

CO-INFECÇÃO TUBERCULOSE VIH E FACTORES SOCIODEMOGRÁFICO ASSOCIADOS: UM ESTUDO NO HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO E NOSSA SENHORA DA PAZ DO CUBAL

Martins António da Silva¹

Lucas Nhamba²

Pedro António da Silva³

Maria de Fátima Nelson⁴

Moisés Chivela Jala⁵

Julino Matos Delfino⁶

Armindo Paixão António⁷

RESUMO: Co-infecção Tuberculose/HIV e factores sociodemográficos associados: um estudo no Hospital Sanatório do Huambo e Nossa Senhora da Paz do Cubal. Angola, 2020. **Martins António da Silva** Nos dias actuais ainda existe o consenso de que a Tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde pública, mas com grandes repercussões para os países em desenvolvimento que, não obstante confrontarem-se com outras endemias também têm que buscar mecanismos de sobrevivência frente aos desafios que a doença impõe. A sua associação com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem sido a causa de elevada morbidade e mortalidade nestes países. O presente estudo objectivou caracterizar os factores sociodemográficos associados à co-infecção Tuberculose/HIV em pacientes internados no Hospital Sanatório do Huambo e Hospital da Nossa Senhora da Paz Missão Católica Cubal Benguela em Angola no período de Outubro a Dezembro de 2015. Para o efeito, realizou-se um estudo descritivo, transversal com abordagem de análise quantitativa. Os resultados revelaram que os sujeitos estudados são predominantemente do sexo feminino, com uma idade média de 31 anos, tendo predominado os solteiros. A maioria, referiu possuir baixa escolaridade. 77 % dos pacientes referiu não possuir nenhuma renda financeira, esta condição, repercutindo-se nos mecanismos negativamente na resposta ao problema que eles vivem, assim como também afectando a seus familiares. Constatou-se que os factores sociodemográficos que mais se associaram à co-infecção Tuberculose/HIV em ambos hospitais foram o sexo, a escolaridade e o número de parceiros sexuais. A interacção de vários determinantes sociais apontaram ser factores que podem ter potencializado a co-infecção. O estudo recomenda às autoridades sanitárias que se intensifique as acções comunitárias com vista ao aumento do nível de conhecimento da população e adopte estratégias com vista a prevenção primária e secundária.

1315

Palavras-chave: Co-infecção. Tuberculose. Vírus da Imunodeficiência Humana.

¹Instituto Superior Politécnico da Caála.

²Instituto Superior Politécnico do Huambo.

³Faculdade de Medicina Huambo.

⁴Instituto Superior Politécnico da Caála.

⁵Instituto Superior Politécnico da Caála.

⁶Instituto Superior Politécnico da Caála.

⁷Instituto Superior Politécnico da Caála.

ABSTRACT: co-infecção tuberculosis/hiv y factores sociodemográficos asociados: un estudio en hospital sanatorio de huambo y nuestra señora de la paz de cubal. angola, 2020. Martins António da Silva. En la actualidad todavía existe el consenso de que la Tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud pública, con grandes repercusiones para los países en desarrollo que además de enfrentar otras endemias también tiene que buscar mecanismos de sobrevivencia frente a los desafíos que la enfermedad impone. Su asociación con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) ha sido la causa de elevada morbilidad y mortalidad en estos países. El presente estudio tiene como objetivo caracterizar los factores sociodemográficos asociados a co-infecção Tuberculosis/ HIV en pacientes internados en Hospital Sanatorio de Huambo y Hospital de Nuestra Señora de la Paz Misión Católica Cubal de Benguela en Angola en el período de Octubre a Diciembre de 2015. Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo, transversal con abordaje de análisis cuantitativo. Los resultados revelaron que los sujetos estudiados son predominantemente del sexo femenino, con una edad media de 31 años, habiendo predominado los solteros. La mayoría, refirió poseer baja escolaridad. El 77% de los pacientes refirió no poseer ninguna renta financiera, esta condición repercutió en los mecanismos negativamente en respuesta al problema que ellos viven, así como también afectando a sus familiares. Se constató que los factores sociodemográficos que más se asociaron a co-infecção Tuberculosis/ HIV en ambos hospitales fueron el sexo, la escolaridad y el número de parejas sexuales. La interacción de varios determinantes sociales aportó ser factores que pueden haber potenciado la co-infecção. El estudio recomienda a las autoridades sanitarias que se intensifiquen las acciones comunitarias con vista a aumentar el nivel de conocimiento de la población y adoptar estrategias con vista a la prevención primaria y secundaria.

Palabras Clave: Co-infecção. Tuberculosis. Virus de Inmunodeficiencia Humana.

INTRODUÇÃO

1316

A tuberculose é considerada uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está directamente associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como à implementação de políticas de controlo da doença (PERDIGÃO, 2008). A tuberculose (TB) é considerada uma doença infecciosa e transmissível que afecta prioritariamente os pulmões tem uma distribuição mundial e anualmente são notificados cerca de 8 milhões de novos casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a morte (MANDAL, 2017). A Organização Mundial de Saúde refere que a taxa de incidência da tuberculose vem diminuindo desde 2002 em 1,3% ao ano. A estimativa de novos casos de tuberculose no mundo é de 8,8 milhões em 2010, equivalente a 128/100.000 habitantes. Desse total, 59%, 26%, 7%, 5% e 3%, respectivamente, estão na Ásia, África, região do Mediterrâneo, Europa e Américas. Entre 1 e 1,2 milhões de casos são de pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo a África responsável por 82% dos casos de co-infecção tuberculose/HIV em todo o mundo (PILLER, 2012). Regista-se enormes progressos ao longo da última década, especialmente nas Regiões da África Oriental e Austral. Países com carga elevada da doença, como a África do Sul, a Etiópia, a Namíbia, o Lesoto, o Quénia, a Tanzânia e a Zâmbia, ultrapassaram ou atingiram a meta dos

20% de redução de novos casos de tuberculose (OPAS, 2023). Em Angola, a tuberculose continua a ganhar espaço com o diagnóstico crescente de novos casos. Em 2013, notificou-se um total de 60. 807 casos, observando-se um aumento de 11% em relação ao ano anterior. É um dos grandes problemas de Saúde Pública em muitos países do mundo. Estimativas da OMS dão conta de que entre 2000 e 2020, cerca de 1 bilhão de pessoas serão infectadas pelo M. Tuberculosis a cada ano, com uma prevalência de quase 2 milhões de doentes e 35 milhões de óbitos. Em Angola, a TB é uma das principais endemias, priorizadas pelo Ministério da Saúde. A pobreza, a migração da população rural e a epidemia da infecção por VIH contribuem para o aumento do número de casos e dificultam as acções de controlo da tuberculose. Anualmente são registados cerca de 45.000 casos de tuberculose. A TB representa uma das principais causas de óbitos em jovens adultos economicamente activos. De acordo com os dados do Ministério da Saúde de Angola, 34.659 foram do sexo masculino e 26.148 do feminino. A faixa etária mais atingida pela doença em Angola é dos 14 aos 54 anos, o que faz com que o problema tenha consequências no desenvolvimento económico do país (PEREIRA, 2015). Este trabalho tem por objectivo, identificar os factores sociodemográficos que estão associados a co-infecção tuberculose- VIH em pacientes hospitalizados.

MATERIAL E MÉTODOS

1317

Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem de análise quantitativa. Para Gil (2008), uma pesquisa descritiva é aquela que descreve as características de uma determinada população ou fenómenos e que tem como uma de suas peculiaridades a utilização de técnicas padronizadas para a recolha de dados.

Local da pesquisa

A investigação foi realizada nos Hospitais Sanatório do Huambo e Nossa Senhora da Paz da Missão Católica de Cubal província de Benguela. O Hospital Sanatório do Huambo, criado desde a época colonial portuguesa, possui uma capacidade instalada para 200 leitos, sendo o único desta especialidade na Província do Huambo. Afluem para este Hospital pacientes provenientes de todos os Municípios da Província, referenciados ou mediante acesso directo. O Hospital Nossa Senhora da Paz é um hospital filantrópico sem fins lucrativos, localizado na área do Tchambungo na cidade de Cubal na Província de Benguela. Esta instituição hospitalar começou com sua actividade como continuidade do dispensário anteriormente existente até 1995, foi financiado pela

Cooperativa Espanhola e mãos Unidas. Este hospital atende a diferentes serviços (maternidade, medicina e pediatria, emergência, doenças infecciosas) com uma capacidade instalada de 500 leitos, atendendo pacientes provenientes de diferentes províncias do País.

População e Amostra

As unidades de análise são os pacientes interno e externos dos dois hospitais. A província do Huambo situa-se na região centro oeste de Angola, com uma área de 34.274 Km², com uma população de 1.896.147 habitantes, e uma densidade de 55 habitantes/Km², de acordo o Censo Populacional realizado no ano de 2014, comporta 11 Municípios, sendo a capital da província (Município do Huambo) (INE/ GOVERNO DE ANGOLA, 2014, p. 83). A província de Benguela tem a sede na cidade de Benguela e ocupa uma extensão territorial de 939.000 km², como uma população estimada em 2.036.662 habitantes.

A população do presente estudo foi constituída por 150 pacientes, com faixas etárias compreendidas entre os 19 e os 54 anos. Deste total foi extraída uma amostra probabilística de 30 pacientes correspondentes a 13% da população. Para Canastro (2015, pp. 25,26), uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, sendo, portanto, o elemento, a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida e amostra corresponde a um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos representativo.

1318

Coleta de dados

Os dados do presente estudo foram coletados mediante a aplicação de um questionário contendo perguntas abertas e fechadas com um formulário semiestruturado proposto por Bernard (1994). O mesmo foi elaborado pelo pesquisador e validado por cinco pesquisadores e especialistas vinculados às doenças infecciosas que deram contribuições significativas que tornaram o instrumento mais consistente e que traduzia os objectivos delineados no presente estudo. Após esta etapa foi realizado um estudo piloto envolvendo 10% do total da amostra, em um hospital com pacientes que possuem características semelhantes, para se verificar a compreensão das questões e avaliar a duração de sua aplicação. O questionário foi aplicado pelo pesquisador do presente estudo auxiliado por três estudantes finalistas do curso técnico de enfermagem no período de Outubro a Dezembro de 2015.

Aspecto éticos

Para a realização do presente estudo, inicialmente foram notificadas as direcções dos respectivos hospitais mediante um ofício a solicitar permissão para a recolha dos dados e também foi apresentada a documentação comprovatória da realização do mestrado pela UNIVERSIDADE DE LA INTEGRACION DE LAS AMÉRICA UNIDA-Assunção, República de Paraguay. Após aceitação das instituições os questionários foram aplicados mediante o consentimento livre e esclarecido no qual se esclarecia os objectivos do estudo a finalidade dos dados e os direitos de que gozavam os sujeitos durante a investigação e depois. O termo foi elaborado em duas vias, sendo que uma para o sujeito de pesquisa, com assinaturas tanto do pesquisador como do sujeito de pesquisa.

Análise de tratamento dos dados

Para análise estatística criou-se uma base de dados no programa Microsoft Office Excel 2013. Para o processamento dos dados utilizou-se o pacote estatístico Infostat versão 2.00 de 2013. Como houve diferenças significativas realizou-se o teste de Tukey para um 5% de significação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1319

Relativamente aos dados sociodemográficos, no presente estudo se pode observar que em ambos os hospitais houve diferenças na distribuição de casos de co-infecção quando relacionamos as variáveis estado civil e o sexo, como se pode observar no gráfico 1.

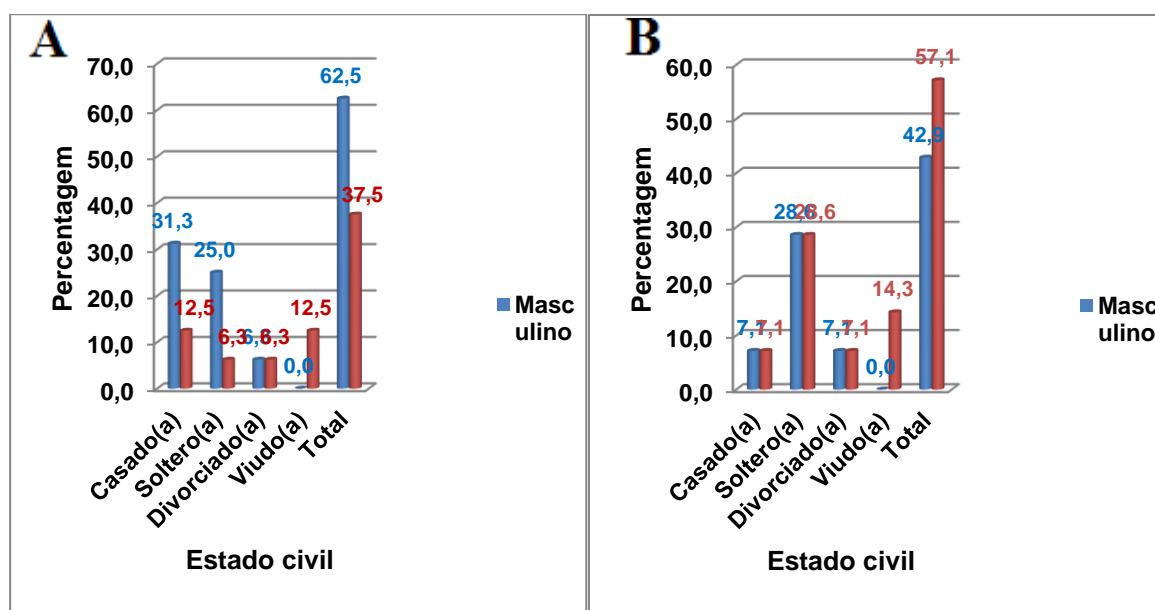


Gráfico 1- Comportamento da Co-infecção tuberculose/HIV em paciente segundo o sexo e o estado civil nos Hospitais em estudos. H. Sanatório do Huambo (A), H Nossa S. Da Paz Cubal (B) Benguela. A cor (azul) significa sexo masculino e (Vermelha) sexo feminino.

Como se pode observar no gráfico 1 (A e B) existe importantes diferenças entre ambas instituições quanto ao perfil da doença nas duas instituições. Deste modo pode-se constatar que no Hospital do Huambo (A) predominaram os casados, seguido dos solteiros, com maior incidência para o sexo masculino, já no hospital do Cubal (B), predominaram os solteiros e seguiram-se com igual distribuição os casados e divorciados. No geral, a co-infecção se comportou de forma distinta, predominando o sexo masculino no Huambo (A) e o feminino no Cubal (B). no entanto, no geral, a co-infecção predominou no sexo masculino e para ambos hospitais, observa-se um dado interessante pelo facto de se verificar uma significativa predominancia do sexo feminino entre as viúvas.

Esta predominancia do sexo feminino resultante do somatório de ambos hospitais pode dever-se ao facto de que no nosso contexto os homens estão mais expostos aos factores de risco tanto para a tuberculose como para o HIV dada a sua actividade no cotidiano na busca de sustento para a família assim como pelo facto de que a promiscuidade sexual a poligamia ser um facto nesta cultura. Relativamente à predominancia de viúvas do sexo feminino, a amostra do presente estudo é bastante reduzida para uma correcta interpretação. No entanto, poderia se supor que fossem senhoras cujos esposos possam ter padecido de uma das doenças ou de ambas. Os achados de Freitas e colaboradores (2016), tendem a corroborar os achados do presente estudo ao referir que a nível mundial, o sexo masculino é o mais afectado pela tuberculose no mundo, considerando que o homem tende a cuidar-se menos que as mulheres relativamente à saúde. No contexto de Angola, a elevada prevalência do HIV parece abrir brechas para a tuberculose e vice-versa.

1320

Dois estudos realizados no Brasil por Rodrigues em 2010 e posteriormente por Saita em 2012, também encontraram maior número de casos de co-infecção entre os homens.

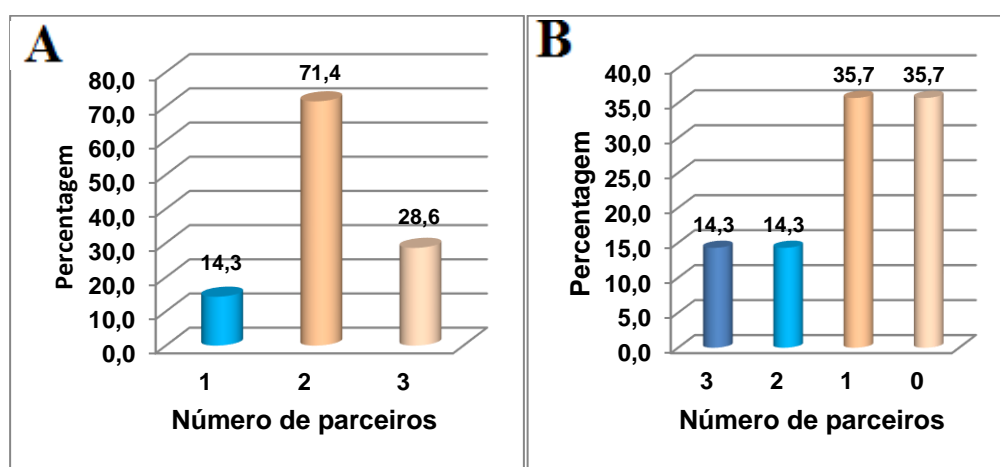


Gráfico 2- Comportamento da Co-infecção tuberculose/HIV em segundo o número de parceiros sexuais em ambos hospitais.

Legenda: Onde (0) pacientes sem parceiro sexual definido, (1) paciente com 1 único parceiro sexual, (2) pacientes com 2 parceiros sexuais, e (3) pacientes com 3 parceiros sexuais.

O gráfico 2, distribui o comportamento da co-infecção relativamente ao número de parceiros sexuais referidos pelos pacientes de ambos os hospitais, de onde podemos observar que existe diferenças importantes entre ambos, onde no Hospital (A) predominou aqueles que referiram possuir mais de um parceiro, ao passo que no (B) predominou tanto os que referiram possuir um único parceiro como aqueles sem parceiro definido.

Na actualidade se reconheça o peso relativo do comportamento sexual para a infecção pelo HIV onde, quanto mais parceiros sexuais maior é a possibilidade de ser infectado pelo vírus deixando o individuo susceptível para contrair a tuberculose. No contexto de Angola, o Ministério da Saúde relata esta como a principal via de transmissão da doença e vários comportamentos inerentes à cultura destes povos são apontados como principais determinantes. Ao predominar o elevado número de pessoas que referiram possuir apenas um parceiro sexual, pode-se aqui lembrar que tais declarações não podem ser assumidas como absolutas pois que ao ser verdade poderia-se indagar sobre o comportamento sexual de outro conjuge e também pelos tabus criados em torno do sexo e sexualidade parece haver elevada margem de duvida para assumir na plenitude tais declarações. Outro aspecto importante a ter-se em consideração é o facto de que embora predominante, a via sexual não é a única de transmissão da doença. Pois, ao vincular o HIV à transgressão de condutas socioculturais relacionadas à sexualidade, se acentua o sentimento de culpa e responsabilização, limitando o diálogo e a comunicação em relação a co-infecção.

1321

Estudo feitos por Almeida, (2015) mostram que baixo nível socioeconômico e de escolaridade são factores associados ao início da actividade sexual precoce. A vulnerabilidade social entre os jovens impõe a necessidade de trabalhar mais cedo, assumir maiores responsabilidades com o próprio sustento e dos que vivem na mesma casa, antecipando algumas condutas, inclusive a sexual.

A seguir, se analisa a distribuição de pacientes co-infectado (tuberculose/HIV) e o grau de escolaridade, reflectidos no gráfico 3, onde a semelhança dos gráficos anteriores se aprecia distribuição desigual.

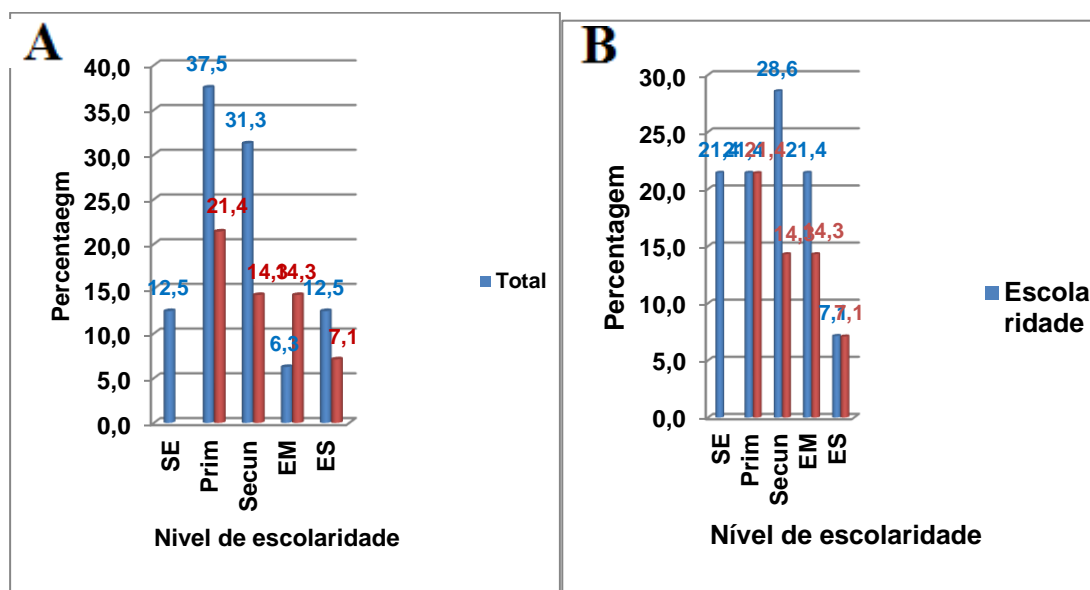


Gráfico 3- Comportamento da Co-infecção tuberculose/HIV segundo a escolaridade nos dois hospitais.

O gráfico 3, mostra a distribuição da co-infecção e o nível de escolaridade, onde podemos observar que em ambas as instituições os pacientes são de baixa escolaridade, predominando aqueles que possuem escolaridade inferior ao ensino médio.

Como referido anteriormente ambos hospitais atendem pacientes provenientes de municípios e províncias distintas, daí a diversidade de perfís académicos, pois era de esperar que o nível de escolaridade fosse superior entre os pacientes do hospital Sanatório do Huambo, relativamente ao do Cubal. Estes resultados corroboram varios achados e diversos informes, segundo os quais a tuberculose é uma das doenças vinculadas à pobreza e como realçado anteriormente, o potencializador do desenvolvimento do HIV, ambos considerado pela ONU (2016) como sendo um dos maiores de saúde em países de média e baixas rendas.

A baixa escolaridade constitui uma importante variável e um dos determinandes para a percepção do risco a que as pessoas estão expostas para ambas as infecções e também para o autocuidado e cuidado de outrem nos casos em qua a infecção já tenha se instalado, pois geralmente estes individuos apresentam baixo nível de conhecimentos e informação sobre a doença.

A respeito da influencia da escolaridade e o cuidado da saúde, Nevez *et al.*, (2012), afirmam que o baixo nível de escolaridade evidencia uma vulnerabilidade social, uma vez que influência o individuo em relação à obtenção de informações de maneira geral e mais especificamente sobre a doença. A pouca escolaridade dos pacientes pode refletir-se em suas possibilidades profissionais, restringindo-os às actividades desfavoráveis de trabalho, mantendo seu estado de pobreza, sendo

exatamente nessa população em que a incidência de infecção por HIV é elevada, fomentando a manutenção de condições de vida precárias e um ambiente propício ao acometimento da tuberculose (Galvão, 2013).

Tabela. Comportamento do nível de escolaridade nos dois locais de estudo. Hospital Sanatório do Huambo e Hospital Sanatório Nossa Senhora da Paz Cubal.

Escolaridade	A	B
Primária	18,80 ^b	10,70 ^b
Iº Ciclo	15,65 ^b	14,30 ^c
Ensino Médio	3,15 ^a	10,70 ^b
Ensino Superior	6,25 ^a	3,55 ^b
EE	0,94	0,70
CV%	9,51	8,28

Na tabela acima nota-se nas colunas as medias de acordo os níveis de ensino nas localidades estudadas. Onde observa-se que letras diferentes na mesma linha significam que existem diferenças significativas e letras iguais na mesma linha indica que não existem diferenças significativas. Dado a isto nota-se diferenças significativas no nível de escolaridade quanto ao Iº ciclo , ensino medio e ensino superior atribuida esta diferença aos centros urbanos onde estão localizados estes estabelecimentos, sendo maior no Hospital Sanatório do Huambo, representando deste modo o centro urbano maior e mais evoluído em termos demográficos e de crescimento socio-econômico. As condições de vida dos pacientes com co-infecção tuberculose/HIV representou também uma análise no presente estudo para se saber como este factor influenciou no estado de co-infecção nas localidades estudadas.

1323

Neste âmbito o gráfico nº 4 ilustra o comportamento da co-infecção tuberculose /HIV em pacientes segundo as condições de vida, os resultados em si não espelham diferenças nos locais em estudo tanto no Hospital Sanatório do Huambo (gráfico A) como no Hospital de Nossa Senhora da Paz (gráfico B). Isto revela maior probabilidade de existência de co-infecção em pacientes que vivem em núcleo familiar. Estudos realizados por Lemos *et al.*, (2013) afirmam que pacientes com coinfeção HIV/TB possuem menores índices de qualidade de vida quando comparados a portadores do HIV sem a TB. Portanto, a ocorrência de duas doenças estigmatizantes pode diminuir a qualidade de vida, afetando o bem-estar físico, social e psicológico desses pacientes. Ainda os autores em referência apontam a necessidade de uma atenção especial a respeito da qualidade de vida de portadores do HIV, por se tratar de uma condição capaz de acarretar inúmeras consequências biopsicossociais que influenciam na qualidade de vida desses indivíduos. Ainda o mesmo autor com os seus colaboradores observaram

que o acréscimo de 10% na proporção de famílias vivendo com renda abaixo da linha de pobreza esteve associado com um aumento de 33% na taxa de incidência de tuberculose/HIV para os bairros de Nova Iorque no período de 1984 a 1992. Lemos *et al.*, (2013) verificaram que o aumento de 1% na proporção de domicílios com mais de uma pessoa por cômodo representou um aumento de 12% na taxa média de notificação de tuberculose para os bairros de Londres entre 1982 e 1991.

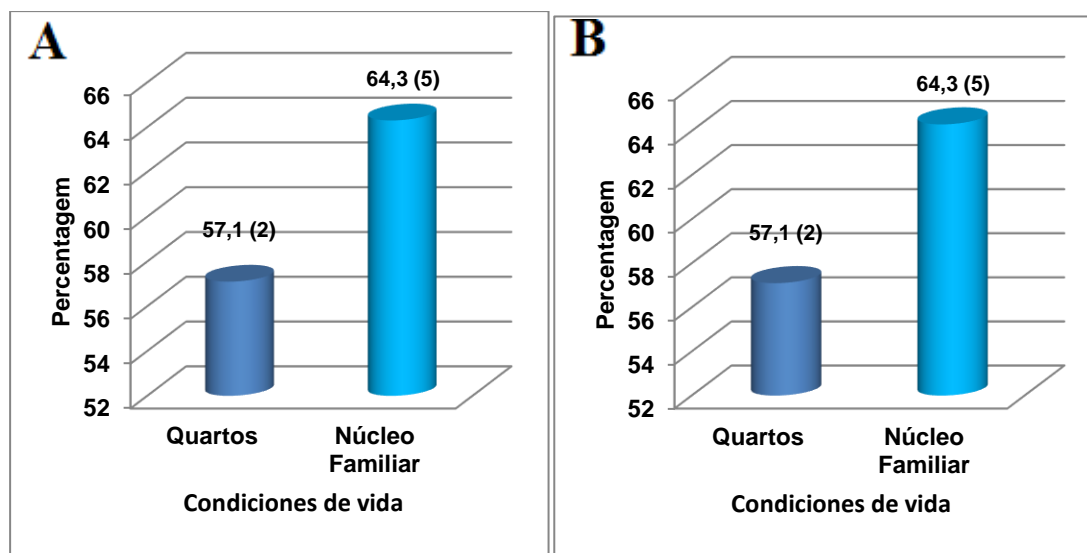


Gráfico 4- Comportamento da Co-infecção tuberculose/HIV em paciente tendo em conta as condições de vida nos Hospitais em estudos. H. Sanatório do Huambo (A), H. Nossa S. Dã Paz Cubal (B) Benguela. A cor (azul) pacientes que vivem em casas com varios quartos dormitório, a cor (azul claro) pacientes que vivem em casas agrumerados vive em núcleo familiar.

Um outro indicador de estudo no presente trabalho foi o hábito tóxico em pacientes em co-infecção como ilustra o gráfico 5 (A e B), onde se pode observar o comportamento da co-infecção tuberculose/HIV em pacientes tendo em conta os hábitos tóxicos. Os gráficos (A) e (B) pode-se observar claramente a não existência de diferenças notáveis para as duas localidades de estudo, porém nitidamente observa-se que maioritariamente representado por pacientes que consomem bebidas alcoólicas em relação aos que usam o tabaco. Segundo a OMS, o hábito do tabagismo representa um factor de risco importante para ocorrência da infecção da Tuberculose, factor não relacionado com a ingestão do álcool, mas a OMS considera o fumo como indicativo de crescimento de morbidades e mortalidade pela doença. Aproximadamente 20% da incidência global da Tuberculose está vinculada ao tabagismo, ressaltando a indispensável necessidade do controle da epidemia do tabaco que irá favorecer assim o combate ao surto da doença (FREITAS *et al.*, 2016).

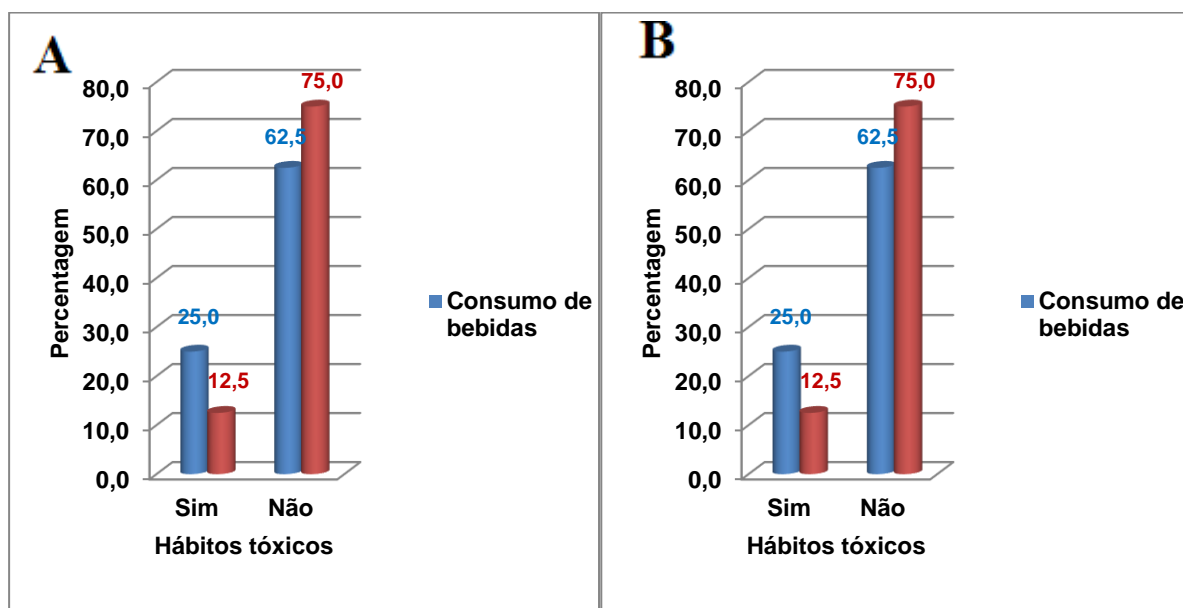


Gráfico 5- Comportamento da Co-infecção tuberculose/HIV em pacientes com hábitos tóxicos nas duas instituições em estudo

A renda econômica dos inquiridos constituiu outra variável de pesquisa dos pacientes co-infectados no Hospital Sanatório do Huambo e no Hospital de Nossa Senhora da Paz Cubã como ilustra o gráfico 6 (A e B) sobre o comportamento da co-infecção tuberculose/HIV tendo em conta renda econômica. Neste pode-se observar que tanto o gráfico (A) e (B) pode-se observar alguma diferença nos pacientes com emprego em relação aqueles que não têm. Nos estudos feitos por Silva (2016) a situação ocupacional, existem altos índices de desemprego entre os portadores da coinfeção. Tal achado também foi observado neste estudo, demonstrando que as dificuldades econômicas e sociais podem refletir-se em suas possibilidades profissionais, restringindo-os as condições desfavoráveis de vida e trabalho, mantendo seu estado de pobreza. Estudos feitos por Nene (2013) à faixa etária predominante nesse estudo de coinfeção representa a dos adultos jovens, que representa parcela significativa da população economicamente activa. Ainda Lemos (2013) a pobreza aumenta o risco de HIV/AIDS e TB, por promover maior exposição e vulnerabilidade às infecções, como também à capacidade diminuída para lidar com as consequências da doença em razão da deficiência de acesso a serviços preventivos, diagnósticos e curativos. Conclui-se que a combinação de vários componentes de vigilância e fontes de dados melhora o conhecimento sobre as epidemias de AIDS e TB em grupos com risco aumentado para ambas as infecções.

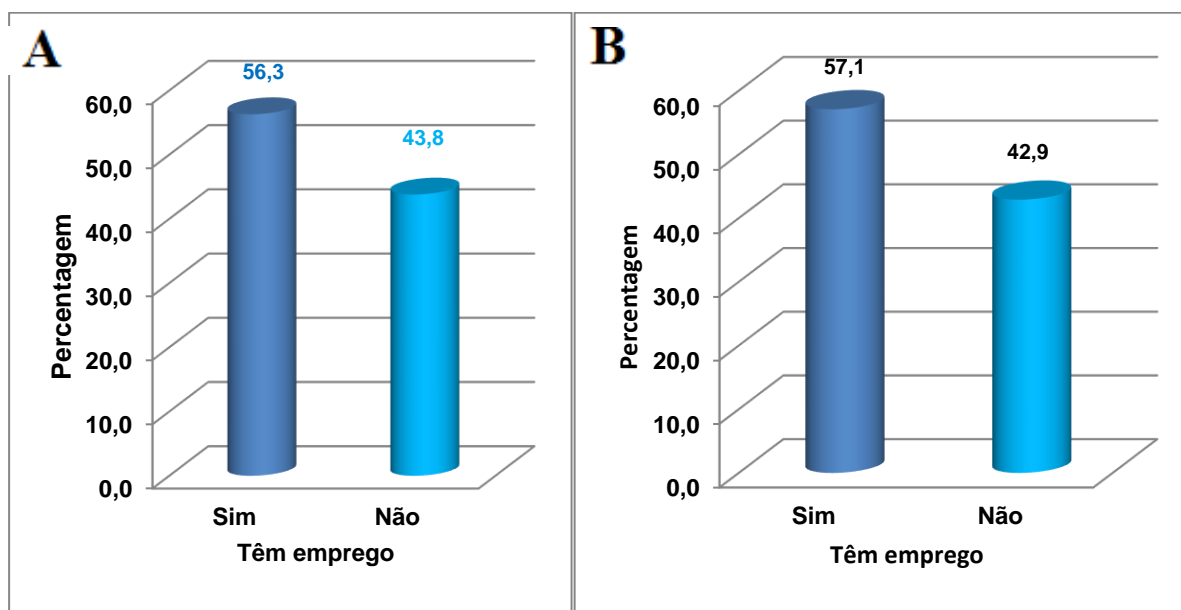


Gráfico 6- Comportamento da Co-infecção tuberculose/HIV em paciente que possuem emprego nas instituições em estudo.

Tabela3- Análise estatística do comportamento da coinfeção no Hospital Sanatorio do Huambo (A) e do Hospital de Nossa Senhora da Paz, Cubal-Benguela (B).

A	Grupos	n	Respostas		B	Grupos	n	Respostas	
			Positivas	Negativas				Positivas	Negativas
	1	3	8,7 ^b	7,3 ^b		1	3	6,7 ^c	7,3 ^a
	2	3	6,0 ^c	10,0 ^a		2	3	8,7 ^b	5,3 ^b
	3	4	11,0 ^a	5,0 ^c		3	4	11,0 ^a	3,0 ^c
	EE		0,52	0,52		EE		0,76	0,76
	CV%		7,23	9,5		CV%		8,13	8,63

Letras distintas na mesma coluna indicam diferenças significativas ($p < 0,05$)

Legenda: conhecimento sobre a doença (1), manifestação da doença (2), tratamento da doença (3), número de amostras (n), erro padrão (EE), coeficiente de variação (CV).

IV-CONCLUSÕES

1- Os indivíduos estudados são predominantemente do sexo feminino, com uma idade média de 31 anos, sendo maioritariamente solteiros. Em sua maior parte, possui baixa escolaridade com mais de 5 % dos que apenas possuíam escolaridade inferior ao ensino

secundário. A maior parte dos pacientes (77 %) referiu não possuir nenhuma renda, dependendo de seus familiares para sua manutenção em todos os domínios.

2- Os factores socio-demográficos que mais se associaram à co-infecção tuberculose/HIV em ambos hospitais foram o sexo, a escolaridade o número de parceiros sexuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, R. M. (2015). Diagnóstico de HIV e factores associados a sua positividade e Vulnerabilidade entre pacientes com tuberculose, Brasil.
2. BERNARD, H.R. (1994). *Research Methods in Anthropology Qualitative and Quantitative, Approaches* 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
3. CANASTRO, F. E. (2015). *Manual de Investigação Científica da Universidade Católica de Moçambique*. Beira: Craft Chadambuka
4. FREITAS, W. M. T de M, MONIQUE, M. S. C. C. dos S, GABRIELA, A. da R. (2016). Perfil clínico epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose, São Paulo.
5. GALVÃO, M. T, LARISSA de A. L, ALEXSANDRA, R. F. (2013). Aspectos sociais e de saúde de portadores da coinfecção hiv/tuberculose, Brasil; 14(2):364-71.
6. GIL, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas.
7. INE/ GOVERNO DE ANGOLA. (2014). *Resultados Definitivos do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola*. Luanda
8. LEMOS, A. C. M. (2013). *Coinfecção Tuberculose/HIV: sociais e de saúde de portadores da coinfecção tuberculose/HIV*, São Paulo.
9. NEVES, A. de S. L, SÍLVIA, R. M. C; RENATA, K. R; CLÁUDIA, B. dos S. (2012). *Elucidar Aids e tuberculose: a coinfecção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos*, São Paulo Junho.
10. ONUSIDA, ANGOLA. (Novembro de 2010). *Avaliação do Sistema de Saúde em Angola: VIH/Sida*. pág. 16
11. OPAS, (2023). *Pedem aos países que acelerem as acções para acabar com a tuberculose*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/24-3-2023-opas-pede-aos-paises-que-acelerem-aco-es-para-acabar-com-tuberculose> acessado aos 30 de Outubro de 2023
12. PERDIGÃO, P. (2008). *Apoio aos cursos clínicos*, Moçambique.
13. PILLER, R.V. B, (2012). *Epidemiologia da Tuberculose Rio de Janeiro (RJ) Brasil*.
14. RODRIGUES, J. Luiz C, FIEGENBAUM, M. M, ANDREZA F. (2010). Prevalência de coinfecção tuberculose/HIV em pacientes do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Scientia Medica (Porto Alegre)*; volume 20, número 3, p. 212-217.

15. SAITA, N. M. de O, HELENICE, B. (2012). Tuberculose, AIDS e coinfeção tuberculose-AIDS em cidade de grande porte.. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 20(4):[08 telas] jul.-ago.
16. SILVA, C. S. (2016). Desafios frente a adesão ao tratamento da tuberculos em pessoas que vivem com HIVbem Huambo-Angola, Florianópolis.