

\UNIVERSIDADE POLITÉCNICA-APOLITÉCNICA
Instituto Politécnico e Universitário de Nacala - ISPUNA
Licenciatura em enfermagem

**Perfil clínico dos pacientes internados por tuberculose no departamento
de medicina do Hospital Central de Nampula nos primeiros semestres de
2021 a 2022**

Milagre Agostinho Cornélio

Nacala-Porto, Março 2023

Milagre Agostinho Cornélio

**Perfil clínico dos pacientes internados por tuberculose no departamento
de medicina do Hospital Central de Nampula nos primeiros semestres de
2021 a 2022**

Monografia apresentada ao ISPUNA –
Universidade Politécnica como requisito
parcial para obtenção do Grau de
Licenciatura em Enfermagem

Orientador: Lic. Nélio Dos Santos Dinis

Nacala-Porto, Março 2023

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Milagre Agostinho Cornélio

Tema: Perfil clínico dos pacientes internados por tuberculose no departamento de medicina do Hospital Central de Nampula nos primeiros semestres de 2021 a 2022.

Trabalho de conclusão do curso aprovado em ____/____/____

O Tutor

O oponente

O Presidente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

A memória da minha falecida mãe, Suzana Chiuanga, que Deus a tenha.

A minha esposa, Tercia a quem eu amo incondicionalmente, pela amizade, dedicação e o amor que tens por mim, estando sempre presente em todos os momentos da minha vida, principalmente nos momentos mais difíceis e decisivos. A minha irmã Gloria que através da educação rígida que me condicionou todos esses anos, me fez perceber a importância e o valor que a educação tem na vida de uma pessoa, me encorajando a buscar e ver o conhecimento como o melhor caminho a ser seguido em busca da nossa transformação como pessoa.

As minhas filhas Kianga e Miryam inspiração da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser um Pai maravilhoso e sempre presente na minha vida, me ensinando a cada dia que apesar das dificuldades que encontramos no caminho em busca dos nossos sonhos, ainda vale a pena acreditar e lutar pelo que é justo e correcto.

Ao Lic. Nélio Dinis dos Santos, que foi mais que meu orientador, um grande mestre a quem eu tenho profunda admiração pela pessoa e profissional que ele é, mas principalmente pelo grande amigo de todas as horas com suas palavras gentis e encorajadores em todos os momentos difíceis que enfrentei.

Ao Lic. Suleimane a quem eu considero muito inteligente e sincero com as pessoas, simples e carinhoso com os seus alunos, acreditando que todos são capazes de chegar aonde almejam.

A Lic. Cármen pelas palavras de carinho e conforto que me deu em um dos momentos mais difíceis da minha vida que enfrentei nesses últimos meses.

PARECER DO SUPERVISOR

Eu Nélio Dos Santos Dinis, na qualidade de tutor do trabalho final do curso de Licenciatura em Enfermagem com o tema: Perfil clínico dos pacientes internados por tuberculose no departamento de medicina do Hospital Central de Nampula nos primeiros semestres de 2021 a 2022, depois de ter lido, considero que estão cumpridos os requisitos científicos e regulamento da politécnica.

DECLARAÇÃO

Eu, Milagre Agostinho Cornélio, estudante da Universidade Politécnica a politécnica, curso de Licenciatura em Enfermagem, declaro, por minha honra, que o presente trabalho nunca foi apresentado para obtenção de qualquer outro grau académico, os resultados neles contidos constituem fruto da investigação pessoal, estando indicadas na bibliografia todas as fontes por mim utilizadas ao longo do seu desenvolvimento.

Nacala-Porto, Março de 2023

O autor

Milagre Agostinho Cornélio

RESUMO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa de fácil disseminação que está presente desde os tempos mais remotos da história da humanidade. Ainda hoje, mesmo com a existência do tratamento medicamentoso eficiente no combate a doença, a tuberculose continua como uma enfermidade prevalente e preocupante mundialmente, e esse facto pode ser atribuído a complexidade que envolve a doença; que atinge principalmente os países em desenvolvimento, onde as iniquidades sociais são mais acentuadas. O presente trabalho descreve o perfil clínico dos doentes internados no departamento de Medicinas por tuberculose no Hospital Central de Nampula nos primeiros semestres de 2021 e 2022. É um estudo descritivo de abordagem quantitativa do tipo transversal, realizado a partir de dados coletados no livro de registos de internamento, sobre os casos notificados da tuberculose no Hospital Central de Nampula, analisando-se as variáveis sócio- demográfica dos portadores da doença. O universo do estudo foi composto de 283 processos dos doentes de TB notificados durante os primeiros semestres de 2021 a 2022. Os doentes foram predominantemente do sexo masculino. Quanto aos agravos associados à TB, dos notificados 39,9% tiveram hábito tabágico, 18,7% dos pacientes tinham coinfeção por HIV. A taxa de cura foi de 66,1% e abandono 1,6%, evidenciando que a resposta ao tratamento a TB na maioria dos casos registrados obteve um feedback positivo.

Palavras-chave: Tuberculose; Perfil clínico.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is an easily spread infectious disease that has been present since the most remote times in human history. Even today, even with the existence of efficient drug treatment to combat the disease, tuberculosis remains a prevalent and worrying disease worldwide, and this fact can be attributed to the complexity that involves the disease; that mainly affects developing countries, where social inequities are more accentuated. The present work describes the clinical profile of patients admitted to the Medicines department for tuberculosis at the Central Hospital of Nampula in the first semesters of 2021 and 2022. of internment, on the notified cases of tuberculosis in the Central Hospital of Nampula, analyzing the sociodemographic variables of the carriers of the disease. The study universe consisted of 283 TB patient files reported during the first semesters of 2021 to 2022. Patients were predominantly male. As for TB-associated diseases, 39.9% of those reported were smokers, 18.7% of patients had HIV co-infection. The cure rate was 66.1% and the dropout rate was 1.6%, showing that the response to TB treatment in most of the registered cases had positive feedback.

Keywords: Tuberculosis; Clinical profile.

ÍNDICE

CAPÍTULO I.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Definição do tema.....	14
1.2. Delimitação.....	15
1.3. Problematização.....	15
1.4. Hipóteses	16
1.5. Objectivo geral	16
1.6. Objectivos específicos	16
1.7. Justificativa na escolha do tema	16
1.8. Características do ambiente do estudo	18
1.8.1. Localização	18
1.8.2. Histórico	18
1.9. Organização do trabalho	18
CAPÍTULO II.....	19
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1. Histórico da tuberculose	19
2.2. Conceito da TB.....	20
2.3. Definição dos casos	20
2.3.1. Caso novo	20
2.3.2. Recaída	20
2.3.3. Falência.....	20
2.3.4. Crónico	20
2.3.5. Transferido	20
2.3.6. Abandono	20
2.4. Aspectos clínicos da tuberculose	20
2.5. Manifestações clínicas	20
2.6. Modo de transmissão da tuberculose.....	21
2.7. Fisiopatologia da tuberculose	21
2.8. Factores de risco para a Tuberculose.....	21
2.9. Elementos para o diagnóstico da tuberculose pulmonar	22
2.9.1. História Clínica.....	22
2.9.2. Exame Bacteriológico.....	23

2.9.3. Exame Radiológico	24
2.9.4. Teste Cutâneo Tuberculémico	24
2.10. Diagnostico diferencial	25
2.11. Complicações da tuberculose	25
2.11.1. Hemoptises	25
2.11.2. Derrame pleural	25
2.11.3. Pneumotorax	25
2.12. Tratamento	26
2.12.1. Fase intensiva:	26
2.12.2. Fase de manutenção:	26
2.13. Medidas preventivas	27
2.13.1. Gerais	27
2.13.2. Nas Unidades Sanitárias	28
2.13.3 Na comunidade	28
2.14. Medidas de controle da tuberculose	28
2.14.1. Despiste e tratamento precoces dos casos contagiosos	28
2.14.2. Vacinação pelo BCG	28
2.15. Cuidados de enfermagem	29
2.16. Impacto do HIV na epidemiologia de Tuberculose	29
CAPÍTULO III	30
3. METODOLOGIA DE PESQUISA	30
3.1. Tipo de pesquisa e local	30
3.2. População e amostra	30
3.2.1. População ou Universo	30
3.2.2. Amostra	30
3.3. Técnica de Amostragem	30
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	31
3.5. Técnicas e instrumentos de recolhas de dados	31
CAPÍTULO IV	32
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	32
5. DISCUSSÃO DOS DADOS	38
6. CONCLUSÃO	41
7. SUGESTÕES	42
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 Perfil sociodemografico dos pacientes internados por TB no departamento de medicina do HCN nos primeiros semestres de 2021 a 2022.....	32
Tabela 2 Dados comparativos de casos de Tuberculose pulmonares e extra-pulmonares corridos nos primeiros semestres de 2021 e 2022.....	32
Tabela 3 Dados comparativos dos casos ocorridos de todas as formas de Tuberculose nas mulheres e homens nos primeiros semestres de 2021 e 2022	33
Tabela 4 Perfil clinico dos pacientes internados por TB no departamento de medicina nos primeiros semestres de 2021 e 2022	35
Tabela 5 Dados comparativos de obitos, abandonos, transferidos, curados de todas as formas de TB nos primeiros semestres de 2021 e 2022	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BCG- Bacilo de Camette Guérin

DOTS - Estratégia de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração

FESTA – Febre, Emagrecimento, Sudorese, Tosse, Astenia

HCN – Hospital Central de Nampula

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS - Organização Mundial de Saúde

MISAU – Ministério de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAV – Programa Alargado de Vacinação

PNCT- Programa Nacional de Controle da Tuberculose

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TB - Tuberculose

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Credencial-----49
ANEXO 2 – Credencial-----4

EPIGRAFE

Se não podes ser uma árvore na colina, seja um graveto no vale. Mas seja o melhor graveto de todas as léguas ao redor.

Se não podes ser uma estrada, seja uma vereda.

Se não podes ser o Sol, seja uma estrela. O valor não se mede pelas dimensões.

Seja o que fores que seja profundamente.

(Martin Luther King)

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

Actualmente a tuberculose é considerada como um grave problema de saúde pública enfrentado a nível mundial. Ela atinge principalmente as populações mais susceptíveis socialmente, onde a previsão é de que dos três milhões de pessoas que morrem de tuberculose a cada ano, ela permaneça, dentre as dez maiores causas de mortes entre as doenças infecciosas no ano de 2020. (MURRAY, et al., 1990 apud ARCÊNIO, 2008). “No cenário Moçambicano, ela vem tomando destaque importante entre as principais causas de morbimortalidade, atingindo diversas faixas etárias e classes sociais” (RUFFINO-NETO, 2001). De acordo com a declaração emitida pela OMS, 2 bilhões de pessoas estão contaminadas com a doença e destes, 8 milhões desenvolverão a forma activa da tuberculose e 2 milhões morrerão a cada ano (MEDEIROS, et al., 2005).

Como destaca Veronesi, et al., (2005), existem diferenças importantes na distribuição da TB em diferentes regiões do mundo, ao qual como o autor cita que nos países desenvolvidos estão presentes 21% dos infectados, ao passo que 79% estão nos países pobres ou em desenvolvimento. Outro factor importante destacado por ele é a diferença na distribuição da doença nos países desenvolvidos, ao qual a maior parte dos infectados, encontra-se na faixa etária acima de 50 anos de idade e nos países em desenvolvimento, 80% dos infectados possuem entre 15 e 59 anos, estando dentro da faixa etária de maior produtividade social. Dos oito milhões de casos novos, 5% concentram nos países desenvolvidos e 95% naqueles em desenvolvimento. “Portanto, pode-se dizer que a tuberculose é reemergente nos países ricos e permanente nos países pobres” (RUFFINO-NETTO, 2012).

Por ser uma doença de difícil controle pela complexidade que envolve essa enfermidade, a TB tem preocupado muito os pesquisadores da área da saúde no mundo, e “apesar de ser prevenível e curável na maioria dos casos novos detectados” (BRASIL, 2010), ela vem se tornando um grave problema de saúde pública enfrentado mundialmente

“Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a tuberculose (TB) como estado de emergência no mundo” (RUFFINO-NETTO, 2012), esse contexto pode ser atribuído pelo crescimento das grandes iniquidades sociais existentes, geradas pelas péssimas condições de vida dessa população mais acometida pela doença (condições de moradia precária, , baixo grau de escolaridade, alimentação inadequada, moradia com

grandes aglomerados humanos, entre outros), mas principalmente pelo surgimento da AIDS que contribuiu significativamente com o agravamento da doença, transformando a situação muito mais complexa.(DAVID, 2009).

Em resumo, o principal propósito desta pesquisa foi de realizar uma descrição estratégica para conhecer os factores associados ao perfil clínico dos pacientes internados no departamento de Medicinas do HCN padecendo por tuberculose no período em estudo, entendida como factor agravante da tuberculose abaixo imunidade dos indivíduos entre outros factores sociodemográficos.

Acredita-se que com este estudo, possa permitir novos conhecimentos dos factores que estão por detrás do perfil clínico dos pacientes acometidos por Tuberculose, com foco no internamento de medicinas do HCN, pois esse estudo foi uma forma de avaliação das características clínicas dos pacientes padecendo por essa doença, contribuindo no manejo e seguimento correcto dos casos de tuberculose no internamento em particular, visto que na sua maioria dos doentes internados por tuberculose nesta unidade sanitária, a TB aparece como um diagnóstico associado a uma doença de base, e que depois de tratado o doente é transferido ao Hospital Geral de Marrere, a unidade sanitária tida como Hospital de referência no tratamento da Tuberculose a nível da cidade de Nampula. Igualmente perspectiva-se que a pesquisa ajude no diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos de tuberculose transferidos para o HGM, de modo a reduzir focos de contaminação deste mal.

1.1. Definição do tema

Segundo Asti Vera (1976, apud Lakatos 2003, p.4) o tema é o assunto que se deseja provar ou desenvolver, é uma dificuldade, ainda sem solução, que é mister determinar com precisão, para intentar, em seguida, seu exame, avaliação crítica e solução.

Para o presente trabalho de pesquisa tem como o tema : Perfil clínico dos pacientes internados por tuberculose no departamento de medicina do HCN nos primeiros semestres de 2021 e 2022.

1.2. Delimitação

Quanto a delimitação geográfica, este estudo foi realizado no Hospital Central de Nampula, localizada na Província do mesmo nome.

No que concerne a delimitação do tema, referir que a pesquisa que se perspetivou, enquadra-se na área de saúde, e teve como objectivo central avaliar o perfil clínico dos doentes internados por TB no departamento de Medicina do HCN nos primeiros semestres de 2021 e 2022.

Relativamente à delimitação temporal, o estudo foi realizado durante um período de cinco meses, Agosto, Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro do ano 2022, no qual a população alvo foi delimitada no departamento de medicina, porque contém registos de indivíduos com probabilidade, preferencialmente igual de serem incluídos no estudo.

1.3. Problematização

De acordo com Júnior (2003, p.68), destaca que:

Tuberculose depois da Malária e HIV/SIDA é uma das doenças que mais óbitos provoca na comunidade devido a sua rápida propagação e disseminação, principalmente a Tuberculose pulmonar, se não forem observados os cuidados adequados no âmbito de tratamento, prevenção e pelo facto dela ser uma doença muitas vezes oportunista aos doentes imunodeprimidos. Aos doentes acometidos por essa doença têm tido um quadro clínico específico da doença.

Verificando-se aumento de casos de tuberculose no Hospital Central de Nampula, sendo ela uma doença que tem cura desde que seja efectuado diagnostico atempado e o paciente cumpra com as normas estabelecidas no seu tratamento, cujo a maioria desses casos vêm associados com certas características clínica. Os hospitais desse nível são vocacionados a prestação de cuidados diferenciados, por profissionais especializados, o HCN em particular, é uma entidade multisectorial que possui funcionários competentes e, sobretudo o ponto focal da tuberculose qualificado e experiente, embora o HGM seja a unidade sanitária de referência no tratamento da tuberculose. Porem, dados empíricos mostram que existe um número considerável de pacientes internados por tuberculose no departamento de medicina do HCN. Face esse fenómeno coloca-se a seguinte questão de partida:

Quais são os factores que influenciaram no Perfil clínico dos pacientes internados por tuberculose no departamento de medicina do HCN nos primeiros semestres de 2021 e 2022?

1.4. Hipóteses

De acordo com Severino (2002), " após colocar todos os problemas, e suas amplitudes, o autor deve enunciar suas hipóteses: tese propriamente dita, onde é a ideia central que o trabalho se propõe demonstrar".

Com base no problema, chega-se as seguintes hipóteses:

- ❖ Abandono de tratamento por parte dos pacientes contribui no perfil clínico;
- ❖ Estilo de vida (tabagismos e alcoolismo) contribui no perfil clínicos dos doentes internados por TB,
- ❖ Casos de tuberculose associados ao HIV/SIDA;

1.5. Objectivo geral

- ❖ Avaliar o perfil clínico dos doentes internados por TB no departamento de Medicina do Hospital Central de Nampula nos primeiros semestres de 2021 a 2022.

1.6. Objectivos específicos

- ❖ Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos casos de TB,
- ❖ Descrever o perfil clínico dos doentes internados por TB no departamento de Medicina do Hospital Central de Nampula nos primeiros semestres de 2021 a 2022,
- ❖ Identificar a co-morbilidade dos pacientes com TB.

1.7. Justificativa na escolha do tema

Pelo facto de haver aumento de internamentos e mortes por tuberculose no HCN, sendo ela uma doença que tem cura, o conhecimento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados por Tuberculose, possibilitara a desenhar estratégias com vista a redução dos casos de tuberculose e consequentemente a redução dos factores que influenciam no perfil clínico dos doentes portadores desta doença.

Como relevância do estudo, acredita-se que os resultados do estudo que se planeiou, possa permitir novos conhecimentos dos factores que estão por detrás do perfil clínico dos pacientes acometidos por Tuberculose, com foco no internamento de medicinas do HCN, pois esse estudo foi uma forma de avaliação das características clínicas dos

pacientes padecendo por TB, contribuindo no manejo e seguimento correcto dos casos de tuberculose no internamento em particular, visto que na sua maioria dos doentes internados por tuberculose nesta unidade sanitária, ela aparece como um diagnóstico associado a uma doença de base, e que depois de tratado o doente é transferido ao Hospital Geral de Marrere para continuação de seguimento. Igualmente perspectiva-se que a pesquisa ajude no diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos de tuberculose transferidos para o HGM, de modo a reduzir focos de contaminação deste mal. O interesse no estudo deste tema, prende-se com isso conhecer o perfil clínico dos doentes que estiveram internados por Tuberculose no departamento de Medicina do Hospital Central de Nampula, nos primeiros semestres de 2021 e 2022.

Apesar dos esforços empreendidos pelas autoridades sanitárias e pelo governo, a tuberculose constitui um dos motivos de ocorrência de óbitos em indivíduos vivendo com HIV/SIDA pelo facto de ser uma doença oportunista aos doentes imunodeprimidos, na unidade sanitária, não só, como também na comunidade, sendo elas, pessoas vivendo com HIV, os trabalhadores de saúde, os prisioneiros, os mineiros, as crianças menores de 5 anos, considerados pelo MISAU como os principais grupo de alto risco para TB. Júnior e Perdigão (2003).

De acordo com a OMS o objectivo primário da PNCT é de encontrar maior número de doentes com tuberculose contagiosa (BK+ ao exame da expectoração), e trata-la completa e correctamente ate a esterilização das lesões tuberculosas, e o Governo de Moçambique através do MISAU tem vindo a empreender acções no sentido de eliminar este mal.

Nestes termos, percebe-se que a realização deste trabalho de pesquisa tem oportuno dado, que tem como finalidade conhecer os factores associados ao perfil clínico dos pacientes internados no departamento de Medicinas padecendo por tuberculose no período em estudo.

1.8. Características do ambiente do estudo

1.8.1. Localização

O Hospital Central de Nampula localiza-se na Província do mesmo nome, na Avenida Samora Machel n° 1061, na cidade de Nampula, é a maior Unidade Sanitária do nível quaternário na região Norte do País, conta com 529 camas, funciona com 5 departamentos com suas subespecialidades e respectivas consultas externas, com uma população de 6.102.867 habitantes com área da superfície de 78.197 km², e tem como limites:

- ❖ **Norte:** Praça da liberdade, tribunal judicial de Nampula, registo;
- ❖ **Sul:** Instituto de Ciências de Saúde e EPC dos Limoeiros;
- ❖ **Este:** Avenida Samora Machel, antiga DPS e bairro dos Beleneses;
- ❖ **Oeste:** Supermercado Shoprite e Rua de Tete.

1.8.2. Histórico

O Hospital Central de Nampula foi construído em 1962, com uma capacidade de quatrocentas e uma (401) camas, no âmbito das construções hospitalares, segundo um projecto da primeira repartição da direcção das obras publicas e transporte, desenhado por Francisco Assis com autoria com Luis Vasconcelos. A construção teve seu arranque entre o inicio de 1961 e final de 1962 e entrou em funcionamento em Abril de 1967, depois inaugurado oficialmente em 1968 e na altura chamava-se Egas Moniz.

1.9. Organização do trabalho

A presente monografia é uma exposição escrita de um problema identificado durante o decurso de estagio final e está estruturado metodologicamente em três partes segundo as normas de elaboração de trabalhos académicos vigentes na Universidade Politécnica A politécnica, Instituto Politécnico e Universitário de Nacala – ISPUNA, homologado a 22 de Agosto de 2016, sendo os elementos pré-textuais, antecedendo estes o texto principal, posteriormente os elementos textuais, no qual se apresenta o texto principal da pesquisa e finalmente temos os elementos pós-textuais.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Histórico da tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa que está presente na vida do homem desde a antiguidade. Desde 8.000a.C foram descobertos vestígios da doença em esqueletos humanos na Alemanha. Mas foi somente a partir do século XIV e XV, que os médicos começaram a investigar o contágio da tuberculose na região que hoje é a Itália e diante dessas descobertas passaram a observar a necessidade de isolar os objectos dos doentes que em muitos casos eram queimados para impedir a disseminação da doença para outros indivíduos sadios. (KRITSKI, 2000 apud CARDOSO; CAMPOS, 2006).

Durante o século XIX a epidemia da tuberculose se alastrou de tal forma que a doença tornou-se conhecida como o mal do século, mas neste mesmo período foram feitas descobertas importantes na tentativa de reverter essa situação. (NORONHA, 2003).

Em 1882, Robert Koch isolou o agente etiológico da tuberculose e essa descoberta significou um passo importante para a humanidade no combate a doença, bem como no conhecimento acerca da enfermidade. Através dessa descoberta foi possível direcionar metas eficazes no tratamento da tuberculose, apesar de neste período ainda não ser observado avanços terapêuticos significativos. A partir do século XIX as medidas terapêuticas se restringiam ao tratamento higieno-dietético, na qual a cura do doente era espontânea, quando este estava em condições favoráveis. (boa alimentação, repouso, clima da montanha, etc). Além destas medidas viu-se a necessidade da criação de sanatórios e preventórios para auxiliar na cura da doença. (FUNDO GLOBAL, 2009).

Na década de 1960 os esquemas terapêuticos medicamentosos começaram a ser implementados de forma efectiva e padronizada. Inicialmente no ano de 1964, foram utilizados o esquema padrão dos medicamentos com duração de 18 meses. Em 1965 esse esquema foi reduzido para 12 meses. E desde 1979 o esquema foi estabelecido com duração de 6 meses, permanecendo até hoje esse período de duração. (RUFFINO-NETTO, 2002).

Conforme Ruffino-Netto (2002), “95% dos casos de tuberculose ocorrem em países de terceiro mundo, onde acontecem também 98% dos óbitos.”

Embora se conheça a causa da tuberculose, bem como a forma de diagnóstico e tratamento da doença, ela ainda continua como uma epidemia de difícil controle. É necessário buscar medidas efectivas para solucionar o problema partindo da “busca activa dos sintomáticos respiratórios e seus contatos, diagnóstico precoce e tratamento adequado aos indivíduos contaminados.” (BRASIL, 2010).

2.2. Conceito da TB

De acordo com Sílvia, (2003, p. 37) "...Tuberculose é uma infecção causada por *Micobacterium Tuberculosis*, ou bacilo de kock(BK) que acomete qualquer parte do corpo humano, porem o mais comum é o comprometimento pulmonar".

2.3. Definição dos casos

Segundo Junior e Perdigão (2018,p.6) dá os seguintes conceitos:

2.3.1. Caso novo– Doente que nunca foi tratado da TB ou aquele que fez tratamento menos que um mês.

2.3.2. Recaída– Doente que fez tratamento anterior a TB, foi declarado curado, tem baciloscopia ou cultura positiva meses ou anos depois.

2.3.3. Falência – Doentes caso novo com baciloscopia positiva aos 5 ou mais meses de tratamento ou aquele que era BK negativo no início do tratamento e se torna BK+ após o 2º mês de tratamento.

2.3.4. Crónico– Doente com baciloscopia positiva aos 7 meses do regime de tratamento ou depois do retratamento completo.

2.3.5. Transferido –Doente transferido de um distrito (onde foi notificado) para outro onde vai continuar o tratamento.

2.3.6. Abandono – Doente que interrompe o tratamento por 2 meses ou mais ou doente irregular que não completou o tratamento".

2.4. Aspectos clínicos da tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa, causada pelo *Micobacterium tuberculosis* que tem como reservatório o homem. A fonte de infecção da doença na forma pulmonar é a eliminação dos bacilos para o exterior do corpo que é transmitida de um indivíduo contaminado a outro sadio. (RUFFINO-NETTO 2008apud CARDOSO; CAMPOS,2009).

2.5. Manifestações clínicas

De acordo com Júnior e Perdigão (2003) "as manifestações clínicas da Tuberculose

são tosse há mais de 3 semanas; emagrecimento; dor torácica; hemoptises; falta de apetite (anorexia); sudorese noturna, febre vespertina". FESTA (Febre, Emagrecimento, Sudorese, Tosse, Astenia). Todos os doentes com estas queixas poderão realizar exame direto da expectoração (baciloscopia) para despiste da Tuberculose.

2.6. Modo de transmissão da tuberculose

Segundo Sílvia (2005, p.198)" a transmissão da TB é feita de Homem a Homem por meio de pacientes que têm o bacilo de Koch causador da Tuberculose no escarro;

- Inalação de partículas em suspensão no ar contendo os bacilos emitidos pelo indivíduo infectado expelidos por tosse, espirros, suspiros, e outras manobras respiratórias;
- Através da tosse, até 3 mil partículas são lançadas no ar o que equivale a 5 minutos de fala;
- Acredita-se que um doente bacilífero em uma comunidade é capaz de infectar 10 a 15 comunicantes apenas em um (1) ano".

A transmissão se dá por meio de espirros, gotículas de saliva que contêm o bacilo, tosse e o contacto direto com o agente etiológico da doença (RUFFINO-NETO 2002 apud CARDOSO, CAMPOS, 2006).

2.7. Fisiopatologia da tuberculose

A fisiopatologia da Tuberculose inicia quando uma pessoa susceptível inala os bacilos das micobactérias e torna-se infectado. As bactérias são transportadas através das vias aéreas até os alvéolos, onde são depositados e começam-se a multiplicar. Os bacilos também são transportados pelo sistema linfático e pela corrente sanguínea para outras partes do corpo (rins, ossos, córtex cerebrais) e para outras áreas do pulmão (lobos superiores). O sistema imune do corpo responde ao iniciar uma reação inflamatória. Os fagócitos (Neutrófilos e Macrófagos) engolem muitas das bactérias, os linfócitos Tuberculose específicos lisam (destroem) os bacilos e o tecido normal. Essa reação tissular resulta no acúmulo do exsudato nos alvéolos, provocando a broncopneumonia. A infecção inicial geralmente acontece em 2 a 10 semanas. (Sudarth, 2010, p. 57).

2.8. Factores de risco para a Tuberculose

De acordo com Smeltzer e Bare (2005 P. 563) apontam os principais factores de risco para

desenvolver a tuberculose:

Contacto próximo com algum portador da TB ativa, estado imunocomprometido (HIV, câncer, terapia prolongada com corticosteróides em dose alta, etc), abuso de substâncias (usuários de drogas IV ou por injeção e alcoólicos), condições médicas preexistentes ou tratamento especial (diabetes, insuficiência renal crônica, desnutrição, hemodiálise, órgãos transplantados e gastrectomia), imigrantes de países com alta prevalência de tuberculose, institucionalizados (instituições psiquiátricas, prisões, etc), viver em habitações com muitas pessoas, abaixo dos padrões de habitação.

Segundo Sílvia (2005, p.383) aponta como factores de riscos para tuberculose:

- ❖ Contacto com alguém portador da tuberculose activa;
- ❖ Estado imune comprometido por ex: Aqueles com infecção por câncer, órgãos transplantados, e terapia prolongada com corticosteroides em doses altas;
- ❖ Abuso de substancias (usuários de drogas endovenosas ou por injeção e os alcoólicos);
- ❖ Qualquer pessoa sem cuidados de saúde adequados (desabrigados, pobres, menores, principalmente crianças com menos de 15 anos de idade e adultos jovens entre 15 a 45 anos de idade);
- ❖ Condições medicas prés existentes ou tratamento especial por exemplo: Diabetes, insuficiência renal crónica, desnutrição;
- ❖ Imigração de países com uma alta prevalência de tuberculose;
- ❖ Institucionalização por exemplo: Instituições de cuidados de longo prazo, instituições psiquiátricas, prisões;
- ❖ Ser um profissional de saúde que realiza actividade de alto risco;
- ❖ Tabagismo.

2.9. Elementos para o diagnóstico da tuberculose pulmonar

Segundo Brunner e Suddarth(2010, p. 546 – 565) " Uma historia completa, exame físico, teste tuberculino cutâneo, radiografia do tórax, esfregaço para bacilo acido-alcool resistente e a cultura de escarros, são empregados para diagnosticar a tuberculose".

2.9.1. História Clínica

Após a etapa de acolhimento ao doente de TB, temos a etapa seguinte que é a abordagem da história clínica, onde através dela o profissional de saúde deverá registrar os dados

imprescindíveis e mais relevantes para o desenvolvimento das atividades posteriores que nortearão a conduta profissional diante do caso. A partir dessas informações colhidas será possível tomar decisões sobre como serão realizadas as investigações para definir melhor a doença, seu prognóstico e as principais intervenções que deverão ser orientadas e seguidas pelo doente.

No caso da TB como coloca Brasil (2002 p.13), as principais investigações que deverão ser feitas no momento de colher informações na história clínica do doente estão elencadas abaixo:

Questionar se o doente teve contacto, intradomiciliar ou não, com uma pessoa com tuberculose; se este apresentar sintomas e sinais sugestivos de tuberculose pulmonar tosse seca ou produtiva por três semanas ou mais, febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, dor torácica, dispnéia e astenia; história de tratamento anterior para tuberculose, presença de fatores de risco para o desenvolvimento da TB doença (Infecção pelo HIV, diabetes, câncer, etilismo).

2.9.2. Exame Bacteriológico

A baciloscopia directa do escarro é o exame mais confiável para o diagnóstico da doença, porque por meio dele é possível detectar as principais formas de infecção pelo bacilo. De acordo com Brasil (2002 p. 13 e 14) recomenda-se a utilização de duas amostras da baciloscopia que logo abaixo o autor explica as fases para a realização correcta da coleta de escarro:

Primeira amostra: coletada quando o sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a presença dele e garantir a realização do exame laboratorial. Não é necessário estar em jejum.

Segunda amostra: coletada na manhã do dia seguinte, assim que o paciente despertar. Essa amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite.

O exame bacteriológico é oferecido gratuitamente pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), é preciso apenas que o profissional de saúde realize sempre no seu serviço de saúde, a busca activa pelos sintomáticos respiratórios para que seja feito o mais rápido possível a realização dos exames específicos que comprovem o diagnóstico da doença e nesses casos suspeitos onde os resultados forem positivos iniciar o tratamento adequado o mais precocemente. (BRASIL, 2002)

2.9.3. Exame Radiológico

O exame radiológico isolado não oferece diagnóstico para a tuberculose, por isso é sugerido sua utilização, apenas quando o profissional médico tem suspeito de caso da doença. Depois da realização da baciloscopia e com seu resultado positivo para a tuberculose, o exame radiológico fornecerá ao profissional a confirmação que ele precisa para definir mais claramente o diagnóstico da tuberculose, tendo esse exame apenas a função de excluir a possibilidade de outra doença. (BRASIL, 2002)

De acordo com Silva Júnior (2004 p.3) quanto aos resultados dos exames radiológicos do tórax, eles deverão obedecer a seguinte classificação:

Normal – os que não apresentam imagens patológicas nos campos pulmonares.

Sequelas– os que apresentam imagens sugestivas de lesões cicatríciais.

Suspeito – os que apresentam imagens sugestivas de tuberculose.

Outras doenças – os que apresentam imagens sugestivas de pneumopatia não tuberculosa.

2.9.4. Teste Cutâneo Tuberculémico

O teste tuberculínico também serve apenas como um método auxiliar no diagnóstico da TB, que quando reatora aponta apenas que aquele indivíduo esteve em contato com o bacilo, mas que ele pode desenvolver ou não a forma activa da doença, e essa possibilidade dependerá de vários fatores associados ao indivíduo. (BRASIL, 2002)

“A leitura da prova tuberculínica é realizada 72 a 96 horas após a aplicação, medindo-se, com régua milimetrada, o maior diâmetro da área de endurecimento palpável será o resultado do teste” (BRASIL, 2010).

Segundo Silva Júnior (2004 p. 4), o resultado registrado em milímetros do teste de realizado no indivíduo suspeito de TB, terá a classificação dos resultados de exposição ao bacilo os seguintes reactivos:

0 mm a 4 mm- não reator- indivíduo não infectado pelo *M. tuberculosis* ou com hipersensibilidade reduzida.

5 mm a 9mm- reator fraco- indivíduo vacinado com BCG ou infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras micobactérias.

10mm ou mais- reator forte- indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis*, que pode estar doente ou não, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos

2.10. Diagnostico diferencial

De acordo com Júnior e Perdigão (2003, p. 60) destaca como diagnósticos de referências a:

- Pneumonia bacteriana;
- Abscesso pulmonar;
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Asma;
- Doença pulmonar obstrutiva;
- Bronquite."

2.11. Complicações da tuberculose

Segundo Manual de tuberculose MISAU (2003, p. 78)

2.11.1. Hemoptises

Na maioria dos casos o sangue origina-se da ulceração de mucosa brônquica e apresenta-se como estrias de sangue na expectoração. Se o doente permanecer em repouso a hemorragia parará espontaneamente. Contudo, existe um tipo de hemoptises, cujo prognóstico é grave podendo levar a morte. Consiste em hemorragia franca e abundante, cuja a origem provem da ruptura de um ramo da artéria pulmonar das paredes de uma cavidade.

2.11.2. Derrame pleural

Derrame pleural pode ser uma manifestação da Tuberculose extrapulmonar ou uma complicação da Tuberculose pulmonar. O diagnóstico radiológico deve ser confirmado por punção torácica, cujo conteúdo aspirado deve ser analisado no laboratório. Um derrame claro não precisa de dreno torácico, mas o derrame purulento é uma indicação de intervenção cirúrgica com drenagem toraxica.

2.11.3. Pneumotorax

Uma dor toraxica súbita com irradiação para ombro ou braço, associada a dispneia é sintoma de pneumotórax, devendo ser confirmado pela radiografia de tórax. Um pneumotórax pequeno não precisa de nenhuma intervenção, mas um grande e subtensão precisa de aspiração activa com um dreno torácico.

2.12. Tratamento

Segundo Júnior e Perdigão (2003, p. 94), " o novo regime de tratamento da tuberculose dura 6 meses e divide-se em 2 fases, intensiva e de manutenção".

2.12.1. Fase intensiva:

O doente vem todos os dias a unidade sanitária para a toma dos medicamentos anti-tuberculostaticos. Dois meses diários com 4 medicamentos em doses fixas combinadas: **Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutolem 4DFC**. As dosagens, em número de comprimidos são de acordo com o peso em quilograma, pré-tratamento do doente.

Fase intensiva 2HRZE (2 meses)

Número de comprimidos diários					
Medicação em 4 DFC	Peso em quilogramas (kg)				
	<30	30-37	38-54	55-70	>70
Isoniazida (75mg) Rifampicina (150mg) Pirazinamida (400mg) Etambutol (275mg)	1	2	3	4	5

Fonte: Manual de Tuberculose MISAU-PNCT 2008

2.12.2. Fase de manutenção:

Doente vem três vezes por semana e leva medicamentos anti-tuberculostaticos para os outros dias. 4 Meses diários com Isoniazida e Rifampicina em 2 DFC. A dosagem em número de comprimidos, são de acordo com o peso em quilograma do doente. 1 Comprimido em 2 DFC (Isoniazida 75mg e Rifampicina 250mg).

Fase de manutenção

Número de comprimidos diários					
Medicação em 2 DFC	Peso em quilogramas (kg)				
	<30	30-37	38-54	55-70	>70
Isoniazida (75mg) Pirazinamida (400mg)	1	2	3	4	5

Fonte: Manual de Tuberculose MISAU-PNCT 2008

2.13. Medidas preventivas

A melhor maneira de prevenir a contaminação pela TB é a realização do diagnóstico e tratamento precoce que só poderá ser feito, a partir do momento que as pessoas tiverem consciência da importância de procurar regularmente um serviço de saúde mais próxima da sua casa. “Outras medidas de prevenção importantes incluem a vacinação BCG, o tratamento da infecção latente e o controle de contatos” (BRASIL, 2010).

Uma das pautas de discussão entre os profissionais de saúde tem sido acerca da dificuldade de adesão dos pacientes diagnosticados com TB de não realizarem o tratamento conforme preconizado pelo Programa Nacional de Combate a Tuberculose (PNCT) com os devidos medicamentos e tempo previsto de 6 meses, abandonando no início o tratamento por acharem que pelo regresso do quadro clínico da doença, ela foi eliminada do organismo, o que reforça a necessidade de enfatizar nas comunidades Estratégias Saúde da Família (ESF) a educação em saúde. Partindo do pressuposto de que a TB é uma doença que atinge principalmente indivíduos com o perfil “pertencente ao sexo masculino, usuário de drogas lícitas e ilícitas e a principal característica é o portador ter baixo nível de escolaridade” (SOUZA, et al, 2009), é necessário que além da prevenção da doença os profissionais de saúde que lidam diretamente na assistência a esses doentes e contactantes possam inserir na prática diária de trabalho a promoção em saúde. Trabalhar também com a comunidade a orientação sobre o estigma que a doença acarreta e a necessidade de apoio que o doente de TB precisa é outro factor que dificulta o acesso ao doente na unidade de saúde por ter medo de repressão, isolamento e preconceito por parte da sociedade.

Segundo Júnior e Perdigão (2003, p. 117), a prevenção da Tuberculose insere-se nas seguintes medidas:

2.13.1. Gerais

O objectivo é de reduzir o risco de infecção com expectoração dos doentes bacilíferos:

A luz solar directa mata em 5 minutos. A exposição ao sol é portanto, um método conveniente:

- Exposição da roupa em geral de cama etc ao ar livre e a luz solar;
- Ventilação do ambiente hospitalar e caseiro;
- Esterilização de escarrador ou roupa de cama;

2.13.2. Nas Unidades Sanitárias

- Reduzir a aglomeração de pessoas em meios pequenos, escuros e mal ventilados como as salas de espera nos corredores das unidades sanitárias;
- Utilizar os espaços ao ar livre e de preferência as varandas cobertas como salas de espera;
- Dar prioridade nas consultas e triagens aos doentes com tosse;
- Isolar nas enfermarias os doentes com baciloscopia positiva e nunca colocar um doente com baciloscopia positiva no mesmo quarto com um doente HIV+ que não esteja a fazer tratamento contra a tuberculose.

2.13.3 Na comunidade

- Orientar as pessoas a não cuspir a " céu aberto", tossir ou escarrar directamente diante das pessoas, mas colocando um lenço diante da boca;
- Ensinar os doentes a escarrarem para uma latinha com areia com tampa que depois de utilizada deve ser enterrada;
- Difundir na comunidade a necessidade de enviar a unidade sanitária todas as pessoas com tosse há mais de 3 semanas.

2.14. Medidas de controle da tuberculose

2.14.1. Despiste e tratamento precoces dos casos contagiosos

Segundo Júnior e Perdigão (2003, p. 119), " os doentes com baciloscopia positiva são as fontes de infecção numa comunidade. Descobrir e tratando estas fontes o mais precocemente possível estamos a quebrar a cadeia de transmissão diminuindo a prevalência da doença. Os clientes dos ATS com HIV +, mineiros, prisioneiros, refugiados etc, devem ser alvos preferenciais para o despiste da TB".

2.14.2. Vacinação pelo BCG

A mesma fonte cita que, "a vacina de BCG é uma estirpe do bacilo bovino de tuberculose produzido por Calmette e Guenin (BCG = Bacilo Calmette Guenin). A vacina administra-se intradermicamente a pessoas não infectadas (crianças) para protecção de doença. A vacinação não dá uma protecção de 100%, mas previne as formas graves da tuberculose.

A vacina deve ser administrada tão cedo quanto possível, após a nascença. A vacinação é gratuita e obrigatória em Moçambique. A vacina de BCG esta inclusa no Programa Alargado de Vacinação (PAV), ela deve ser conservada a temperatura baixa (2 a 8°C). Os recém-nascidos com baixo peso devem atingir os 2kg de peso para serem vacinados.

2.15. Cuidados de enfermagem

Segundo Sudarth, (2010), os cuidados de enfermagem são:

- " Instruir ao paciente a respeito do posicionamento correcto;
- Instruir ao paciente sobre as medidas higiénicas incluindo cuidados orais, cobrir a boca e o nariz quando tosse e espira;
- Descarte adequado dos lenços de papel;
- Explicar a família a dar alimentos ricos em nutrientes;
- Em regime de internamento, isolar o doente, avaliar os sinais vitais, fornecer escarrador, administrar a terapêutica prescrita".

2.16. Impacto do HIV na epidemiologia de Tuberculose

A Infecção pelo HIV, é o maior factor de risco, até agora identificado para progressão da infecção tuberculosa a doença activa. A infecção pelo HIV provoca uma diminuição profunda da imunidade celular, como consequência, a pessoa infectada pelo HIV contrai doenças infecciosas graves que no individuo não infectado, pois a imunidade contida combate a doença. Uma vez que o comportamento do bacilo de Tuberculose depende da imunidade celular do corpo, não é de estranhar que a infecção pelo HIV se torne o factor mais importante para a progressão da infecção tuberculosa activa "(Júnior e Perdigão 2003).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA DE PESQUISA

Segundo o Marconi e Lakatos, (2003). Metodologia de pesquisa é “a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exacta de toda a acção desenvolvida no método de trabalho de pesquisa”.

3.1. Tipo de pesquisa e local

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa e retrospectiva, descrevendo as características clínicas dos doentes internados no departamento de Medicina por Tuberculose registados nos primeiros semestres de 2021 e 2022, realizada no Hospital Cental de Nampula, nos meses de Agosto, Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro de 2022.

3.2. População e amostra

3.2.1. População ou Universo

É conjunto de pessoas, objectos, coisas, animais de qualquer natureza, que tenham uma determinada característica em comum (Fazenda et al, 2009,p.140). Para este estudo teve como população/Universo qualquer paciente dada como entrada no departamento de medicina do HCN com Tuberculose, entre os primeiros semestres de 2021 e 2022.

3.2.2. Amostra

Segundo Marconi e Lakatos (2002,p.2), Amostra é uma parcela conveniente seleccionada do Universos/População, é um subconjunto do Universo.

A população em estudo foram os notificados no HCN nos primeiros semestres entre os anos de 2021 a 2022. E a amostra foi de 283 processos dos pacientes internados por TB no departamento de medicina do HCN no período em referência.

3.3. Técnica de Amostragem

Tipo de Amostragem que foi usada é Amostragem probabilística onde segundo Gil (2008, p.94). São amostragens em que a seleção é aleatória de tal forma que cada elemento da população tem uma probabilidade conhecida de fazer parte da amostra. São métodos

rigorosamente científicos.

Constituíram como grupo de estudo, os homens e mulheres que se apresentaram no sector de medicina do HCN no período em estudo, com quadro clínico sugestivo da tuberculose.

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critério de inclusão, fizeram parte da pesquisa, apenas os processos dos pacientes que entraram com TB tuberculose, internados nas Enfermarias de medicina, que se apresentaram no HCN, nos primeiros semestres de 2021 e 2022 e não foram incluídos para este estudo, os outros casos clínicos não subjacentes ao estudo.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolhas de dados

Para a colheita de dados, usou-se como instrumento a análise documental:

3.5.1. Análise documental

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p.174) a característica da pesquisa documental é que a fonte de dados esta restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primarias. Para o estudo os dados foram colhidos através de processos de internamento e livros de registo relativa as pesquisas que foram abordadas.

CAPÍTULO IV

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Foram analisados 283 processos dos pacientes internados por TB no departamento de medicina do HCN nos primeiros semestres de 2021/2022 sendo que a maioria dos pacientes pesquisados nos dois periodos pertenciam ao sexo masculino, na faixa etária dos 20 aos 39 anos. A tabela 1 sintetiza os dados encontrados referentes ao perfil sociodemográfico dos sujeitos do estudo.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos pacientes internados por TB no departamento de medicina do HCN nos primeiros semestres de 2021 a 2022.

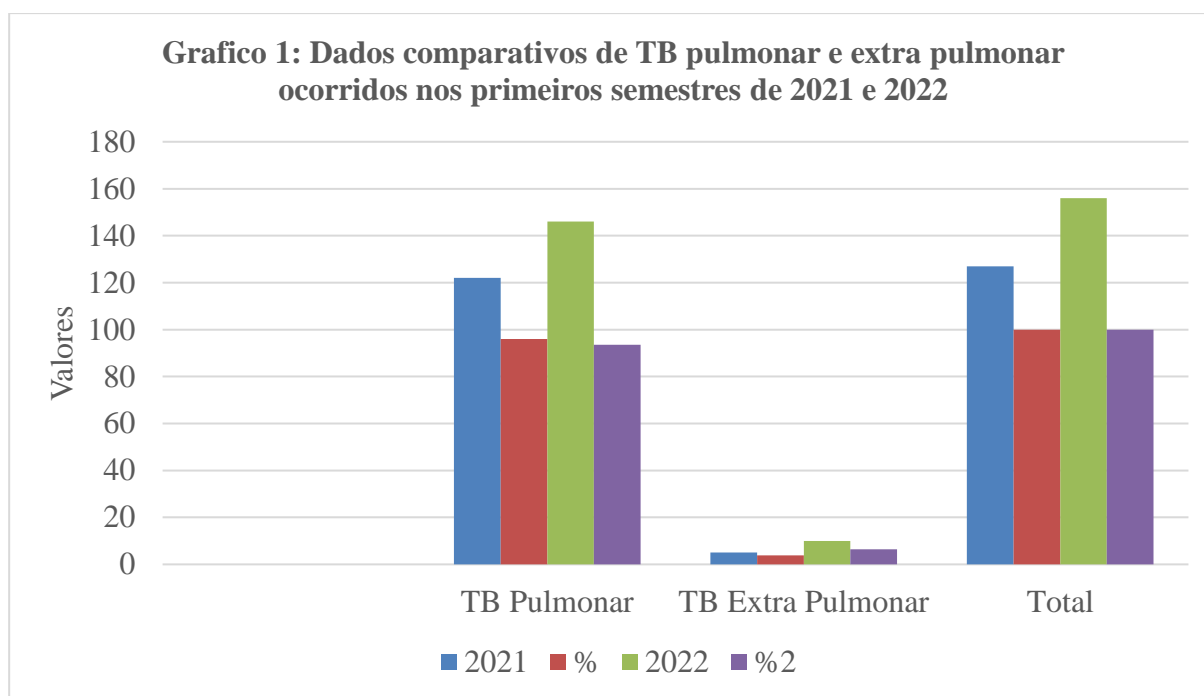
Variáveis	2021	%	2022	%
Sexo				
Feminino	51	40,1	71	45,5
Masculino	76	59,8	85	54,5
Faixa etária				
15 – 19	5	1,7	3	1,0
20 – 39	69	24,3	99	34,9
40 – 59	63	22,2	44	15,5

Fonte: Livro de registo de internamentos do departamento de medicinas.

Tabela 2: Dados comparativos de casos de Tuberculose pulmonares e extra-pulmonares corridos nos primeiros semestres de 2021 e 2022

Ano \ Variáveis	2021	%	2022	%
TB Pulmonar	122	96	146	93,6
TB extra pulmonar	05	3,9	10	6,4
Total	127	100	156	100

Fonte: Livro de registo de internamentos do departamento de medicinas.



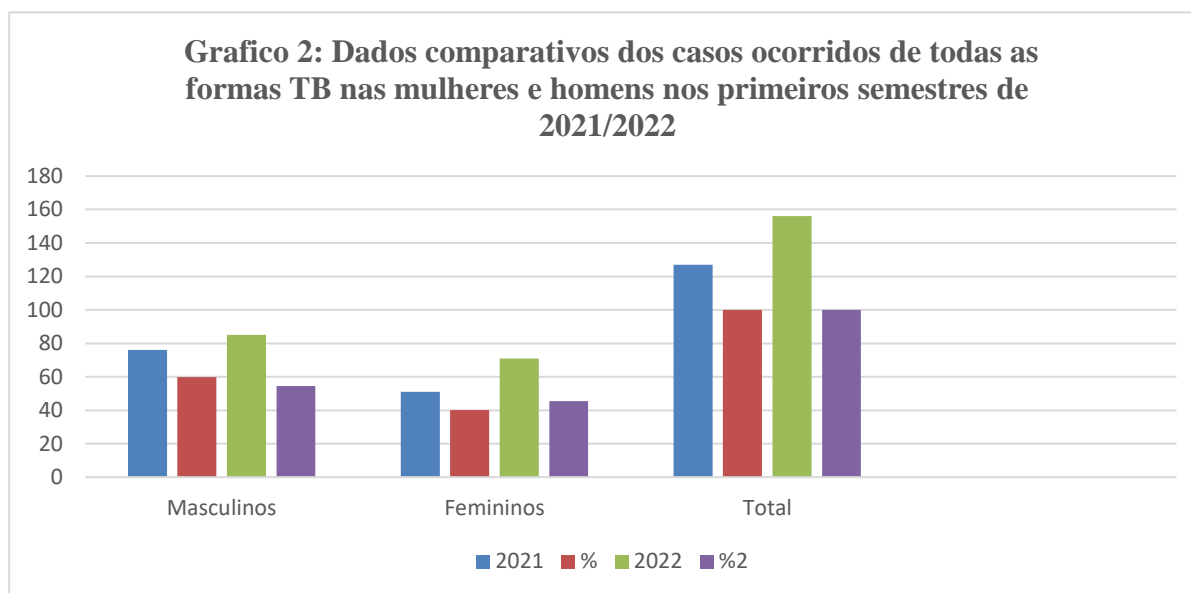
Fonte: Livro de registo de internamentos do departamento de medicinas.

A tabela e o gráfico a cima ilustram casos de Tuberculose Pulmonar e extra Pulmonar registados no departamento de Medicina do HCN, dos 127 casos verificados no primeiro semestre de 2021, 122 que corresponde a 96% são casos de tuberculose pulmonar e os restantes 5 que correspondem a 3,9% são extra pulmonar e para o mesmo período de 2022 foram registados 156 casos dos quais 146 que correspondem a 93,6% são casos de Tuberculose pulmonar e 10 que corresponde a 6,4% são casos de tuberculose extra pulmonar. Contudo, conclui-se que houve baixo despiste da tuberculose em 2021 em relação ao igual período de 2022.

Tabela 3: Dados comparativos dos casos ocorridos de todas as formas de Tuberculose nas mulheres e homens nos primeiros semestres de 2021 e 2022.

Ano \ Variáveis	2021	%	2022	%
Masculinos	76	59,8	85	54,5
Femininos	51	40,1	71	45,5
Total	127	100	156	100

Fonte: Livro de registo de internamentos do departamento de medicinas.



Fonte: Livro de registo de internamentos do departamento de medicinas.

A tabela e o gráfico acima, ilustram a comparação de casos de tuberculose em sexo ocorridos nos primeiros semestres de 2021 e 2022, a mesma indica-nos que dos 127 casos registados no primeiro semestre de 2021, 76 são homens correspondentes a 59,8% e 51 correspondentes a 40,1% são mulheres. Em relação ao igual período de 2022 temos 85 casos registados correspondentes a 54,5% são homens e 71 correspondentes 45,5% são mulheres. Com este quadro leva-nos a concluir que no período em estudo registou-se mais casos de tuberculose nos homens que no sexo oposto, o qual mostrou também que a TB está mais presente no sexo masculino.

O Vendramini (2005) explica que a incidência da TB em mulheres é menor, porque elas frequentam regularmente os serviços de saúde, participando dos programas de saúde da mulher, saúde da criança e saúde do adolescente, e por conta desse vínculo com a unidade de sanitaria elas têm mais chance de receber o diagnóstico e o tratamento precoce da TB se comparado aos homens.

O autor ainda destaca que a maior prevalência em homens “pode ser atribuída a factores biológicos, incluindo os hábitos de vida.”

Um outro factor preocupante relacionado ao sexo é o abandono do tratamento da TB, o abandono do tratamento por homens não pode ser relacionado isoladamente a variável sexo, mas a forma como homens e mulheres percebem a doença, enfatizando que os homens jovens solteiros quando contaminados pela tuberculose aderem menos ao tratamento, por recusar abrir mão do seus hábitos de vida com festas, bebidas e fumo,

acreditando que a doença é símbolo de fragilidade e que esta característica está mais ligada as mulheres pela ideologia que a sociedade prega definindo o que seria o comportamento do homem (ser livre e independente) e da mulher (mantedora do lar e frágil), por esta razão os homens acreditam jamais esmorecer com dores no corpo ou com as doenças.

Tabela 4: Perfil clínico dos pacientes internados por TB no departamento de medicina nos primeiros semestres de 2021 e 2022

Variáveis	N	%
Tabagismo		
Sim	113	39,9
Não	170	60,1
Perda de peso recente		
Sim	203	71,7
Não	80	28,3
Formas clínicas da TB		
Pulmonar	268	95
Ganglionar	1	0,3
Miliar	1	0,3
Peritoneal	2	0,7
Óssea	6	2,1
Seropositividade ao HIV		
Positivo	53	18,7
Negativo	230	81,3

Fonte: Processos e livros de internamentos do departamento de medicinas do HCN

A pesquisa analisou variáveis clínicas da TB, dentre elas a quantidade de pessoas com hábitos tabágicos, 113 pacientes que correspondem a 39,9% eram fumantes, enquanto que um número elevado de 170 pacientes (60,1%) não possuíam tal prática. Foram igualmente observados também os aspectos associados a doença, como a perda de peso, que é uma das características clínicas da TB, como descrito na tabela à cima.

Verificou-se entre os pacientes com TB que a maioria não tinha a coinfeção pelo HIV, 230 pacientes (81,3%) obtiveram resultado negativo no exame de sorologia, 53 pacientes correspondente a 18,7% possuíam resultado serológico positivo, assim também pode-se observar o tabagismo. Diversos estudos sobre a temática relacionada à TB apontam a associação TB/HIV como responsável pelo aumento do número de casos por TB e óbitos pela doença. De acordo com Billo (1997) a infecção pelo HIV actualmente constitui como um dos principais factores de risco para que o indivíduo desenvolva a forma activa da doença.

Tabela 5: Dados comparativos de óbitos, abandonos, transferidos, curados de todas as formas de Tuberculose nos primeiros semestres de 2021/2022

Ano Variáveis	2021	%	2022	%
Óbitos	28	22	34	21,8
Abandonos	02	1,6	00	0
Transferidos	09	7,1	23	14,7
Curados	88	69,3	99	63,4
Total	127	100	156	100

Fonte: Livro de registo de internamento do departamento de medicina

A tabela acima ilustra dados comparativos de óbitos, abandonos, transferidos e curados nos primeiros semestres de 2021/2022, dos casos registados no primeiro semestre de 2021, resultaram em 28 óbitos que corresponde a 22%, 2 casos de abandonos que corresponde a 1,6%, 9 transferidos que corresponde a 7,1% e 88 casos curados que correspondem a 69,3%. Comparativamente ao igual período de 2022, registou-se 34

óbitos correspondentes a 21,8%, não houve abandonos, 23 foram casos de transferências correspondendo 14,7%, e 99 curados correspondentes a 63,4%.

Com este quadro podemos afirmar que houve uma alta taxa de cura nos dois períodos em estudo.

5. DISCUSSÃO DOS DADOS

De acordo com Mertolozzi, 1998 (apud Terra 2007) que discorre sobre o desfecho da TB para cura ou abandono, coloca que essa conduta vai ser baseada de acordo com a percepção que o indivíduo tem acerca da doença e a forma como ele reagirá enfrentando esse processo do adoecer, que pode resultar em condições que o leve a adesão ou ao abandono ao tratamento, ainda enfoca que a adesão depende não apenas do seu enfrentamento, mas de uma série de outros factores que estão ligados a essa decisão, como a “organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade.”

Para Maher, et al (2003) o sucesso do tratamento da tuberculose depende da realização por parte do doente em cumprir correctamente com o tratamento proposto, adicionado a isso a responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência a esse doente em avaliar e realizar intervenções que fortaleçam o vínculo entre ambos e a decisão a adesão ao tratamento.

Com relação ao abandono foram registados 1.6% dos casos, significando um percentual positivo e aceitável se comparado ao que é preconizado pela OMS para taxa de abandono que deve estar em torno de 5%. Um factor que se pode atribuir os bons resultados encontrados nessa pesquisa é a acessibilidade ao serviço de saúde por parte dos doentes, a qual Fekete (1992) define como sendo “os ajustes entre as ofertas e as demandas pelos serviços de saúde” e Starfield (2002) completa que “a falha na porta de entrada dos serviços de saúde pode levar a uma atenção inadequada; se esta porta não for suficientemente reconhecida ou habilitada nos diagnósticos ou manejo do problema, a atenção necessária é adiada.” Dos casos registados no primeiro semestre de 2021, resultaram em 28 óbitos que corresponde a 22%, 2 casos de abandonos que corresponde a 1,6%, 9 transferidos que corresponde a 7,1% e 88 casos curados que correspondem a 69,3%. Comparativamente ao igual período de 2022, registou-se 34 óbitos correspondentes a 21,8%, não houve abandonos, 23 foram casos de transferências correspondendo 14,7%, e 99 curados correspondentes a 63,4%.

Com estes dados afirma-se que houve uma alta taxa de cura nos dois períodos em estudo.

O sexo masculino ainda é o mais afectado pela TB, tanto neste estudo como o que se retrata na literatura, dados justificados pelo facto do homem não cuidar adequadamente de sua saúde e ainda estar mais exposto aos factores de risco para a doença quando comparados às mulheres. Esta afirmativa foi compatível com o presente estudo, visto que 56,9% dos casos de TB pertenciam ao sexo masculino na faixa etária dos 20 aos 39 anos. Segundo Brito et al, a Aids é uma das comorbidades que apresentam maiores factores de risco para a TB. É sabido que o HIV ocasiona alterações nos mecanismos de defesa do organismo humano contra o agente causal da TB, por conta disso a infecção pelo HIV pode ser dita como o principal factor de risco para a evolução da infecção em latência provocada pelo M. tuberculosis.

Apesar de ter sido verificado neste estudo que a maioria dos pacientes não eram portadores de HIV, é sempre importante o incentivo para realização do teste sorológico para este vírus, pois é auxiliador no processo de diagnóstico da doença.

Os factores socioeconômicos também estão directamente relacionados à exposição dos indivíduos à doença, pois geralmente a TB atinge pessoas com menor escolaridade, com rendas mais desfavorecidas, estando ligada à pobreza e à má distribuição de renda.

As condições alimentares são um outro factor importante relacionado à TB que não é sempre favorável, vem sendo relacionado como indicativo para à reativação do bacilo em estado de latência. Sabe-se que a reserva corporal precisa de uma alimentação balanceada e nutritiva, por isso as pessoas com distúrbios alimentares acabam se tornando mais vulneráveis ao surgimento de doenças crônicas, favorecendo a prostração, visto que terão menor massa muscular e resistência sistêmica.

Os dados encontrados nesta pesquisa confirmam que os distúrbios alimentares são um factor relevante relacionado à TB. Dos pacientes portadores de doença, 71,7% relataram perda de peso recente e sem motivo aparente, e apenas 28,3 % não referiram a redução de peso como queixa.

Quanto as variáveis clínicas da TB, dentre elas a quantidade de pessoas com hábitos tabágicos, 113 pacientes que correspondem a 39,9% eram fumantes, enquanto que um numero elevado de 170 pacientes (60,1%) não possuíam tal pratica. Foram igualmente observados também os aspectos associados a doença, como a perda de peso, que é uma das características clínica da TB.

Verificou-se entre os pacientes com TB que a maioria não tinha a coinfeção pelo HIV, 230 pacientes (81,3%) obtiveram resultado negativo no exame de sorologia, 53 pacientes correspondente a 18,7% possuíam resultado serológico positivo, assim também pode-se observar o tabagismo.

Em relação à forma de TB mais comum nos indivíduos desta pesquisa foi a forma pulmonar (94,7%), ainda que tenham sido registrados alguns casos na forma ganglionar e óssea. Conforme dados do livro de registo de internamentos do departamento de medicina do HCN, apesar da doença ter a capacidade de acometer diversos órgãos, a forma pulmonar é de facto a mais frequente e com maior valor epidemiológico em decorrência de sua transmissibilidade.

Por meio desta pesquisa foi possível conhecer as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes portadores de TB internados no departamento de medicina nos primeiros semestres de 2021 e 2022. A doença ainda está sendo registrada frequentemente no sistema de saúde, com isso observa-se a necessidade da intensificação de estratégias de prevenção e divulgação das formas de tratamento da doença, objectivando a diminuição da incidência e prevalência de casos a nível local e regional.

Quanto a Tuberculose Pulmonar e extra Pulmonar registados no departamento de Medicina do HCN, dos 127 casos verificados no primeiro semestre de 2021, 122 que corresponde a 96% são casos de tuberculose pulmonar e os restantes 5 que correspondem a 3,9% são extra pulmonar e para o mesmo período de 2022 foram registados 156 casos dos quais 146 que correspondem a 93,6% são casos de Tuberculose pulmonar e 10 que corresponde a 6,4% são casos de tuberculose extra pulmonar. Contudo, pode se concluir que houve baixo despiste da tuberculose em 2021 em relação ao igual período de 2022.

6. CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu conhecer o perfil clínico da tuberculose no HCN nos primeiros semestres de 2021 e 2022. Através dela foi possível avaliar que o ponto focal da Tuberculose nesta unidade sanitária foi efetivo nas ações de controle da doença, o que se observa pelo percentual de cura (66,1%) e abandono (0,7%), obtidos nos casos estudados neste período.

A pesquisa concluiu que a tuberculose apresentou um maior número de casos no sexo masculino em 56,9% , na faixa etária de 20 a 39 anos de idade. Esses resultados corroboram com o que as literaturas traçam como perfil do doente de tuberculose, o que deixa evidente que a doença está diretamente ligada aos factores socioeconómico da população, e dentre estes, podemos citar as condições de vida dessa população mais acometida e vulnerável como: os grandes aglomerados urbanos, alimentação precária, condições de trabalho inadequado, uso de drogas lícitas ou ilícitas, além do baixo grau de escolaridade que geram a falta de conhecimento da população acerca do acesso ao tratamento a doença de forma eficaz.

7. SUGESTÕES

Como sugestão, este trabalho destaca a necessidade de reforçar as capacitações dos profissionais de saúde do HCN principalmente os responsáveis dos sectores que envolve o programa da tuberculose, que seja enfatizado a importância do seguimento dos casos de TB, pós alta clínica e aos transferidos para o Hospital Geral de Marere que é a unidade sanitária de referência no tratamento da Tuberculose a nível da cidade, bem como ressaltar a importância do tratamento supervisionado, a busca activa dos sintomáticos respiratórios como preconiza o Ministério da Saúde e o trabalho intensivo de prevenção e promoção da saúde, desenvolvidos pelo pessoal da Medicina preventiva para que a comunidade possa estar sempre informada de como podem cuidar melhor da sua saúde. Durante as palestras o pessoal de saúde devera fortificar aos doentes sobre as medidas de prevenção, transmissão, as manifestações clínicas da tuberculose, assim como medidas nutricionais, formação continua do pessoal de saúde com vista a elevar o seu nível de suspeita e isolar os doentes de BK+ com outros doentes comuns.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BILLO, N.E. **Programa de controle da tuberculose nos tempos da infecção pelo HIV. In: Seminário Interprogramas HIV/Tuberculose.** Brasília, 1997. Anais.
 - a. Fortaleza, 1995. p.25-9. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400. Acesso em: 11 de Agosto de 2022.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica/** Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica.- 6.ed.-Brasília, 2002
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT):** 2008. Disponível em: [http:// portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar-texto.cfm?dtx=28055](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar-texto.cfm?dtx=28055). Acesso em 12 de Agosto. de 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Tuberculose.** Brasília. 2009. Disponível em:
<http://www.corengo.org.br/ArquivosUpload/1/file/LIVRO%20miolo>. Acesso em: 1 Setembro de 2022.
5. BRUNNER e SUDARTH, **Tratado de enfermagem Médico-cirúrgico** 10ª Ed., Vol 1 Editora Guanabarra, Rio de Janeiro 2005;
6. HINRICHSEN, Silvia, Lemos, **Doenças Infecciosas e parasitárias**, Editora Guanabarra, Rio de Janeiro 2005;
7. IMPELEMAREBO, Gerito, GUJRAL, Loura e GAMA, Rui, **Metodologia de investigação científica**, 1ª Ed., EspertrumGraphics, FNUP/MISAU/DF/ESMI, 1999.
8. JUNIOR, Alfredo, Mac-Arthur e PERDIGAO, Paula, **Manual de Tuberculose**, JUNIOR, Alfredo, Mac-Arthur e PERDIGAO, Paula, **Manual de Tuberculose**, MISAU – PNCT, Maputo 2003;
9. JUNIOR, Alfredo, Mac-Arthur, HELLSTOM, Pahr-Einar: **Manual de**

Tuberculose, 2ª Edição revista, MISAU, Direção Nacional de Saúde – Junho de 1998.

10. **Manual de Tuberculose**(MISAU), 1996;
11. MARKONE, Mariana de Andrade, LAKATOS, Eva Maria Lakatos, **Fundamentos de Metodologia de Investigação Científica**, 5ª e 6ª Ed., São Paulo 2003.
12. BILLO, N.E. **Programa de controle da tuberculose nos tempos da infecção pelo HIV. In: Seminário Interprogramas HIV/Tuberculose.** Brasília, 1997. Anais. Fortaleza, 1995. p.25-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400. Acesso em: 11 de nov de 2010.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância epidemiológica.** –Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde Departamento de Atenção Básica. 6ª. Ed. – Brasília. 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gui_vig_epi_novo2.pdf.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Tuberculose.** Brasília. 2009. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/ArquivosUpload/1/file/LIVRO%20miolo>. Acesso em: 1 dez de 2010.
15. Ministério da Saúde. **Tratado Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: Protocolo de enfermagem.** Brasília. 2010. Disponível em:http://www.redetb.org/attachments/1173_original_tdo_enfermag.

ANEXOS

INSTRUMENTOS USADOS PARA COLHEITA DE DAOS

Para a colheita de dados, usou-se como instrumento a análise documental a través dos livros de internamentos.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos pacientes internados por TB no departamento de medicina do HCN nos primeiros semestres de 2021 a 2022.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	122	43,1
Masculino	161	56,9
Faixa etária		
15 – 19	8	2,8
20 – 39	168	59,3
40 – 59	107	37,8

Fonte: Livro de registo de internamentos do departamento de medicinas.

Tabela 2: Dados comparativos de casos de Tuberculose pulmonares e extra-pulmonares corridos nos primeiros semestres de 2021 e 2022

Variáveis	Ano 2021		Ano 2022	
	N	%	N	%
TB Pulmonar	122	96	146	98,6
TB extra pulmonar	05	3,9	10	6,4
Total	127	100	156	100

Fonte: Livro de registo de internamentos do departamento de medicinas.

Tabela 3: Dados comparativos dos casos ocorridos de todas as formas de Tuberculose nas mulheres e homens nos primeiros semestres de 2021 e 2022.

Variáveis	Ano 2021		Ano 2022	
	N	%	N	%
Bom dia engenheiro, o anexo deve seguir nessa sequência				

Masculinos	76	59,8	85	54,5
Femininos	51	40,1	71	45,5
Total	127	100	156	100

Fonte: Livro de registo de internamentos do departamento de medicinas.

Tabela 4: Perfil clínico dos pacientes internados por TB no departamento de medicina nos primeiros semestres de 2021 e 2022

Variáveis	N	%
Tabagismo		
Sim	113	39,9
Não	170	60,1
Perda de peso recente		
Sim	203	71,7
Não	80	28,3
Formas clínicas da TB		
Pulmonar	268	95
Ganglionar	1	0,3
Miliar	1	0,3
Peritoneal	2	0,7
Óssea	6	2,1
Seropositividade ao HIV		
Positivo	53	18,7
Negativo	230	81,3

Fonte: Processos e livros de internamentos do departamento de medicinas do HCN

Tabela 5: Dados comparativos de óbitos, abandonos, transferidos, curados de todas as formas de Tuberculose nos primeiros semestres de 2021/2022

Ano \ Variáveis	2021	%	2022	%
Óbitos	28	22	34	21,8
Abandonos	02	1,6	0	0
Transferidos	9	7,1	23	14,7
Curados	88	69,3	99	63,4
Total	127	100	156	100

Fonte: Livro de registo de internamento do departamento de medicina



Universidade Politécnica
A POLITÉCNICA

INSTITUTO SUPERIOR
POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO
DE NACALA - ISPUNA

Arcebis Diestipeo
Hoje acordado
pelo conselho
de acordo com
procedimentos
vigentes
12-12-2023

Ao: Hospital Central de Nampula
Departamento de Formação Continua

N/Ref.30 Séc./ISPUNA/23



Serve a presente para credenciar o Estudante **Milagre Agostinho Cornélio**, do **Curso de Enfermagem** do Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala (ISPUNA), a apresentar-se no **Hospital Central de Nampula**, com objectivo de realizar colecta de dados no âmbito do seu trabalho de Conclusão de Curso.

Nacala - Porto aos, 26 de Janeiro de 2023

O Director do ISPUNA

Mestre Nelson Janfar





Universidade Politécnica
A POLITÉCNICA

INSTITUTO SUPERIOR
POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO
DE NACALA - ISPUNA

HCN
Enfermaria de Medicina II

CREDECIAL

Serve a presente para credenciar ao estudante Milagres Agostinho Cornelio, do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala (ISPUNA), a apresentar-se no Hospital Central de Nampula, no departamento de Medicina, com objetivo de realizar colecta de dados no âmbito da realização do seu trabalho de Conclusão do Curso.

Nacala-Porto, aos 12 de Agosto de 2022

O Director do ISPUNA


Mestre, Nelson Janfar

HUMANISMO, RIGOR E PROFISIONALISMO

Bairro de Oitupala, Nacala-Porto | Nampula - Moçambique

Tel: +258 26 526 414

E-mail: de@apolitecnica.ac.mz

Website: www.apolitecnica.ac.mz

25
ANOS
DESAFIANDO O FUTURO