1. **Introdução**

A tuberculose não é uma doença derrotada, embora trata-se de uma enfermidade infecciosa controlável a nivel comunitario e curável de forma individual, dista muito de estar erradicada. É uma enfermidade infecciosa que continua ganhando terreno no mundo. Actualmente cerca de 1.500 milhões de indivíduos (mais ou menos um terço da população mundial) estão infectados pelo bacilo da tuberculose e que cada ano continua aparecendo cerca de 10 milhões de casos novos desta enfermidade, estimando-se em mais de 30 milhões o número de doentes tuberculosos (tísicos). Considera-se também que cada ano no mundo morrem mais de 3 milhões de pessoas entre adultos e crianças. 1

A OMS prevé que tanto pelo crescimento das populações como pela aplicação insuficiente dos meios disponíveis para o controlo desta enfermidade, a finais do presente século haverá mais doentes tísicos que os que havia quando descobriram-se os primeiros fármacos antituberculosos.

A Tuberculose é uma enfermidade infecciosas causada pela Mycobacterium tuberculosis, o bacilo de Koch. É uma enfermidade contagiosa, prevenível e tratável, transmite-se através de partículas expelidas pelo paciente com tuberculose activa, tossindo, espirrando, falando, cantando, etc. É uma infecção oportunista que se associa com frequência ao VIH.

Sua mortalidade eleva-se pelo atraso no diagnóstico, tratamento e nas dificultades com a aderência terapêutica e a resposta inadecuada frente ao tratamento.

Segundo o Dr. Afonso Wete, em Angola mais de 60% de diagnóstico da tuberculose e 80% das mortes ocorrem nos hospitais, muitos hospitais não dispõe de condições para diagnóstico, internamento e manuseamento adequado para doentes com esta doença e a maioria dos hospitais não cumpre com as normas do PNLT (programa nacional de luta contra a tuberculose).

Estes e outros dados são motivos pelo qual nos propusemos a realizar o presente trabalho, com o objectivo de caracterizar os doentes submetidos a tratamento em regime ambulatório e termos uma visão global de como foi a morbilidade de Janeiro à Junho de 2015 no Hospital Sanatório do Namibe.

1. **Abordagem conceitual**

A Tuberculose é uma doença infecciosas causada por diversas especies de micobacterias pertencentes ao Complexo *Mycobacterium (Tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. microtti)*. A espécie mas importante e representativa causadora da tuberculose é Mycobacterium tuberculosis o bacilo de Koch.

* 1. **Razões do aumento da tuberculose no mundo:**

Crises económicas a nível mundial, más condições socio-económicas, pobreza, fome, imigrações, pandemia do SIDA, deterioração dos Programas Nacionais de Controlo de luta contra a tuberculose, o obscurantismo, a convivência com enfermos em lugares ou centros de convivência colectiva sem ventilação, por outra a fraca capacidade de resposta imunológica do organismo.

* 1. **Formas de apresentação:**

Embora a tuberculose é uma enfermidade predominantemente dos pulmões, pode afectar o sistema nervoso central, o sistema linfático, circulatório, genitoúrinario, gastrointestinal, os ossos, articulações e a pele.

* 1. **Cadeia epidemiológica de transmissão da TB**

Agente causal: M*icobacterium tuberculosis, é um b*acilo *acido-alcool* resistente, sensível ao calor, luz solar e radiação ultra violeta.

Reservatório/ Fonte de infecção: Homem (infectado e enfermo ) e animais( gado bovino e animais domésticos ).

Mecanismo de transmissão: Fundamentalmente aerógena, a tuberculose transmite-se através de partículas expelidas pelo paciente com TBP activa, ao espirrar, falar, cantar, rir e sobre tudo ao tossir. Também pode-se transmitir por via digestiva, sobre tudo ao ingerir leite não higienizado proveniente de vacas tuberculosas infectadas com *Mycobacterium bovis*.

Maiores transmissores de TB: Pessoas que mais tossem, com BK +, pacientes sem tratamento, enfermos que acabam de iniciar tratamento ou com pobre resposta ao tratamento

Hospedeiro susceptível: Homem sã

A cadeia de transmissão pode romper-se isolando-se o enfermo com tuberculose activa e começar de imediato com a terapia antituberculose efectiva; depois de duas semanas de tratamento deixam de ser contagiosos.

* 1. **Risco de Infecção:**

As pessoas que vivem ou tem contacto directo com uma pessoa que tem tuberculose e que não está recebendo tratamento apropiado, pessoas nascidas em áreas de alta prevalência,   Indigentes e sem abrigo sobre tudo em zonas de risco, roqueiros( exploração de pedras), trabalhadores de lugares de risco essencialmente profissionais de saúde.

* 1. **Risco de progressão até a enfermidade uma vez infectado:**

Crianças menores de 4 anos, especialmente os menores de 2 anos;

Adolescentes e adultos jovens;

Pessoas com co-infecção com VIH;

Pessoas inmuno-comprometidas;

Enfermidades crónicas como diabetes mellitus;

A malnutrição.

Infecções respiratórias altas;

* 1. **Diagnóstico da TB:**

Faz-se a avaliação conjunta de criterios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais

Epidemiológicos: reflexo de uma transmissão recente, pelo detrás de um enfermo, existe um outro bacilífero que lhe contaminou;

Clínicos: por meio dos sinais e sintomas, seja de forma Pulmonar e Extra pulmonar (Adenica, Meníngea, Óssea e Renal);

Laboratoriais: através de exames complementares essencialmente a baciloscopia, VS, Hemograma e exames microbiológicos e histopatológicos;

Radiológicos: para tuberculose pulmonar solicita-se o Rx do tórax em PA.

* 1. **Quadro clínico:**

O quadro clínico baseia-se esencialmente em alterações do estado geral, astenia, anorexia, palidez, artralgia, sudoração nocturna, perda de peso, febres, tosse, dificuldade respiratoria, dor torácica e síntomas secundarios a afectação da vía aérea como a hemoptisis etc.

* 1. **Tratamento:**

O tratamento tem como objectivo destruir os bacilos existentes no organismo enfermo e conseguir a cura da enfermidade para toda a vida do paciente.

No nosso país existe o Programa Nacional de Luta contra a tuberculose que fornece as unidades sanitarias os esquemas terapéuticos a serem seguidos. Utiliza-se fármacos anti-Tuberculosos, Complexo vitamínico B, tiaminas, anti tossico , anti-histamínico e Anti Retro virais em pacientes com co-infecção

* 1. **Prevenção e controlo da tuberculose:**

A prevenção e controlo da tuberculose tentam evitar a infecção, mas, se está produzir se, deve-se evitar o passo de infecção a enfermidade.

Há uma serie uma serie de medidas preventivas que actuam sobre as fontes de infecção (busca e tratamento de casos), sobre o reservatório do bacilo (busca e tratamento dos indivíduos infectados, busca e tratamento dos bovinos enfermos), sobre os mecanismos de transmissão (controlo das pessoas que tinham contactos com enfermos, isolamento respiratório das fontes de contagio, pasteurização do leite de vaca destinada ao consumo) e sobre a população susceptível (melhorar o estado económico-social, educação sanitária da população e vacinação com BCG).

1. **Objectivos**
   1. **Objectivo Geral:**

Caracterizar os casos de tuberculose em regime ambulatório registados no Hospital Sanatório do Namibe de Janeiro á Julho de 2015.

**3.2. Objectivos Específicos:**

* Caracterizar os casos de Tuberculose segundo a idade e sexo;
* Descrever o comportamento da morbilidade Hospitalar no primeiro semestre;
* Identificar as zonas ou bairros de maior incidência de Tuberculose;
* Definir clínicamente os casos por forma de apresentação e tipo de caso;
* Melhorar conhecimentos sobre da tuberculose.

1. **Metodologia**

Tendo em conta o tema em estudo, realizou -se um estudo qualitativo, descritivo retrospectivo no Hospital Sanatório do Namibe no período comprendido entre Janeiro e Julho de 2015 com objetivo de caracterizar os doentes ambulatorios com tuberculose.

O universo e a amostra foram constituido por pacientes submetidos a tratamento ambulatório neste hospital com o diagnóstico desta mesma enfermidade. Os dados foram colhidos no mes de agosto, obtidos a partir de de dados estatísticos mensais e livros de registo de doentes do dispensário antituberculose.

Foram excluidos aqueles casos que não tem o diagnostico de Tuberculose

As variáveis estudadas foram demográficas e clínicas. Entre as demográficas destacam-se a idade, o sexo(genero), a morbilidade hospitalar e as zonas ou bairros de maior incidencia. Entre as variáveis clínicas destacam-se a forma de tuberculose, tipo de caso e resultado da baciloscopia.

Os dados foram primeiramente escrito em papel A4 e posteriormente processados no computador mediante os programas do Word e Excel, apresentado em tabelas onde constam as frequências e percentagem.

**Aspectos Éticos**

Preservou-se as identidades dos pacientes, atendendo que o estudo foi feito sem o seu conhecimento, mas sim com a autorização da direcção do Sanatório.

**Limitações**

Algumas variáveis como habito e estilo de vida, profissão, sintomatologia apresentada não foi estudado pela ausência dos mesmos no livro de registo.

1. **Apresentação e discussão dos Resultados**

De acordo os livros de registos de pacientes em ambulatório do hospital sanatório do Namibe, durante o 1º semestre de 2015, foram registados **1620** casos de tuberculose, predominando a forma pulmonar com **1503** casos correspondendo a 92,8% e com maior incidência em Fevereiro com 479 caos.

**Tabela nº 1 Distribuição por faixa etária no HSN, I semestre de 2015.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idade** | **Meses** | | | | | | | |  |
| Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Maio | Jun. | Total | % |
| 0 – 8 | 29 | 49 | 15 | 12 | 12 | 7 | 124 | 7,7 |
| 9 – 17 | 29 | 55 | 28 | 13 | 17 | 22 | 164 | 10,1 |
| 18 – 26 | *71* | *106* | *80* | *40* | *35* | *53* | *385* | *23,8* |
| 27 – 35 | 80 | 119 | 95 | 53 | 51 | 54 | **452** | **27,9** |
| 36 – 44 | 36 | 65 | 39 | 32 | 33 | 23 | 228 | 14,1 |
| 45 – 53 | 25 | 39 | 29 | 13 | 10 | 12 | 128 | 7,9 |
| 54 – 62 | 8 | 21 | 17 | 5 | 10 | 10 | 71 | 4,4 |
| ≥ 63 | 8 | 11 | 7 | 5 | 7 | 1 | 39 | 2,4 |
| N/A | 4 | 14 | 3 | 1 | 5 | 2 | 29 | 1,7 |
| **Total** | 290 | 479 | 313 | 174 | 180 | 184 | **1620** | **100** |

Fonte: Livros de registo do Hospital Sanatório do Namibe

A faixa etária predominante foi de 27 á 35 anos com 452 casos representando 27,9 %, seguido de 18 à 26 com 385 casos cerca de 23,8% da amostra. A partir dos 18 anos as pessoas tendem a firmar-se e muita vezes adoptam mudanças nos hábitos e estilo de vida favorecendo as surgimento de doenças.

**Tabela nº 2 Distribuição por sexo no HSN, I semestre de 2015.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sexo** | **Meses** | | | | | | | |
| Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Maio | Jun. | Total | % |
| Masculino | 137 | 262 | 167 | 99 | 103 | 105 | **873** | **53,9** |
| Feminino | 152 | 217 | 145 | 75 | 77 | 79 | 745 | 46 |
| N/A | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,1 |
| **Total** | 290 | 479 | 313 | 174 | 180 | 184 | **1620** | 100 |

Fonte: Livros de registo do Hospital Sanatório do Namibe

A tabela acima expressa o comportamento da Tuberculose por genero onde observou-se o predominando o sexo masculino com 873 casos que representam 53,9% do total de 1620, isto coincide com outros trabalhos realizados a cerca do comportamento desta enfermidade onde nota-se o predominio do sexo masculino.

**Tabela nº 3 Distribuição por procedência no HSN, I semestre de 2015.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Morada** | MESES | | | | | | |  |
| Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Maio | Jun. | Total | % |
| Cidade | 18 | 40 | 20 | 9 | 15 | 13 | 115 | 7,1 |
| Bº Valódia | 70 | 152 | 80 | 41 | 49 | 57 | **449** | **27,7** |
| Bº Forte | 37 | 50 | 51 | 27 | 21 | 26 | 212 | 13,1 |
| Bº 5 de Abril | 70 | 109 | 56 | 35 | 37 | 34 | **341** | 21,1 |
| Bº eucalipto | 32 | 32 | 30 | 23 | 22 | 21 | 160 | 9,9 |
| Comuna - Saco mar | 9 | 25 | 37 | 14 | 13 | 4 | 102 | 6,3 |
| Outras comunas | 30 | 43 | 15 | 10 | 3 | 22 | 123 | 7,6 |
| Outros municípios | 18 | 22 | 21 | 13 | 20 | 7 | 101 | 6,2 |
| N/A | 6 | 6 | 3 | 1 | 0 | 1 | 17 | 1 |
| TOTAL | 290 | 479 | 313 | 174 | 180 | 184 | 1620 | 100 |

Fonte: Livros de registo do Hospital Sanatório do Namibe

Quanto a procedência verificou-se que as zonas periféricos são as mais afectadas, com predomínio o bairro Valodia com 449 casos correspondendo a **27,1%,** seguido do bairro 5 de Abril com 341 casos cerca de 21,1%. Supõe-se que este resultado deve-se ao facto destes bairros possuírem grande densidade populacional, a inter-relação entre as pessoas que vivem nestas zonas é maior, existe também um grande número de pessoas que vivem em aglomeração, além de serem zonas de grande movimentação e comércio de bebidas alcoólicas, causas que podem favorecer o contágio e a enfermidade.

**Tabela nº 4 Distribuição por categoria diagnostica, I semestre de 2015.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Categoria Diagnostica** | **Meses** | | | | | | | |
| Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Maio | Jun. | Total | % |
| Novo | 214 | 322 | 220 | 114 | 130 | 132 | **1132** | **69,9** |
| Recaída | 33 | 64 | 52 | 23 | 26 | 24 | 222 | 13,7 |
| Fracasso | 8 | 23 | 32 | 29 | 18 | 4 | 114 | 7 |
| Reaparecido | 33 | 69 | 9 | 8 | 6 | 24 | 149 | 9,2 |
| N/A | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0,2 |
| Total | 290 | 479 | 313 | 174 | 180 | 184 | 1620 | 100 |

Fonte: Livros de registo do Hospital Sanatório do Namibe

A maior parte dos casos são novos 69%, embora ainda observa-se muitos casos de recaída e reaparecidos. Os individuos muitas vezes desistem ao tratamento quando notam um alivio nos síntomas e voltam a submeterem aos factores de risco e quando reaparecem vem já em estado preocupante que pode influencia nos desfechos destes casos.

1. **Conclusões e recomendações**

A provincia do Namibe continua registando muitos casos de tuberculose predomina a forma Pulmonar, embora nem todos com BK+. Esta enfermidade predomina no sexo masculino e a morbilidade resultou maior em Fevereiro.

O número de indivíduos com tuberculose segundo grupo etário é maior a partir dos 18 anos de idade e a zona de maior incidência é o bairro valodia.

A medida mais eficaz para a prevenção da tuberculose é a busca sistemática e tratamento adequado de casos descobertos, uma acção capaz de realizar um diagnóstico oportuno e, assim, reduzir a disseminação de bacilos na comunidade pois tanto a vacina quanto a quimioprofilaxia não protegem totalmente do adoecimento

Visto que mantém-se elevada a morbilidade é necessário conseguir-se a curto ou longo prazo, não só estratégias diagnóstico-terapéuticas, se não também educativas preventivas. Estas últimas ajudariam aos familiares a detecção a tempo, ao reconhecimento de factores de risco pessoal e ambiental que tendem a aumentar a incidencia.

**Referência bibliográfica**

1. De Souza M.V.N. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. Química Nova  2005; 28: 678-682.
2. Dr. Afonso Wete, Esp medicina interna. MANEJO HOSPITALAR DA TUBERCULOSE
3. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, DF 2005.
4. Nelson, L.J., Wells, C.D. Global epidemiology of childhood tuberculosis. Int. J.Tuberc. Lung Dis. 2004; 8 (5):636.647.
5. Santana, C. et al. Diagnóstico e terapêutica da tuberculose: uma visão actualizada de um antigo problema. J. Pediatr.   2005; 78 (2): S205-214.
6. World Health Organization, Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing (Genebra: WHO, 2006), p. 77.
7. World Health Organization. Communicable Diseases: TB and Children Fact Sheet; Abril2006.http://www.searo.who.int/en/Section10/Section2097/ Section2106\_10681.htm. Acessado em: 12/06/2015.

**Anexos**

Tabela nº 4 Distribuição por baciloscopia

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bk | Meses | | | | | | |
| Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho | Total |
| Positiva | 84 | 142 | 80 | **75** | 64 | 57 | 502 |
| Negativa | 76 | 92 | 79 | 35 | 47 | 42 | 371 |
| N/A | **130** | **245** | **154** | 64 | **69** | **85** | 747 |
| Total | 290 | 479 | 313 | 174 | 180 | 184 | 1620 |

Tabela nº 5 Distribuição por forma

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forma | Meses | | | | | | |
| Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho | Total |
| P | **262** | **438** | **295** | **168** | **170** | **170** | 1503 |
| E.P | 25 | 41 | 18 | 6 | 10 | 14 | 114 |
| N/A | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Total | 290 | 479 | 313 | 174 | 180 | 184 | 1620 |

Tabela nº 6 Distribuição por tipo de casos

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Meses | | | | | | |
| Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho | Total |
| Novo | **214** | **322** | **220** | **114** | **130** | **132** | 1132 |
| Recaida | 33 | 64 | 52 | 23 | 26 | 24 | 222 |
| Fracasso | 8 | 23 | 32 | 29 | 18 | 4 | 114 |
| Reaparecido | 33 | 69 | 9 | 8 | 6 | 24 | 149 |
| N/A | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Total | 290 | 479 | 313 | 174 | 180 | 184 | 1620 |

Tabela nº 7 Cronograma de actividades

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividade** | **Meses do ano 2015** | | | |
| **Junho** | **Julho** | **Agosto** | **Setembro** |
| Encontros com o tutor |  |  |  |  |
| Elaboração do anteprojecto |  |  |  |  |
| Entrega do anteprojecto |  |  |  |  |
| Revisão bibliográfica |  |  |  |  |
| Recolha de dados |  |  |  |  |
| Processamento e análise dados |  |  |  |  |
| Entrega do w final |  |  |  |  |
| Apresentação do trabalho |  |  |  | Dia 9 |

**Formulário para recolha de dados / mês:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dados gerais | | | | | | Dados clínicos | | | | | | |
| Idade | **Sexo** | **E. Cívil** | **Morada** | **N. Escolar** | **Ocupação** |  | **Forma** | |  | **Retratamento** | | |
| **Inicio de tto** | **BK** | **P/EP** | **NOVO** | **Recaída** | **Fracasso** | **Reaparecido** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

****

Visto do Director Geral

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lic. Dinilton Salatiel

**COLÉGIO PITÁGORAS- NAMIBE**

Á

Direcção do Hospital Sanatório

= Namibe =

**Assunto: Pedido de permissão/pesquisa**

Amélia Xavier, Andreia Zau e Martinho Munjanga, alunos do 2º Ano no Colégio Pitágoras do Namibe no curso Médio de Enfermagem geral, responsáveis pelo projecto de investigação com o título “**Caracterização de pacientes com Tuberculose Pulmonar em regime ambulatório, Namibe 1º semestre de 2015”** para ser apresentado nas VIIªs Jornadas Técnico-Científicas a ter lugar em Setembro.

Necessitando de dados para conclusão do nosso trabalho, servimo-nos desta para solicitar autorização da direcção do Hospital Sanatório do Namibe, a permissão de colecta de dados através de vossos arquivos de pacientes diagnosticados e submetidos a tratamento no período de Janeiro á Julho de 2015. Em anexo está o formulário de colecta de dados e o respectivo projecto de investigação.

Contando com a autorização desta instituição, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Contactos: 923474005, 923756705, 936951640.

Subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos

Assinatura do autor principal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do orientador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_