas com HIV-positivo (WHO, 2018)1.

As regiões do oeste do Pacífico e do sudeste da Ásia registraram 56% dos casos de TB, a Índia 24% e a China 11% sendo os países com o maior número de registros. Além dessas regiões, 25% dos casos ocorreram no continente africano (ZUMLA et al. 2015).

As taxas de incidência da TB em 2017 no mundo podem ser vistas na representação gráfica na Figura 1. O Ministério da Saúde informou que, no Brasil, no mesmo período, a TB causou 4.426 mortes e a micobactéria causou 72.770 novos casos (BRASIL, 2018).

Presume-se que um número relativamente pequeno de pessoas infectadas com o MTB desenvolverá TB ao longo da vida (5%-10%). A probabilidade de desenvolver TB é muito maior entre pessoas infectadas pelo HIV e/ou afetadas por fatores de risco, como subnutrição e diabetes, e usuárias de entorpecentes cigarro e álcool.

No geral, cerca de 90% dos casos ocorrem entre adultos. A proporção homens- mulheres adultos é de aproximadamente 2:1 (WHO, 2018). Embora o tratamento médico padrão que usa medicamentos para TB seja altamente eficaz, são necessárias terapias mais efetivas para reduzir o número de casos infecciosos.

Os números de novos casos de TB multirresistente (TBMDR) e de TB extensivamente resistente a fármacos (TBXDR) continuam a aumentar (ZUMLA et al. 2015).

A sigla TBMDR é usada para a TB resistente aos fármacos rifampicina e isoniazida, e a sigla TBXDR é usada para a TB resistente a esses dois fármacos, a uma quinolona e a um aminoglicosídeo (WHO, 2018).

A tuberculose (TB) permanece sendo um desafio à saúde pública mundial. A emergência da pandemia de covid-19 culminou na reorganização de ações, serviços de sistemas de saúde em todo o mundo, o que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), reverteu anos de progresso no controle da TB

Estima-se que, em 2020, a TB tenha acometido cerca de 9,9 milhões de pessoas no mundo, sendo responsável por 1,3 milhão de óbitos entre pessoas sem a infecção pelo Até 2019, a doença era a primeira causa de óbito por um único agente infeccioso, tendo sido, desde 2020, ultrapassada pela covid-19 e desigualdades socioeconômicas, reverteram anos de progresso na luta contra a tuberculose e aumentaram a carga sobre os afetados, especialmente os mais vulneráveis.

A Organização Mundial da Saúde(OMS, 2021) informa que um terço da população é infectado pelo bacilo de Koch e a mesma representa um dos dez caso de morte no mundo.

Por exemplo em alguns países na América latina como é o caso do Perú cerca de 34.000 pessoas sofrem de tuberculose pulmonar o que torna este país o segundo depois do Brasil.

Nos últimos 2 anos, mais de 1500 pacientes foram notificados com tuberculose pulmonar multirresistentes por ano e cerca de 100 casos de tuberculose pulmonar extensivamente resistente.

Em África o fim da tuberculose pulmonar como problema de saúde pública é uma realidade considerada distante de ser ultrapassada, 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.

A tuberculose pulmonar é uma doença ligada à pobreza porque prospera na presença de determinantes socioeconômicos da saúde precária, e afeta principalmente adultos jovens em idade produtiva que vivem nos países em desenvolvimento.

Em Angola a realidade não foge de outros países de África, pois que muitos fatores contribuem para a proliferação das mesmas tais como as condições precárias de vida e de trabalho – fatores que prejudicam a defesa do hospedeiro contra a infeção por tuberculose – como desnutrição, diabetes, tabagismo, consumo e abuso de álcool, infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e exposição à poluição do ar em ambientes fechados.

Segundo (Pascoal Luvualo, 2022), o Huambo é uma província estratégica no tratamento da tuberculose pois que em 2019 possuía aproximadamente 12.000 casos em toda província, fruto das medidas de contenção da mesma foram reduzidas em 2022 para cerca de 2,300 casos devido a estratégia de controlo da doença que se baseia no tratamento observado direto.

A luta pelo controle da tuberculose esta alicerçada no reconhecimento da dignidade das pessoas e dos seus direitos universais o que contribui para as realizações das suas capacidades. O presente trabalho de investigação científica aborda sobre o guia de orientação de enfermagem a pacientes com tuberculose pulmonar, tratamento e recuperação dos pacientes com apoio dos serviços de saúde e familiares.

Assim, pretende-se responder ao seguinte problema: **Como melhorar o nível de atendimento de enfermagem, e a qualidade de vida em pacientes com Tuberculose Pulmonar que procuram os serviços de saúde no Hospital Sanatório do Huambo?**

1.2 Objectivos

1.2.1 Geral

Propor um Guia de Orientação de Enfermagem a Pacientes com Tuberculose Pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo.

1.2.2 Específicos

1. Caracterizar o perfil do profissional de enfermagem por grau académico e Tempo de serviço.
2. Analisar os cuidados de Enfermagem em pacientes com Tuberculose Pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo.
3. Averiguar o conhecimento de um guia sobre cuidados de enfermagem em pacientes com Tuberculose Pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo.
4. Elaborar um guia de orientação para cuidados de enfermagem voltado aos pacientes com Tuberculose Pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo.

1.3 Contribuição do Trabalho

A tuberculose pulmonar é uma doença ligada à pobreza porque prospera na presença de determinantes socioeconómicos e da saúde precária. Em Angola a realidade não foge de outros países de África, pois que muitos factores contribuem para a proliferação da mesmas tais como, as condições de vida e de trabalho, outros factores que prejudicam a defesa do hospedeiro contra a infeção por tuberculose são desnutrição, diabetes, tabagismo, consumo e abuso de álcool, infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e exposição à poluição do ar em ambientes fechados.

A importância da realização deste estudo no Hospital Sanatório do Huambo prendeu-se devido as elevadas taxas de Tuberculose Pulmonar e abandono de tratamento dos pacientes internados nesta unidade sanitária que se têm verificado nos últimos anos, pois que controlo da doença não tem sido feito conforme as metas da OMS.

A implementação do Guia contribuirá na prestação da assistência de Enfermagem como um recurso prático para os enfermeiros em ambientes hospitalares, clínicos e comunitários;

podendo assim ajudá-los a avaliar e responder adequadamente os casos de Tuberculose Pulmonar e favorecer a recuperação dos mesmos. Poderá minimizar o desconforto do paciente, e apoiar o término do tratamento com sucesso. Pode contribuir para reduzir os danos da doença e a morte.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Epidemiologia

O gênero *Mycobacterium* é o único da família *Mycobacteriaceae*, que compreende mais de 100 espécies e são assim chamadas pois possuem ácidos micólicos em sua parede celular (COELHO; MARQUES, 2006), o que lhes confere baixa permeabilidade, reduz a efetividade da maioria dos antibióticos e facilita sua sobrevivência nos macrófagos (BRASIL, 2018).

A espécie-tipo do gênero é o *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo responsável por cerca de 98,5% dos casos de infecção de TB (WHO, 2018).

A TB também pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que formam o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canettii*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. Outras espécies são denominadas micobactérias não causadoras de TB (BRASIL, 2018b).

As espécies MTB, *Mycobacterium africanum* e *Mycobacterium canettii* são patógenos humanos, enquanto *Mycobacterium microti* é patógeno de roedores, *Mycobacterium pinnipedi* infecta focas e leões marinhos, *Mycobacterium caprae* infecta ovinos e caprinos e *M. bovis* possui um espectro maior de espécies hospedeiras, incluindo bovídeos e humanos (BAÑULS et al., 2015).

A tuberculose é uma doença infecciosa granulomatosa crônica produzida por *Mycobacterium Tuberculosis* ou bacilo de Koch, que geralmente está localizado no pulmão, embora possa afetar outros órgãos. É transmitida de pessoa para pessoa por inalação de aerossóis. Contaminados pelo bacilo, que foram eliminados por indivíduos doentes ao tossir, falar ou espirrar. Mesmo que o diagnóstico, tratamento precoce e adequado alcançaria a cura na maioria dos casos.

Pacientes, com a consequente redução dos focos de infecção e do risco de contrair a doença na população, devido alguns problemas de funcionamento do sistema de saúde na gestão da doença, como falha na detecção de casos existentes, abandonos de tratamento e, mais recentemente, o surgimento de resistência aos medicamentos anti-tuberculose tradicionais.

Atualmente, continua sendo um importante problema de saúde pública, devido ao dano que causa, principalmente como causa de doença e, em menor grau, medida também como causa

de mortalidade. Mesmo no caso que ter uma rede adequada para o diagnóstico da doença e tratamento e acompanhamento dos casos, existem outros factores que determinam a ocorrência da doença conforme as condições factores ambientais, sociais, de saúde e individuais que são factores predisponentes para a tuberculose. Superlotação, desnutrição, AIDS, abuso de álcool e má condições de vida diminuem a imunidade, possibilitando o aparecimento da doença.

Também é o caso de outros distúrbios que afectam as vias respiratórias crónicas. Estima-se que existam actualmente milhões de novos casos de doenças por ano em todo o mundo, relatam aproximadamente 11.000 novos casos por ano desta doença, enquanto cerca de oitocentas pessoas morrem a cada ano devido à tuberculose pulmonar.

A luta pelo controle da tuberculose pulmonar baseia-se no reconhecimento da dignidade das pessoas e de seus direitos universais, o que contribui para a plena realização de suas capacidades, ou seja, é baseado em princípios de direitos humanos de equidade, solidariedade e autonomia, todos eles desenvolvidos através da interacção entre os campos educacionais, social e de saúde.

A probabilidade de uma pessoa ser infectada pela bactéria da TB depende de factores externos. Entre eles, pode-se citar o grau de infectividade do caso-índice, a duração do contato e o tipo de ambiente partilhado. Estima-se que uma pessoa com TB infecte de 10 a 15 pessoas por ano (BRASIL, 2018).

Após a transmissão pelas vias aéreas, o período de incubação dura cerca de três dias e, a partir de então, o período de reprodução das micobactérias tem ciclo de 18 horas. O organismo dá início à reacção de combate ao bacilo através de resposta imunitária inespecífica (surgimento de secreção, fagocitose e reacção inflamatória exsudativa) e, logo depois, por meio de reacções imunológicas específicas, com a ampliação da capacidade de fagocitose das células mobilizadas contra os bacilos (BRASIL, 2018).

A fagocitose é feita por macrófagos alveolares e células dendríticas que saem do sistema linfático em direcção do linfonodo regional e formam o complexo de Ghon. Ao mesmo tempo, os fagócitos penetram no parênquima pulmonar, o que dá início a um foco inflamatório, para onde

outros macrófagos serão atraídos. É esse acúmulo de células inflamatórias, coordenadas por linfócitos T ao redor dos bacilos que forma um granuloma.

O desenvolvimento da doença pode seguir caminhos diversos: o primeiro foco da infecção usualmente resulta em uma lesão inflamatória, localizada na região subpleural. Em seguida, entre três a oito semanas, os bacilos formam colônias que produzem uma inflamação, o que torna patente a destruição dos tecidos pulmonares (PAI et al., 2018).

O organismo reage fazendo com que células linfócitas e histiocitárias cubram a lesão, possibilitando a constituição de um granuloma. Os bacilos, entretanto, se propagam livremente pela via linfática para os gânglios satélites da região; caracterizando o chamado complexo primário de Ranke.

O foco pulmonar regressivo, visível nas radiografias, é chamado de foco de Gohn. Cerca de 90% dos infectados conseguem bloquear o avanço da doença, a partir da formação do complexo primário de Ranke, permanecendo apenas com a TB latente (SÃO PAULO, s. d.).

É possível que a infecção regrida a ponto de chegar à cura espontânea, seja por causa das respostas imunes inatas ou por causa da imunidade adquirida das células T. Indivíduos que eliminaram a infecção podem apresentar resultados negativos no teste tuberculínico (tuberculin skin test, TST) ou no teste de liberação de interferon- γ (Interferon-gamma release assay, IGRA). Alguns indivíduos eliminam o patógeno, mas retêm forte memória de resposta de células T e serão positivos no TST ou no IGRA.

No entanto, a doença pode evoluir para uma forma crônica ou para a TB progressiva aguda. É possível também que a ILTB se converta em TB ativa, mesmo após anos de latência (PAI et al., 2018).

2.2 Definição Da Tuberculose Pulmonar

A tuberculose é uma doença caracterizada pela presença de sinais, sintomas e achados radiológicos sugestivos de doença activa. Os sintomas, sinais e achados radiológicos vão depender da localização da doença (Lopes & Bezerra, 2020).

2.2.1 Diagnóstico Da Tuberculose Pulmonar

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).

2.2.2 Diagnóstico Clínico

Os sintomas respiratórios suspeitos de TB pulmonar (TBP) são: tosse com duração de 2 ou mais semanas, expectoração, hemoptises, dor torácica e dispneia. Os sintomas constitucionais mais frequentes são: febre de qualquer tipo de predomínio vespertino, anorexia, emagrecimento, suores nocturnos e astenia.

Estas não são manifestações específicas da TB. Muitas patologias respiratórias, e não só, apresentam uma sintomatologia semelhante e portanto não se devem diagnosticar casos de TBP com base apenas em sintomas clínicos.

Perante um doente com estas manifestações é obrigatória a realização de 2 baciloscopias da expectoração realizadas em 2 dias : a primeira amostra colhida no momento da 1ª consulta (amostra imediata) e a segunda na manhã seguinte, em casa ao acordar (amostra matinal).

2.3 Tosse Crónica:

As causas de tosse por mais de 3 semanas são muitas e devem estar presentes na elaboração cuidadosa da história clínica para que não sejam feitos sobre diagnósticos de tuberculose. A norma de **todos** os doentes com tosse há mais de 3 semanas, e que não sofram de outra doença crónica conhecida, como a asma brônquica (atenção aos casos de TB associada devido ao uso prolongado de corticosteroides), bronquiectasias, DPOC, insuficiência cardíaca etc., realizarem um ciclo de baciloscopias da expectoração não deve ser esquecida. A maioria dos doentes com tosse há mais de 3 semanas não tem TBP. Apenas 10-15% dos casos a quem se pede o exame directo de expectoração, terão baciloscopia positiva!

2.3.1 Causas Pulmonares:

1. TB ou outras micobacterioses e suas sequelas.
2. Pneumonias
3. Asma brônquica
4. DPOC
5. Bronquiectasias
6. Fibrose quística
7. Infecção Respiratória Aguda (IRA)- sequelas
8. Abscesso pulmonar
9. Micoses e parasitoses pulmonares
10. Sarcoidose
11. S.Kaposi pulmonar
12. PIL (Pneumonite Intersticial Linfóide)
13. Tumores broncopulmonares
14. Doenças difusas do parênquima pulmonar (interstício pulmonar)
15. Doenças ocupacionais do pulmão
16. Doenças do mediastino
17. Doenças da pleura
18. Hipertensão Pulmonar
19. Edema pulmonar
20. Compressão extrínseca
21. Aspiração de corpo estranho

2.3.2 Causas cardíacas:

1. Insuficiência cardíaca esquerda
2. Hipertensão arterial
3. Estenose mitral

2.4 Diagnóstico Laboratorial

2.4.1 Exame Directo (baciloscopia)

O exame directo da expectoração (baciloscopia) é o meio de diagnóstico mais usado nos casos de TB pulmonar. A sua técnica é simples, rápida e barata. Pode ser também utilizado no diagnóstico da TB extrapulmonar (em qualquer líquido corporal ou material de biópsia) embora a rentabilidade seja baixa. Contudo, o exame directo do aspirado ganglionar (punção aspirativa com agulha fina) dos gânglios periféricos tem uma alta rentabilidade.

O exame directo usando a coloração de Zielh- Neelsen é o meio de diagnóstico utilizado em todo o país e a sua realização é obrigatória para o diagnóstico da tuberculose pulmonar nos adultos mesmo se o doente não conseguir expectorar (entrega a saliva). A coloração com auramina (microscópio de fluorescência) tem uma rentabilidade maior, mas só se justifica nos locais em que são feitas pelo menos 50 amostras por dia.

A sensibilidade do exame directo da expectoração é apenas de 50-60% pois é necessário que haja 10 mil bacilos/ml de expectoração para que o resultado seja positivo. Os casos paucibacilares com baciloscopia negativa, estão mais associados aos doentes co-infectados com o HIV, crianças e idosos.

O laboratório representa o pilar onde assenta o Programa de Controlo da Tuberculose, pois a prioridade são os casos com baciloscopia positiva que são as fontes de infecção. Contudo, nem sempre os resultados são fiáveis e o clínico deve ter um sentido crítico perante determinadas situações, repetindo as baciloscopias e verificando se o controlo de qualidade das lâminas é realizado de forma correcta (aleatória).

2.4.2 Como pedir a Baciloscopia

Todos os doentes com queixas de tosse há mais de 2-3 semanas, devem fazer baciloscopia de expectoração –2 amostras - da seguinte forma:

1ª amostra (imediate) – no momento do 1º contato (consulta ou triagem) – doente encaminhado ao laboratório para entrega da 1ª amostra e do escarrador para levar para casa.

2ª amostra (matinal)- produto colhido no dia seguinte de manhã ao acordar em casa e entregue nessa manhã ao laboratório.

Ambas as amostras são requisitadas no mesmo formulário do PNCT . Os resultados são entregues no mesmo dia ou o mais tardar 24 horas depois. Em caso de urgência os resultados podem ser entregues 2 a 3 horas depois de entrarem no laboratório. Todos os laboratórios recebem os produtos para análise de BK todos os dias em que funcionam.

O tempo entre a colheita da expectoração e o processamento da amostra não deve ultrapassar 7 dias e o produto deve ser guardado num local fresco e sem exposição ao sol.

Se houver necessidade de enviar a amostra para o laboratório, e esse processo levar mais de 1 semana, deve ser feita a fixação do esfregaço na lâmina, e esta enviada então com segurança para o laboratório para coloração e observação.

2.5. Diagnóstico radiológico

A radiografia do tórax (RXT) para o Programa de Tuberculose tem as indicações que adiante se enumeram. Infelizmente, não há nenhuma imagem radiológica característica da TB pulmonar. A história clínica cuidada e em especial o exame bacteriológico da expectoração são as bases para um diagnóstico correcto.

No nosso país, durante as visitas de supervisão, temos verificado que as patologias que mais frequentemente se confundem com a TB pulmonar activa são : pneumonias (de notar contudo, que a TB pode ter uma apresentação radiológica de condensação lobar semelhante às pneumonias) em especial a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, bronquiectasias, sequelas de TB, fibrose quística, doenças ocupacionais, insuficiência cardíaca, tumores do pulmão etc.

2.5 Reflexões Sobre o Uso da Radiografia do Tórax na TB.

A TB é a grande imitadora e a grande imitada. Assim as pneumonias, bronquiectasias, abscessos, tumores, doenças ocupacionais, doenças do difusas do parênquima, S. Kaposi pulmonar etc. podem dar imagens radiológicas semelhantes às da TB e viceversa.

Nenhuma imagem radiológica é diagnóstica de TB activa, apenas sugestiva.

Sobrediagnósticos - significa dar tratamento sem necessidade e expôr os doentes a efeitos secundários indesejáveis com gastos desnecessários dos recursos disponíveis.

Subdiagnósticos: casos de TB com RXT normal (TB endobrônquica, miliar) ou apresentações “mascaradas” na TB/HIV

Nos casos que tenham feito um tratamento anterior, não é possível pelo RXT diferenciar as recaídas das sequelas.

Factor económico: o preço de uma radiografia é equivalente aos gastos com o tratamento de 3 doentes com TB.

Radiações desnecessárias.

Desaconselhado pela OMS como técnica de despiste em massa.

2.5.1 Indicações da Radiografia do Tórax na TB:

1. Casos suspeitos de TBP com baciloscopia negativa ou de TBE
2. Diagnóstico da TB nas crianças
3. Complicações da TB pulmonar (derrame, empiema, pneumotórax, abscesso, atelectasia,
4. enfisema etc.)
5. Hemoptises frequentes ou de grande abundância.
6. Sequelas de TB pulmonar.
7. TB-MDR ou XDR – para avaliação da possibilidade cirúrgica
8. TBE intratorácica –ganglionar, pleural, pericárdio etc.

2.6 Infecção por Tuberculose Pulmonar

A infecção por tuberculose pulmonar é o resultado do contacto com *Mycobacterium tuberculosis* com um determinado indivíduo, dando origem em seu corpo a uma resposta imune do tipo hipersensibilidade celular retardada estado de sensibilização é diagnosticado testando a tuberculina.

É a forma mais frequente e contagiosa de tuberculose, Representa cerca de 80 a 85% de todos os casos. Presentes com sinais respiratórios como tosse seca ou produtiva, expectoração com ou sem hemoptise, dor torácica e sintomas gerais: anorexia, astenia, adinamia, suores nocturnos,

perda de peso e às vezes febre prolongado. Exame do sistema respiratório de pacientes com tuberculoses pulmonar costuma ser normal, por mais extensa que seja a nível radiológico.

Pessoas infectadas não apresentam sinais e sintomas ou achados radiológicos sugestivos da doença activa. Esses indivíduos correm o risco de desenvolver doença ao longo de suas vidas (Marinho et al., Bichara 2021).

2.7 Transmissão por Tuberculose Pulmonar

O reservatório da tuberculose pulmonar é o homem doente, quando o tuberculois está localizado no pulmão, as condições do indivíduo expostos (nutrição, doenças concomitantes), 50% dos contactos proximidade de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva (pacientes bacilíferos) poderiam ser infectados, ao passo que só seriam infectados 6% dos contactos próximos de pacientes com baciloscopia indivíduos doentes negativos podem disseminar o bacilo, pois ao tossir, falar ou expectorar removerá pequenas gotículas de saliva (gotículas de Flugge) contendo bacilos, que podem ser aspirados por indivíduos susceptível.

Os determinantes do contágio incluem a localização da tuberculose, características da doença (maior ou menos bacilos no escarro), a duração e frequência contacto entre a pessoa sã e a pessoa doente, as características do ambiente em que ocorre (ventilação inadequada) e a maioria das pessoas que se infectarem com o bacilo da tuberculose conseguirão controlá-lo e não desenvolverá a doença.

Entre aqueles que adoecerão com tuberculose, 80% manifestarão a doença nos primeiros dois anos após o primeiro contacto com o bacilo (infecção primária). O paciente com tuberculose pulmonar permanece infeccioso até tratamento específico é iniciado.

Uma vez que o tratamento do paciente diminuirá a tosse e a quantidade de bacilos em seu expectoração (escarro), o que reduzirá a possibilidade de contágio: por volta do final da segunda semana de tratamento, a quantidade de bacilos cai para 1% da população original. (Morais, da Cruz, de Sadovsky, Brandt, & Epifânio, et al., 2017).

2.8 Sinais da Tuberculose Pulmonar

Tosse persistente e resfriado por mais de 15 dias são os sinais mais valiosos para suspeitar de tuberculose. Outros sintomas que devem ser:

Tosse com sangue (hemoptise), com ou sem dor no peito, e dificuldade para respirar.

Perda de peso e apetite, fadiga, suores noturnos, febre, fadiga (Nunes e Filho *et al.*, 2021).

2.9 Fármacos utilizados no tratamento da TB

O tratamento da TB tem como objetivo a cura (prevenindo sua morbimortalidade) e a rápida interrupção da transmissão da doença (tornando os pacientes não infecciosos). Para tanto, os fármacos utilizados devem ser capazes de eliminar rapidamente a população bacteriana, impedir a seleção de cepas resistentes aos fármacos (consequentemente, o surgimento de TBMDR e TBXDR) e esterilizar a lesão, prevenindo sua recidiva (RABAHI *et al.*, 2017).

Tratamentos eficazes com drogas foram desenvolvidos pela primeira vez na década de 1940, com o uso da estreptomicina e do ácido para-aminossalicílico. Na década seguinte, o Brasil optou por utilizar isoniazida e estreptomicina, duas vezes por semana.

A partir de 1960, diante da resistência bacteriana e do aumento de casos de óbitos por TB, o esquema terapêutico foi padronizado e o tratamento atualmente recomendado para casos de TB suscetível a drogas é um regime de seis meses de quatro medicamentos de primeira linha: isoniazida (INH), rifampicina (RIF), pirazinamida (PZA) e etambutol (EMB), como pode ser visto na Tabela 1 (RABAHI *et al.* 2017).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO

Tratou-se de uma Pesquisa descritiva e prospectiva, com abordagem quali-quantitativa, com ênfase na pesquisa Bibliográfica. O estudo foi desenvolvido no Hospital Sanatório do Huambo no primeiro semestre de 2023.

A revisão bibliográfica foi feita nas principais fontes bases de dados tais como biblioteca virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google académico, Portal PEBMED, Manuais da Organização Mundial da Saúde (OMS), Jornal de Angola e artigos científicos.

3.1 Contexto e local da pesquisa.

Huambo é um Município da Província da Huambo, em Angola. Tem 93 680 km² e cerca de 23 098.29 habitantes. Localiza-se na região centro do país. É limitado a norte pelo município do Bailundo, a leste o município da Tchicala Tcholoanga, a oeste com o município da Caála e E Cunha e a sul com o município do Chipindo província da Huíla.

3.1.1 Universo e Amostra

O Universo do presente estudo foi constituído por 12 profissionais de enfermagem licenciados, especialistas e técnicos médio com 3 ou mais anos de experiência pertencente na secção de medicina homem com atividades assistências na secção em referência.do Hospital Sanatório do Huambo.

Amostra foi representada por 7 profissionais de enfermagem licenciados, especialistas e técnicos médio com 3 ou mais anos de experiência pertencente na secção de medicina homem com atividades assistências na secção em referência.do Hospital Sanatório do Huambo.

3.1.2 Critério de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos todos profissionais de enfermagem, licenciados, especialistas e técnicos médio com 3 ou mais anos de experiência pertencente na secção de medicina homem, que consentiram em participar na nossa pesquisa.

Foram excluídos aqueles profissionais de enfermagem, licenciados, especialistas e técnicos médio com menos de 3 anos de experiência pertencente na secção de medicina homem, que não responderam ao questionário, que se encontravam de férias, aqueles que estão doentes, e os que não consentiram em participar na nossa pesquisa.

3.2 Instrumentos E Procedimentos

3.3 Métodos de investigação

3.3.1 Métodos teóricos

3.3.1.1 Indutivo

Por ser um procedimento mediante o qual, a partir de fatos particulares, se passa a proposições gerais foi usado para identificação do problema e posteriormente a busca das causas do problema.

3.3.1.2 Dedutivo

Este, por ser um procedimento que se apoia nas asseverações generalizadoras a partir das quais se realizam demonstrações ou inferências particulares permitiu –nos concluir.

3.3.1.3 Analítico

Este por ser um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se descompõe nas suas diversas partes ou elementos, permitiu-nos fazer um estudo comparativo com outras realidades.

3.3.1.4 Sintético

Com este método estabeleceu –se mentalmente a união do estudo comparativo que se fez para sabermos a diferença entre os centros e hospitais que usam um guia de orientação de cuidados de enfermagem para pacientes com diabete mellitus, o que nos possibilitou identificar ideias psicológicas que ajudarão a melhorar o problema.

3.3.2 Métodos Práticos

3.3.2.1 Entrevista

É uma conversa orientada para um objetivo definido. Para este trabalho, esta técnica foi uma das mais utilizada tendo em conta a natureza do tema, visto que foi necessário um diálogo com o corpo diretivo profissionais de enfermagem, e com os vigilantes no sentido de se obter maiores dados.

3.3.2.2 Questionário

Permitiu formular algumas questões que possibilitaram a recolha de dados que estão apresentados nos resultados e na conclusão.

3.3.2.3 Observação

“Observar é aplicar atentamente os sentidos físicos a um objeto para dele obter um conhecimento claro e preciso”. (CERVO et al., 2007, p. 31).

3.7. Técnicas Utilizadas para Coleta de Dados

O instrumento para recolha de dados para pesquisa foi, entrevista, observação e um questionário misto, porque o conjunto de alternativas de resposta é uniforme facilitando comparações entre os inquiridos.

3.4 Técnicas para o Tratamento de Dados

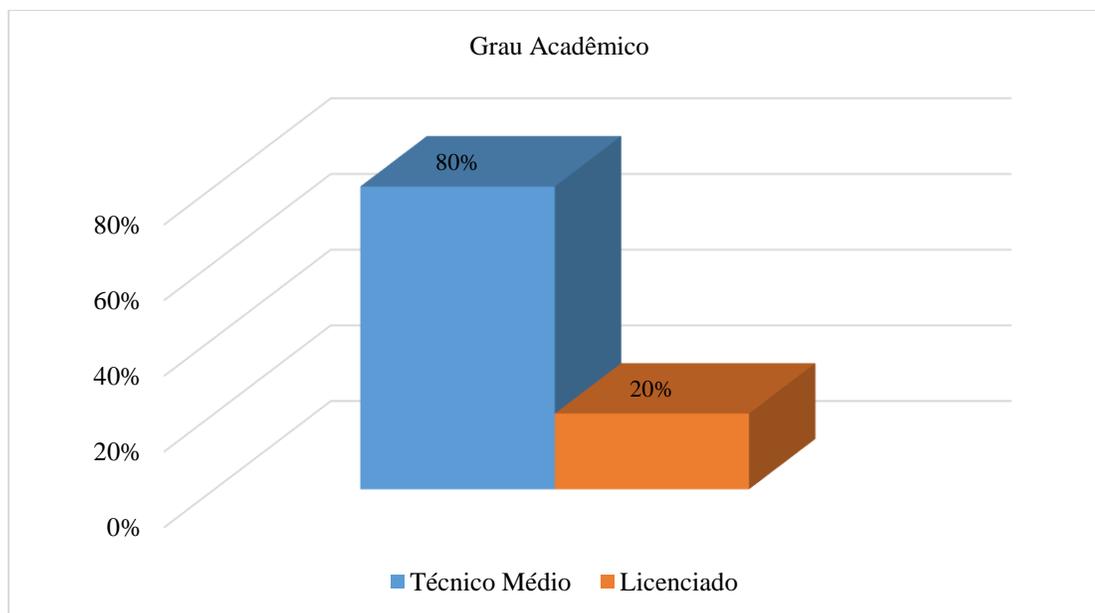
Depois da recolha de dados e análise de dados será utilizado o programa Microsoft Excel 2016, a estatística descritiva através das frequências relativas e absolutas.

3.4.1 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa seguiu todas as determinações referentes aos aspetos éticos, segundo a Lei n.º 22/11 de 17 de junho da República de Angola. Assegurando o anonimato, o sigilo de todo o material coletado seja, em forma de texto, imagem ou voz. Apenas os investigadores tiveram acesso ao material.

4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Gráfico 1 Distribuição de acordo com Grau Acadêmico e o nível de conhecimento dos Profissionais de Enfermagem Hospital Sanatório do Huambo.

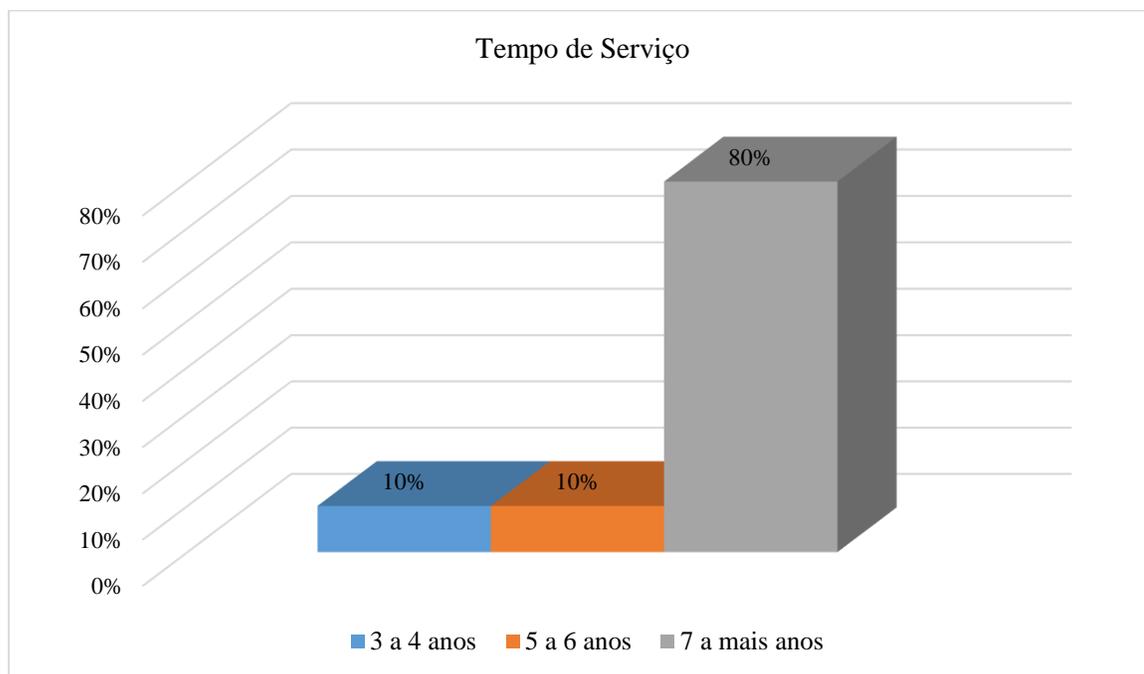


Fonte: (Autor, 2023)

No gráfico 1. Quanto a formação destes, os 5 enfermeiros são técnicos médios que corresponde a 80% e 2 enfermeiros são técnicos superiores, equivalente a 20%.

Tendo feito a pesquisa, aproximam-se ao de pesquisa feita pela revista Brasileira em promoção da Saúde, 2019, avaliou-se o conhecimento de 159 profissionais de saúde acerca da tuberculose pulmonar, em relação a transmissão da tuberculose, 107 (67,2%) desconheciam a transmissão por aerossóis e 109 (68,5%) desconheciam as formas clínicas que requerem isolamento respiratório.

Gráfico 2 Distribuição de acordo com Tempo de serviço dos Profissionais de Enfermagem Hospital Sanatório do Huambo

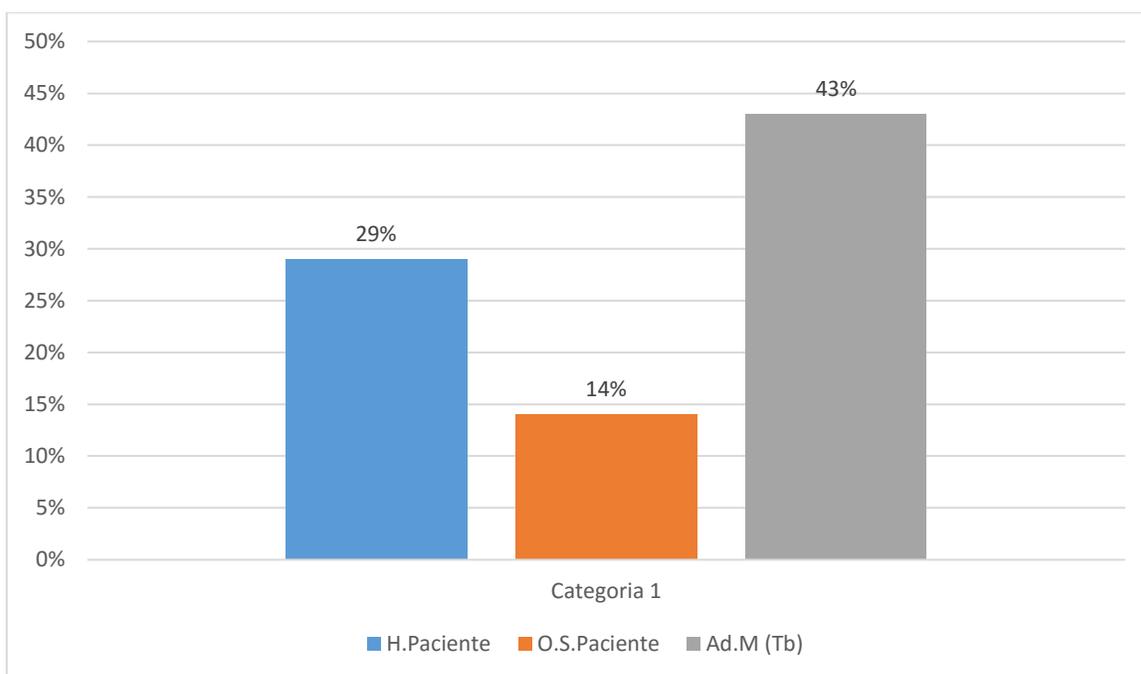


Fonte: (Autor, 2023)

O Gráfico 2 acima, mostra que 10% têm o máximo de 6 anos e 80% mostra que têm mais tempo de serviço.

Dados da nossa pesquisa, aproximam-se ao de pesquisa feitas pela revista Brasileira de enfermagem, 2019, constatou-se baixo tempo de permanência dos profissionais de saúde no atendimento à pacientes com tuberculose pulmonar nas unidades da saúde. Esse resultado aponta para desafios permanentes ao controle da tuberculose a nível local.

Gráfico 3 Distribuição dos Profissionais de acordo com a Educação sanitária ao paciente com Tuberculose Pulmonar. Hospital Sanatório do Huambo.



Fonte: (Autor, 2023)

Com base no gráfico 3 exposto, 100% dos enfermeiros responderam que devesse pautar pela boa alimentação dos pacientes, higienização dos mesmos, 70% cumprimento da medicação na sua íntegra, 80% sustentam a mensuração dos sinais vitais, 30% oxigênio nas salas dos pacientes e 30% defendem a dubitação para evitar a debilitação dos membros, desta forma reduzirá o elevado índice de doentes crônicos e reduzir significativamente mortes nos hospitais por Tuberculose pulmonar.

Após a pesquisa, de acordo a Revista Eletrônica de Enfermagem 2019, referi que na literatura científica sobre a Educação sanitária em saúde e tuberculose, observa-se que as acções desenvolvidas por profissionais de saúde são, predominante, prescritivas, restritas a mudanças de comportamentos individuais. Embora se reconheça a existência de políticas que fundamentam a educação em saúde sob uma concepção transformadora prevalecem práticas calcadas na educação sanitária, segundo técnicas que reforçam o biopoder, a exemplo de palestras, fortalecem o modelo biomédico.

Gráfico 4 Distribuição de acordo com a resposta dos Profissionais sobre existência de um guia orientação para cuidados de enfermagem em pacientes com Tuberculose Pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo.



Fonte: (Autor, 2023)

No gráfico 4 observa-se que 86% dos Profissionais de enfermagem sustentam que não existe um guia de orientação para cuidados de enfermagem a pacientes com tuberculose pulmonar, é uma situação que não tem contribuído para mais humanização dos serviços de saúde no Hospital Sanatório do Huambo e 14% sustentam dizendo sim existe um guia.

De acordo com a Revista Eletrônica de Enfermagem, 2019, refere que os participantes deste estudo, informam não terem acesso a processos de qualificação profissional, além da falta de condições para desenvolverem atividades de educação em saúde. Para suprir a falta de qualificação dos profissionais, sobre a tuberculose, alguns casos, os profissionais recorrem aos serviços de referência com o propósito de obter informações sobre a doença.

5. PROPOSTA DE SOLUÇÕES.

5.1 Proposta De Um Guia De Orientação De Enfermagem A Pacientes Com Tuberculose Pulmonar No Hospital Sanatório Do Huambo.



Fonte: (Produzida por Fiocruz/2018)

5.2 Guia de Orientação de Enfermagem

A tuberculose requer cuidados que não são apenas clínicos e farmacológicos, mas sim uma abordagem abrangente, social e cultural, e análise da desigualdade social é um ponto importante nessa complexa situação. Demonstra-se que embora o cenário que envolve os pacientes com tuberculose pulmonar é de pobreza e desvantagem social é importante saber as características dessa situação para que as intervenções sejam preciso e relevante.

Além disso, é o profissional de enfermagem quem deve assumir um papel preponderante na prevenção e controlo desta doença, mas propondo intervenções verdadeiramente abrangentes: político, económico e de saúde do nível local ao internacional e são as instituições formadoras de opinião em enfermagem que podem assumir o desafio em maior medida, com o real empenho de todos enfermeiros em todo o mundo (Filho, 2021).

1. Orientar sobre o desenvolvimento das actividades de saneamento a nível familiar, a fim de melhorar as condições sanitárias habitações e promover o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, de acordo com as possibilidades e características de cada região.
2. Alertar a população sobre os riscos ambientais no trabalho, como poeira, fibras, fumaça ou trabalho em contacto com animais como gado doente, etc. que podem estar associados ao contágio da tuberculose pulmonar.
3. Manual de Procedimentos em Tuberculose para Pessoal de Enfermagem.
4. Promover a procura de atendimento nos serviços de saúde, antes o aparecimento de sinais e sintomas, incluindo tosse e catarro de mais de duas semanas.
5. Certifique-se de que o paciente compreende a importância da adesão ao tratamento até a conclusão de acordo com a prescrição médica, a fim de reduzir o risco de abandono e surgimento de resistência a medicamentos.
6. Refere-se aos esforços colectivos de comunidades e grupos, favorecer o controlo da tuberculose a partir das seguintes actividades:
7. Promover a participação de voluntários, familiares e grupos organizados para colaborar na busca de casos novos e garantir a tomada de medicamentos pelos pacientes diagnosticados.
8. Envolver autoridades e líderes comunitários apoiar acções de prevenção, controle e monitoramento de casos.

6. CONCLUSÕES

Depois do estudo feito no Hospital Sanatório do Huambo, concluímos que o perfil dos profissionais de enfermagem maior parte são Técnicos Médios, com o tempo de serviço que vai de 7 a mais anos, o que vem ser mais importante na abordagem aos cuidados de enfermagem a pacientes com tuberculose pulmonar e constatar um guia de enfermagem que venha a salutar a prevenção, controlo e propondo intervenções e palestras para a reabilitação dos pacientes.

Com base a Educação sanitária dos enfermeiros ao paciente com Tuberculose Pulmonar responderam que devesse pautar pela boa alimentação dos pacientes, higienização dos mesmos, cumprimento da medicação na sua íntegra, sustentam que e muito importante a mensuração dos sinais vitais, desta forma reduzirá o elevado índice de doentes crónicos e reduzir significativamente mortes nos hospitais por Tuberculose pulmonar.

Pode prever acções de avaliação diagnóstica como de cuidados e tratamento, com o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, intervenções emocionais, sociais.

Concluiu-se que 90% dos enfermeiros sustentam que com a existencia do guia para assistencia de enfermagem a pacientes com tuberculose pulmonar, vai contribuir de forma significativa nos serviços de saúde no Hospital Sanatório do Huambo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BAÑULS, A-L. et al. **Mycobacterium tuberculosis**: ecology and evolution of a human bacterium, **Journal of Medical Microbiology**, v. 64, p. 1261-1269, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1099/jmm.0.000171>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BARBERIS, I. et al. The history of tuberculosis: from the first historical records to the isolation of Koch's bacillus, **J. Prev. Med. Hyg.**, v. 58, n. 1, p. E9-E12, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/28515626/>. Acesso em: 5 jun. 2019. PMID: 28515626.

BARRY III, C. E. et al. The spectrum of latent tuberculosis: rethinking the biology and intervention strategies. **Nat. Rev. Microbiol.**, v. 7, n. 12, p. 845-855, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19855401>. Acesso em: 5 jun. 2019.

BARBERIS et al.; **Defomidades esqueléticas da arte egípcia**, 2017.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950** [online]. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2021. 248p. Antropologia & Saúde collection. ISBN 85-7541-006-7. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-8575410067.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.

BÍBLIA SAGRADA. **Sociedade Bíblica do Brasil**, Rio de Janeiro: Casa Publicadora das Assembleias de Deus, Barueri, 2012. 1920. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). **Manual de vigilância epidemiológica dos eventos adversos após vacinação** – Organizada pela Coordenação de Imunizações de Autossuficiência em Imunobiológicos – Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 102p., 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública –estratégias para

CASTIÑEIRAS, T. M. P. P.; PEDRO, L. G. F.; MARTINS, F. S. V. Vacina contra a tuberculose (BCG). **Centro de Vacinação de Adultos (CVA)**. Disponível em: <http://www.cva.ufrj.br/informacao/vacinas/tb-v.html>. Acesso em: 09 jan.2019.

FRITH, **Primeiros Trabalhos médicos na China , 5. 000 anos atrás**, 2014

DANIEL, T. M. The origins and precolonial epidemiology of tuberculosis in the Americas: can we figure them out?, **Int. J. Tuberc. Lung. Dis**, v. 4, n. 5, p. 395-400, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10815731>. Acesso em: 24 nov 2016.

MARTINI, M. et al. The history of tuberculosis: the social role of sanatoria for the treatment of tuberculosis in Italy between the end of the 19th century and the middle of the 20th, **J. Prev. Med. Hyg.**, v. 59, n. 4, p. E323–E327, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2018.59.4.1103>. Acesso em 27 abr 2019.

Ministério da Saúde, 2021-2025. Brasília. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/brasil-livre-da-tuberculose>. Acesso em: 10 fev. 2022

Ministério da Saúde. Portal Arquivos. **Taxa de incidência de tuberculose de 1990 a 2017**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/19/taxa-incidencia-tuberculose-1990-2017-JAN-2018.pdf>. Acesso em: 20 dez 2018.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no**

ROSEMBERG, J., Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação, **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, n. 2, 2019. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000200002. Acesso em: 23 nov. 2019.

SANTOS, D. P. et al. **Resistência aos fármacos de primeira escolha utilizados no tratamento da tuberculose pulmonar por Mycobacterium tuberculosis**. **Revista de Saúde**, v. 3, n.13, 2016. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/download/76/50>. Acesso em: 6 jun. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Sobre tuberculose**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/tuberculose/doc/tuberculose.html>. Acesso em: 01 dez 2018.

Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. **Plano Estadual pela Eliminação da Tuberculose: 2018 a 2021**. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-devigilancia/tuberculose/doc/tb17_plano_eliminacao.pdf. Acesso em: 18 dez 2018.

The history of tuberculosis, **Respiratory Medicine**, v. 100, n. 11, p. 1862-1870, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2006.08.006>. Acesso em: 24 nov. 2018.

TYAGI, CHIN, C. M.; FERREIRA, E. I. O processo de latenciação no planejamento de fármacos. **Quím. Nova**, v. 22, n. 1, São Paulo jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/qn/v22n1/1141.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

ZISKIND; HALIOUA, **Procedimentos egipcios da qualidade de vida do paciente; 2007**.

APÉNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



DEPARTAMENTO DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

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 a Pacientes com Tuberculose Pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo**”, cujo objetivo é Propor um Guia de Orientação de Enfermagem a Pacientes com Tuberculose Pulmonar no 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:

1. Declaro que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.
2. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar.
3. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

4. 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.
5. Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.
6. Depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo.

Data: ____/____/2023

Assinatura do Entrevistado _____ Assinatura

Nome do entrevistador _____ Assinatura

**APÉNDICE B QUESTIONARIO DE PESQUISA DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS
(AS) DO HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO**



DEPARTAMENTO DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**QUESTIONARIO DE PESQUISA DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS (AS) DO HOSPITAL
SANATÓRIO DO HUAMBO**

1. Nível académico:

Básico..... Médio..... Superior..... Outro.....

2. Tempo de serviço. 3 a 4 anos — 5 a 6 anos — 7 a mais anos —

3. Relacione os Cuidados de Enfermagem aplicados a pacientes com tuberculose pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo.

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

4. Existe um guia para assistência de Enfermagem a pacientes com tuberculose pulmonar nesta unidade sanitária?

Sim.....

Não.....

APÉNDICE- C TABELAS

Tabela 1 Distribuição de acordo com Grau Académico e o nível de conhecimento dos Profissionais de Enfermagem Hospital Sanatório do Huambo.

Grau Académico	No	%
Técnico médio	5	80 %
Licenciado	2	20 %
Total	7	100%

Fonte: (Autor, 2023)

Tabela 2 – Distribuição de acordo com Tempo de serviço dos Profissionais de Enfermagem Hospital Sanatório do Huambo

Tempo de serviço	No	%
3 a 4 anos	1	14
5 a 6anos	1	14
7 a mais anos	5	72
Total	7	100%

Fonte: (Autor, 2023)

Tabela 3 – Distribuição dos Profissionais de acordo com a Educação sanitária ao paciente com Tuberculose Pulmonar. Hospital Sanatório do Huambo.

Crítérios	No	%
Higiene ao paciente (banho, roupa, cabelo)	2	29
Oxigenio na sala do paciente	1	14
Administração dos medicamentos(Tuberculos titicos)	2	29
Cuidados higienicos (banhos, cabelos e mãos)	3	43
Total	7	100%

Fonte: (Autor, 2023)

Tabela 4 Distribuição de acordo com a resposta dos Profissionais sobre existência de um guia orientação para cuidados de enfermagem em pacientes com Tuberculose Pulmonar no Hospital Sanatório do Huambo.

Critérios	Frequência	Percentagem (%)
Higiene ao paciente (banho, roupa, cabelo)	2	29
Oxigenio na sala do paciente	1	14
Administração dos medicamentos(Tuberculos titicos)	2	29
Cuidados higienicos (banhos, cabelos e mãos)	3	43
Total	7	100%

Fonte: (Autor, 2023)

ANEXOS

Anexo 1

SHOT ON iPhone
AI TRIPLE CAMERA

 **GAÁLA**
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Protocolo N° 008 /2022-2023

Orientador: Doralys Arbelo Lopesc, MSc
Co-Orientador:

Equipa: Daimara Garcia, MSc

Título: GUIA DE ORIENTÇÃO A CUIDADORES PACIENTES COM TUBERCULOSE NO HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO NO PERIODO DE JANEIRO A AGOSTO DE 2023

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com o regulamento de ética do ISPC aos 13 de Abril de 2023.

Obs: Em caso de reprovação, ao ser remetido para análise por esta comissão, o remetente deverá estacar todas as alterações realizadas e sugeridas pelo CE. Para demais dúvidas, contactar o Departamento dos Assuntos Científicos do ISPC.

PARECER DETALHADO

Protocolo: Aprovado

Título do Projeto: GUIA DE ORIENTÇÃO A CUIDADORES PACIENTES COM TUBERCULOSE NO HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO NO PERIODO DE JANEIRO A AGOSTO DE 2023

Recomendações:

Conclusão:

- Ajustar as Normas Metodologicas
- Descrição de Desenho Metodologicos
- Apresentar o Termo de Consetimento

O Presidente do Comité de Ética

Arlindo da Costa Afonso, PhD.
=Professor Auxiliar=

Anexo 2

SHOT ON ITEL
AI TRIPLE CAMERA

Handwritten notes:
Aut. 2023
on Com. de...
Prof. Lucas...



CAÁLA
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

Gabinete do Vice-Presidente Para Área e Científica Pós Graduação

Handwritten signature
Presidente
Hélder Lucas Chipinda, Ph.D.
Professor Associado

AO:
HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO

SOLICITAÇÃO N°504-VPACPG-AAcVE/2023

Para que não se coloque impedimento, declara-se que **José de Almeida Cassinda Sacapata** é Estudante desta Instituição, matriculado no 5º ano do Curso de Graduação em Enfermagem Geral no Ano lectivo de 2023.

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

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

Gabinete do Vice-Presidente para os Assuntos Científicos e Pós-Graduação, na Caála aos 10 de Abriél do ano de 2023

O Vice-Presidente para os Assuntos Científicos e Pós-Graduação

Handwritten signature
PRESIDENTE
Professor Doutor Arlindo da Costa Afonso
=Professor Auxiliar=
PÓS GRADUAÇÃO

HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO
ENTRADA
N.º 492
Data 21/06/2023
DUNA